

**IMPLANTAÇÃO DE UM BOLETIM INFORMATIVO COMO PROPOSTA DE HUMANIZAÇÃO
NO PRONTO-SOCORRO DE UM HOSPITAL PÚBLICO***Áquila Talita Lima Santana Alves^a**Noelma Santos Lião^a**Carlina de Melo Oliveira^b**Jucléssia Costa Lima^b**André Faro^c***Resumo**

A Política Nacional de Humanização preconiza que sejam estabelecidas estratégias para acolher tanto o doente quanto o cuidador de forma a minimizar o desgaste físico e emocional que está presente em todo o momento de internação. Em Sergipe, os usuários do Sistema Único de Saúde contam com uma rede ampliada de acesso a saúde em diversas microrregiões, e o Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho é a referência da Rede de Urgência e Emergência local. O Pronto-Socorro está organizado em um sistema de Classificação de Risco para avaliar a gravidade dos pacientes, por meio de cores que compreendem a Área Azul, Área Verde, Área Amarela e Área Vermelha. Este trabalho foi direcionado à Área Vermelha e teve como objetivo descrever o desenvolvimento de um boletim informativo a ser utilizado no acolhimento dos familiares/visitantes. Essa proposta decorre de intervenção do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Redes de Urgência e Emergência, como forma de promover humanização entre os usuários, seus familiares/visitantes e os profissionais de saúde atuantes em um serviço hospitalar. Como principais conclusões, destacam-se a aproximação dos alunos do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Redes de Urgência e Emergência com o cotidiano de trabalho no Sistema Único de Saúde e a ratificação da importância da interdisciplinaridade no planejamento da assistência hospitalar. Tais elementos permitiram a proposição de um boletim informativo que procura

^a Bolsistas do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Rede de Urgência e Emergência da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

^b Preceptoras do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Rede de Urgência e Emergência do Hospital de Urgências de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil.

^c Psicólogo. Doutor em Psicologia. Tutor do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Rede de Urgência e Emergência. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Álvaro Maciel, número 94, casa 7, Bairro Santo Antônio, Aracaju, Sergipe, Brasil. CEP: 49060-020. E-mail: aquilalima2@yahoo.com.br

sistematizar informações simples, porém essenciais ao desenvolvimento de um trabalho assistencial mais completo.

Palavras-chave: Acolhimento. Serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Boletim informativo.

IMPLEMENTATION OF AN INFORMATIVE REPORT AS A PROPOSAL FOR HUMANIZATION IN THE EMERGENCY UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL

Abstract

The National Policy of Humanization recommends that strategies should be established to accommodate both the patient and the caregiver to minimize the physical and emotional exhaustion is present in every moment of hospitalization. In Sergipe, Unified Health System users have access to an expanded health network in several micro-regions, and the Emergency Hospital of Sergipe Governor João Alves Filho is the local reference of the Urgency and Emergency Network. The emergency unit is organized according to a Risk Rating System to evaluate the severity of patients, by means of colors that comprise the Blue Area, the Green Area, the Yellow Area and the Red Area. This work was directed to the Red Area and aimed to describe the development of an informative report to be used for the reception of family members/visitors. This proposal results from the intervention by the Labour Education Plan for Health/Urgency and Emergency Network as a way to promote humanization among users, their families/visitors and health professionals working in a hospital service. The main conclusions are the approximation of Labour Education Plan for Health/Urgency and Emergency Network students with daily work at the Unified Health System and the ratification of the importance of interdisciplinarity in the planning of hospital care. These elements allowed the proposition of an information report that seeks to systematize simple, but essential information to the development of a more complete care work.

Keywords: User embracement. Health services. Unified Health System. Informative report.

