

Lilian de Oliveira Corrêa

**ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA
E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E
DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.**

Tese apresentada à banca examinadora do curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – DINTER (UEA-UFSC).

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem em Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Corrêa, Lilian de Oliveira

ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. / Lilian de Oliveira Corrêa ; orientadora, Prof.^a Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, 2018.
162 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem em Urgência e Emergência. 3. Acidente de motocicleta. 4. Acolhimento . 5. Humanização da Assistência. I. Nascimento, Prof.^a Dra. Eliane Regina Pereira do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

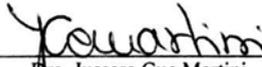
LILIAN DE OLIVEIRA CORRÊA

**ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E DE SEUS
FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR: DISCURSO
DO SUJEITO COLETIVO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de:

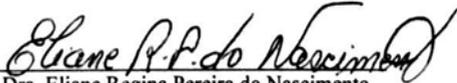
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

e aprovada em 29 de novembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da
Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.



Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

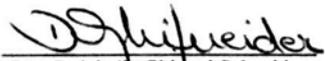
Banca Examinadora:



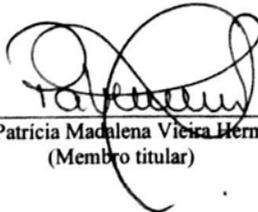
Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



Dra. Daniele Delacanal Lazzari
(Membro titular)



Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider
(Membro titular)



Dra. Patricia Macalena Vieira Hermida
(Membro titular)

Dedico este trabalho a Ária, minha esposa, que sempre esteve comigo, apoiando com amor, carinho e dedicação, contribuindo de todas as formas para a finalização dessa jornada. Meus infinitos agradecimentos! Amo Mais!

AGRADECIMENTOS

Durante os quatro anos de estudo e dedicação, muitas pessoas e instituições contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta Tese. Por isso, deixo aqui registrada minha imensa gratidão.

Primeiramente agradeço a **Deus**, pela vida, saúde, família e pela oportunidade de realizar o doutorado, principalmente por possibilitar um ano somente de estudos, sem precisar conciliar com o trabalho, em uma cidade linda e abençoada.

À minha **esposa**, Ária Maria Mendes de Carvalho, por toda paciência e compreensão pela mudança de cidade, casa e vida neste último ano, estágio doutoral. Por todo carinho, amor, dedicação, ajuda, disposição e cumplicidade.

Aos **meus pais**, Adiston Corrêa e Rozeli de Oliveira Corrêa, pelo amor, carinho, atenção e orações que ajudaram na realização dos meus objetivos.

Aos **meus irmãos**, Adiston e Ricardo, pelo apoio e torcida pelo meu crescimento.

À **Universidade do Estado do Amazonas-UEA e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UEA** pela oportunidade de cursar o doutorado e concessão da licença remunerada para a realização do estágio doutoral em Florianópolis.

À **Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC** por todo o apoio, em especial, aos professores do Programa pelas oportunidades de crescimento acadêmico.

À **Faculdade Estácio do Amazonas** pela concessão da licença para a realização do estágio doutoral em Florianópolis.

À **minha orientadora**, Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, que desde o primeiro encontro antes da qualificação do doutorado, me acolheu com todo carinho e atenção na UFSC. Imensa gratidão por contribuir com meu crescimento pessoal e intelectual durante estes quatro anos, por toda paciência, tranquilidade, ética profissional, conforto, e principalmente pelas correções detalhadas e impecáveis que sempre fez nos meus escritos. A senhora é muito amada e admirada por todos que a conhece. Muito obrigada querida doutora, por ser uma profissional e um ser humano admirável e iluminado.

À **Prof.^a Dr.^a Patrícia Madalena Vieira Hermida**. Muito querida, obrigada pela paciência, dedicação do seu tempo, carinho e atenção nas tardes maravilhosas de orientação na sala do GEASS, eu nem via o tempo

passar, pela alegria de aprender e pela descontração que fazia das tardes um porto de tranquilidade. Gratidão eterna.

Aos **membros da banca** de qualificação e de defesa desta tese, por aceitarem o convite e contribuírem com os seus conhecimentos para aprimorar o estudo.

À **Prof.^a Dr.^a Edinilza**, por toda dedicação, ajuda e carinho.

Aos **colegas do DINTER**, Profs. Aldalice, Cassia, Cheila, Darlison, Elielza, Fabíola, Fernanda, Gisele, Giane, Jucimary, Lihsieh, Manuel, Maria Luíza, Miriam e Sônia, pelo apoio, companheirismo e amizade.

Aos **colegas do GEASS**, pelas oportunidades de troca de experiências e de saberes.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação da UFSC e aos doutores, nossos professores.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo apoio a pesquisa dos doutores, professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

À **amiga Érika**, gratidão infinita pelo apoio. Obrigada por acreditar e incentivar o meu estudo. Espero um dia, reconduzir todo apoio, dedicação, amizade e carinho que você proporciona a minha família.

Aos **meus colegas de trabalho** e amigos, Elcimara, Marcos, Rosimary, Eurides, Ana Cristina, Marta, Rafael, Márcia, Letícia, Ana Rita, Karine, Jéssica e Cleisiane, que sempre acreditaram e incentivaram meus estudos.

Aos **meus alunos** e amigos, Simone, Nívea, Karoline, André, Roselane, Giule, Regineide, Ignês, Letícia, Maria Êndrea, Geovana, Ana Cristina, Geisiane, Mamoud, Diego, Fernanda, Fabiana e Ingrid que sempre torceram pelo meu sucesso.

Ao **diretor** do Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, Edson dos Anjos Ramos, por permitir a coleta de dados e realização do estudo.

Aos **enfermeiros e técnicos de enfermagem** do Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, por aceitarem participar da pesquisa, relatando suas experiências e permitindo compartilhar o cotidiano das suas atividades no hospital.

Aos **pacientes e familiares** por participarem da pesquisa e possibilitarem a construção do conhecimento científico na área do acolhimento.

Agradeço também a todas as pessoas que não foram nomeadas aqui, mas que de alguma forma me ajudaram a realizar esta Tese.

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral compreender os sentimentos da equipe de enfermagem, pacientes e familiares acerca do atendimento hospitalar e readaptação pós-acidente de moto. Como objetivos específicos, conhecer a forma do acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a familiares acompanhantes em um hospital no Norte do País, e a percepção dos profissionais de enfermagem e dos acidentados sobre as fragilidades na assistência; conhecer as vivências dos familiares cuidadores dos acidentados de motocicleta no domicílio; compreender os sentimentos dos acidentados de motocicleta e de seus familiares no domicílio, após alta hospitalar e propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a seus familiares visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico a Política Nacional de Humanização do Ministério de Saúde, e como referencial metodológico para organização e análise de dados o Discurso do Sujeito Coletivo. Foi desenvolvido em um hospital público da região Norte do País e no domicílio do acidentado de motocicleta. A coleta de dados aconteceu entre os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018 com entrevistas individuais semiestruturada e observação não participante. Os relatos foram organizados por meio do Software QualiquantiSoft 1.3c do Discurso do Sujeito Coletivo, e originaram como resultados, Ideias Centrais referentes aos objetivos. Referente ao primeiro objetivo, os profissionais de enfermagem acolhem o acidentado de motocicleta por meio da escuta, atendendo suas necessidades de conforto e permitindo a presença do acompanhante; os profissionais apontam que para melhoria da assistência de enfermagem é necessário melhorar as condições de trabalho, ter mais funcionários, materiais e equipamentos, assim como qualificação da equipe por meio da educação continuada; Os acidentados de motocicleta e seus familiares apontam que para melhor assistência é necessário melhorar a estrutura do hospital, materiais que supram suas necessidades, agilidade no atendimento e mais educação e respeito dos profissionais com os clientes. Referente ao segundo objetivo, surgiram as ideias centrais, a saber: mudança na rotina do familiar; dúvidas de como movimentar o acidentado, medicações, banho e no curativo; dificuldades na estrutura da casa para receber o acidentado, insegurança sobre os sintomas apresentados e falta de dinheiro. Quanto ao terceiro objetivo, as ideias centrais foram: desconforto em depender de cuidados, preocupação

com a mobilidade, de não poder voltar a trabalhar e medo de sequelas e de andar de moto; tristeza na mudança de rotina e afastamento do emprego para acompanhar e cuidar do acidentado no hospital e em casa, preocupação, medo, insegurança, tristeza e desconforto gerados pela perda financeira. Relacionado ao quarto objetivo, os discursos sustentaram a construção de uma proposta de instrumento de cuidados de enfermagem para o acolhimento. Concluiu-se que há necessidade de melhorar o acolhimento na instituição e que o instrumento proposto poderá auxiliar a equipe de enfermagem na realização de uma assistência de qualidade, realizando um acolhimento que irá beneficiar na recuperação da saúde do acidentado de motocicleta e de seu familiar, inclusive a efetivação do sistema de referência e contrarreferência.

Palavras chave: Enfermagem, Acidente, Motocicleta, Acolhimento, Humanização da Assistência, Cuidador familiar.

ABSTRACT

The study aims to understand the feelings of the nursing team, patients and relatives on hospital care and post-accident motorcycle rehabilitation. Specific objectives relate to receiving injured people at the infirmary, accompanying relatives, nursing professionals and patients' perception on attendance weaknesses at a hospital, in the country's north. To know experiences and feelings of injured and their family caregivers' homes after hospital discharge and propose a nursing care instrument for receiving them at the hospital and home environments. Descriptive study with a qualitative approach using as a theoretical reference the National Humanization Policy of the Health Ministry and as a methodological reference for data organization and analysis to Collective Subject Disclosure. It was possible to develop in a public hospital in the country's northern region and injured people's homes. Data collection performed between December 2017 and January 2018 with individual interviews, semi-structured interviews and non-participant observation. It was possible to organize the stories through QualiquantiSoft 1.3c software of Collective Subject Disclosure and gave rise as results to the Objectives' Central Ideas. Regarding the first aim, nursing professionals receive injured people by listening to them, attending to their comfort needs and allowing the companion's presence. Professionals mention improving nursing care is necessary to improve working conditions, to have more employees, materials and equipment, and a team qualification through continuing education. Accident victims and family members mention a better hospital structure, materials meeting their needs, care agility and more professionals' education and respect for patients are necessary for improving care. On the second aim, the following main ideas emerged: the relative's routine change, doubts on how to move the injured, medications, baths and dressings, difficulties in the house structure to receive the injured, insecurity over symptoms presented and lack of money. The third aim central ideas were discomfort on care, mobility concern, not being able to work, physical sequels and riding a motorcycle fear. Also, feel sadness for routine change, away from work to accompany and care for the injured at the hospital and home, feel worried, fear, insecurity, sadness, and discouragement generated by financial loss. Regarding the fourth objective, speeches supported a nursing care instrument proposal construction for the reception. The conclusion is a need to improve the institution's reception and proposed instrument will aid the nursing team to carry out quality help. It will benefit the health

recovery of motorcycle injured and relatives, including the reference and counter-referral systems implementation.

Keywords: Nursing. Accident. Motorcycle. Receiving. Assistance humanization. Family caregiver.

RESUMEN

El objetivo general del estudio es comprender los sentimientos del equipo de enfermería, pacientes y familiares acerca del atendimento hospitalario y readaptación post-accidente de motocicleta. Los objetivos específicos son conocer la forma de recibimiento de la enfermería de los accidentados, sus familiares acompañantes y la percepción de los profesionales de enfermería y de los accidentados sobre las fragilidades en la asistencia, en un hospital en el norte del país. También, conocer las experiencias y los sentimientos de los accidentados y sus familiares cuidadores en sus domicilios después del alta hospitalario y proponer un instrumento de cuidados de enfermería para todos ellos con el propósito de recibirlos en los ambientes hospitalario y domiciliario. Se trata de un estudio descriptivo con un abordaje cualitativo que utilizó como referente teórico la Política Nacional de Humanización del Ministerio de Salud y como referente metodológico para la organización y análisis de los datos al Discurso del Sujeto Colectivo. Se desarrolló en un hospital público de la región norte del país y en el domicilio del accidentado de motocicleta. La colección de datos se realizó entre los meses de Diciembre del 2017 y Enero del 2018 con entrevistas individuales, semiestructuradas y la observación no participante. Los relatos fueron organizados por medio del Software QualiquantiSoft 1.3c del Discurso del Sujeto Colectivo y se originaron, como resultados, las Ideas Centrales sobre los objetivos. Referente al primer objetivo, los profesionales de enfermería reciben al accidentado de motocicleta escuchando al mismo, atendiendo sus necesidades de confort y permitiendo la presencia del acompañante. Los profesionales mencionan que para mejorar la asistencia de la enfermería es necesario mejorar las condiciones de trabajo, tener más empleados, materiales y equipamientos, así como una calificación del equipo por medio de la educación continua. Los accidentados y sus familiares mencionan que para mejorar la asistencia es necesaria una mejor estructura del hospital, materiales que suplan sus necesidades, agilidad en la atención y más educación y respeto de los profesionales con los pacientes. Referente al segundo objetivo surgieron las siguientes ideas centrales: cambio en la rutina del familiar, dudas sobre cómo mover al accidentado, medicaciones, baños y curativos, dificultades en la estructura de la casa para recibir al accidentado, inseguridad sobre los síntomas presentados y falta de dinero. Sobre el tercer objetivo, las ideas centrales fueron incomodidad por depender de cuidados, preocupación con la movilidad, no poder volver a trabajar, miedo de secuelas

y de andar de moto. También, sentir tristeza por el cambio de rutina y alejamiento del empleo para acompañar y cuidar del accidentado en el hospital y en casa, preocupación, miedo, inseguridad, tristeza y desaliento generados por la pérdida financiera. En relación al cuarto objetivo, los discursos sustentaron la construcción de una propuesta de instrumento de cuidados de enfermería para el recibimiento. Se concluye que existe la necesidad de mejorar el recibimiento en la institución y que el instrumento propuesto podrá auxiliar al equipo de enfermería en la realización de una asistencia de calidad, realizando un recibimiento que beneficiará la recuperación de la salud del accidentado de motocicleta y su familiar, inclusive la efectivización del sistema de referencia y contrareferencia.

