



Acolhimento de enfermagem à pessoa vítima de acidente de motocicleta e ao familiar acompanhante^a

Nursing welcoming of individuals who were victims of a motorcycle accident and of an accompanying family member

Acogida de enfermería a la persona víctima de accidente de motocicleta y al familiar acompañante

Lilian de Oliveira Corrêa^{1,2}

Eliane Regina Pereira do Nascimento³

Patrícia Madalena Vieira Hermida^{2,4}

Daniele Delacanal Lazzari²

Luciana Bihain Hagemann de Malfussi²

1. Universidade do Estado do Amazonas.
Manaus, AM, Brasil.

2. Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Florianópolis, SC, Brasil.

3. Universidade Federal de Santa
Catarina, Departamento de Enfermagem.
Florianópolis, SC, Brasil.

4. Prefeitura Municipal de Florianópolis,
Secretaria Municipal de Saúde.
Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente:

Luciana Bihain Hagemann de Malfussi
E-mail: lucianahagemann@gmail.com

Recebido em 21/12/2019.
Aprovado em 19/05/2020.

DOI:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0367>

RESUMO

Objetivo: Conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem à pessoa vítima de acidente de motocicleta e ao seu familiar e a percepção dos mesmos e dos profissionais sobre as fragilidades no acolhimento. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em um hospital público do Norte do Brasil. Participaram 10 enfermeiros, 22 técnicos de enfermagem, 13 motociclistas vítimas de acidente e 13 familiares. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevista e observação não participante. Na análise, empregou-se Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Nos discursos dos profissionais, o acolhimento às pessoas vítimas de acidentes motociclísticos e familiares ocorre por meio da escuta, atendendo suas necessidades de conforto, permitindo ao familiar ficar junto no hospital. Entretanto, na observação constataram-se ações dos profissionais focadas nos aspectos físicos, desconsiderando a individualidade desta população. Quanto às fragilidades, os profissionais percebem a necessidade de melhores condições de trabalho; enquanto as pessoas vítimas de acidentes e familiares percebem mais investimento na estrutura do hospital e materiais. Profissionais, motociclistas vítimas de acidentes e familiares consideram que melhorar o acolhimento requer qualificação da equipe e agilidade no atendimento. **Conclusão e implicações para a prática:** As deficiências no acolhimento de enfermagem implicam no comprometimento de gestores e profissionais do hospital para sua superação.

Palavras-chave: Enfermagem; Acidentes de Trânsito; Motocicletas; Acolhimento; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Objective: To know how nursing welcoming occurs for the individual who is victim of a motorcycle accident and their family member, and the perception of both and of the nursing professionals about the weaknesses in the reception. **Method:** This is a descriptive, qualitative study carried out in a public hospital in northern Brazil. 10 nurses, 22 nursing technicians, 13 motorcyclists who were victims of accidents, and 13 family members. For data collection, an interview and non-participating observation were used. In the analysis, the Discourse of the Collective Subject was used. **Results:** In the discourses of professionals, the welcoming of individuals who are victims of motorcycle accidents and of the family members occurs by listening, meeting their comfort needs, and allowing the family member to stay by them in the hospital. However, in the observation, we could perceive that the actions of the professionals were focused on the physical aspects, disregarding the individuality of this population. Regarding weaknesses, the professionals perceive the need for better working conditions, while the individuals who are victims of accidents and their family members, for more investment in structure and materials for the hospital. Professionals, victims of accidents, and family members consider that improving welcoming requires more qualification and agility in care. **Conclusion and implications for the practice:** Deficiencies in nursing welcoming imply the commitment of hospital managers and professionals to overcome them.

Keywords: Nursing; Traffic Accidents; Motorcycles; Welcoming; Humanization of care.

RESUMEN

Objetivo: Conocer cómo se produce la recepción de enfermería para la persona víctima de accidente de moto y su familia, y la percepción de estos y de los profesionales sobre las debilidades en la recepción. **Método:** Estudio descriptivo, cualitativo, realizado en un hospital público del norte de Brasil. Los participantes fueron 10 enfermeras, 22 técnicos de enfermería, 13 motociclistas víctimas de accidentes, 13 familiares. Para la recopilación de datos, se utilizó una entrevista y observación de no participantes. En el análisis, se utilizó el Discurso Colectivo de Temas. **Resultados:** En los discursos de los profesionales, la acogida de las personas víctimas de accidentes de moto y sus familiares se produce a través de la escucha, de satisfacer sus necesidades de confort y permitir que el familiar permanezca junto a la víctima. Sin embargo, en la observación, notaron que las acciones de los profesionales están centradas en los aspectos físicos, sin tener en cuenta la individualidad de esta población. En cuanto a las debilidades, los profesionales perciben la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo; mientras que las personas víctimas de accidentes y familiares, divisan más inversión en la estructura del hospital y materiales que superan sus demandas. Profesionales, motociclistas víctimas de accidentes y familiares consideran que mejorar la recepción requiere una mayor cualificación del equipo y agilidad en la atención. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** las deficiencias en la recepción de enfermería implican un compromiso entre los administradores y profesionales del hospital para superarlas.