IMPLANTACIÓN DE UN BOLETÍN INFORMATIVO COMO PROPUESTA DE HUMANIZACIÓN EN EL PRIMERO AUXILIO DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Resumen

La Política Nacional de Humanización recomienda que se establezcan estrategias para acoger tanto el enfermo cuánto el cuidador de forma a minimizar el desgaste físico y

emocional que está presente en todo el momento de la hospitalización. En Sergipe, los usuarios del Sistema Único de Salud cuentan con una red ampliada de acceso a la salud en diversas microrregiones, el Hospital de Urgencia de Sergipe Governador João Alves Filho, la referencia de la Red de Urgencia y Emergencia local. El Primero Auxilio está organizado en un sistema de Clasificación de Riesgo para evaluar la gravedad de los pacientes, por medio de colores que comprenden la Zona Azul, la Zona Verde, la Zona Amarilla y la Zona Roja. Este trabajo fue direccionado a la Zona Roja y tuvo como objetivo describir el desarrollo de un boletín informativo a ser utilizado en el acogimiento de los familiares/visitantes. Esa propuesta resulta de la intervención del Plan de Educación por el Trabajo para Salud/Red de Urgencias y Emergencias como forma de promover la humanización entre los usuarios, sus familiares/visitantes y los profesionales de salud en un servicio hospitalario. Como principales conclusiones, destacan el acercamiento de los estudiantes del Plan de Educación por el Trabajo para Salud/Red de Urgencias y Emergencias con el trabajo diario en el Sistema Único de Salud y la ratificación de la importancia de la interdisciplinariedad en la planificación de la atención hospitalaria. Estos elementos permiten la proposición de un boletín informativo que busca sistematizar informaciones simples, pero esenciales para el desarrollo de un trabajo de ayuda más completo.

Palabras clave: Acogimiento. Servicios de salud. Sistema Único de Salud. Boletín informativo.

INTRODUÇÃO

Humanizar vai além de discursos prolixos com “profundos dizeres”, da grande midiáticação de parcas ações pontuais, do farto *coffee break* em períodos comemorativos, dos brindes e lembranças em ações extemporâneas ou das festas de aniversariante do mês. Devido aos sentidos imprecisos que por vezes podem ser associados ao ato político da humanização no ambiente hospitalar, o cuidar humanizado é, sem dúvida, um conceito abrangente e que demanda algo a mais no atendimento às necessidades em saúde de uma população. Requer um cotidiano de procedimentos e práticas que assuma a humanização como princípio do saber-fazer e que possa, sempre que se fizer necessário, transformar rotinas para melhor acolher as vicissitudes do processo saúde-doença¹.

No caso de internamentos hospitalares, a pessoa tende a ficar isolada do convívio social, recebendo apenas as visitas de familiares nos horários pré-estabelecidos por cada hospital e, frente a isso, a Política Nacional de Humanização (PNH) preconiza que sejam estabelecidas estratégias para acolher tanto o doente quanto o cuidador, de forma a minimizar o desgaste físico e emocional que está presente em todo o momento de internação¹. A hospitalização de

um indivíduo, além de alterar a rotina da família, é um momento crítico que envolve dor e sofrimento para seus familiares e para o próprio usuário. Durante este processo de internação, é comum o familiar/acompanhante ficar desorientado com a falta de informações sobre o atual estado de saúde do ente querido, fazendo com que a rotina de visitas do ambiente hospitalar mostre-se, usualmente, como um momento angustiante².

Os familiares geralmente recebem as informações sobre o estado geral do usuário por meio do diálogo com o médico plantonista, somente durante o horário de visita. Por falta do real esclarecimento ou em virtude de informações com termos técnicos de difícil compreensão, gera-se uma demanda que precisa ser acolhida quanto às expectativas sobre o quadro clínico da pessoa que está internada².

“Acolher”, em suas diversas acepções, significa “[...] dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”^{3:214}, estando presente em todas as relações que estabelecemos na vida⁴. O acolhimento, entendido como ato ou efeito de acolher, expressa uma aproximação, a ideia de “estar com” e “perto de”, isto é, uma atitude de estar em relação com algo ou alguém que depende daquele que se apresenta para tal. É para a ação de “estar com” ou “próximo de” que se evidencia o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)⁵.