Palabras clave: Enfermería. Accidente. Motocicleta. Recibimiento. Humanización de la Asistencia. Cuidador familiar.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Fluxograma dos possíveis locais do hospital percorridos pelo acidentado de motocicleta. 50
- Figura 2:** Fluxograma do número total de profissionais e clientes abordados, participantes e não participantes do estudo 52
- Figura 3:** Fluxograma da coleta de dados no ambiente hospitalar e domiciliar 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de óbitos causados por acidentes de trânsito (AT) e acidentes com motocicleta (AM) por 100 mil habitantes, no Brasil, regiões brasileiras e cidades com maiores ocorrências no ano de 2016	40
Tabela 2: Perfil epidemiológico dos acidentados de motocicleta, Manaus-AM, Brasil, 2017.	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AC-** Ancoragem
- AM-** Acidente de Motocicleta
- APS-** Atenção Primária à Saúde
- AT-** Acidente de Trânsito
- CAPES-** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNTB-** Código Nacional de Trânsito Brasileiro
- DETRAN-** Departamento de Trânsito
- DPVAT-** Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
- DSC-** Discurso do Sujeito Coletivo
- ECH-** Expressão Chave
- ESF-** Estratégia Saúde da Família
- FAPESC-** Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
- FAST-** Focused Assessment with Sonography for Trauma
- GTH-** Grupos de Trabalhadores de Humanização
- ICs-** Ideias Centrais
- MANAUSTRANS-** Instituto de Engenharia e Fiscalização de Trânsito de Manaus.
- OMS-** Organização Mundial da Saúde
- ONU-** Organização das Nações Unidas
- OPAS-** Organização Pan Americana de Saúde
- PNH-** Política Nacional de Humanização
- PVT-** Projeto Vida no Trânsito
- RAS-** Rede de Atenção à Saúde
- RCPD-** Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência
- RS-10-** Road Safety in Ten Countries
- RUE-** Rede de Urgência e Emergência
- SAME-** Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
- SIH-** Sistema de Informação Hospitalar
- SAMU-** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SPA-** Serviço de Pronto Atendimento
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- SUSAM-** Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
- UBS-** Unidade Básica de Saúde
- UEA-** Universidade do Estado do Amazonas

UFSC-Universidade Federal de Santa Catarina

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	23
2.	OBJETIVOS	29
2.1.	GERAL	29
2.2.	ESPECÍFICOS	29
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	31
3.1.	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	31
3.2.	O ACOLHIMENTO NO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM	33
4.	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	39
4.1.	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO E COM MOTOCICLETA	39
4.2.	CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DOS ACIDENTES COM MOTOCICLETA	40
4.3.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA	42
4.4.	MEDIDAS GOVERNAMENTAIS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO	43
4.5.	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA PARA OS CUIDADOS DOMICILIARES DO ACIDENTADO	45
4.6.	A FAMÍLIA COMO CUIDADORA DOMICILIAR DO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA	46
5.	METODOLOGIA	49
5.1.	TIPO DE ESTUDO	49
5.2.	O LOCAL DA PESQUISA	49
5.3.	PARTICIPANTES DA PESQUISA	51
5.4.	COLETA E REGISTROS DOS DADOS	52
5.5.	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
5.6.	ASPECTOS ÉTICOS	57
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1	MANUSCRITO 1 - ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA E FAMILIAR ACOMPANHANTE.....	60
6.2	MANUSCRITO 2 - VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR DO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA APÓS A ALTA HOSPITALAR	79

6.3	MANUSCRITO 3 - SENTIMENTOS DOS ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E FAMILIARES CUIDADORES APÓS ALTA HOSPITALAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	93
6.4.	INSTRUMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM VISANDO O ACOLHIMENTO.....	105
6.4.1.	Apresentação do instrumento de cuidados de enfermagem para o acolhimento de acidentados de motocicleta e de seus familiares no hospital e no domicílio:.....	114
6.4.2.	Justificativa dos itens presentes no instrumento de cuidados de enfermagem	117
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
8.	REFERÊNCIAS	125
	ANEXOS	137
	APÊNDICES	143

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento aos clientes se inicia na recepção do hospital, onde os profissionais da saúde escutam os seus problemas e queixas, permitindo que expressem suas dúvidas, estabelecendo vínculo, garantindo atenção resolutiva e uma assistência integral de acordo com suas necessidades, além da articulação com os outros serviços e unidades de saúde, garantindo um sistema de referência e contrarreferência para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006).

O acolhimento permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; significa receber e reconhecer o outro no primeiro contato (MERHY, 2004). Acolher significa humanizar as atividades de atenção à saúde e as relações interpessoais entre a equipe, os clientes e o serviço, de modo a respeitar a singularidade dos indivíduos, personalizando a assistência (CARVALHO, 2008; REIS, 2014; DE PAULA *et al.*, 2018).

Cabe registrar que neste estudo adotou-se o termo cliente relativo ao acidentado de motocicleta, visto que a Política Nacional de Humanização preconiza esse termo como contratual em que a pessoa tem seus direitos e deveres e poder de decisão referente à sua saúde.

A família é a base social de cada indivíduo, juntos formam o círculo familiar, onde qualquer mudança em um elemento do círculo, influencia todos os demais componentes (NUNES *et al.*, 2017). A presença do familiar ao lado do cliente transmite segurança, proteção e amor, o que faz com que o cliente se sinta estimulado a lutar contra a doença ou contra a morte. Além disso, a interação entre a equipe de enfermagem, cliente e família é fundamental para estabelecer o cuidado efetivo. Assim como o cliente, a família necessita de cuidados, informação, conforto, segurança e respeito (SILVEIRA, LUNARDI, 2005; MARUITI, GALDEANO, 2007). Clientes e seus familiares encontram no acolhimento, o conforto e as respostas a suas perguntas. Neste estudo o acolhimento é entendido como uma das estratégias de humanização da assistência.

Também de grande relevância é a educação/orientação na reabilitação dos acidentados do trânsito, especialmente de moto, dentro do ambiente hospitalar, sendo a orientação aos familiares um avanço no estabelecimento da relação interpessoal entre equipe e grupo familiar (SILVEIRA; LUNARDI, 2005). A orientação aos clientes e familiares quanto a recuperação após o acidente também compreende o acolhimento.

A superlotação, acúmulo de tarefas, profissionais sobrecarregados, falta de leitos, de espaço físico, de recurso humano e material, compreendem a realidade dos serviços de urgência e emergência dos hospitais brasileiros, o que pode comprometer uma assistência de qualidade (GARLET *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*; 2016).

Nesses cenários da atenção às urgências, o enfermeiro desenvolve as funções de liderança da equipe de enfermagem, coordenação do processo assistencial, previsão e provisão de recursos materiais e dimensionamento da equipe de enfermagem, além da utilização das tecnologias leves, estabelecendo relação de vínculo e confiança com os clientes e familiares (SANTOS *et al.*, 2016).

Assim, o profissional necessita de destreza, habilidade e rapidez nas ações, bem como reforçar a humanização no processo de cuidar. Para tanto, a competência humanística deve ser desenvolvida no mesmo nível em que se incentiva a competência técnico científica dos profissionais (ASSIS *et al.*, 2016).

Utilizamos o termo acolhimento integral, como aquele que supre as necessidades físicas e emocionais dos clientes. Físicas, expressadas com ações objetivas, como procedimentos técnicos representados pelo exame físico, analgesia, realização de curativos e outros procedimentos. Emocionais, expressadas com ações subjetivas, representadas por escuta qualificada, criação de vínculos, orientações e resolução de problemas que afetam o emocional tanto do cliente quanto do seu familiar.

Diante do exposto e considerando a realidade dos hospitais e, principalmente das emergências do país, no ano de 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), que visa a atenção integral à saúde e a participação comunitária na gestão, o que requer mudança na forma de gerir e de atender os clientes, propondo-se o acolhimento por profissionais qualificados mediante a escuta qualificada (TOCCI; COSTA, 2014).

Assim, a equipe de enfermagem tem o dever de acolher o cliente e familiar, escutando suas queixas, incentivando-os a questionar dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação (ASSIS *et al.*, 2016), além de orientá-los sobre os cuidados no domicílio (NALIN *et al.*, 2014). Cabe principalmente a equipe de saúde da família orientar o cuidador sobre os cuidados com o seu familiar doente no domicílio, realizar o cuidado e prestar apoio físico e emocional aos cuidadores (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Ressalta-se a importância da Rede de Urgência e Emergência (RUE) para promoção da saúde e prevenção de doenças, envolvendo a

atenção primária com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

Integrando a RUE, encontram-se os serviços de emergência hospitalar com grande número de clientes atendidos por causas externas, se destacando os acidentes de trânsito, envolvendo, principalmente, motocicleta. Acidentes de trânsito são um dos mais importantes e mais negligenciados problema de saúde pública no Brasil e no mundo (DINIZ; PINHEIRO; PROETTI, 2015). São responsáveis por incapacidades, óbitos e perda da qualidade de vida de acidentados e de seus familiares, gastos previdenciários e aumento dos custos para os serviços de saúde devido as inúmeras internações (ZABEU *et al.*, 2013), além de redução da produtividade do trabalhador, dor e sofrimento (NASCIMENTO; ALVES, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos, os acidentes de trânsito são responsáveis por cerca de 1,3 milhões de mortes no mundo. Dos sobreviventes, cerca de 50 milhões ficam com sequelas, com destaque cada vez maior para os acidentes com motocicleta. Além disso, o Brasil é o quinto país no mundo em mortes em acidentes de trânsito, atrás da Índia, China, EUA e Rússia. No Brasil, em 2015 ocorreram 38.651 óbitos, mais de 200 mil feridos e mais de 170 mil internações por causa dos acidentes de trânsito. O Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotivos de Vias Terrestres (DPVAT) pagou em 2015, 42.500 indenizações por morte no trânsito e 515.750 indenizações por invalidez (WHO, 2015).

No Brasil, o número de óbitos causados por motocicleta em 2015 e 2016, incluindo colisões com carros, ônibus, motos, bicicletas, pedestres e objetos fixos, foram respectivamente de 12.066 e 12.036. Na região Norte ocorreu 1.234 mortes em 2015 e 1.281 em 2016. No estado do Amazonas, a estatística foi de 176 óbitos em 2015 e 187 em 2016, das quais 104 e 106, respectivamente, aconteceram na cidade de Manaus (BRASIL, 2016).

A rápida urbanização e concomitante motorização sem engenharia de trânsito apropriada, a falta de programas sobre educação e segurança no trânsito, a falta de participação dos motoristas em ações educativas e de sensibilização no trânsito, e principalmente a falta de fiscalização e de maiores punições para quem não obedece às leis de trânsito, contribuem para a frequência de acidentes e óbitos decorrentes do trânsito, princi-

palmente envolvendo motocicletas (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011; ALMEIDA *et al.*, 2016).

Em 2008 a OMS realizou um estudo com 178 países, evidenciando-se os dez com mais de 60% das ocorrências de morte no trânsito mundial, são eles: Índia, China, EUA, Rússia, Brasil, Irã, México, Indonésia, África do Sul e Egito. Em 2009, em Moscou, aconteceu a 1ª Conferência Ministerial Global sobre Segurança Rodoviária: Tempo de Agir, para planejar, implementar e fiscalizar ações que reduzissem lesões e mortes no trânsito. Posteriormente, em 2011, a OMS elaborou o projeto Década de Ação para a Segurança no Trânsito (2011-2020) com a meta de reduzir em 50% as lesões e mortes no trânsito no mundo, mediante o Projeto Road Safety in Ten Countries (RS-10), o qual envolveu: Brasil, Rússia, Turquia, China, Egito, Índia, Camboja, Quênia, México e Vietnã, financiado pela Fundação Bloomberg e coordenação Global da OMS nas Américas (Organização Pan Americana de Saúde-OPAS), (WHO, 2015).

No Brasil, integrado ao Projeto RS-10, encontra-se o Projeto Vida no Trânsito (PVT) implementado em 2012, nas capitais brasileiras com maiores índices de acidentes. As primeiras capitais selecionadas foram Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Palmas (TO) e Teresina (PI). Os fatores de risco prioritários dos acidentes trabalhados no projeto foram álcool e direção e excesso de velocidade (SILVA *et al.*, 2013).

Em 2015, ocorreu a 68ª Assembleia Mundial de Saúde na cidade de Genebra na Suíça, onde foram tratadas as ações para redução dos acidentes de trânsito, e, em novembro do mesmo ano, aconteceu a Segunda Conferência Internacional da OMS sobre Segurança no Trânsito, em Brasília, Brasil, com participação de 1,5 mil pessoas e 150 países membros da Organização das Nações Unidas-ONU, em que se tratou sobre as ações para a segurança no trânsito e a meta de salvar cinco milhões de vidas até 2020 no mundo (WHO, 2015).

No que se refere a motocicleta, muito presente nos acidentes de trânsito, possui vantagens comparada aos outros meios de transporte, como agilidade, baixo custo de aquisição e manutenção. Por isso, está cada vez mais frequente nas ruas e, principalmente nas atividades laborais (SILVA; OLIVEIRA; FONTANA, 2011). Entre os fatores motivacionais para adquirir a motocicleta como meio de transporte está o ganho de tempo, a economia de combustível, o gosto por moto, praticidade e o valor de compra mais baixo do que dos carros (SANTOS *et al.*, 2016).

Quanto ao perfil epidemiológico dos acidentados de motocicleta,

em estudos realizados em diferentes regiões brasileiras e, em outros países, a maioria dos acidentados de motocicleta é do sexo masculino, adulto jovem, com ensino médio incompleto e renda de um a dois salários mínimos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; WEIGERT *et al.*, 2017; MISRA *et al.*, 2017; HAY-DAVID; STACEY; PALLISTER, 2018). Isto se justifica, porque os homens são os que mais possuem motocicletas, a utilizam mais como meio de transporte e trabalho e, principalmente jovens, que são mais ousados e temem menos os acidentes de trânsito (VASCONCELLOS, 2013).

As consequências dos acidentes de moto são negativas principalmente para o acidentado e seus familiares com repercussão no sistema de saúde, na previdência, na produção e no trabalho gerador de renda. Os acidentados de motocicleta e seus familiares apresentam como consequências ou complicações do trauma, inúmeras perdas: da vida, econômica/financeira, física/cognitiva e emocional/psicológica (VASCONCELLOS, 2013).

As causas e agravamento dos acidentes de motocicleta são justificadas pelas más condições e estrutura das vias, veículo e principalmente por falhas do condutor, incluindo a falta de atenção, imprudência, consumo de bebida alcoólica, além da falta de utilização dos equipamentos de segurança (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). Outros fatores que contribuem para mais acidentes e atropelamentos são as motos circularem entre as filas dos carros, que se escondem em pontos cegos de espelhos retrovisores dos veículos (PORDEUS *et al.*, 2010).

Outros comportamentos como alta velocidade, manobras arriscadas, pressa, ultrapassagens indevidas, agir por impulso e exibicionismo (SANTOS *et al.*, 2016) contribuem para a ocorrência dos acidentes de trânsito e consequente superlotação dos serviços de emergência hospitalar, principalmente os de referência em trauma ortopédico e neural.

A realização desta pesquisa se justifica pela necessidade de mais atenção voltada aos acidentes de trânsito, devido ao grande número de acidentes, internações e óbitos, e principalmente pela valorização da qualidade da assistência por meio do acolhimento que deverá ser realizado pelas equipes de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, que mais tempo permanece em contato com os clientes, representados neste estudo pelo acidentado de motocicleta e seu familiar.

Outro fato que justifica a presente investigação se deve a observação na prática profissional, enquanto docente em atividade assistencial com os alunos do Curso de Graduação em Enfermagem no hospital do

estudo, do grande número de atendimento de acidentados de motocicleta. De acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do hospital, contexto do estudo, são realizados em média 100 a 120 atendimentos mensais de acidentados de motocicleta, incluindo acidentados vindos de outras cidades do interior do estado, destes em média, 30% são graves e necessitam de internação e cirurgia. Outra observação relevante foi a não constatação, durante o atendimento no pronto atendimento hospitalar e na enfermaria, de cuidados subjetivos, envolvendo escuta qualificada, criação de vínculos e resolução de problemas emocionais, aos acidentados de motocicleta e a seus familiares, e a ausência de articulação com unidades de contrarreferência para a alta do cliente.

Frente a essas considerações, traçou-se como perguntas de pesquisa: Qual a atuação da equipe de enfermagem no cuidado ao acidentado de motocicleta e de seu familiar no ambiente hospitalar, da admissão a alta? Quais as mudanças no cotidiano dos acidentados e de seus familiares e os sentimentos dos mesmos após o acidente de motocicleta? Qual a vivência dos familiares enquanto cuidadores do acidentado de motocicleta?

A Tese, neste estudo, é que o acolhimento ao acidentado de motocicleta e seus familiares possui lacunas que podem interferir na recuperação dos clientes e gerar repercussões no ambiente domiciliar.