Palabras clave: Enfermería; Acidentes de Tránsito; Motocicletas; Acogida; Humanización de la Atención.

INTRODUÇÃO

Na assistência à saúde, o acolhimento surge como a diretriz de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização (PNH).¹ É um instrumento essencial para o cuidado humanizado, que esbarra na intersubjetividade dos sujeitos envolvidos no processo do cuidar e na responsabilidade da equipe, a qual inclui uma postura compromissada desde a organização do serviço às ações clínicas.² Como prática que colabora para a assistência integral e de qualidade, o acolhimento começa na recepção do paciente com a prestação de cuidados, visa à escuta e prevê segurança, conforto, respeito às diferenças, educação em saúde.^{3,4}

A implantação de práticas de humanização na urgência e emergência requer o desenvolvimento da competência humanística no mesmo nível em que se incentiva a competência técnico-científica dos profissionais.⁵ No que se refere ao acolhimento realizado pelo enfermeiro, há deficiências institucionais tais como a superlotação das salas de emergência dos hospitais, falta de condições de trabalho, de leitos, de materiais e, principalmente, de profissionais, o que desafiam a qualidade do mesmo.^{6,7}

Diante deste cenário, os profissionais podem criar mecanismos de defesa que se manifestam como impaciência, indiferença e ironia e que repercutem no paciente sob a forma de sofrimento psicológico, abandono, desamparo, descaso e preocupação.⁸ Entretanto, o ambiente de cuidado das emergências hospitalares requer um acolhimento qualificado, que assegure humanização no atendimento. Os motociclistas e seus familiares se tornam foco desse acolhimento, tendo em vista que no trânsito urbano as disputas por espaços têm como consequências conflitos, violência e grande número de acidentes, especialmente com motocicletas, principal causa da superlotação das salas de emergência.⁹ A mudança abrupta na saúde das pessoas, vítimas de acidente, e na rotina do mesmo e de seus familiares pode causar estresse emocional a ambos, com dor e sofrimento, além de despesas e perda de tempo de trabalho que impactam no orçamento familiar.¹⁰ O acidente de trânsito é considerado mundialmente um grave problema e de difícil solução, responsável por óbitos e incapacidades, abalos físico e psicossocial às vítimas e aos seus familiares^{11,12} aliados à redução da produtividade do trabalhador.¹³ Portanto, as consequências dos acidentes de trânsito não se limitam à alta mortalidade, têm impacto sobre a vida dos envolvidos devido ao seu alto custo social e econômico.¹⁴

No Brasil, nos anos de 2015 e 2016 somavam-se mais de 24 mil óbitos de motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito. No Estado do Amazonas, foram 363 óbitos de motociclistas, dos quais 210 ocorreram em Manaus.¹⁵ Dentre os fatores que resultam em acidentes com motociclistas estão a falta de atenção, a alta velocidade, o andar nos corredores entre carros, a ultrapassagem indevida, o agir por impulso, a ingestão de bebida alcoólica e o exibicionismo¹⁶ responsáveis por superlotação principalmente os hospitais de referência em trauma.

Frente à elevada incidência de motociclistas vítimas de acidente, as implicações dos acidentes para o paciente, a família e a sociedade, e a relevância de um acolhimento qualificado nas emergências, propôs-se o presente estudo, no qual se consideraram o acolhimento e o cuidado humanizado como sinônimos, o que envolve os procedimentos de enfermagem no atendimento às necessidades dos pacientes e de seus familiares. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem à pessoa vítima de acidente de motocicleta e seu familiar e a percepção destes e dos profissionais de enfermagem sobre as fragilidades no acolhimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa atendendo o instrumento *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), realizado em um hospital de referência em Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia para adultos, localizado em um município do Norte do Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob Parecer n.º 2.387.230, CAAE 79397717.1.0000.5016. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e foram identificados com as letras E (Enfermeiros), T (Técnicos de enfermagem), M (Motociclistas) e F (Familiares), seguidas pelo número correspondente à sequência de realização das entrevistas (E1, E2..., T1, T2..., M1, M2..., F1, F2...).