Um boletim informativo consiste numa forma simples de disponibilizar informações e diminuir a angústia do visitante/acompanhante durante esse momento crítico do doente, favorecendo ao acolhimento no contexto hospitalar. Tal instrumento contém uma premissa do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)⁶ e sua implementação visa também ser um meio rápido e eficaz de disponibilizar informações precisas.

Considerando a proposta da classificação de risco, a Área Vermelha (AV) das urgências e emergências, por acumular grande demanda de usuários, torna-se um setor que abriga além do seu suporte, sobrecarregando profissionais que não dão conta de assistir ao doente e prestar informações, de forma satisfatória, a esses visitantes. Além disso, a AV sofre um processo de descaracterização do tempo de permanência preconizado, pois passou a receber semi-internamentos ou mesmo internamentos de longo prazo. A exemplo disso, um trabalho realizado na AV de um hospital de grande porte em Porto Alegre (RS) mostrou que o tempo de permanência dos usuários ultrapassava 36 horas, bem acima do que se prescreve (24 horas)⁷. Tal descaracterização faz com que a rotina da AV se assemelhe, cada vez mais, a de uma unidade de terapia intensiva, tornando o contexto de visitas, portanto, algo comum ao cotidiano de trabalho no setor.

Acredita-se que a construção de um boletim informativo para acompanhantes/familiares no pronto-socorro é de suma importância por possibilitar a otimização do tempo de visita, facilitar a dinâmica de recepção de pessoas nesse setor e, sobretudo, permitir a disponibilização de informações precisas a respeito do estado clínico de cada usuário. Entende-se, assim, que isso pode contribuir para a diminuição do estresse e sofrimento gerados pela internação hospitalar, ou seja, facultaria atender a diferentes aspectos esperados nas intervenções baseadas na Humanização.

Dado o exposto, o objetivo deste trabalho é descrever o processo de desenvolvimento de um boletim informativo para o atendimento da Área Vermelha – Boletim da Área Vermelha (BAV) – na rede de Urgências e Emergências de um hospital público de grande porte no Estado de Sergipe. Essa proposta decorre de intervenção do Plano de Educação pelo Trabalho para Saúde/Redes de Urgência e Emergência (PET-SAÚDE/RUE), como forma de promover humanização entre os usuários, seus familiares/visitantes e os profissionais de saúde atuantes em um serviço hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Em Sergipe, os usuários do SUS contam com uma rede ampliada de acesso à saúde em diversas microrregiões. O Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE) é o hospital geral que compõe a Rede de Urgência e Emergência. Seu pronto-socorro está organizado em um sistema de Classificação de Risco para avaliar a gravidade dos usuários, por meio de cores que compreendem as Áreas: Azul, Verde, Amarela e Vermelha.

Este trabalho foi direcionado à Área Vermelha (AV), composta por 16 leitos destinados ao acolhimento inicial de usuários com maior gravidade e urgência no atendimento, que, em seguida, são direcionados para outros setores. Porém, pelo grande fluxo de doentes que sobrecarregam o hospital, este setor passa a funcionar como um semi-internamento hospitalar a longo prazo, prejudicando a interação profissional e visitante/acompanhante nesta área crítica, sendo este um dos motivos da proposta do boletim.

O PET-SAÚDE/RUE objetiva subsidiar mudanças no processo ensino-aprendizagem, repensando a prática de trabalho em equipe interdisciplinar e contribuindo para a formação acadêmica voltada às necessidades de saúde da população. Baseia-se na Política Nacional de Atenção às Urgências e no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que são políticas que propõem um conjunto de ações integradas, visando a mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil^{1,5}.

A atuação dos alunos na AV do HUSE foi de aproximadamente 12 meses, cujo enfoque de ação era fazer um levantamento da realidade do setor (conforme descrito mais adiante), a fim de apresentar propostas de melhorias do serviço. Após as observações e supervisões com preceptores e tutor, surgiu a ideia de construir o BAV para essa área, sendo este o principal produto da intervenção voltada à humanização do setor (**Figura 1**).