Considera-se a pesquisa relevante por contribuir com discussões sobre esse evento amplamente incapacitante, que é o acidente de motocicleta, por dar espaço ao cliente e ao familiar para manifestações de seus sentimentos e por evidenciar a necessidade de acompanhamento dos profissionais da saúde no período de recuperação do cliente. Além da relevância científica para a área da Enfermagem, uma vez que a pesquisa subsidiou a elaboração de um instrumento de cuidados pautados no acolhimento integral hospitalar que poderá refletir no cuidado domiciliar a essa clientela e servir como incentivo a novos estudos nessa área do conhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

- Compreender os sentimentos da equipe de enfermagem, pacientes e familiares acerca do atendimento hospitalar e readaptação pós-acidente de moto.

2.2. ESPECÍFICOS

- Conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a familiares acompanhantes em um hospital do Norte do País e a percepção dos profissionais de enfermagem e dos acidentados sobre as fragilidades na assistência;

- Conhecer as vivências dos familiares cuidadores dos acidentados de motocicleta no domicílio;

- Compreender os sentimentos dos acidentados de motocicleta e de seus familiares após alta hospitalar, no domicílio;

- Propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a seus familiares, visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para o embasamento teórico do estudo, adotou-se os pressupostos da Política Nacional de Humanização (PNH), incluindo sua diretriz de maior relevância política, ética e estética, o Acolhimento, bem como as concepções do acolhimento no cuidado em saúde e enfermagem na visão de autores como MERHY, 2004 e REIS, 2014.

3.1. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Os principais conteúdos presentes na PNH apresentada pelo Ministério da Saúde através de uma cartilha produzida em 2015, (BRASIL, 2015), são apresentadas a seguir:

A PNH, conhecida como Humaniza-SUS, criada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS e propõe mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estreita a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e clientes do SUS. Propõe mudanças construídas de forma coletiva e compartilhada, produz novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho, rodas de conversa e incentivos às redes e movimentos sociais. Inclui trabalhadores na gestão, agentes ativos de mudanças nos serviços de saúde, além de clientes e familiares no processo de cuidado, ampliando a corresponsabilização no cuidado de si.

A PNH aponta alguns problemas presentes dentro das instituições de saúde que limitam o cuidado humanizado e a prática do acolhimento integral, como a precarização das relações de trabalho, desvalorização do trabalhador, redução dos investimentos em educação permanente, modelo de gestão centralizado e vertical com ausência de participação do trabalhador e dos clientes, frágil vínculo entre os trabalhadores e os clientes e despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva dos clientes.

Os princípios da PNH compreendem: **Transversalidade**, em que essa política se faz presente em todas as políticas e programas do SUS; **Indissociabilidade** entre atenção e gestão, com participação do cliente e do trabalhador da saúde no processo de tomada de decisão nas organizações de saúde, e por último; **Protagonismo, Corresponsabilidade e Autonomia dos sujeitos e coletivos**, em que o SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

As diretrizes da PNH atuam a partir de orientações clínicas, éticas

e políticas. O **Acolhimento** é a sua diretriz mais relevante, sendo o ato de acolher definido como a capacidade de reconhecer o que o outro traz como legítimo e singular. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação de confiança, compromisso e vínculo entre equipe, serviço, cliente e população, através de escuta qualificada, acesso à tecnologia adequada às suas necessidades e o atendimento de todos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade. A diretriz **Gestão participante e Cogestão**, se caracteriza pela inclusão de novos sujeitos nas decisões, como exemplo, os Grupos de Trabalhadores de Humanização (GTH). A **Ambiência** como diretriz, se refere ao espaço saudável nas instituições, confortável, que respeite a privacidade e proporcione o encontro de pessoas. **Clínica Ampliada e Compartilhada**, em que o usuário sabe de suas condições de saúde e participa das decisões, **Valorização do Trabalhador**, programas de formação em saúde, educação continuada, pesquisa e **Defesa dos direitos dos Usuários**.

A PNH preconiza o método da **Tríplice inclusão**, ou seja, uma gestão conjunta e participativa do cliente, trabalhador e do gestor, com atualização das diretrizes, criação de grupos de trabalho humanizado nas instituições, escuta qualificada do cliente e do trabalhador, gerência de portas abertas, ouvidoria e pesquisa de satisfação. Aos clientes, visita aberta e direito ao acompanhante. Com isso, os objetivos são: redução das filas e tempo de espera para o atendimento do cliente, ampliação do acesso, atendimento acolhedor e resolutivo, educação permanente aos profissionais, ambiente acolhedor aos clientes e trabalhadores e valorização dos mesmos.

Os objetivos do Humaniza-SUS é acolher a demanda de usuários por avaliação de riscos, garantir o acesso aos serviços de saúde, comprometer-se com a referência e contra referência, aumentar a resolução da urgência, definir protocolos clínicos, garantir a eliminação de intervenção desnecessária, respeitar as diferenças e as necessidades dos sujeitos (GIACOMOZZI, 2008).

Além disso, a PNH reafirma a necessidade de se investir na qualidade do cuidado. No Brasil, as práticas de humanização são consideradas tecnologias relacionais e a humanização se relaciona com o cuidado integral onde a gestão e a atenção são indissociáveis e o processo de trabalho anda junto com a subjetivação (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

O acolhimento é um instrumento essencial e de referência para o cuidado humanizado. Acolher é estabelecer uma relação de confiança e compromisso entre usuários, trabalhadores e gestores. Acolher é oferecer conforto, privacidade e informação (BRASIL, 2009).

3.2. O ACOLHIMENTO NO CUIDADO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Nesta pesquisa, utiliza-se o termo acolhimento e humanização por se entender que ambos se complementam ou são indissociáveis.

Acolher significa dar ouvido a, tomar em consideração. O acolhimento pode facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. A assistência adequada, a escuta e o cuidar de forma humanizada das pessoas e de suas necessidades, possibilita ao cliente se sentir confortado. O acolhimento reorganiza o processo de trabalho, deslocando o foco do médico para a equipe multiprofissional que escuta e tenta resolver os problemas do cliente (MERHY, 2004).

Estudo realizado em Betim, Minas Gerais, identificou que com a formação de equipes de acolhimento (Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), atendendo todos que procuravam atendimento de saúde, acabaram-se as filas e a espera por fichas e vagas no atendimento que ocorriam na madrugada (MERHY, 2004).

O acolhimento proporciona um ambiente de prazer, conforto e bem-estar ao cliente (SILVA *et al.*, 2008). Além disso, trata-se de uma proposta voltada para a melhoria das relações dos serviços de saúde com o cliente (TESSER *et al.*, 2010).

Na obra “**O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**”, MERHY (2004) compara uma igreja com a saúde. Na Igreja, o objetivo é a crença para a salvação, e na área da saúde, o objetivo é a produção do cuidado para atingir a cura. Para o autor, é na área de prestação de serviço, onde o cidadão se sente mais desprotegido. O cliente se sente inseguro, desinformado, desamparado, desrespeitado, desprezado.

O modelo médico neoliberal é que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. O cuidador tem que utilizar a tecnologia leve em suas relações intercessoras com os clientes. O modelo médico hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre a saúde. Produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos profissionais. Todos podem acolher, escutar e contribuir para uma relação de confiança e conforto (MERHY, 2004).

Em seu livro “O SUS em Belo Horizonte-Reescrevendo o Público”, publicado em 1998, Merhy propõe as tecnologias da saúde. Também, Silva (2008), em um estudo de implantação de tecnologia leve em um hospital, cita que existem muitas tecnologias dentro das instituições, tecnologias de equipamentos e máquinas, as quais estão longe de resol-

ver parte dos problemas de saúde hoje existente. Ambos conceituam as tecnologias de saúde. Considera-se a tecnologia dura os equipamentos, as máquinas, os protocolos, as rotinas e a estrutura organizacionais. A tecnologia leve-dura, são os saberes bem-estruturados no processo de saúde, e a Tecnologia leve, a relação cliente-profissional de saúde, a comunicação, a escuta, o acolhimento, a criação de vínculos. As três tecnologias se relacionam, o homem necessita em especial da tecnologia leve. Assim, entende-se que as orientações de enfermagem ao cliente são consideradas tecnologias leves, na medida que há produção de relação recíproca e acolhedora entre sujeito e profissional da saúde (SILVA *et al.*, 2008).

O cuidado significa atenção, precaução, dedicação, carinho, cautela, encargo e talentos, preparo e escolhas. O cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. O cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. A humanização significa valorizar os sujeitos, mantendo sua autonomia e proporcionando seu protagonismo (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009; MANTEZELI *et al.*, 2009; ASSIS *et al.*; 2016).

O profissional da saúde desumaniza todo o processo de saúde, centralizando a atenção na doença e não no contexto de vida, não incluindo os saberes dos clientes sobre sua saúde, seu corpo, seu sofrimento, sem processo de responsabilização e produção de vínculo. Trabalham restritamente com a busca de resultados por produção e não por qualidade, apresentam exaustão pelas atividades, falta de estímulo, menor capacidade técnica e falta de atualização. Humanizar o cuidado é escutar medos, perspectivas dos clientes, pactuar, resolver problemas, ter responsabilização e orientar os clientes na busca por serviços para a continuidade do tratamento (GIACOMOZZI, 2008).

A humanização do cuidado colabora para o atendimento de qualidade, facilita a promoção da assistência integral, de modo que o profissional tenha uma visão holística do ser humano a ser atendido (REIS, 2014). É necessário o aprimoramento das relações entre os profissionais de saúde, o usuário e a comunidade, valorizando o ser humano, qualificando o cuidado e objetivando atingir as expectativas daqueles que necessitam de atendimento (OLIVEIRA, 2014).

Hospital humanizado é aquele que tem estrutura física adequada, tecnologia humana e administrativa, valoriza e respeita as pessoas, coloca-se a serviço desta e garante um atendimento de qualidade. A atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, comunicação efetiva são determinantes

da satisfação e da qualidade do atendimento. A manifestação da necessidade de proximidade entre as pessoas, no contexto da humanização, requer uma postura de valorização da vida, acima de qualquer processo estrutural ou técnico científico, para que de fato construa uma ação efetiva de humanização (ANDRADE, 2009).

A principal dificuldade da implantação da humanização consiste na resistência das corporações às mudanças propostas. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS inclui, acesso ao acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários, democratização da gestão e controle social participativo (ASSIS *et al.*, 2016). A humanização é a maneira de assistir, cuidar, compreender, perceber e respeitar o cliente em suas necessidades, vulnerabilidades e em sua singularidade (MATTOS; SILVA; FERREIRA, 2017).

A sobrecarga no trabalho e a falta de tempo são fatores que interferem no processo de humanização na formação acadêmica (LAZZARI; JACOBS; JUNG, 2012). Profissionais da saúde afirmam que não recebem informação durante a sua formação acadêmica, tanto teórica como prática sobre inclusão social e atenção humanizada (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional e usuário e sua rede social, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Visa atender a todos, ouvir seus pedidos, criar um ambiente confortável de trabalho e atendimento, para interceder nas dificuldades de infraestrutura e nas relações entre profissionais, usuários e gestores (GIACOMOZZI, 2008; SANTOS, 2013). O acolhimento é realizado por meio da criação de vínculo, diálogo e escuta qualificada de clientes e seus familiares, além de visitas abertas aos clientes internados, liberadas 24 horas (MAZZILLI; CERQUEIRA; RAJÃO, 2012).

O acolhimento pode ser realizado em cinco etapas: **Acesso**, quando o cliente é recebido, prestação de cuidados, proporcionar segurança, aproximação, ofertar conforto, informar a família, esclarecer normas e rotinas da instituição. **Escuta**: incentivar o cliente e seu familiar a questionar suas dúvidas, iniciar a educação em saúde desde a internação, estabelecer relação de confiança para o cliente e familiar expressar medos, dúvidas e angústias. **Diálogo**: orientar familiar e cliente sobre o que ocorre com o ele. **Apoio**: oferecer apoio e conforto ao cliente e familiar. **Vínculo**: orientar sobre benefícios do tratamento, possíveis complicações e flexibi-

lizar horários de visita (VIEIRA, 2010).

O acolhimento deve acontecer desde a admissão do cliente ao hospital e deve haver uma uniformidade da equipe no que se refere a forma como receber esse cliente, pois se ele for mal atendido, não retornará ou não irá aderir ao tratamento (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017). O acolhimento diz respeito ao envolvimento do profissional de saúde com o sofrimento do cliente, ouvir sua dor e envolver-se com respeito e profissionalismo para atender suas necessidades. É uma ação ética, humanitária e solidária que reconhece o cliente como sujeito e participante ativo no processo de produzir saúde (BRITO, 2015).

Na Rede de Urgência e Emergência (RUE), o acolhimento aparece no processo de avaliação para a classificação de risco e na tentativa de resolubilidade dos problemas e necessidades dos clientes. O objetivo é articular e integrar as equipes de saúde e ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna. As interfaces da RUE são a promoção da saúde e prevenção de doenças, a atenção primária pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto atendimento (UPA) com funcionamento de 24 horas, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as portas hospitalares de atenção às urgências e a atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

Além disso, o acolhimento deve estar presente nos Centros Especializados em Reabilitação, na Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência (RCPD), com a função de reintegrar o cliente à sociedade, além de estimular e articular os trabalhos por meio da Política Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência que estabelece o acesso à educação, saúde, inclusão social e acessibilidade. O que ocorre é uma frágil relação entre a Atenção primária da Saúde (APS) e a reabilitação de pacientes traumatizados. Mais de 80% dos clientes necessitados de reabilitação não são procurados pela APS e há notável fragilidade do sistema de referência e contrarreferência (MEDEIROS, 2017).

A implantação de um processo assistencial humanizado nos hospitais e principalmente na urgência e emergência é completamente viável e de extrema necessidade (ASSIS *et al.*, 2016). A presença dos familiares como acompanhantes dos clientes nos hospitais, inclusive nas salas de emergência, faz parte do cuidado humanizado. Apesar de associações como a American Association of Critical Care Nurses, American Heart Association e Emergency Nurse Association serem favoráveis à presença de familiares nas emergências, muitos profissionais da enfermagem

discordam, devido ao pequeno espaço, a ansiedade do familiar que atrapalha o serviço, a revolta no caso de óbito, o fato do familiar dificultar a tomada de decisão e aumentar o estresse dos profissionais (BATISTA *et al.*, 2017).

Com o objetivo de salvar vidas na emergência, na presença de sofrimento e morte, diariamente os profissionais criam mecanismos de defesa que se manifestam como indiferença, hostilidade, impaciência e ironia, deixando o cliente em um sofrimento psicológico de abandono, preocupação e descaso. Os protocolos de suporte avançado de vida são eficientes e eficazes no atendimento, mas não contemplam o contexto sócio-psico-cultural do cliente para o atendimento integral e de fato acolhedor (GIACOMOZZI, 2008).

O enfermeiro deve reavaliar seu cuidado para a prática fundamentada no respeito ao paciente e no cuidado humanizado. Inserir a humanização nas práticas de urgência e emergência é algo possível, desde que desenvolva a competência humanística. Humanizar, é se colocar no lugar do outro, respeitar a individualidade de cada um, e praticar a assistência com carinho, respeito e amor ao próximo (REIS, 2014).

Em todos os setores do hospital, para que se consiga humanizar o atendimento de enfermagem, é preciso que a equipe esteja sensibilizada e preparada para fazer a diferença no cuidado qualificado, passando a entender o cliente em suas dimensões biopsicossocial e espiritual (GABARRA; CREPALDI, 2009). A comunicação insatisfatória, a falta de um bom relacionamento entre usuário e profissionais, gera sentimento de desconfiança e insegurança por parte do cliente e família em relação à equipe, favorecendo sentimento de isolamento e angústia (OLIVEIRA, 2014).