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; trabalhar nas salas Politrauma, Observação um, dois, três ou Enfermaria Ortopédica, nos turnos da manhã e tarde, possuir experiência no cuidado às pessoas vítimas de acidente de motocicleta, e tempo de atuação nos setores do estudo de no mínimo seis meses, tempo considerado adequado para conhecer o local de trabalho, a equipe, os materiais, os procedimentos e as principais características dos pacientes. Estabeleceram-se como critérios de exclusão: estar afastado da assistência por qualquer motivo durante o período de coleta dos dados.

Dos 20 enfermeiros convidados, 10 participaram da investigação, oito não aceitaram o convite e dois tinham menos de seis meses de trabalho nos setores. Dentre os 31 técnicos de enfermagem que receberam o convite para o estudo, 22 participaram, seis recusaram a proposta e três tinham menos de seis meses de atuação no setor.

Quanto às pessoas vítimas de acidente de motocicleta, 28 foram admitidas no hospital durante o período de coleta dos dados, das quais 13 participaram da investigação. Estabeleceram-se como critérios de inclusão dos pacientes: ter idade mínima de 18 anos; ser o condutor da moto; morar na cidade do estudo; estar internado na sala de Politrauma, Observação um, dois, três ou na Enfermaria Ortopédica; estar consciente no momento da entrevista; e ter um familiar como acompanhante no hospital. Foram excluídas 15 pessoas vítimas de acidente motociclistico, 13 que tiveram escoriações leve e alta do hospital no mesmo dia da admissão e dois que recusaram o convite.

Como critério de inclusão do familiar se considerou: ser acompanhante da pessoa vítima de acidente de motocicleta durante no mínimo 80% dos dias de internação. Adotou-se, como familiar neste estudo, qualquer pessoa com laços consanguíneos ou sócio afetivos, residente ou não no domicílio do paciente.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, durante todos os dias da semana, no período da manhã e tarde, cumprindo o plantão diurno, das 7:00 às 19:00 horas. Para a coleta, empregaram-se entrevista individual semiestruturada e observação não participante, ambas realizadas por uma das pesquisadoras. As entrevistas foram transcritas na íntegra e armazenadas em arquivo no computador, e as observações registradas em diário de campo.

As entrevistas com os profissionais ocorreram nos postos de enfermagem da sala de emergência (Politrauma) – local de recepção dos pacientes, das salas de Observação um, dois e três e da Enfermaria Ortopédica. As entrevistas com as vítimas de acidente de motocicleta e os seus familiares foram realizadas beira leito, na sala de Observação três e Enfermaria Ortopédica. Quanto à observação não participante, aconteceu nos cinco ambientes (salas de emergência, de observação um, dois e três, e enfermaria ortopédica), com duração média de duas a oito horas por dia, sendo registrada em um diário de campo.

A entrevista com os profissionais abordou as ações de acolhimento às pessoas vítimas de acidente de motocicleta e aos familiares nas salas e enfermaria, além das necessidades de melhorias desse acolhimento. Na entrevista com as vítimas de acidente motociclistico e seu familiar, foi perguntado sobre como percebiam os cuidados de enfermagem recebidos e o que deveria mudar no ambiente hospitalar e no atendimento da equipe de enfermagem para melhorar a assistência. O término das entrevistas ocorreu quando todos os profissionais que aceitaram participar do estudo foram entrevistados.

Para a observação dos profissionais, empregou-se um roteiro, no qual constava: como era realizada a recepção da pessoa vítima de acidente de motocicleta e de seu familiar nos setores; identificação de permissão da entrada do familiar na sala Politrauma, concedida pelos profissionais; e como os profissionais realizavam o acolhimento.

Nas salas Politrauma e Observações, a equipe de enfermagem, com turno de trabalho de 12 horas, constituía-se por um enfermeiro e de quatro a seis técnicos de enfermagem em cada sala, enquanto na Enfermaria Ortopédica, dois enfermeiros e 10 técnicos formam a equipe.

Os dados foram organizados e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual emprega depoimentos individuais para construir um depoimento único, coletivo, elaborado na primeira pessoa do singular.¹⁷ Ao término das transcrições, os depoimentos foram transferidos para o Software *QualiquantiSoft* versão 1.3c.