Figura 1 – Boletim Informativo da Área Vermelha



BOLETIM - ÁREA VERMELHA											DATA:					
LEITO	REGISTRO	ADMISSÃO	NOME DO PACIENTE	IDADE	SEXO	ESPECIALIDADE	ESTADO DO PACIENTE			EM USO			EVOLUÇÃO			PENDÊNCIAS
							A C O R D A D O	S E D A D O	C O M A	M A S C A R A	E N T U B A D O	S V D	S N E	S N G	E S T Á V E L	

LEGENDA:
SVD→SONDA VESICAL DE DEMORA; SNG→SONDA NASOGÁSTRICA; SNE→SONDANASOENTRAL

Fonte: Elaboração própria.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO BOLETIM DA ÁREA VERMELHA

A ideia para elaboração de um boletim de acompanhamento dos usuários da AV do HUSE surgiu devido à ausência de registro breve de informações, com caráter de maior acessibilidade, aos familiares desses usuários. As visitas nesse setor do hospital apresentam aspectos que afetam a comunicação efetiva entre os profissionais e os familiares. Em alguns momentos, a visita pode ser interrompida, e até suspensa, pela necessidade de intervenções imediatas; algo inerente ao setor.

Um aspecto de relevante impacto é a qualidade das informações que são passadas durante a visita. Percebeu-se que muitas vezes esses informes ficavam aquém do que os visitantes desejavam ou, até mesmo, além do que eles próprios demandavam como informação, gerando insatisfação por ambos os motivos. Outra questão importante é a escala de plantonistas. Na maioria das vezes, o médico que avaliou o paciente não é o mesmo que passa as informações no horário de visita e, sendo assim, suas informações ficam restritas ao que está escrito no prontuário do usuário.

O BAV surgiu, então, com o intuito de prover profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos de informações básicas e relevantes a respeito do estado de saúde do usuário. Trata-se de informações usualmente demandadas nas visitas por serem generalistas quanto ao “como se encontra o usuário naquele dia”, mas que, sobretudo, são fundamentais para o conforto e minimização do sofrimento dos familiares, que requerem informações com outras características.

A construção do BAV teve a participação dos alunos (medicina e enfermagem) do PET-SAÚDE/RUE da AV-HUSE, com a orientação das preceptoras (enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas) e do tutor (psicólogo), ao longo de seis meses, mediante reuniões periódicas. Por fim, foi realizada uma reunião com toda a equipe do setor (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e a coordenação do Pronto-Socorro) com o objetivo de explicar o que era o boletim, como foi o processo de elaboração, como deveria ser o preenchimento e qual a importância para a dinâmica assistencial do setor.

A elaboração do BAV seguiu alguns princípios, os quais foram debatidos durante as supervisões e o cotidiano de atuação dos preceptores com os alunos no setor do pronto-socorro. A formulação do boletim, então, seguiu os princípios abaixo descritos:

- ser prático, viabilizando a coleta rápida das informações;
- ser claro, passando as informações de modo breve e esclarecedor;
- ser pontual, abrangendo as principais dúvidas apresentadas pelos familiares durante as visitas;
- ser dinâmico, requerendo atualização diária;
- ser profícuo, cuja utilidade não pode se restringir à visita e deve compor uma base de comunicação entre a equipe e o familiar ao longo da internação;
- ser multidisciplinar, em que as informações não devam ser restritas a um profissional em particular e que toda a equipe tenha pleno conhecimento do que está registrado, permitindo a comunicação com os familiares;
- ser um elemento de humanização do acolhimento, permitindo esclarecer e atenuar o sofrimento gerado pela ausência de informações ou dúvidas a respeito de como “está sendo” (num sentido de continuidade) a assistência ao paciente.