Ainda, o cuidado hospitalar só pode ser pensado na sua integralidade quando o hospital conseguir articular adequadamente com a rede básica para o cuidado ser integral e contínuo no domicílio (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No tocante ao acolhimento domiciliar ao cliente e seus familiares pela equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, deveria ser estabelecido pela Atenção Básica e Estratégia Saúde da família (ESF) através da APS, resolvendo problemas de saúde, reduzindo danos e sofrimento e contribuindo para melhor qualidade de vida do paciente necessitado e seu familiar, promovendo ações para autonomia desses sujeitos, ações de reabilitação para redução de incapacidades e deficiências, garantindo aos mesmos, vínculo, acessibilidade, continuidade do cuidado pós-alta, responsabilização e humanização (SANTOS, 2013).

O conhecimento sobre acolhimento na atenção primária é elementar, e no cotidiano de trabalho, as ações de acolhimento não são efetivadas nos locais de trabalho (BORGES, 2012). Os pacientes preferem a rapidez e resolutividade no atendimento, preferindo as emergências às UBSs, e os profissionais da UBS dificilmente se aproximam para estabelecer vínculos com os clientes (ALMEIDA, 2017).

Além disso, o tempo entre uma lesão resultante de um trauma e admissão dos clientes nos serviços de reabilitação ocorre em média de 87 dias, e permanência do acidentado em tratamento em média de 224 dias. Mais de 80% dos clientes não são procurados pela APS para continuarem o tratamento e mais de 56% não têm encaminhamento para tratamento referenciado no momento da alta hospitalar. Esses aspectos demonstram a falta de acolhimento e comprometimento dos profissionais da saúde com os clientes, o que agrava o seu prognóstico (MEDEIROS, 2017).

4. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para a sustentação teórica da pesquisa, foi realizada a busca na literatura, no período de fevereiro de 2016 a setembro de 2018, em revistas brasileiras e internacionais de saúde em especial da área de enfermagem, além de consensos, publicações realizadas principalmente nos últimos cinco anos.

Inicialmente, se consultou a Classificação de periódicos Qualis/CAPES 2014-2016 para conhecimento dos periódicos nacionais indexados e a partir de então, iniciou-se a busca de artigos nas revistas elencadas, utilizando-se termos como acidente de trânsito, acidente de transporte terrestre, acidentes com motociclistas, acidentes de moto, acidentes com motocicleta, acolhimento e família. Cabe registrar que foram utilizadas também referências mencionadas em alguns artigos consultados e o Google acadêmico para a busca. Considerou-se como informações importantes para a sustentação teórica aspectos relacionados a dados epidemiológicos dos acidentes, causas e consequências destes, perfil epidemiológicos dos acidentados, medidas governamentais na prevenção dos acidentes, atuação do enfermeiro no acolhimento e a família como cuidadora domiciliar.

4.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO E COM MOTOCICLETA

O Brasil é o país com maior número de mortes no trânsito por habitante da América do Sul e ocupa, atualmente, a quinta posição no mundo em óbitos por tal causa (WHO, 2015).

As regiões e algumas cidades brasileiras com maiores ocorrências de óbitos por acidentes de trânsito e, especificamente por motocicleta são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Taxa de óbitos causados por acidentes de trânsito e com motocicleta por 100 mil habitantes, no Brasil, regiões brasileiras e algumas cidades com maiores ocorrências no ano de 2016.

Local	Óbitos/100 mil habitantes (AT)	Óbitos/100 mil habitantes (AM)
PAÍS		
Brasil	14,4	5,79
REGIÕES		
Centro-Oeste	43,38	9,53
Nordeste	21,25	8,76
Norte	22,5	8,07
Sul	14,3	5,5
Sudeste	15,7	3,65
CIDADES		
Goiânia	86,2	6,88
Manaus	13,32	5,06
Curitiba	69,95	3,48
São Paulo	43,29	2,72
São Luís	87,22	2,47

Legenda: AT-Acidente de trânsito; AM-Acidente com motocicleta.

Fonte: BRASIL, 2016.

No ano de 2016, a região Centro-Oeste se destacou com a maior taxa de óbitos por 100 mil habitantes em acidentes com motocicleta (9,53%) enquanto a região Sudeste obteve a menor taxa (3,65%). A região Norte, local deste estudo, ocupou a terceira posição em taxa de óbitos por acidentes com motocicleta (8,07%). Em relação às cidades, as que se destacaram com as maiores taxas por 100 mil habitantes por acidentes de motocicleta em cada região do Brasil foram, na sequência: Goiânia, Manaus, Curitiba, São Paulo e São Luís (BRASIL, 2016).

4.2. CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DOS ACIDENTES COM MOTOCICLETA

Uma das causas dos acidentes com moto se deve a facilidade da sua compra. Com os incentivos fiscais da Zona Franca de Manaus, onde está presente a Empresa Honda, ocorre a produção de 82% das motos do

Brasil, além disso, a aquisição da moto é facilitada pelo financiamento a juros baixos pela Caixa Econômica Federal e pelo Banco do Brasil. Outras causas dos acidentes são justificadas pelas más condições e estrutura das vias, condições do veículo, e principalmente por falhas do condutor, como a falta de atenção e cumprimento das leis de trânsito, utilização de drogas, principalmente o álcool ao dirigir (VASCONCELLOS, 2013).

A esse respeito, estudo realizado com 272 clientes acometidos por acidentes de moto internados em uma Unidade de Trauma de Recife-PE, revelou que 80% dos acidentados não utilizaram capacetes e 58,5% estavam alcoolizados na hora do acidente (SILVA *et al.*, 2015). Pesquisa em uma Unidade de Saúde em Jaçanã-RN, com 124 clientes identificou que 96% deles não utilizaram capacetes, 96% não possuíam carteira nacional de habilitação, 60,5% estavam alcoolizados e 13% tinham usado drogas ilícitas antes do acidente (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Com relação às consequências ou complicações dos acidentes, estas afetam tanto os acidentados como os familiares. Podem ocorrer inúmeras perdas resultantes dos acidentes: perda da vida, perda econômica/financeira, perda física/cognitiva, além de perda emocional/psicológica (VASCONCELLOS, 2013).

Considerando a perda econômica/financeira, pesquisa no Hospital das Clínicas de São Paulo no período de 2009 a 2010, com a finalidade de saber o impacto dos acidentes de moto no âmbito familiar, evidenciou que mais de 80% dos clientes têm a dinâmica familiar afetada pelo acidente, 90% precisam de ajuda de outra pessoa, 80% precisam de recurso financeiro extra após acidente, 45% recorrem a empréstimos, 30% recebem empréstimos de familiares e 10% vendem seus bens para custearem os gastos pós-acidente ou suprir a renda que a vítima tinha antes do acidente (ANJOS, 2012).

Além dos gastos particulares do acidentado e de seus familiares, existem também gastos enormes do orçamento público do setor saúde no Brasil. Em estudo realizado, em 2013, revelou que foi registrado no referido ano, 170.805 internações por acidentes de transporte terrestre, com um gasto total das internações de R\$ 231.469.333,13, com uma média de seis dias de internação para cada cliente (ANDRADE; JORGE, 2017).

Sobre as lesões mais frequentes resultantes de acidente de moto, pesquisa no SAMU do estado do Piauí que analisou 430 fichas de acidentados de motocicleta, constatou que as lesões mais frequentes foram escoriações nos membros e face (ANDRADE, 2015). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado com 529 relatórios de

atendimentos do SAMU de Ipatinga, Minas gerais (FREITAS; NORA, 2012) e, em pesquisa com 315 clientes, do Hospital Pronto Socorro do estado do Mato Grosso do Sul (GANNE *et al.*, 2013).

Entretanto, foram analisadas 494 fichas da Unidade de Urgência e Emergência de três estados brasileiros: Espírito Santo, Tocantins e Acre, identificando-se como lesões mais frequentes os cortes, perfurações e lacerações (LEGAY *et al.*, 2012) e, em outra pesquisa, os membros inferiores foram os mais atingidos (TAVARES *et al.*, 2016). Resultados também diferentes foram encontrados na análise de 3824 fichas de atendimento do SAMU do Piauí sendo que as lesões mais frequentes foram trauma músculo esquelético (REZENDE NETA *et al.*, 2012), assim como, fratura de membros inferiores nos pacientes recebidos pelo Hospital Universitário de Campinas- SP (ZABEU *et al.*, 2013).

Já, no Hospital de Trauma do estado do Rio Grande do Sul, estudo com 188 acidentados de motocicleta, evidenciou que a lesão mais frequente foi TCE leve (DUTRA *et al.*, 2014), achado também revelado na Unidade Mista de Saúde em Jaçanã, Rio Grande do Norte (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Considerando as perdas emocionais/psicológicas, cita-se os distúrbios de autoimagem corporal ocasionadas por perdas físicas que têm como consequência a depressão, tristeza, ansiedade, hostilidade e agitação (PINTO; WITT, 2008). Estudo realizado na Grécia com 60 pacientes no hospital e 40 em casa, após seis meses do acidente, avaliou o estresse, depressão e satisfação com a vida de clientes após o acidente, identificou-se que um em cada três acidentados apresentam estresse e depressão, por isso, se sugere que esses clientes sejam avaliados ainda no hospital e que tenham assistência antes da alta (COPANITSANOU *et al.*, 2018). Investigação sobre o significado das fraturas em membros inferiores para indivíduos internados em um hospital público da Bahia, evidenciou que o inesperado evento do acidente trouxe transtorno emocional pela mudança repentina na vida, pela parada abrupta do trabalho, vida social e a vivência da internação hospitalar que consideraram hostil (FONSECA *et al.*, 2014).

4.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA

Acerca do perfil dos acidentados de motocicleta, foram realizados estudos em diferentes regiões brasileiras e internacionais abordando sexo,

idade e, em alguns, a escolaridade e a situação econômica dos mesmos.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, em São Paulo, dos 84 acidentados de motocicleta, 83% eram do sexo masculino, jovem, com ensino médio completo e renda de dois salários mínimos (ANJOS *et al.*, 2007). Resultado similar foi evidenciado no SAMU do estado do Piauí pela análise de 430 fichas de atendimentos de acidentes de motocicleta revelou que 95% dos clientes eram do sexo masculino, com idade entre 15 e 34 anos, com ensino médio incompleto e renda de um a dois salários mínimos (SANTOS *et al.*, 2008).

No Hospital Pronto Socorro do Rio Grande do Sul, 90 clientes vítimas de acidentes de moto foram entrevistados, e concluído que a maioria, 88%, era do sexo masculino, com idades entre 26 e 35 anos (PINTO; WITT, 2008). Com relação ao sexo e idade, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de (GOLIAS *et al.*, 2013; SANT'ANNA *et al.*, 2013, GANNE *et al.*, 2013; DUTRA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; WEIGERT *et al.*, 2017; MISRA *et al.*, 2017; HAY-DAVID; STACEY; PALLISTER, 2018). No que se refere a óbitos, a proporção entre homens e mulheres vítimas de motocicleta chega a ser de 8,1 homens mortos para cada mulher (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

4.4. MEDIDAS GOVERNAMENTAIS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

No ano de 1998 foi implantado o novo Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Em 2001, foi criada a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, em 2004, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde, e o Ministério da Saúde estruturou a Rede Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. Em 2005 foi aprovada a Agência Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violência (MINAYO, 2007).

Aliado a essas medidas, em novembro de 2016, ocorreram modificações dos valores das multas presentes no Código de Trânsito Brasileiro, aumentando-se os valores, variando desde a infração leve de 53,20 reais até a gravíssima de 2.934,70 reais. Foi determinado as velocidades máximas em rodovias, pista dupla de 110 Km/h para automóveis e motocicletas e em pista simples 100Km/h. Além disso, multa de 2.934,70 reais e suspensão do direito de dirigir por 12 meses no caso de alcoolemia.

O art.244 do CTB cita as condutas infracionais dos condutores de motocicletas: não utilização do capacete que cobre toda calota craniana,

afivelado, com viseira adequada; não utilização de coletes com dispositivos retro refletivos para transportadores remunerados de carga ou pessoas; não utilização de capacetes para o passageiro; efetuar malabarismos em cima da moto, não estar de faróis acesos dia e noite; transportar crianças com idade inferior a sete anos; rebocar outro veículo; não segurar o guidom com as duas mãos; transporte de cargas incompatíveis e transporte de produtos inflamáveis; são atos que geram multas e apreensão da moto (CTB, 2017).

Apesar da existência nos âmbitos internacionais e no Brasil de medidas e ações intersetoriais que promovam a prevenção de acidentes de trânsito, estes continuam a acontecer com frequência alarmante.

Algumas das ações mundiais realizadas na prevenção de acidentes de trânsito destaca-se: **1ª Conferência Ministerial Global sobre Segurança Rodoviária: Tempo de Agir, para planejar, implementar e fiscalizar**, realizada em Moscou em 2009; **Projeto Década de Ação para a Segurança no Trânsito (2011-2020)**, pela OMS em 2011. Em Genebra em 2015, a **68ª Assembleia Mundial de Saúde**, onde foram discutidas ações para redução dos acidentes de trânsito (WHO, 2015).

No Brasil, o **Projeto Vida no Trânsito (PVT)**, tem sido implementado desde 2012 nas capitais Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Palmas (TO) e Teresina (PI). Em Brasília, aconteceu a **Segunda Conferência Internacional da OMS sobre Segurança no Trânsito**, em 2015, com ações e meta de salvar cinco milhões de vidas no mundo até 2020 (WHO, 2015).

Na cidade de Manaus, o Instituto de Engenharia e Fiscalização do Trânsito (ManausTrans) vem desenvolvendo desde o ano de 2012, campanhas e projetos para sensibilização e redução dos acidentes de trânsito como: lançamento do **Programa de Educação para o Trânsito** voltado ao desenvolvimento de ações educativas de forma permanente que contribuam para a valorização e o respeito à vida no trânsito de Manaus; realização da **Campanha “Tô na Faixa!”**, com o intuito de promover o respeito à faixa de pedestres, por meio da mudança de comportamentos e hábitos dos condutores, informações para sensibilizar motoristas e pedestres e evitar acidentes, sensibilização para motociclistas para um trânsito mais seguro; sensibilização no **Mai Amarelo** para redução dos acidentes de trânsito, assim como, atualização dos mototaxistas para um trânsito seguro (DETRAN-AM, 2016).

4.5. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO À FAMÍLIA PARA OS CUIDADOS DOMICILIARES DO ACIDENTADO

A política de incentivo à alta o mais cedo possível dos pacientes hospitalizados, impõe o desafio de preparar os familiares para reorganizarem a vida no domicílio e aprenderem o cuidar, de modo que possam assumir os cuidados do doente em poucos dias. E o ensinar do cuidado cabe a equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, que mais está presente na atenção ao cliente (PASCINI, 2016).

A perda de papéis, a transformação de responsabilidades, a mudança de hábitos e do estilo de vida, exige adaptação às limitações físicas e às novas condições de vida do familiar acidentado de moto (VENTURE; DECISARO; MARCON, 2007).

O cliente e sua família envoltos em crise desoladora, após a fase inicial, que desorganizou a vida de todos, têm que se unir para a superação dos problemas. A assistência de enfermagem, somada a atuação da família, em todos os cuidados ao acidentado de moto, possibilitam sucesso da reabilitação e melhora da qualidade de vida (AZEVEDO; SANTOS, 2006).