A técnica do DSC consiste em quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECHs) - trechos literais do depoimento, selecionados pelo pesquisador e que representam a essência do conteúdo; Ideias Centrais (ICs) - descrições resumidas e

objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos; Ancoragem (AC) - contém traços linguísticos de manifestações da crença do sujeito; e DSC propriamente dito - união das ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar.¹⁷

RESULTADOS

Dos 10 enfermeiros participantes do estudo, oito eram do sexo feminino. O tempo de atuação dos profissionais variou de sete a 28 anos, enquanto o de experiência em urgência e emergência oscilou de quatro a 28 anos. Dentre os 22 técnicos de enfermagem participantes, 21 eram do sexo feminino. A atuação profissional variou de dois a 30 anos, e a experiência em urgência e emergência, de um ano e meio a 20 anos. Em relação às pessoas vítimas de acidente de motocicleta, 12 eram do sexo masculino, na faixa etária de 19 a 50 anos, nove possuíam ensino médio completo e 10 tiveram fratura em membros inferiores. Todos foram submetidos à cirurgia. Quanto ao desfecho destas pessoas, um foi a óbito depois de 48 dias de internação e 12 tiveram alta. Dentre este último grupo, quatro reinternaram com infecção na ferida cirúrgica e necessitaram de cirurgia para limpeza do local e antibioticoterapia. Todos os 13 familiares das vítimas de acidente motociclistico, participantes da pesquisa, eram do sexo feminino, representados por mães, esposas, irmãs e tia, com idades entre 19 e 65 anos. Das entrevistas emergiram quatro ICs com seus respectivos DSCs:

IC1: O acolhimento de enfermagem às pessoas vítimas de acidente motociclistico na chegada ao hospital está mais voltado para os aspectos físicos.

DSC1: *Depois do atendimento dos médicos, a equipe de enfermagem assume o atendimento. Eu escuto o que o enfermeiro do SAMU tem para me passar sobre o estado do paciente. Ele já vem punccionado, é verificado o nível de consciência, os sinais vitais, realizada analgesia de acordo com a prescrição médica, hidratação e monitorização. Se tiver um ferimento sangrando, fazemos o curativo. Dependendo do caso, levo o prontuário para o ortopedista fazer a avaliação do acidentado que vai para o raio X. Se tem conduta para o neurologista, já é encaminhado para fazer a tomografia. Oriento aos familiares trazer roupas, travesseiro, lençóis, cobertor, toalha e materiais de higiene, além disso, explico que não pode ficar acompanhante na Sala de Politrauma, mas quando o acidentado for para a sala de observação ou enfermaria, será permitido. Alguns casos passo para a Assistente Social entrar em contato com os familiares. Às vezes, os acidentados chegam aqui sem ninguém, só depois os familiares chegam. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22)*

IC2: Os profissionais de enfermagem acolhem as pessoas vítimas de acidente motociclistico por meio da escuta, atendendo suas necessidades de conforto e permitindo ao familiar ficar junto no hospital.

DSC2: *Eu realizo o acolhimento do acidentado tratando-o bem, respeitando-o, me colocando no lugar dele, tendo compaixão do estado em que se encontra. Escuto o que tem a me dizer ou perguntar. Acalmo, oriento, deixo ele confortável física e psicologicamente, colocando-o em maca com lençol, administrando a medicação para dor, e dentro do possível, ouvindo suas queixas. Entro em contato com a família, falo sobre o estado do acidentado e os procedimentos que ele já realizou ou ainda irá realizar. Deixo o acompanhante ficar com o paciente.* (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22).

IC3: Melhorar a assistência de enfermagem requer investimentos nas condições de trabalho, qualificação da equipe mediante educação continuada e agilidade no atendimento.

DSC3: *Para melhor assistência tem que melhorar a gestão do hospital proporcionando melhores condições de trabalho para os profissionais em geral, pelo aumento do recurso humano. Aqui no hospital falta gente para trabalhar e as empresas pagarem corretamente os que estão trabalhando. Faltam materiais: medicações, fralda, esparadrapo, colchão caixa de ovo, não tem lençol, as camas estão quebradas. Às vezes, a gente não tem maca para liberar a prancha rígida do SAMU. Faltam equipamentos: monitor hemodinâmico para todos que necessitam e aspirador de secreção suficiente... damos prioridade aos mais graves. Falta qualificação da equipe: não temos educação continuada. Falta humanização com os pacientes, empatia, cuidar da equipe de enfermagem para que cuide bem. Os profissionais em geral precisam ser mais comprometidos com os pacientes. Muitas pessoas chegam para trabalhar estressadas. Além disso, falta agilidade no atendimento, o paciente chega, fica na maca, demora muito o atendimento e os procedimentos* (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22).