Na construção do BAV procurou-se tornar a linguagem o mais acessível possível para os demais setores envolvidos e que não estão alocados funcionalmente no pronto-socorro (Serviço Social e Psicologia), já que os termos científicos utilizados na AV são específicos aos

quadros clínicos. O principal intuito é que profissionais como assistentes sociais e psicólogos consigam transmitir as informações de forma simples e tranquila, já que não são profissionais envolvidos na assistência direta ao usuário dentro da AV. Além disso, espera-se que facilite também o entendimento dos familiares.

No BAV, os usuários são organizados e listados por ordem crescente de leitos, com dados referentes a número de prontuário, nome completo e idade. Esses dados são imprescindíveis, principalmente em decorrência de homônimos. Além dos dados de identificação, existe o relato do nível de consciência (acordado/coma/sedado), se está respirando espontaneamente ou por ajuda de oxigênio ou de ventiladores mecânicos. No final mostra se o usuário melhorou, piorou ou não teve alteração desde a última coleta de informações (proposta em 24 horas). Todas essas informações são simples, mas fornecem dados que, certamente, suprem muitas dúvidas de familiares, que dependem apenas de poucos minutos de uma visita diária.

Após o período de avaliação do BAV-piloto, para fins de sistematização da rotina do boletim, ficou estabelecido que o secretário clínico do setor seria o encarregado de gerar as cópias do impresso e entregá-las ao enfermeiro da AV até as 8 h da manhã. Tal decisão foi tomada baseada no fato de que os secretários clínicos já realizavam um censo e alimentação do quadro dos usuários da AV três vezes ao dia. Assim, o boletim seria mais fácil de ser inserido à rotina desses profissionais, que aproveitariam para realizar as duas atividades ao mesmo tempo, sem prejuízo a alguma delas. Além disso, o secretário também ficaria responsável pela manutenção de impressos do setor e deveria encaixar o impresso do boletim dentre os já existentes no setor.

O principal desafio era inserir o boletim na rotina dos profissionais da forma mais natural possível, de forma que não passasse a ser algo impositivo e desgastante. O BAV deveria ser gerado a cada 24 horas, em todos os dias da semana, preenchido pelo enfermeiro do setor, com orientação também da equipe médica, e até as 10 h deveria ser entregue ao secretário clínico, que faria duas cópias: a original ficaria como documento para AV, uma cópia iria para o Serviço Social e outra para a Psicologia.

O impresso que ficaria na AV estaria em um local visível aos profissionais do setor, já que existe uma divisão de usuários entre os profissionais do setor, e o boletim auxiliaria para que toda a equipe pudesse conhecer informações clínicas básicas sobre todos os usuários. Os impressos que seriam entregues ao Serviço Social e ao setor de Psicologia serviriam de subsídio para as informações que seriam transmitidas aos familiares até o momento da visita, que acontece apenas uma vez ao dia, das 15 h 30 min às 16 h 30 min, e, em algumas situações, tais como intercorrências no setor, essas visitas podem ser interrompidas e até suspensas.

Cada setor envolvido no boletim ficaria responsável pelo armazenamento dos boletins realizados, que serviriam para a busca de informações, como material de pesquisa e estudo, trazendo benefícios para os familiares, profissionais e instituição de saúde. A fim de que o boletim fosse utilizado de forma eficaz, era importante que todos os membros envolvidos possuíssem o mesmo entendimento a respeito do BAV. Por isso, propôs-se a realização de um treinamento com os profissionais do Serviço Social, Psicologia, administrativos e equipe da AV, de modo que as dúvidas fossem esclarecidas, para que o boletim constituísse um instrumento seguro e claro. Esse treinamento ocorreria por partes, um setor por vez, pois, a dinâmica do pronto-socorro impede que o treinamento seja realizado entre todos os profissionais envolvidos.