Ao capacitar o cuidador em domicílio, o enfermeiro proporciona um acolhimento ao cuidador, colaborando para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos capazes de facilitar suas tarefas (BICALHO; CATAFESTA; LACERDA, 2008).

A continuidade do cuidado prestado pelo cuidador familiar no domicílio deve ser iniciada durante a hospitalização, através de orientações básicas para a saúde, sintomas e complicações. O programa de alta hospitalar pode proporcionar tratamento e recuperação de forma mais humanizada e gerar bem-estar ao paciente e ao cuidador (SOARES *et al.*, 2008). Desse modo, o enfermeiro detém importante papel na preparação para a alta hospitalar, pela evidente necessidade e importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos familiares, capacitando o cuidador familiar (SOUZA *et al.*, 2014), o qual é o responsável por todo cuidado do ente dependente, desde cuidados com higiene, alimentação, locomoção, hidratação, medicações, realização de consultas e curativos. Nesse caso, é fundamental que o enfermeiro oriente o familiar cuidador, desde o hospital, oferecendo conhecimento que antes o familiar não tinha para um efetivo cuidado, prevenindo complicações (ARAUJO *et al.*, 2015, ROCHA; OLIVEIRA; ESTEVES, 2016).

Uma das interfaces da RUE é a Atenção Domiciliar, refinada na portaria n.963 de 27 de maio de 2013, como uma incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos serviços de atenção à urgência e emergência, complementar à atenção básica. A portaria estabelece que o cuidador familiar seja capacitado para auxiliar o cliente nas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2016).

Sobre a estrutura da Atenção Domiciliar, deve estar de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência. A identificação e treinamento do familiar cuidador, envolvendo-o na realização de cuidados, respeitando seus limites, bem como acolher a demanda de dúvidas e queixas dos clientes, familiares e cuidador como parte do processo da atenção domiciliar. Também são tratados na portaria, além da elaboração de reuniões com cuidadores e familiares, da utilização de linguagem acessível, da promoção de treinamento pré e pós-desospitalização para o familiar cuidador. Destaca-se ainda a reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória que necessitam de atenção contínua, até apresentarem condições de frequentarem outro serviço de reabilitação (BRASIL, 2016).

Desse modo, pelos estudos acima citados, o enfermeiro e técnicos de enfermagem, são os profissionais mais indicados a prestar todo acolhimento, e o enfermeiro, orientações de cuidados aos acidentados de moto e a seus familiares para a continuidade em domicílio, de preferência com o auxílio dos profissionais da Atenção Básica.

4.6. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA DOMICILIAR DO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA

Diante dos fatos negativos resultantes do acidente de moto, os acidentados encontram nas famílias a resposta aos questionamentos e a ajuda que tanto precisam. Quando a família está presente, os pacientes apresentam sinais de melhora e superação. Assim, a família é o suporte social que ameniza a dor e sofrimento, diminui ansiedade e depressão, contribuindo para que os clientes fiquem mais estáveis emocionalmente (PINTO; WITT, 2008).

A família é a primeira instância cuidadora do doente, de modo que grande parte de sinais e sintomas são tratados em casa pelo cuidador sem sequer chegar aos serviços de saúde (LEITE; VASCONCELOS, 2006). O cuidado em domicílio com humanização é uma tentativa de superar a cri-

se do modelo de atenção hospitalar. Os cuidados no domicílio minimizam os riscos de infecções, favorecem a interação familiar e adequação dos objetivos terapêuticos ao ambiente (CARAVAGGI *et al.*, 2015).

O cuidado domiciliar permite a retomada da rotina diária da pessoa dependente, além da possível diminuição do estresse e melhora das condições de saúde, pois quando a hospitalização é prolongada, o cliente afasta do lar, dos familiares, dos amigos, e de objetos pessoais (MASCARENHAS; BARROS, 2009).

O cuidador é o elo entre os profissionais de saúde e o cliente, por isso, deve ser orientado por equipes de saúde e ser reconhecido como parte desse processo de atenção à saúde (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2015). Estudo que objetivou verificar como o perfil do cliente determina os cuidados recebidos, identificou que a maioria dos cuidadores familiares eram filhos (49%); cônjuges (25%); irmãos (11%); sobrinhos (6%); mães (3%); outros (5%), sendo 80 % do sexo feminino (OLIVEIRA; SPEDANIERI; BIANCHINI, 2015).

O processo de cuidar de uma pessoa com dependências provoca mudanças na vida do cuidador e de toda a família. A limitação do convívio social devido às novas funções assumidas, o desgaste e a sobrecarga do cuidador podem comprometer a qualidade do cuidado (MILANI; SORCE, 2015). Além disso, nem sempre o cuidador familiar está preparado para assumir a responsabilidade frente ao parente debilitado em domicílio. Não basta boa vontade e amor para cuidar, deve-se considerar as condições econômicas e sociais familiares, e exigir deles aquilo que podem oferecer (ANDRADE, 2015).

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utilizou como referencial para organização e análise dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo.

A pesquisa descritiva possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações e a pesquisa qualitativa nos mostra além do concreto, a realidade do cotidiano, dos momentos e dos lugares (POUPART *et al.*, 2010).

Uma pesquisa descritiva visa observar e descobrir fenômenos e eventos existentes, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los, e avaliá-los com o objetivo de esclarecer situações para futuras decisões (MARTINS JUNIOR, 2013).

O Discurso do Sujeito Coletivo trata-se de uma técnica que organiza os dados de uma pesquisa qualitativa que ao juntar os discursos individuais cria o pensamento de uma coletividade. Portanto, na sua construção o discurso coletivo é expresso na primeira pessoa do singular, demonstrando a imposição social ao individual, uma vez que os discursos passam a expressar à representação social de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

5.2. O LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, localizado na zona leste da cidade de Manaus-AM, e nos domicílios dos acidentados de motocicleta.

O Hospital admite pacientes adultos, é referência em ortopedia e neurologia e possui especialidades em Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Clínica Geral, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Cabeça e Pescoço, Buco Maxilo e Cirurgia Vascular, com funcionamento 24 horas. Sua estrutura é composta por 232 leitos, distribuídos nas UTIs, Enfermarias, salas de Observação, sala Politrauma e sala de reanimação. Possui ainda salas para exames laboratoriais (uma) e exames por imagem: salas de raio x (três), ultrassonografia (uma) e tomografia computadorizada (uma).

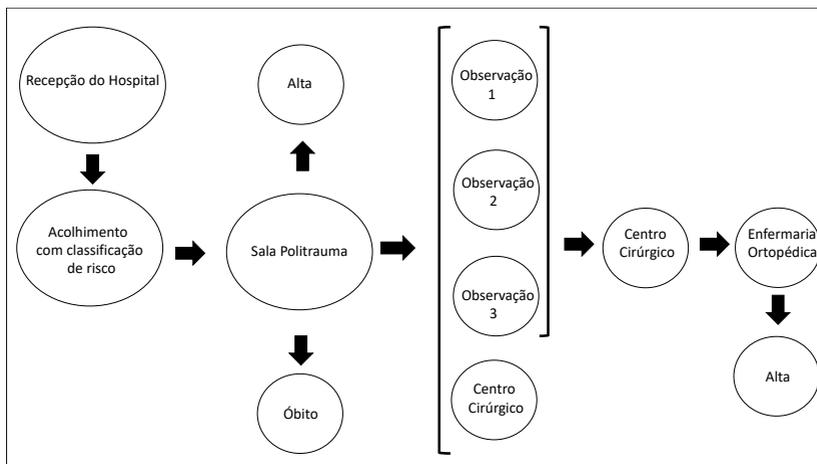
Os locais da coleta de dados no hospital, foram a sala de **politrauma (emergência)**, salas de **observação um, dois, três, e enferma-**

ria ortopédica do hospital. A sala Politrauma possui em média 25 leitos, porém, não são fixos, são atendidos os clientes trazidos pelo SAMU, por terceiros ou familiares. É nessa sala de emergência que o acidentado de motocicleta dá entrada após a realização da ficha na recepção e do acolhimento com a classificação de risco. A sala de Observação um possui dez leitos, a dois 20 leitos e a três, 40 leitos. A enfermaria ortopédica possui 50 leitos, divididos em dez quartos de cinco leitos cada.

Os clientes que necessitam de cirurgia são encaminhados ao centro cirúrgico, sendo as maiores ocorrências, cirurgias neurológicas e ortopédicas. Se o cliente não requer cirurgia, dependendo do seu estado, tem alta ou permanece internado no setor de politrauma, aguardando vaga nas salas de observação. Se o cliente for crítico, fica na sala de politrauma monitorizado e com suporte ventilatório, aguardando vaga na Observação um ou na UTI. Em relação aos profissionais de enfermagem, na sala politrauma e nas salas de observação, ficam um enfermeiro e de três a cinco técnicos de enfermagem por plantão de 12 horas. Na enfermaria ortopédica são lotados dois enfermeiros e de cinco a oito técnicos de enfermagem por plantão de 12 horas.

A seguir é apresentado na Figura 1 os possíveis locais no hospital, desde a admissão até a alta do acidentado de motocicleta.

Figura 1: Fluxograma dos possíveis locais do hospital percorridos pelo acidentado de motocicleta.



5.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar do estudo no hospital: enfermeiros, técnicos de enfermagem, acidentados de motocicleta e seus familiares acompanhantes. Os profissionais foram abordados nos postos de enfermagem dos setores do estudo e os acidentados de motocicleta e seus familiares foram abordados beira leito do acidentado.

Utilizou-se como critério de inclusão dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no estudo: trabalhar nas salas politrauma, observação um, dois e três e enfermaria ortopédica, no turno da manhã e tarde, possuir experiência no cuidado com acidentados de motocicleta e não estar afastado da assistência por qualquer motivo durante o período de coleta de dados. Critérios de exclusão: tempo de atuação nos setores do estudo menor que seis meses (tempo considerado adequado para conhecer o local de trabalho, equipe, materiais, procedimentos e características dos clientes).

Cabe registrar que os enfermeiros eram terceirizados de uma Cooperativa da cidade de Manaus-Am. Os técnicos de enfermagem eram também em sua maioria cooperados e outros eram funcionários do estado, da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM).

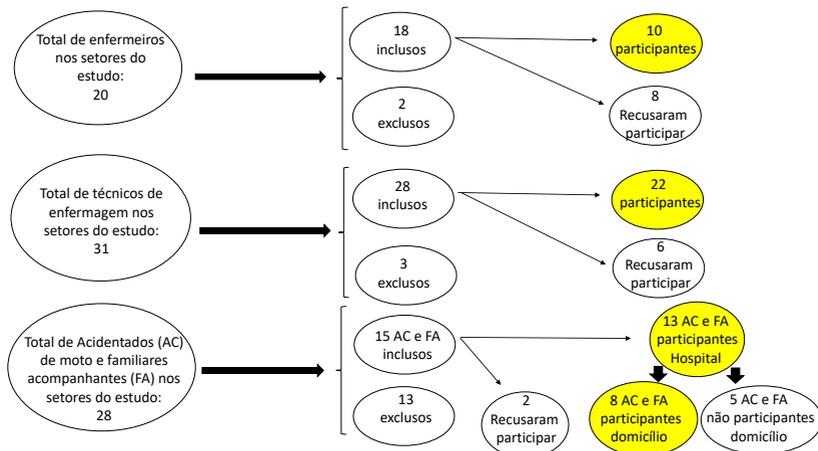
Quanto aos acidentados de motocicleta, estabeleceu-se como critérios de inclusão: ter idade mínima de 18 anos; ser o condutor da moto; morar na cidade de Manaus, estar internado, independente dos dias de internação, na sala de Politrauma, na Observação (um, dois e três) ou na enfermaria ortopédica; estar consciente no momento da entrevista e ter acompanhante. Critérios de exclusão: acidentados de motocicleta que não precisariam de cuidados em domicílio.

Quanto aos familiares, estabeleceu-se como critério de inclusão: ter idade mínima de 18 anos, ser o acompanhante do acidentado de motocicleta no hospital, por no mínimo 80% dos dias de internação e morar na cidade de Manaus. Critérios de exclusão: familiar acompanhante que não cuidaria do acidentado de motocicleta no domicílio.

O conceito de familiar adotado na pesquisa, refere-se a pessoas com laços consanguíneos ou sócioafetivos, residente ou não na mesma unidade domiciliar do acidentado de motocicleta.

O fluxograma do número de profissionais e clientes abordados, participantes e não participantes do estudo está apresentado na Figura 2.

Figura 2: Fluxograma do número total de profissionais e clientes abordados, participantes e não participantes do estudo.



Legenda: AC-Acidentados de moto; FA-Familiar Acompanhante.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem excluídos do estudo trabalhavam no hospital por um período inferior a seis meses. Os acidentados excluídos apresentaram escoriações leves, tiveram alta no mesmo dia do atendimento e não iriam necessitar de cuidados no domicílio.

Dos 13 acidentados de motocicleta e seus familiares que participaram do estudo no hospital, oito participaram no domicílio, pois um acidentado foi a óbito depois de 48 dias de internação e os outros quatro não atenderam as inúmeras tentativas de comunicação para marcação das visitas domiciliares.

5.4. COLETA E REGISTROS DOS DADOS

O período de coleta de dados no hospital ocorreu de primeiro de dezembro de 2017 a 22 de janeiro de 2018, durante todos os dias da semana no período da manhã e tarde, com exceção de oito dias do mês de janeiro, em que a coleta de dados ocorreu somente no período da tarde no hospital, pois no período da manhã foram realizadas visitas no domicílio dos acidentados. As visitas foram agendadas por telefone, em média duas semanas após a alta hospitalar dos acidentados, uma visita por acidentado, totalizando oito visitas.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora do estudo por meio de entrevistas individuais semiestruturada e observação não participante com acidentados de motocicleta, familiares acompanhantes, enfermeiros e técnicos de enfermagem no hospital. Nas entrevistas e na observação foram utilizados roteiros (Apêndices) com questões elaboradas pela pesquisadora. Também participou da coleta de dados, visando otimizar a organização de dados, uma auxiliar de pesquisa que teve a função de registrar os acidentados de motocicleta presentes nos locais mencionados que se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo. No domicílio, não houve observação, somente entrevistas individuais, semiestruturadas com acidentados de motocicleta e familiares cuidadores.

A realização das observações e das entrevistas com todos os profissionais de enfermagem dos setores do estudo, acidentados de motocicleta e seus familiares acompanhantes e cuidadores, que obedeceram aos critérios de elegibilidade delimitaram o término da coleta de dados.

A entrevista é uma conversação que objetiva obter informações sobre determinado assunto, averiguar fatos, conhecer opiniões sobre fatos/experiências, sentimentos e de conduta atual ou do passado. Quando semiestruturada, a entrevista permite que o entrevistado fale sobre suas experiências acerca do objeto de estudo do pesquisador, permite respostas livres e espontâneas. Quanto à observação, visa obter dados através dos sentidos, não somente ver e ouvir, mas também examinar fatos que ocorrem e o que se deseja pesquisar (MARCONI; LAKATOS, 2011).

As entrevistas foram realizadas e gravadas, com duração média de 20 minutos cada, com os profissionais de enfermagem nos postos de enfermagem nos locais onde ocorreram o estudo: sala politrauma, sala de recepção dos clientes acidentados de motocicleta, salas observação um, dois e três, além da enfermaria ortopédica. As entrevistas com os acidentados de motocicleta e seus familiares foram realizadas e gravadas beira leito dos acidentados, na sala de observação três e enfermaria ortopédica, também com duração média de 20 minutos, assim como no domicílio, com duração média de 30 minutos cada entrevista.