IC4: Melhorar a assistência exige investir na estrutura do hospital, em materiais que supram as nossas necessidades como pacientes, além de maior agilidade no atendimento e mais educação dos profissionais.

DSC4: *Falta agilidade no atendimento e na marcação da cirurgia, enquanto isso a gente fica esperando, não tem material para fazer a cirurgia. Além disso, a estrutura*

do hospital está muito precária, o chão do banheiro está todo quebrado, não tem chuveiro, tem um cano com água fria e uma mangueira, o suporte do soro está enferrujado, quebrado e remendado com esparadrapo, o ar condicionado está quebrado, o quarto fica muito quente, os seguranças não permitem entrar com ventilador. Falta bebedouros, estão quebrados ou sem água, temos que trazer água de casa. Muitas lâmpadas estão quebradas. Falta água sanitária para a limpeza dos quartos, o odor nos quartos não passa, falta lençol, temos que trazer de casa, esparadrapo temos que comprar e trazer, não tem cadeira para os acompanhantes, muitos dormem no chão ao lado da maca. Também falta privacidade, aqui fica homem e mulher juntos no mesmo quarto. Às vezes, tem muito barulho, muita conversa, não temos como descansar. Além disso, falta educação dos profissionais com a gente, algumas pessoas são brutas, a gente fala, ninguém ouve (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13).

A observação não participante da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem permitiu evidenciar na recepção das pessoas vítimas de acidente de motocicleta que o acolhimento ocorre principalmente por meio de ações voltadas para os aspectos físicos como monitoramento do paciente, verificação dos sinais vitais, administração de medicamentos para analgesia e curativos, cuidados realizados pelos técnicos de enfermagem. Os enfermeiros cuidavam de outros pacientes mais graves que necessitavam de reanimação cardiopulmonar ou transferência para UTI. Na maior parte do tempo estes profissionais se dedicavam aos registros de cuidados, ao processo de enfermagem pelo preenchimento de um formulário impresso e aprazamento de medicações prescritas.

Em nenhum momento foi observada a procura ou contato dos enfermeiros ou técnicos de enfermagem com os familiares das vítimas de acidente motociclistico que estavam na sala de politrauma. Os familiares entravam nessa sala junto com o vigilante da Recepção para ver o paciente. Nas salas de Observação um, dois, três e enfermaria ortopédica eram permitidos acompanhantes.

Algumas notas registradas no diário de campo acerca das observações dos cuidados da equipe de enfermagem às vítimas de acidente de motocicleta e aos seus familiares são apresentadas:

- Sala Politrauma – dias 04, 12 e 19 de dezembro e 09, 16 e 20 de janeiro: “enfermeiros (E1, E3, E4, E5, E7, E10) preenchem o formulário da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) antes da chegada da pessoa vítima de acidente na sala”; “não há nenhuma mobilidade dos enfermeiros na busca dos familiares dos motociclistas”;
- Sala Politrauma – todos os dias da coleta de dados: “enfermeiros (E1, E4, E5, E6, E7, E10) passam a maior parte do tempo do plantão procurando vagas para os pacientes em outras salas,

para liberarem a maca do SAMU”; “enfermeiros conversam com as pessoas vítimas de acidente motociclístico somente para confirmar o nome completo para o prontuário”;

- Sala Politrauma – dias 12, 15 e 20 de dezembro, e Enfermaria Ortopédica – dias 01, 26, 27 de dezembro e 03 e 04 de janeiro: “enfermeiros (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9) não realizaram o exame físico nos motociclistas em nenhum momento do plantão”. Todos os locais do estudo – todos os dias da coleta: “técnicos de enfermagem (T1...T22) conversam com as vítimas de acidente motociclístico e os seus familiares, esclarecem dúvidas e criam vínculos.”