O treinamento foi organizado para consecução em duas horas, nos próprios setores e nos três turnos, uma vez que o boletim seria realizado também no final de semana. Nesses dias, os profissionais não seriam apenas os da manhã (horário em quem o boletim é gerado), mas também os da tarde e da noite. A aplicação do boletim ocorreria de forma passiva, pois as informações seriam fornecidas aos familiares que buscassem o Serviço Social ou Psicologia, dentro ou fora do horário estabelecido para as visitas na AV.

Utilizaram-se os seguintes recursos para o treinamento: dinâmica de grupo (baseada em um exemplo de situação no acolhimento) e uma cartilha com orientações a respeito do preenchimento do boletim. Na primeira hora foi realizada uma dinâmica de grupo (caráter de integração) e a apresentação de uma situação fictícia ocorrida no acolhimento dos familiares (*role-playing*, relato de experiência pessoal e exposição dirigida), ressaltando-se a importância do boletim na perspectiva da humanização da assistência. Na segunda hora foram distribuídas as cartilhas, momento em que se passou a explicar o preenchimento do boletim. Em seguida, houve uma apresentação didática sobre o que vem a ser o boletim, como ele foi criado, qual a sua importância e como deve ser seu preenchimento; esclarecendo-se, assim, as dúvidas a respeito do instrumento.

Enfim, a aplicação e proposta de implementação do BAV pode ser entendida, resumidamente, em um instrumento preenchido por uma equipe de assistência (enfermagem e médicos) e utilizado pelo Serviço Social e Psicologia para transmitir aos familiares/acompanhantes dos usuários informações que solucionem, ou pelo menos, minimizem gargalos cotidianos do momento da visita dos familiares/acompanhantes.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O processo de desenvolvimento de um boletim informativo para o atendimento da AV, o BAV, na rede de urgências e emergências de um hospital público de grande porte no

estado de Sergipe aconteceu no período de julho de 2014 a abril de 2015 (período em que se deveria construir um produto efetivo do PET-SAÚDE/RUE para melhoria da assistência). Nesse período oportunizou-se conhecer o serviço e fazer observações sobre a realidade dos serviços de urgência do SUS, sua dinâmica, atores envolvidos e dificuldades enfrentadas.

Durante seis meses dialogaram diferentes atores do serviço (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e a coordenação do Pronto-Socorro) e os estudantes do PET-SAÚDE/RUE para que fosse criado um instrumento efetivo e de fácil aplicabilidade (prático, viabilizando a coleta rápida das informações, e, sobretudo claro, permitindo a comunicação posterior das informações de modo esclarecedor). Após os testes, algumas adequações foram realizadas, tais como, inclusão da especialidade responsável pelo usuário, dispositivos em uso e as pendências clínicas. Ao se encerrar o *design* final do instrumento (pensado para ocupar no máximo uma folha de papel A4), o BAV chegou ao seu formato final de utilização. Planejou-se uma rotina no serviço que incluía os secretários clínicos, equipe de enfermagem, equipe médica, Serviço Social e Psicologia. Essa articulação ensino/serviço-comunidade e a inserção dos discentes nessa realidade possibilita uma perspectiva crítica no aperfeiçoamento dos serviços disponibilizados aos usuários.

Após o debate da ideia inicial, construção do boletim e teste piloto, no qual o BAV foi aplicado com 10 acompanhantes de usuários hospitalizados no setor, ao longo de quatro turnos diferentes de visitas, partiu-se para o treinamento em capacitação. Nessa etapa foi explicado o papel de cada profissional envolvido, a dinâmica e rotina de preenchimento do boletim. Os enfermeiros, com participação dos médicos, preencheriam esse boletim em horários específicos; os secretários clínicos o recolheriam e o repassariam ao serviço de Psicologia e Serviço Social, que é o setor do hospital responsável por conduzir o acolhimento dos familiares. Como material de apoio para o treinamento e como material de consulta para o preenchimento diário do boletim, construiu-se uma cartilha explicativa.