As observações eram realizadas no início de cada plantão dos profissionais, tinham duração média de duas a oito horas, dependendo do local e das ações desenvolvidas pelos profissionais aos clientes e o registro das mesmas foi feito em um diário de campo. Os participantes sabiam que seriam observados durante a estada da pesquisadora no local do estudo. As observações complementaram os dados coletados nas entrevistas e foram utilizadas também na interpretação e discussão dos dados.

Para a observação dos profissionais de enfermagem, dos acidentados e de seus familiares, empregou-se um roteiro (Apêndice A) com vistas a conhecer principalmente como se dava o acolhimento dos profissionais de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares, observando-se o comportamento dos profissionais na recepção dos acidentados e familiares; a identificação e resolução de problemas pelo profissional; o planejamento e execução da SAE; a solicitação de outros profissionais no ambiente onde estava o acidentado; comportamento do profissional na realização de exames do acidentado; orientações aos acidentados e familiares; se realizavam a escuta destes; e orientações de cuidados domiciliares para a alta hospitalar.

E para observação dos acidentados e familiares acompanhantes para conhecer: o comportamento dos acidentados e familiares na recepção realizada pelos profissionais de enfermagem; as principais dúvidas destes em relação ao estado em que se encontravam no hospital; os problemas e queixas apresentados; os comportamentos frente a outros profissionais da saúde, ao realizar exames e ao receberem orientações.

A entrevista com os profissionais de enfermagem foi guiada por um roteiro (Apêndice B) que abordou: como era realizado o acolhimento aos acidentados e familiares; a assistência de enfermagem ofertada na recepção dos acidentados de motocicleta e seus familiares no hospital; orientações aos clientes/familiares sobre os cuidados hospitalares e cuidados domiciliares; quais as perguntas mais frequentes dos clientes para os profissionais; as ações de humanização direcionadas aos acidentados e seus familiares; e o que precisaria mudar no hospital e na equipe de enfermagem para a oferta de uma assistência de qualidade aos clientes.

Na entrevista com os acidentados de motocicleta no hospital, utilizou-se um roteiro (Apêndice C) com itens sobre: o conhecimento de como ocorreu o acidente de motocicleta; o transporte que o acidentado utilizou para ir ao hospital; se já havia sofrido acidente de moto anteriormente; lesões causadas; visão do acidente de moto; visão sobre os cuidados de enfermagem recebidos; visão sobre a equipe de enfermagem; dúvidas sobre o estado em que se encontravam; preocupações; e quem cuidaria deles no domicílio.

Na entrevista com os familiares acompanhantes dos acidentados no hospital (Apêndice D) se abordou: o parentesco ou afetividade do familiar com o acidentado; como o acidente modificou a rotina do familiar; se tinha dúvidas e quais era; como cuidar do acidentado em casa; visão sobre os cuidados de enfermagem recebidos; medos e dúvidas em relação

ao futuro; o que precisaria melhorar no hospital e na equipe de enfermagem para uma melhor assistência ao acidentado e ao familiar; e quais foram as maiores perdas devido ao acidente.

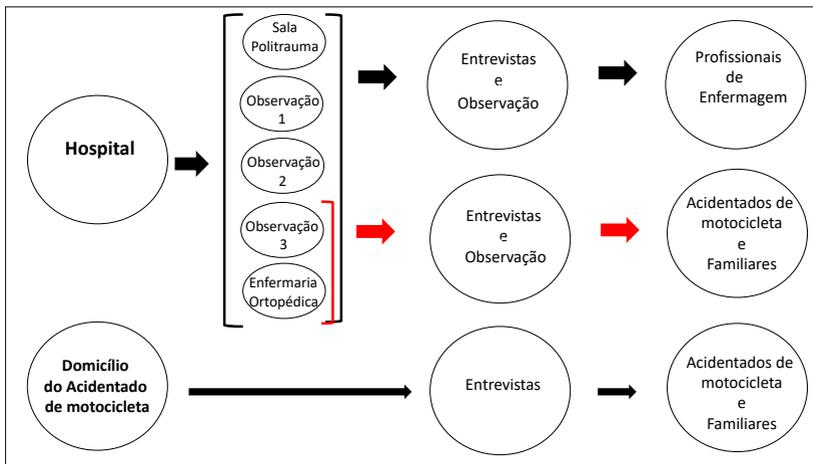
Com os acidentados de motocicleta no domicílio a entrevista foi guiada por um roteiro (Apêndice E) que focou nos aspectos: sobre a dependência de cuidados; o que havia mudado na sua vida e rotina; visão da moto; sentimentos presentes após o acidente; o que contribuiu para a ocorrência do acidente; quais as dificuldades encontradas em casa; conselho aos motociclistas; o que o fazia feliz e triste; e preocupações em relação ao futuro.

Aos familiares cuidadores dos acidentados no domicílio foi questionado a partir de um roteiro (Apêndice F): quais os principais cuidados o acidentado necessitou; o que mudou na rotina do familiar; quais as maiores dúvidas e dificuldades em relação ao cuidado ao acidentado; como estava a recuperação do acidentado; quais os principais sentimento agora em casa; quais orientações recebidas no hospital foram mais importante para os cuidados no domicílio; e a quem o familiar recorria no caso de dúvidas sobre o cuidado.

Cabe registrar que nas visitas domiciliares, a pesquisadora também forneceu orientações de cuidados, quando constada essa necessidade e certificou-se, pelos relatos, se houve repercussão na recuperação dos acidentados com os cuidados e orientações recebidas na hospitalização.

O fluxograma da coleta de dados em ambiente hospitalar e domiciliar está apresentado na Figura 3.

Figura 3: Fluxograma da coleta de dados no ambiente hospitalar e domiciliar.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2018.

5.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Assim que concluídas as entrevistas, iniciava-se a transcrição destas na íntegra e seu arquivamento no Microsoft Word. Ao término das transcrições, os depoimentos foram transferidos para o Software *QualiquantiSoft* do Discurso do Sujeito Coletivo versão 1.3c, utilizado para a organização e processamento dos dados.

Construiu-se os Discursos do Sujeito Coletivo, apresentados na primeira pessoa do singular para veicular uma opinião coletiva, utilizando depoimentos individuais que ao final do processo gerou os depoimentos coletivos. Cada DSC veicula uma determinada opinião, a qual representa a dimensão qualitativa do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

A técnica elaborada por Lefèvre e Lefèvre, consiste em quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECH); Ideias Centrais (IC); Ancoragem (AC); e, DSC propriamente dito. **Expressões chaves (ECHs):** são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados pela pesquisadora e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. **Ideias Centrais (ICs):** são descrições resumidas e objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos analisados. Devem ser concisas e respeitar o conteúdo e o sentido da resposta emitida pelo agente social. **Ancoragem (AC):** contém traços linguísticos explícitos de manifestação da crença do sujeito que discursa e que estão internalizados no mesmo.

Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) propriamente dito: reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar de pensamento.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e que poderiam desistir da mesma em qualquer uma das fases da pesquisa. Após aceitarem o convite, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices G, H, I, J). A coleta de dados iniciou-se após a emissão da carta de anuência pelo diretor do Hospital em estudo e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), CAAE:79397717100005016 e número do parecer: 2.387.230. Em respeito ao sigilo dos participantes, os profissionais foram identificados com a letra E (Enfermeiros), T (Técnicos de enfermagem), A (Acidentados) e F (familiares). As letras foram seguidas pelo número correspondente à sequência de realização da entrevista (E1, E2..., T1, T2..., A1, A2..., F1, F2...).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do estudo são apresentados, seguindo o disposto na Instrução Normativa 01/PEN/2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), na forma de manuscritos.

Após os manuscritos, apresenta-se dados não contemplados nos mesmos, decorrentes das entrevistas e observações dos participantes que juntamente com os dados dos manuscritos foram utilizados para a elaboração do **instrumento** proposto para o acolhimento aos acidentados de motocicleta e seus familiares no ambiente hospitalar e domiciliar, respondendo ao **quarto objetivo específico** desta tese.

Manuscrito 1 - Acolhimento da equipe de enfermagem ao acidentado de motocicleta e familiar acompanhante; corresponde ao primeiro objetivo específico: Conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a familiares acompanhantes em um hospital no Norte do País e a percepção dos profissionais de enfermagem e dos acidentados sobre as fragilidades na assistência.

Manuscrito 2 - Vivências do familiar cuidador do acidentado de motocicleta após a alta hospitalar, relacionado ao **segundo objetivo específico:** Conhecer as vivências dos familiares cuidadores dos acidentados de motocicleta no domicílio;

Manuscrito 3 - Sentimentos dos acidentados de motocicleta e de seus familiares cuidadores após alta hospitalar: Discurso do Sujeito Coletivo, se refere ao **terceiro objetivo específico:** Compreender os sentimentos dos acidentados de motocicleta e de seus familiares após alta hospitalar, no domicílio;

6.1 MANUSCRITO 1 - ACOLHIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA E FAMILIAR ACOMPANHANTE.

Acolhimento da equipe de enfermagem ao acidentado de motocicleta e familiar acompanhante

Lilian de Oliveira Corrêa
Eliane Regina Pereira do Nascimento

RESUMO

Objetivos: Conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e a familiares acompanhantes em um hospital no Norte do País e a percepção dos profissionais de enfermagem e dos acidentados e familiares sobre as fragilidades na assistência. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público, na sala de emergência, salas de observação e enfermaria ortopédica. A coleta de dados foi por meio de entrevistas individuais semiestruturada e observação não participante a profissionais de enfermagem, acidentados de motocicleta e seus familiares e ocorreu em dezembro de 2017 e janeiro de 2018. Os dados foram organizados e analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Participaram dez enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, 13 acidentados de motocicleta e 13 familiares acompanhantes. O acolhimento relatado pelos profissionais de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares é realizado mediante procedimentos como o exame físico, analgesia, curativos, escuta de queixas, acalmar e orientar o acidentado e permitir a companhia do familiar. Com a observação evidenciou-se a predominância do acolhimento com procedimentos técnicos. Referente a percepção dos profissionais quanto a assistência, falta no hospital recurso material e humano, melhores condições de trabalho e educação continuada, para os clientes falta material e educação dos profissionais para uma a assistência de qualidade. Considerações finais: O estudo sinaliza a necessidade de investimento e envolvimento profissional e institucional para uma assistência humanizada, que atenda às necessidades dos clientes e familiares.

Descritores: Enfermagem, Acidente, Motocicleta, Emergência, Acolhimento e Humanização da Assistência.

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento como cuidado, surge como a diretriz de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009). É um instrumento essencial para o cuidado humanizado e está na postura profissional de quem o executa (GIACOMOZZI, 2008). O acolhimento começa na recepção do paciente com a prestação de cuidados, propõe segurança, conforto, visa a escuta, a valorização das queixas do cliente e de seus familiares, a identificação de suas necessidades, o respeito às diferenças, a educação em saúde, requer relação de confiança entre profissional e cliente, o diálogo e flexibilidade nos horários de visita (VIEIRA, 2010; ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017). O acolhimento é uma prática que colabora para uma assistência integral e de qualidade, que demanda do profissional se colocar no lugar do outro, resolvendo os seus problemas (REIS, 2014).

Implantar práticas de humanização na urgência e emergência é possível, desde que se desenvolva a competência humanística no mesmo nível em que se incentiva a competência técnico científica dos profissionais (ASSIS *et al.*, 2016).

O comprometimento da qualidade da assistência aos clientes é justificado pela superlotação das salas de emergência dos hospitais, falta de condições de trabalho, de leitos e principalmente por falta de funcionários e materiais. Nem sempre o profissional enfermeiro realiza o acolhimento dos clientes com qualidade frente a tantos desafios dentro das instituições onde os mesmos não são valorizados (GARLET *et al.*, 2009; BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2014; ACOSTA; LIMA, 2015; SOARES, BRASILEIRO, SOUZA, 2018; DE PAULA *et al.*, 2018).

Diante desse cenário, os profissionais podem criar mecanismos de defesa que se manifestam como impaciência, indiferença e ironia, deixando o cliente em um sofrimento psicológico de abandono, desamparo, descaso e preocupação (GIACOMOZZI, 2008; PRATA, 2015). Entretanto, esse ambiente requer humanização no atendimento para qualificar a assistência ao cliente e seu familiar.

Atualmente, no trânsito urbano evidenciam-se disputas por espaços que têm como consequência conflitos, violência e grande número de acidentes, especialmente com motocicletas, o que é a principal causa da superlotação das salas de emergência dos hospitais (SOUZA *et al.*, 2018).

Os familiares também sofrem repercussões dos acidentes de trânsito. A mudança abrupta na saúde do acidentado e na rotina de ambos,

podem causar estresse emocional individual e familiar, resultando em dor e sofrimento, além de despesas e perda de tempo de trabalho dos acidentados e de seus familiares, que impactam no orçamento familiar (ANDRADE; JORGE, 2017).

O acidente de trânsito é considerado mundialmente como um grave problema de difícil solução, responsável por óbitos e incapacidades, gerando abalos físico e psicossocial, às vítimas e seus familiares (ZABEU *et al.*, 2013; SOUSA *et al.*, 2017), aliados a redução da produtividade do trabalhador (NASCIMENTO; ALVES, 2013). Portanto, as consequências dos acidentes de trânsito não se limitam à alta mortalidade, tem impacto sobre a vida dos envolvidos devido seu alto custo social e econômico (PAPA *et al.*, 2014).

No Brasil, nos anos de 2015 e 2016 somavam-se mais de 24 mil óbitos de motociclistas envolvidos em acidentes de trânsito. Na região Norte foram 2.515 óbitos, incluindo colisões de moto com veículos automotores, caminhões, ônibus e objetos fixos. No estado do Amazonas, foram 363 óbitos de motociclistas, dos quais 210 ocorreram em Manaus (BRASIL, 2016).

Dentre os fatores que resultam em acidentes com motociclistas estão a falta de atenção, alta velocidade, manobras arriscadas, andar nos corredores entre carros, pressa, ultrapassagem indevida, agir por impulso, ingestão de bebida alcoólica e exibicionismo (SANTOS *et al.*, 2016), responsáveis por superlotarem as salas de emergência dos hospitais, principalmente os de referência em trauma ortopédico e neural.

Diante da realidade dos hospitais e principalmente das salas de emergência, no ano de 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização, que visa a atenção integral a saúde e a participação comunitária na gestão, a partir de mudanças na forma de gerir e de atender os clientes, tendo como estratégia prioritária a escuta qualificada (TOCCI; COSTA, 2014).

Considera-se o acolhimento e o cuidado humanizado como sinônimos, que envolvem os procedimentos de enfermagem no atendimento às necessidades dos clientes, assim como, a escuta atenta, valorizando suas queixas e a criação de vínculo.

Com isso, o presente estudo teve como objetivos, conhecer como ocorre o acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e familiares acompanhantes em um hospital no Norte do País e a percepção dos profissionais de enfermagem e dos acidentados sobre as fragilidades na assistência.

2.MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa que utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo como referencial para organização e análise de dados. Realizado em um hospital de referência em Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia para atendimento de clientes adultos, localizado na cidade de Manaus-AM.

A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2017 e janeiro de 2018, durante todos os dias da semana das 7:00h às 19:00h, com a equipe de enfermagem, acidentados de motocicleta e seus familiares acompanhantes, por meio de entrevistas individuais semiestruturada e observação não participante.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de enfermagem nos postos de enfermagem nos ambientes de cuidado: sala de emergência (Politrauma), local de recepção dos clientes acidentados de motocicleta, salas de Observação um, dois e três, e na Enfermaria Ortopédica. As entrevistas com os acidentados de motocicleta e seus familiares foram realizadas beira leito, na sala de Observação três e Enfermaria Ortopédica. A observação não participante foi realizada nos cinco ambientes, com duração média de duas a oito horas por dia e registradas em um diário de campo.