DISCUSSÃO

As características das pessoas vítimas de acidente de motocicleta se assemelham às identificadas em investigações nacionais¹⁸⁻²⁰ e internacionais,^{21,22} sendo a maioria do sexo masculino, adultos jovens e com lesões de membros inferiores. A vulnerabilidade do motociclista no momento do acidente pode produzir lesões traumáticas pelo fato do condutor absorver a energia gerada, a exemplo das fraturas de extremidades, que podem prolongar o período de internação hospitalar e ocasionar complicações. Embora frequentes nos acidentes motociclisticos, há uma lacuna no que se refere às medidas ou aos recursos capazes de prevenir ou reduzir esse tipo de lesão.²³

Em relação às características dos profissionais participantes da pesquisa, destacaram-se aqueles com muitos anos de experiência em urgência e emergência, achados também revelados em estudo desenvolvido em Portugal²⁴ e que podem produzir nas motociclistas vítimas de acidentes e em seus familiares a sensação de mais segurança no cuidado prestado.

O discurso dos profissionais quanto à recepção da equipe de enfermagem às pessoas vítimas de acidente motociclístico na sala Politrauma do hospital evidenciou o acolhimento com ações voltadas para a objetividade e subjetividade do cuidado, enquanto a observação não participante revelou a predominância do acolhimento com ações objetivas, focadas em procedimentos técnicos e de registro: aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, encaminhamento para exames, hidratação, monitoramento, curativos, intervenções do protocolo de reanimação cardiorrespiratória e realização do processo de enfermagem.

Notou-se pelas observações, que as ações foram realizadas da mesma forma para todas as pessoas vítimas de acidente de motocicleta, desconsiderando suas individualidades. Na atuação dos enfermeiros não foram observadas ações de cuidado subjetivas como escutar as queixas e acalmar o paciente, contatar a família e permitir a presença de acompanhante na sala de emergência. Ao ignorar a singularidade e individualidade dos pacientes para submetê-los a protocolos, os profissionais pouco contribuem para o cuidado humanizado.²⁵ Estudo qualitativo sobre espiritualidade e humanização, também evidenciou no discurso de graduandos de enfermagem sobre o cuidado/assistência, a valorização técnico procedimental em detrimento do acolhimento.²⁶

A interação enfermeiro-paciente, sob o aspecto do cuidado humanizado, inclui diferentes estágios: mostrar disposição e interesse em ultrapassar a tarefa simples; cuidar com uma abordagem ética; demonstrar empatia, cordialidade e compreensão; e, finalmente, por meio da habilidade comunicativa e de uma abordagem familiar, estabelecer relações com o paciente que considerem suas condições e reflitam no interesse pelo outro e na solução de seus problemas.²⁵ Compreende-se que esse tipo de interação, própria do cuidado humanizado, não observada no acolhimento do enfermeiro aos motociclistas vítimas de acidente e à sua família, sinaliza a necessidade de melhorias para a qualificação da atenção à saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização apresenta em seus dispositivos o despreparo do profissional da saúde em lidar com questões subjetivas dos pacientes. Ademais, o profissional talvez tenha mais estímulo para ofertar acolhimento se o mesmo for acolhido e valorizado no seu trabalho.²⁷

Na emergência, muitos profissionais trabalham exclusivamente com a busca de resultados por produção e não por qualidade. O indivíduo vítima de acidente de trânsito requer assistência integral à saúde,¹² todavia, a exclusividade do modelo biomédico pode desumanizar o cuidado, assim como a falta de responsabilização e produção de vínculo.²⁸

Semelhante aos achados da observação do presente estudo, na Colômbia, estudo acerca dos direitos dos pacientes em relação aos serviços oferecidos, revelou insuficiência de qualidade na atenção ofertada, sendo o paciente entendido como um organismo doente e isolado, um corpo desprovido de sua singularidade e restrito ao conhecimento técnico-científico que envolve a experiência clínica, que o distancia cada vez mais de seus direitos fundamentais.²⁹

A presente pesquisa retratou ainda a necessidade do profissional respeitar o paciente, ser cordial, e tentar resolver seus problemas físicos ou emocionais, principalmente no momento em que estão mais vulneráveis, como na condição de vítima de acidente motociclístico. Justifica-se que as instituições de saúde não oferecem cuidado humanizado devido à falta de recursos. Ademais, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros os distancia dos pacientes e impede de realizarem o cuidado.³⁰

Assim, oferecer acolhimento em condições precárias de estrutura física, de recursos humanos e de materiais é um grande desafio. Contudo, os profissionais de enfermagem podem ser agentes mediadores no entendimento dos pacientes e familiares acerca das deficiências estruturais vivenciadas pela instituição hospitalar. Explicar à pessoa vítima de acidente de motocicleta/familiar que a equipe de enfermagem não tem governabilidade sobre certos problemas de ambiência, de falta de material e de recursos humanos por serem de responsabilidade da gestão hospitalar e do Estado, pode contribuir para uma relação de cuidado mais favorável entre enfermagem-paciente-família.