As etapas de construção do BAV, preparação para sua aplicação, incluindo o teste piloto e o treinamento, foram realizadas, porém constatou-se que naquele momento não foi possível efetivar sua última etapa – a aplicação –, que foi a única não realizada. Perceberam-se algumas dificuldades nessa etapa, a primeira delas uma autocrítica ao projeto PET-SAÚDE/RUE: a limitação intervencionista dos alunos, preceptores e tutores, que em muitos momentos não foram visualizados como atores integrantes da melhoria da assistência ao usuário. A segunda dificuldade foi de caráter burocrático. Por ser um hospital de grande porte, cada setor possui chefia e subchefias, e a liberação das atividades ficam na dependência de repetidas autorizações de vários gestores (às vezes, num mesmo setor), inviabilizando uma dinâmica de trabalho fluida.

Especificamente, cabe destacar que a integração da equipe interdisciplinar – a terceira dificuldade então detectada –, mostrou-se como o maior obstáculo para que o projeto fosse efetivamente realizado, já que necessitava do empenho, comprometimento e adesão de todos os profissionais envolvidos. Foi possível perceber que alguns profissionais, ao invés de observarem o boletim como uma forma de minimizar as angústias e dúvidas dos familiares, avaliaram a proposta apenas como mais uma atribuição. Essa ausência de sensibilização precisa ser avaliada pelo âmbito da efetivação da interdisciplinaridade nas ações de saúde. Ainda que parte significativa dos profissionais mostrassem interesse em implementar a proposta, seria necessário a contribuição de todos para que o boletim pudesse realmente tornar-se uma rotina no setor, uma vez que é fundamental a sistematização dos processos para que exista a regularidade do BAV.

É importante destacar, o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo indivíduo que busca estes serviços. Estão envolvidas as necessidades dos profissionais, dos usuários do serviço e as da instituição. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade coloca-se como potencializadora da integração que permitiria uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pois possibilita um trabalho mais integrador e articulado⁸.

No processo que envolve a comunicação, é necessário que cada indivíduo envolvido na assistência cumpra o seu papel⁹. Assim, é fundamental compreender que as dúvidas e angústias dos familiares não se relacionam apenas ao tratamento propriamente dito, por meio de medicamentos e procedimentos invasivos, mas também com o bem-estar geral dos usuários. Isso engloba o sono, o cuidado com a pele, a higiene, a alimentação, bem como outros cuidados que acabam não sendo prioritários no horário da visita¹⁰. Por isso, acredita-se que a aplicação do BAV é viável não só para o setor específico do hospital para o qual se desenvolveu a proposta. É possível que o BAV também seja importante em algum outro setor do hospital, além da AV, uma vez que sua construção baseou-se em princípios que são os maiores obstáculos enfrentados na comunicação entre profissionais de saúde e familiares. Estudos evidenciam que a maioria dos boletins não consegue obter um entendimento claro por parte dos familiares, em virtude dos termos técnicos e científicos¹¹⁻¹². Todas essas informações sobre o quadro do usuário são fundadas em estudos que trabalham com evolução e prognóstico do usuário, como por exemplo – os Índices Prognósticos APACHE II e o SOFA–, que abordam os sistemas respiratório, cardiovascular, neurológico, renal e metabólico, porém, não conseguem suprir todas as dúvidas e esclarecer os questionamentos dos familiares¹³. Todavia, o BAV surge com uma proposta diferenciada e uma de suas características principais é a facilidade de compreensão, considerando o objetivo primordial: interação com o familiar, acompanhantes e profissionais de diferentes formações.

O BAV, uma vez implementado, poderá trazer informações mais concretas, fazendo surgir um trabalho assistencial mais completo, com a criação de uma rotina institucional que ligue os diferentes setores de cuidado envolvidos no processo (por exemplo, Área Vermelha, Serviço Social e Psicologia). Em um momento tão delicado como o da internação na urgência e emergência, é necessário compreender e respeitar não somente o usuário, mas também seus familiares, abrangendo seus valores e considerando suas opiniões. O processo que envolve a assistência ao usuário grave pode ir muito além de procedimentos complexos, podendo também ser acolhedor, humanizado e de entendimento mais simplificado¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a apresentar um produto de intervenção do PET-SAÚDE/RUE, a proposta de um boletim informativo, voltado a promover humanização do cuidado aos usuários e seus familiares/acompanhantes no serviço hospitalar.