A entrevista com os profissionais de enfermagem abordou as ações de acolhimento aos acidentados e familiares nas salas e enfermaria, além das necessidades de melhorias desse acolhimento. Na entrevista com os acidentados de motocicleta 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 que tivessem uma melhor assistência. O término das entrevistas foi determinado quando todos os profissionais que aceitaram participar do estudo foram entrevistados.

Quanto a observação dos profissionais, constava no roteiro: como era realizada a recepção do acidentado e de seu familiar nos setores do estudo; se os profissionais permitiam a entrada do familiar na sala politrauma; como os profissionais realizavam o acolhimento aos clientes; como era realizado a SAE;

Nas salas Politrauma e Observações, a equipe de enfermagem era constituída por um enfermeiro e de quatro a seis técnicos de enfermagem cada sala, de acordo com a demanda de clientes, e na Enfermaria Ortopédica, dois enfermeiros e dez técnicos de enfermagem. O turno de trabalho

nos setores mencionados é de 12 horas.

Para a participação no estudo, estabeleceu-se como critérios de inclusão dos profissionais: trabalhar nas salas Politrauma, Observação um, dois, três e Enfermaria Ortopédica nos turnos da manhã e tarde, possuir experiência no cuidado com acidentados de motocicleta, não estar afastado da assistência por qualquer motivo durante o período de coleta de dados e tempo de atuação nos setores do estudo igual ou maior que seis meses (tempo considerado adequado para conhecer o local de trabalho, equipe, materiais, procedimentos e características dos clientes).

Foram convidados para o estudo 20 enfermeiros que atuavam nos locais mencionados, trabalhavam no período diurno e noturno e eram terceirizados de uma cooperativa de enfermeiros. Dos 20 convidados, dez aceitaram, oito não aceitaram e duas enfermeiras tinham menos de seis meses de trabalho nos setores do estudo.

Dos 31 técnicos de enfermagem convidados a participar do estudo e que trabalhavam somente no período diurno, alguns eram terceirizados de uma cooperativa e outros eram da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM), 22 aceitaram, seis não aceitaram e três tinham menos de seis meses de trabalho.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos acidentados de motocicleta: ter idade mínima de 18 anos; ser o condutor da moto; morar na cidade de Manaus, estar internado na sala de Politrauma, Observação um, dois, três ou na Enfermaria Ortopédica; estar consciente no momento da entrevista, ter acompanhante e necessidade de cuidado domiciliar.

O total de acidentados de motocicleta que entraram no hospital durante o período de coleta de dados foi de 28 clientes, 13 tiveram escoriações leves em membros superiores e inferiores e tiveram alta no mesmo dia e não participaram do estudo. Dos 15 acidentados de motocicleta que atenderam aos critérios de inclusão, dois se recusaram a participar. Participaram, portanto, 13 acidentados de motocicleta.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos familiares: ser acompanhante do acidentado de motocicleta durante no mínimo 80% dos dias de internação até a alta e ser o cuidador no domicílio. Adotou-se como familiar neste estudo, qualquer pessoa com laços consanguíneos ou sócioafetivos, residente ou não no domicílio do acidentado. Participaram 13 familiares, sendo um familiar de cada acidentado de motocicleta

Os dados foram organizados e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Ao término das transcrições os depoimentos foram transferidos para o Software *QualiquantiSoft* do Discu-

so do Sujeito Coletivo versão 1.3c. A técnica do DSC consiste em quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (ECH); Ideias Centrais (IC); Ancoragem (AC); e, DSC propriamente dito (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). Assim, os Discursos do Sujeito Coletivo foram construídos e apresentados na primeira pessoa do singular, utilizando depoimentos individuais que ao final do processo gerou os depoimentos coletivos.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012. Sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), CAAE:79397717100005016 e número do parecer: 2.387.230. Em respeito ao sigilo dos participantes, estes foram identificados com a letra E (Enfermeiros), T (Técnicos de enfermagem), A (Acidentados) e os familiares com a letra (F). As letras foram seguidas pelo número correspondente à sequência de realização da entrevista (E1, E2..., T1, T2..., A1, A2..., F1, F2...) e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, após a explicação de como seria realizada a pesquisa.

3.RESULTADOS

Dos 13 acidentados de motocicleta, a maioria (n=12; 92,3%) era do sexo masculino, apresentando idades de 19 a 50 anos, grande parte (n=9; 69,2%) possuía ensino médio completo, quase a totalidade (n=10; 76,9%) com fratura em membros inferiores, e todos (n=13; 100%) foram submetidos a cirurgia.

Quanto ao desfecho dos acidentados de motocicleta, (n=1, 7,7%) foi a óbito depois de 48 dias de internação e 12 (92,3%) tiveram alta, dos quais quatro (30,8%) reinternaram com infecção no local da ferida cirúrgica e necessitaram de cirurgia para limpeza do local e antibioticoterapia. Todos os 13 familiares acompanhantes dos acidentados no hospital eram do sexo feminino, representadas por mães, esposas, irmãs e tia, com idades entre 19 e 65 anos.

Dos dez enfermeiros participantes do estudo, oito (80%) eram do sexo feminino. Tanto o tempo de formação como o de atuação dos profissionais, variou de sete a 28 anos, e de experiência em urgência e emergência oscilou de quatro a 28 anos.

Dos 22 técnicos de enfermagem participantes do estudo, 21 (95,5%) eram do sexo feminino, 13 (59,1%) pertencentes a Secretaria de Saúde do estado do Amazonas (SUSAM) e nove (40,9%) a uma cooperativa de técnicos de enfermagem. Tanto o tempo de formação como de atu-

ação profissional variou de dois a 30 anos e de experiência em urgência e emergência oscilou de um ano e meio a 20 anos.

Os dados coletados nas entrevistas deram origem a quatro ideias centrais, sendo que cada ideia originou um discurso do sujeito coletivo.

A primeira IC e DSC foram construídos pelas respostas de dez enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, a respeito da recepção do acidentado de motocicleta na sala de emergência (Politrauma), nas salas de Observação um, dois, três e na Enfermária Ortopédica. Os relatos dos profissionais de enfermagem evidenciaram a predominância do acolhimento por meio de ações que contemplavam os procedimentos técnicos no atendimento inicial do acidentado de motocicleta, como evidencia o DSC 1.

IC1: O acolhimento de enfermagem ao cliente na chegada ao hospital está voltado predominantemente 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 cliente, ele já vem puncionado, é verificado o nível de consciência, os sinais vitais, realizada analgesia de acordo com a prescrição médica, hidratação e monitorização do acidentado. Se tiver um ferimento sangrando, fazemos o curativo. Dependendo do caso, levo o prontuário do acidentado 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 a trazer roupas para o acidentado, travesseiro, lençóis, cobertor, toalha e materiais de higiene, oriento que não pode ficar acompanhantes no politrauma, mas quando o acidentado for para a sala de observação ou enfermária, pode ficar acompanhantes. Alguns casos passo para a Assistente Social entrar em contato com os familiares, às vezes os acidentados chegam aqui sem ninguém, só depois que os familiares chegam (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14, T15, T16, T17, T18, T19, T20, T21, T22).

A segunda IC e respectivo DSC elaborados a partir dos depoimentos de dez enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, sobre o modo como era realizado o acolhimento ao acidentado de motocicleta e seus familiares durante a internação nas salas de emergência, observação e na enfermária ortopédica. Os relatos evidenciaram que o acolhimento ocorre mediante escuta das queixas do acidentado, buscando acalmá-lo e orientá-lo,

além de realizar ações como colocá-lo em maca confortável com lençol e oferecer analgesia. Em relação aos familiares, os profissionais tentam contatá-los, dão notícias a respeito do paciente e permitem sua presença com o acidentado, como mostra no DSC 2.

IC2: Os profissionais de enfermagem acolhem o acidentado de motocicleta por meio da escuta, atendendo suas necessidades de conforto e permitindo ao acompanhante ficar junto.

DSC 2: *Eu realizo o acolhimento com o paciente tratando-o bem, respeitando-o, me colocando no lugar dele, tendo compaixão do estado em que ele se encontra. Escuto o que o paciente tem a me dizer ou perguntar. Acalmo o paciente, oriento, deixo a pessoa confortável, tanto física, -em maca confortável com lençol e administro a medicação para dor, como psicologicamente, 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 os acompanhantes, 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)*

A terceira IC e DSC emergiram das respostas de dez enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem, acerca das melhorias necessárias no hospital e na assistência da equipe de enfermagem para um melhor acolhimento aos acidentados de motocicleta e seus familiares. Os profissionais sugeriram que para qualificar a assistência ao cliente, é preciso mudanças na gestão do hospital, proporcionando melhores condições de trabalho com aumento do número de funcionários e materiais suficientes para prestação do cuidado. Além disso, recomendam a implantação da educação continuada no hospital para a qualificação dos profissionais, maior agilidade no atendimento e incorporação da humanização nas práticas do cuidado, como revela o DSC 3.

IC3: Melhorar a assistência de enfermagem requer investimentos nas condições de trabalho, ter mais funcionários e materiais, assim como qualificação da equipe mediante educação continuada.

DSC3: *Para melhor assistência aos clientes falta melhorar a gestão do hospital proporcionando melhores condições de trabalho para os pro-*

fissionais 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 para os clientes, não tem lençol, as camas estão quebradas, às vezes a gente não tem maca para liberar a prancha rígida do SAMU, falta colchão caixa de ovo, fralda e esparadrapo. Faltam equipamentos, não tem monitor hemodinâmico para todos que necessitam, nem aspirador de secreção suficiente, damos prioridade aos mais graves. Falta qualificação da equipe: não temos educação continuada. Falta humanização com os clientes, empatia, falta cuidar da equipe de enfermagem para cuidarmos bem do cliente. Os profissionais em geral precisam ser mais comprometidos com os clientes, 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).

A quarta IC e DSC foram construídos pelas respostas dos acidentados de motocicleta e familiares a respeito de como percebem a assistência e quais melhorias são necessárias no hospital e na assistência da equipe de enfermagem para um melhor acolhimento a eles. Todos os acidentados e seus familiares sugeriram agilidade no atendimento, materiais que supram suas necessidades, melhora na estrutura do hospital, privacidade e mais educação e respeito da equipe de enfermagem com os clientes, como evidencia o DSC 4.

IC4: Para melhorar a assistência é necessário investir na estrutura do hospital, em materiais que supram as nossas necessidades, enquanto clientes, maior agilidade no atendimento e mais educação e respeito 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, falta 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 (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12).

No que se refere a observação não participante da assistência dos profissionais de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares, evidenciou-se na recepção do acidentado a prevalência do acolhimento por meio de ações objetivas voltadas para os aspectos físicos, como monitoramento do acidentado, verificação dos sinais vitais, analgesia e curativos.

Todas essas ações foram realizadas pelos técnicos de enfermagem aos acidentados. Os enfermeiros prestavam assistência a outros clientes mais graves que necessitavam de reanimação cardiorrespiratória ou transferência para UTI. Na maior parte do tempo do plantão, se dedicavam a registros de cuidados, realização do processo de enfermagem, pelo preenchimento de um formulário impresso e aprazamento de medicações prescritas.

Em nenhum momento foi observada a procura ou contato com familiares dos acidentados que estavam na sala de politrauma, pelos enfermeiros ou pelos técnicos de enfermagem. Os familiares entravam nessa sala para ver o acidentado com o acompanhamento do guarda da recepção. Nas salas de Observação um, dois, três e enfermaria ortopédica eram permitidos acompanhantes.

A seguir são apresentadas algumas notas registradas no diário de campo das observações dos cuidados da equipe de enfermagem ao acidentado e seus familiares:

- Dias (04, 12 e 19 de dezembro; 09, 16 e 20 de janeiro) na sala Politrauma: *“Enfermeiros (E1, E3, E4, E5, E7, E10) preenchem o formulário da SAE antes da chegada do acidentado na sala;”*; *“Não há nenhuma mobilidade dos enfermeiros na busca dos familiares dos acidentados”*

- Todos os dias da coleta de dados, sala Politrauma: *“Enfermeiros (E1, E4, E5, E6, E7, E10) passam a maior parte do tempo do plantão*

procurando vagas para os clientes em outras salas, para liberarem a maca do SAMU”; “Enfermeiros conversam com acidentados somente para confirmarem o nome completo para o prontuário”

- Dias (12, 15 e 20 de dezembro) na sala Politrauma e (01, 26, 27 de dezembro e 03 e 04 de janeiro) na enfermaria ortopédica: *“Enfermeiros (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9) não realizaram o exame físico nos acidentados de motocicleta em nenhum momento do plantão”*.

- Todos os dias da coleta de dados, em todas as salas do estudo: *“Técnicos de enfermagem (T1...T22), conversam com os acidentados e seus familiares, esclarecem dúvidas e criam vínculos, estabelecem amizade.”*

4.DIUSSÃO

O perfil epidemiológico dos acidentados de motocicleta do presente estudo se assemelha a outros identificados em estudos nacionais (ANDRADE *et al.*, 2009; PORDEUS *et al.*, 2010; LEGAY *et al.*, 2012; OLIVEIRA; SOUZA, 2012; GOLIAS *et al.*, 2013, SANT’ANNA *et al.*, 2013, GANNE *et al.*, 2013, DUTRA *et al.*, 2014, SILVA *et al.*, 2015; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2017; WEIGERT *et al.*, 2017) e internacionais (ALHILASH *et al.*, 2016; MISRA *et al.*, 2017; HAY-DAVID; STACEY; PALLISTER, 2018). A maioria dos acidentados de motocicleta era do sexo masculino, adultos jovens e com lesões de membros inferiores. Esses resultados se justificam por serem os homens os que mais possuem motocicletas, a utilizam mais como meio de transporte e trabalho e, principalmente jovens, que são mais ousados e temem menos os acidentes de trânsito. O Brasil atualmente possui uma frota superior a 20 milhões de motocicletas e mais de 80% dos donos das mesmas são homens jovens adultos que as utilizam para lazer e principalmente para o trabalho, isso justifica a maioria dos acidentados serem do sexo masculino, em média oito homens para cada mulher acidentada (VASCONCELLOS, 2013).

Em relação ao perfil dos profissionais de enfermagem, a maioria possuía muito tempo de formação, técnica ou universitária na enfermagem, além de muitos anos de experiência em urgência e emergência, achados semelhantes aos de um estudo realizado em Portugal (BATISTA *et al.*, 2017). Ao mesmo tempo que esses resultados são positivos por trans-

mitir segurança para o acidentado e seu familiar pelo tempo de formação e vasta experiência na emergência, pode também, ser preocupante devido a necessidade de atualização e qualificação contínua, e o fato hospital não oferecer educação continuada, como mencionado pelos profissionais, que reconhecem a necessidade da mesma para qualificar seu trabalho.

Quanto à recepção da equipe de enfermagem ao acidentado de motocicleta na sala Politrauma do hospital, os relatos dos profissionais evidenciam o acolhimento com ações voltadas para a objetividade e subjetividade do cuidado, já a observação não participante, evidenciou a prevalência do acolhimento realizado por ações objetivas, focadas em procedimentos técnicos, com a aferição de sinais vitais, analgesia, encaminhamento para exames, hidratação, monitoramento, curativos, intervenções do protocolo de reanimação cardiorrespiratória, registros e realização do processo de enfermagem.