As percepções da enfermagem, dos motociclistas vítimas de acidente e de seus familiares no que se refere às melhorias necessárias à assistência de enfermagem, evidenciam a falta de uma gestão envolvida com a resolução de problemas que

vão da estrutura física à qualificação dos profissionais por meio de educação continuada. Em consonância com o presente estudo, pesquisa em hospitais de um município brasileiro sobre o acolhimento de enfermagem no trauma revelou aspectos institucionais e profissionais necessários para maior humanização: educação continuada; ampliação no número de trabalhadores; aumento dos recursos materiais; maior tempo de cuidado direto; flexibilização das rotinas rígidas; incentivo para o relacionamento interpessoal; permissão de acompanhantes nas áreas críticas; e área permanente onde possam ficar pacientes e acompanhantes.³¹

Embora na presente investigação a família não tenha sido inserida na sala de emergência, essa é uma possibilidade que deve ser considerada na busca de uma atenção mais humanizada. Todavia, cabe registrar que nesse espaço a família necessita ser acompanhada por um profissional, cujo papel seria de decodificar os procedimentos, o que implica redimensionamento de pessoal. Ainda, a presença da família em salas de emergência requer recursos humanos preparados para essa convivência em situações estressoras. Portanto, desvela-se a necessidade de se iniciar um processo de preparação para receber as famílias nesse cenário de cuidado.³²

Ainda, os resultados analisados à luz das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências³³ sinalizam que é preciso avançar no acolhimento às pessoas vítimas de acidentes de motocicleta e aos seus familiares, a fim de garantir a integralidade no atendimento às urgências relacionadas às causas externas, que incluem os acidentes motociclísticos.

Considera-se como limitação do estudo o local e momento da entrevista para a etapa da coleta de dados, uma vez que foram realizadas nos postos de enfermagem devido à impossibilidade dos profissionais se ausentarem do local de trabalho.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo revelou nos discursos dos profissionais que no hospital o acolhimento da equipe de enfermagem às pessoas vítimas de acidentes de motocicleta e aos seus familiares ocorre por meio da escuta, atendendo suas necessidades de conforto e permitindo ao familiar ficar junto. Ademais, a observação das ações dos profissionais permitiu identificar que o acolhimento se volta mais para os aspectos físicos e desconsidera as individualidades desta população.

Quanto às fragilidades no acolhimento, os profissionais de enfermagem percebem a necessidade de investimentos nas condições de trabalho; e o motociclista vítima de acidente e seu familiar, percebe mais investimento na estrutura do hospital, em materiais que supram as suas demandas. Todos os participantes (profissionais, pessoas vítimas de acidente motociclístico e seus familiares) consideram que melhorar o acolhimento no hospital requer mais qualificação da equipe e maior agilidade no atendimento.

O estudo traz como implicações para a prática assistencial o comprometimento dos gestores e profissionais do hospital na superação das deficiências evidenciadas no acolhimento de enfermagem, a fim de assegurar que este ocorra de maneira efetiva.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lilian de Oliveira Corrêa. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Patrícia Madalena Vieira Hermida. Daniele Delacanal Lazzari. Luciana Bihain Hagemann de Malfussi.

EDITOR ASSOCIADO

Rafael Celestino da Silva

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza-SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Lopes GVDO, Menezes TMO, Miranda AC, Araújo KL, Guimarães ELP. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014; [citado 2019 nov 29];67(1):104-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0104.pdf>
3. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):333-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680221i>. PMID:26222179.
4. Romanini M, Guareschi PA, Roso A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. Saúde Debate. 2017;41(113):486-99. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711311>.
5. Assis LRS, Ribeiro IAP, Alves AKS, Duarte Neta MA. Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. Uningá Review [Internet]. 2016; [citado 2019 nov 29];25(1):131-5. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1750/1358>
6. Soares ACL, Brasileiro M, Souza DG. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. Rev Recien. 2018;8(22):22-33. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.22-33>.
7. Paula VG, Pereira KCSA, Tormin CV, Paula CFNQ. Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização com estratégia de inclusão social. Educação, Saberes e Práticas [Internet]. 2018; [citado 2019 nov 29];7(1):241-51. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/SaberesPratica/article/view/347/241>