As principais limitações para a implementação do BAV foram: primeiro, a restrição intervencionista dos participantes do PET-SAÚDE/RUE; em seguida, a quantidade de chefias e subchefias em cada setor do hospital, motivo que burocratizou excessivamente a busca por autorizações para realização das atividades; e, por fim, a baixa integração da equipe interdisciplinar no setor. Dessa forma, entende-se que a aplicação do BAV depende fortemente da iniciativa de se repensar práticas de trabalho e de interação entre os diferentes profissionais. Além disso, é importante a sistematização de processos gerenciais, o que potencialmente viabilizaria oportunidades de mudança positiva que venham a beneficiar os usuários do serviço, a exemplo do que se espera que aconteça após o uso do BAV.

De qualquer modo, vale ressaltar que as experiências vivenciadas na construção e tentativa de implementação do boletim contribuíram para uma maior aproximação dos alunos do PET-RUE com o cotidiano de trabalho no SUS, bem como para a compreensão da dinâmica diária dos serviços. Além disso, confirmou-se a importância de desenvolver a interdisciplinaridade no contexto hospitalar, a fim de que não só o usuário e suas famílias sejam mais bem assistidos, mas também para que o profissional perceba mais amplamente o impacto construtivo da ação colaborativa.

Finalmente, embora não se tenha consolidado o BAV na rotina da AV, entende-se que este relato de experiência contribui para a demonstração da viabilidade de programas como o PET-SAÚDE/RUE na assistência e para a formação de novos profissionais. Ademais, foi apresentada a proposta final do BAV, fruto de debates e aperfeiçoamentos em sua idealização inicial, o que fica como principal contribuição deste trabalho. Não se trata, portanto, de um

relato de experiência de insucesso ou mesmo incompleto. Trata-se, sobretudo, do resultado produtivo e crítico de diferentes olhares sobre a dinâmica do cuidado hospitalar – algo certamente exitoso.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Áquila Talita Lima Santana Alves, Noelma Santos Lião, Carliana de Melo Oliveira, Jucléssia Costa Lima e André Faro.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Áquila Talita Lima Santana Alves e André Faro.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Áquila Talita Lima Santana Alves e André Faro.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Áquila Talita Lima Santana Alves e André Faro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito ao acompanhante. Brasília; 2007. (Série B. Textos básicos de saúde. 2a ed.).
2. Barbosa EMA, Visconde VB. Boletim informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. Rev Eletr Enferm. 2007 [citado 2018 mar 8];9(2):315-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm>
3. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2005.
4. Neves CAB, Heckert ALC. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. Estud Pesq Psicol. 2010;1:151-68.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco. Brasília; 2004. (Série Cartilhas da PNH).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).
7. Rosito DL. Perfil e fluxo da atenção aos pacientes críticos admitidos na sala vermelha da emergência de um hospital terciário de grande porte (trabalho de conclusão de curso - Residência em Terapia Intensiva). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Universidade do Rio Grande do Sul; 2011.

8. Graça L. Novas formas de organização do trabalho. Textos sobre saúde e trabalho. São Paulo; 2002. [citado 2015 jul 30]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos>
9. Santos JLG, Prochnow AG, Lima SBS, Leite JL, Erdmann AL. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):959-65.
10. Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. Rev Eletr Enf. 2007 [citado 2018 mar 8];9(2):315-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm>
11. Silveira RS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. Texto Contexto Enferm. 2005;14(Esp):125-30.
12. Oliveira LMAC. Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1991.
13. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(2):137-44.

Recebido: 29.8.2015. Aprovado: 3.5.17. Publicado: 17.4.2018.