8. Prata MO. Trauma, desamparo e sofrimento psíquico na enfermagem de ortopedia e traumatologia [dissertação]. Goiás: Pontifícia Universidade Católica; 2015.
9. Souza HNF, Drumond EF, Malta DC, Hang-Costa TA, Freitas MIF. Perspective of motorcyclists accidented about risk and transit accidents. *REME*. 2018;22(1):22-33. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180018>.
10. Andrade SSCA, Jorge MHPM. Hospitalization due to road traffic injuries in Brazil, 2013: hospital stay and costs. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(1):31-8. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000100004>. PMID:28226006.
11. Zabeu JLA, Zovico JRR, Pereira Jr WN, Tucci No PF. Profile of motorcycle victims from the emergency service of a university hospital. *Rev Bras Ortop*. 2013;48(3):242-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2012.09.006>. PMID:31214539.
12. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Factors associated with access to physical rehabilitation for victims of traffic accidents. *Rev Saude Publica*. 2017;51(1):51-4. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006429>. PMID:28658365.
13. Souto CC, Reis FKW, Bertolini RPT, Lins RSMA, Souza SLB. Profile of work-related road traffic accident victims recorded by sentinel health units in Pernambuco, Brazil, 2012-2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):351-61. PMID:27869953.
14. Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Fernandes CAM, Évora DM, Matsuda LM. Mortality from land transport accidents: a comparative analysis. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014; [citado 2019 nov 20];19(1):48-55. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35934/22411>
15. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2019 nov 17]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe.sim/cnv/ext10uf.def>
16. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):e50178. PMID:26934508.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo. 2ª ed. Brasília: Liber Livro; 2012.
18. Albuquerque AM, Silva HCL, Torquato IMB, Gouveia BLA, Abrantes MSAPA, Torres VSF. Motorcycle accident victims with trauma. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016; [citado 2019 nov 30];10(5):1730-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13549/16326>
19. Silva BJC, Santos JDMS, Santos AMRS, Madeira MZA, Gouveia MTO. Motorcycle accidents: characteristics and suspected alcohol use. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017; [citado 2019 nov 29];22(3):e50715. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50715/pdf_en
20. Campos JR, Nascimento ERP, Hermida PMV, Galetto SGS, Rasia MA, Silveira NRS. Characteristics of road traffic accidents based on public hospital services. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2018; [citado 2019 nov 17];23(2):e53094. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53094/pdf_1
21. Hay-David A, Stacey T, Pallister I. Motorcyclists and pillion passengers with open lower-limb fractures: a study using TARN data 2007-2014. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100(3):203-8. <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2017.0222>. PMID:29364004.
22. Gupta A, Gupta S, Kumar S, Kant S, Misra P, Majumdar A et al. Epidemiological study of patients of road traffic injuries attending emergency department of a trauma center in New Delhi. *Indian J Crit Care Med*. 2017;21(10):678-83. http://dx.doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_197_17. PMID:29142380.
23. Araujo GL, Whitaker IY. Hospital morbidity of injured motorcyclists: factors associated with length of stay. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(2):178-84. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600025>.
24. Batista M, Vasconcelos P, Miranda R, Amaral T, Geraldês J, Fernandes A. Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Rev Enf Ref*. 2017;IV série(13):83-92. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16085>.
25. Beltrán Salazar OA. Humanized care: a relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(1):17-27. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a03>.
26. Coscrato G, Villela Bueno SM. Spirituality and humanization according to nursing undergraduates: an action research. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(1):73-82. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a09>. PMID:26148158.
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: a experiência da diretriz de ambiência da Política Nacional de Humanização (PNH). 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
28. Benedetto MACD, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface*. 2018;22(67):1197-207. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.
29. Santacruz-Bravo JD. Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Rev Univ Salud*. 2016;18(2):373-84. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161802.47>.
30. Beltrán-Salazar OA. Healthcare institutions do not favor care. Meaning of humanized care for people directly participating in it. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):194-205. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v32n1a02>.
31. Giacomozzi LM. Escala de acolhimento de enfermagem para o trauma [dissertação]. Paraná: Universidade Federal do Paraná; 2008.
32. Soares JR, Martin AR, Rabelo JF, Barreto MS, Marcon SS. Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*. 2016;16(2):193-204. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.2.7>.
33. Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011 (BR). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 8 jul 2011.

^a Este estudo foi extraído da tese de doutorado intitulada "Acolhimento de acidentados de motocicleta e de seus familiares em ambiente hospitalar e domiciliar: discurso do sujeito coletivo". Autora: Lilian de Oliveira Corrêa. Orientadora: Eliane Regina Pereira do Nascimento. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.