Notou-se pelas observações que as ações foram realizadas da mesma forma para todos os clientes, sem considerar a sua individualidade. Nenhum enfermeiro realizou o acolhimento com ações subjetivas, escutando as queixas dos clientes, acalmando-o ou contatando a família e permitindo a presença da mesma na sala de emergência.

Estudo qualitativo sobre espiritualidade e humanização, também evidenciou a predominância do discurso do cuidado e da assistência técnico procedimental em detrimento do acolhimento na prática propriamente dita (COSTRATO; BUENO, 2015).

A PNH apresenta em seus dispositivos, o despreparo do profissional da saúde em lidar com questões subjetivas dos clientes, além da importância da valorização do trabalhador e da oferta de uma ambiência que proporcione conforto para clientes e trabalhadores. O profissional talvez tenha mais estímulo para ofertar acolhimento, se o mesmo for acolhido e valorizado.

Na emergência, muitos profissionais trabalham exclusivamente com a busca de resultados por produção e não por qualidade. O acidentado de trânsito requer assistência integral à saúde (SOUSA *et al.*, 2017), com tudo a exclusividade do modelo biomédico pode desumanizar o cuidado, assim como, a falta de responsabilização e produção de vínculo, não inclusão dos saberes dos clientes sobre sua saúde, seu corpo e seu sofrimento, sua singularidade e subjetividade. O ideal seria incorporar ao modelo biomédico, novos modelos que supram as necessidades humanísticas na área da saúde (GIACOMOZZI, 2008; DE BENEDITTO; GALLIAN, 2018).

Semelhante aos achados da observação do presente estudo, na Colômbia, estudo acerca dos direitos dos clientes em recuperação da saúde em relação aos serviços oferecidos, revelou insuficiência de qualidade na atenção voltada ao cliente, o qual é 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 (SANTACRUZ-BRAVO, 2016).

Além da necessidade da valorização do trabalhador para que este valorize e acolha os clientes, proporcionando-os conforto, cabe ao profissional respeitar os clientes, ser educado e pelo menos tentar resolver os problemas dos clientes, seja físico ou emocional, principalmente no momento que os clientes estão mais vulneráveis e necessitados de cuidados e atenção.

Outro estudo qualitativo realizado em Medellín, sobre o significado do cuidado humanizado para clientes, familiares e profissionais enfermeiros, evidenciou que as instituições de saúde não oferecem o cuidado humanizado por causa da falta de recursos e prolongados tempos de espera. Ademais, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros os distancia dos clientes e impede de cuidarem deles (BELTRAN-SALAZAR, 2014). Entretanto, humanizar é ofertar atendimento de qualidade ao cliente e seu familiar articulando avanço tecnológico com melhorias no ambiente e nas condições de trabalho dos profissionais (DE PAULA *et al.*, 2018).

Oferecer acolhimento aos clientes em condições precárias de estrutura, funcionários e materiais é um grande desafio. Porém, o estabelecimento de vínculo com o cliente poderá proporcionar aos profissionais a possibilidade de orientação aos clientes quanto aos problemas que o hospital passa, de modo que com explicações e com respeito, os clientes entendam que a demora no atendimento, a falta de material e de funcionários não é responsabilidade dos profissionais de enfermagem, e sim da gestão e da falta de recursos financeiros vindos do Estado.

Em relação às percepções para melhoria da assistência de enfermagem, tanto na visão dos profissionais quanto dos acidentados de motocicleta e seus familiares, percebe-se a falta de uma gestão que resolva problemas de estrutura do hospital, de limpeza, de recursos humanos, de material e de qualificação dos funcionários por meio da educação continuada, visando o acolhimento/humanização no cuidado.

Pesquisa em três hospitais de Curitiba sobre o acolhimento de enfermagem para o trauma revelou aspectos institucionais e profissionais

necessários para maior humanização da assistência: educação continuada, valorização do trabalhador, aumento do número de trabalhadores, melhora e aumento do recurso material, maior tempo de cuidado direto com o cliente, flexibilização das rotinas rígidas, melhor remuneração, incentivo para o relacionamento interpessoal, compromisso do trabalhador com o trabalho e com os clientes, música ambiente, permissão de acompanhantes nas áreas críticas, atendimento de psicólogos e assistente social, e área permanente onde possam ficar clientes e acompanhantes (GIACOMOZZI, 2008).

Este estudo teve limitação na coleta de dados no que diz respeito ao local e momento da entrevista, uma vez que foram realizadas nos postos de enfermagem devido a impossibilidade dos profissionais se ausentarem do local de trabalho por alta demanda de atividades. Outra limitação foi não ter contemplado os profissionais do período noturno.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou como se dá o acolhimento dos profissionais de enfermagem aos acidentados de motocicleta e de seus familiares em um hospital de referência da região Norte do País e as condições de ambiência do contexto do cuidado.

Evidenciou-se um hospital com a estrutura precária, emergência e salas lotadas de traumatizados, familiares necessitados de informações e sem permissão para acompanhar seus entes nas salas de emergência. Profissionais da saúde trabalhando sem condições dignas, poucos funcionários, insatisfação tanto dos profissionais como dos acidentados e de seus familiares.

Observou-se que o acolhimento se dá de modo pontual e por alguns profissionais, em diferentes ambientes da emergência, sem, contudo, atender a uma determinada política e sim a vontade e interesse de alguns trabalhadores.

Julga-se que esta pesquisa possa subsidiar melhorias no acolhimento no hospital para que se atenda o que preconiza a Política Nacional de Humanização, com uma gestão comprometida e com a participação de todos os envolvidos. Nesse sentido, é preciso atenção à ambiência do cuidado, contemplando condições físicas, de material, quantificação e qualificação da equipe de enfermagem, não somente técnico científica, mas também voltadas aos aspectos psicossociais do cliente e familiares. É preciso colocar em prática a humanização do cuidado pelo acolhimento daqueles em situações vulneráveis.

6.REFERÊNCIAS

ABHILASH, K.P.P. *et al.* Profile of trauma patients in the emergency department of a tertiary care hospital in South India. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, New Delhi, v. 5, n. 3, p. 58-63, 2016.

ACOSTA, A.M; LIMA, M.A.D.S. Usuário frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca para atendimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p.337-44, 2015.

ALBUQUERQUE, A.M. *et al.* Vítimas de acidente de moto com traumatismo. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, PE, v.10, n. 5, p.1730-8, 2016.

ANDRADE, L.M. *et al.* Acidente de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em um hospital de Fortaleza- CE, Brasil. **Revista Rene**, Fortaleza, CE, v.10, n.4, p.52-9, 2009.

ANDRADE, S.S.C.A, JORGE, M.H.P.M. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidentes de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gasto. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 31-38, 2017.

ASSIS, L.R.S. *et al.* Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. **Revista Uningá Review**, Maringá, PR, v. 25, n.1, p. 131-35, 2016.

BATISTA, M.J. *et al.* Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.4, n.13, p.83-92, 2017.

BELTRÁN-SALAZAR, O.A. Las instituciones de salud no favorecen el cuidado: significado del cuidado humanizado para las personas que participan directamente en él. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 2, p. 194-205, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe.sim/cnv/ext10uf.def> Acesso 4 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza-SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Serie B, Brasília, editora MS, p.56, 2009.

COSTRATO, G; BUENO, S.M.V. La espiritualidad y la humanización según los graduandos de enfermería. Una investigación-acción. **Investigación y Educación en Enfermería**, Antioquia, v. 33, n. 1, p. 73-82, 2015.

DE BENEDITTO, M.A.C; GALLIAN, D.M.C. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 71-83, 2018.

DE PAULA, V.G. *et al.* Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização com estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Práticas**, Luziânia, GO, v.7, n.1. p.241-51, 2018.

DUTRA, V.C. *et al.* Traumatismos craniocerebrais em motociclistas: relação do uso do capacete e gravidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 5, p. 485-91, 2014.

GANNE, N. *et al.* Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas ocorridos no município de Corumbá-MS, Brasil, no ano de 2010. **Revista Pan Amazônica de Saúde**, Ananindeua, PA, v.4, n.1, p.15-22, 2013.

GARLET, E.R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v.18, n.2, p.266-72, 2009.

GIACOMOZZI, L.M. **Escala de acolhimento de enfermagem para o trauma**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná-UFP. Curitiba, p. 91, 2008.

GOLIAS, A.R.C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no Estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.18, n. 5, p. 1235-46, 2013.

HAY-DAVID, A.G.C; STACEY, T; PALLISTER, I. Motorcyclists and pillion passengers with open lower-limb fractures: a study using TARN data 2007-2014. **Annals of the Royal College of Surgeons England**, Manchester, v. 100, n. 3, p. 203-208, 2018.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M, C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. 2º ed. Brasília: Liber Livro, p.224, 2012.

LEGAY, L.F. *et al.* Acidente de trânsito envolvendo motociclistas: perfil epidemiológico das vítimas de três capitais dos Estados brasileiros em 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 283-292, 2012.

MISRA, P. *et al.* Epidemiological study of patients of road traffic injuries attending emergency department of a trauma center in New Delhi. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, v. 21, n. 10, p. 678-83, 2017.

NASCIMENTO, N.W.S.; ALVES, S.M. Perfil dos motociclistas vítimas de acidente de trânsito atendidas no serviço de urgência municipal de Alto Longá- PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.4, n.2. p. 5-17, 2013.

OLIVEIRA, N.L.B.; SOUZA, R.M.C. Risco de lesões em motociclistas nas ocorrências de trânsito. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, SP, v. 46, n. 5, p.1133- 40, 2012.

OLIVEIRA, P.A. **Pós-operatório imediato: a visão do cliente relacionada a experiência da cirurgia**. (Trabalho de Conclusão de Curso), Curso de Enfermagem, Universidade do Estado da Paraíba, Campina Grande, 2014.

PAPA, M.A.F. *et al.* Mortalidade por acidentes de trânsito terrestre: análise comparativa. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, PR, v. 19, n. 1. p.48-55, 2014.

PORDEUS, A.M.J. *et al.* Fatores associados a ocorrência de acidente de motocicleta na percepção do motociclista hospitalizado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, CE, v. 23, n.3, p. 206-12, 2010.

REIS, M.B.V.B. **Atendimento humanizado em unidade de urgência e emergência**. Monografia (Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência), Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis, SC. p.12, 2014.

ROMANINI, M; GUARESCHI, P.A; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 486-99, 2017.

SANT'ANNA, F.L. *et al.* Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos de 1998 e 2010. Londrina, PR, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, SP, v.47, n.3, p. 607-15, 2013.

SANTACRUZ-BRAVO, J.D. 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. **Revista Universidad y Salud**, Cidade de Pasto, v. 18, n. 2, p. 373-84, 2016.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para promover o trabalho em equipe em serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v.37, n.1, 2016.

SILVA, B.J.C. *et al.* Acidentes com motocicletas: características da ocorrência e suspeita do uso de álcool. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, PR, v.22, n.3, 2017.

SILVA, M.G.P. *et al.* Influência do capacete em trauma facial em vítimas de lesões cerebrais traumáticas moderadas decorrentes de acidentes de motocicleta. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, SP, v. 27, n. 1, p.204-205, 2015.

SOARES, A.C.L.; BRASILEIRO, M.; SOUZA, D.G. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, SP, v.8, n.22, 2018.

SOUSA, K.M. *et al.* Fatores associados ao acesso a reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v.51, n.1, p.51-54, 2017.

SOUZA, H.N.F. *et al.* Perspectiva de motociclistas acidentados sobre risco e acidentes de trânsito. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, v.22, n.1. p.22-33, 2018.

TOCCI, A.S.S.; COSTA, E.C.N.F. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Unin-gá**, Maringá, PR, v.40, n.1, p.197-206, 2014.

VASCONCELLOS, E. A. **Risco no trânsito, omissão e calamidade. Impactos do incentivo à motocicleta no Brasil**. Ed. do autor, 2013.90p.

VIEIRA, M.C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, SP, v. 8, n. 6, p. 513-9, 2010.

WEIGERT, C.V. *et al.* Acidente de trânsito: uma frustração. Um estudo qualitativo no vértice psicanalítico. **Investigação Qualitativa em Saúde**, São Carlos, SP, v.2, n.1, p.539-548, 2017.

ZABEU, J.L.A. *et al.* Perfil da vítima de acidente motociclistico na emergência de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, SP, v. 48, n. 3, p. 242-245, 2013.

6.2 MANUSCRITO 2 - VIVÊNCIAS DO FAMILIAR CUIDADOR DO ACIDENTADO DE MOTOCICLETA APÓS A ALTA HOSPITALAR

Vivências do familiar cuidador do acidentado de motocicleta após a alta hospitalar

Lilian de Oliveira Corrêa
Eliane Regina Pereira do Nascimento

RESUMO

Objetivo: Conhecer as vivências do familiar cuidador do acidentado de motocicleta após a alta hospitalar. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa por meio de entrevista individual semiestruturada realizada com o familiar cuidador, no domicílio, na região Norte do Brasil, em janeiro de 2018. Os dados foram organizados e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo com o programa *QualiquantSoft* 1.3c. **Resultados:** Participaram oito familiares. Emergiram três Discursos com as Ideias Centrais: Mudança na rotina do familiar; Dúvidas sobre os cuidados de movimentação do acidentado, medicações, banho e curativo e Dificuldades na estrutura domiciliar para o cuidado ao acidentado, insegurança acerca de sintomas, locomoção e dificuldade financeira. **Considerações finais:** As vivências do familiar cuidador denotam mudanças no seu cotidiano com implicações sociais e econômicas, o que requer maior orientação durante a internação hospitalar para os cuidados após a alta e maior envolvimento dos serviços de contrarreferência para continuidade da assistência.

Descritores: Enfermagem, Acidente, Motocicletas, Cuidador familiar, Assistência domiciliar.

1. INTRODUÇÃO

O familiar cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar do ente necessitado e dependente de cuidados para todas as atividades do cotidiano, principalmente envolvendo locomoção, vestir roupas, banho e deslocamento para continuidade do tratamento (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008, SOARES *et al.*, 2013; GOMES,

APRATTO, 2016).

Além disso, o cuidador sofre a limitação do seu ente tanto como o próprio doente, muitas vezes, esquecido e ignorado, que necessita de atenção para desenvolver suas atribuições como cuidador familiar (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

A equipe de enfermagem ainda no hospital deve proporcionar ao cliente e a seu familiar o esclarecimento de dúvidas, iniciar a educação em saúde na internação (ASSIS *et al.*, 2016), além de orientá-los sobre os cuidados no domicílio (NALIN *et al.*, 2014). Cabe principalmente a equipe de saúde da família orientar o cuidador de como cuidar do paciente em domicílio, e prestar-lhes apoio físico e emocional (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Dos clientes que necessitam de cuidados e de cuidadores em domicílio se destaca o acidentado de trânsito, principalmente o de motocicleta, por ser mais vulnerável às lesões, principalmente de membros inferiores, incapacitantes, responsáveis por sequelas, dependência de cuidados e aposentadorias precoces (VASCONCELLOS, 2013).

O acidente de trânsito é considerado um grave problema enfrentado pelo Brasil, evidenciado pelo grande número de brasileiros, em média de 38 mil morrem anualmente por acidente de trânsito, destes, 12 mil por motocicleta (JESUS *et al.*, 2017).

Em 2018, até o mês de julho, o número de internações em hospitais públicos e particulares brasileiros por causa de acidentes com motocicleta ultrapassaram 46 mil casos (BRASIL, 2018).

A frota de motocicleta no país ultrapassa os 20 milhões, e dentre as facilidades na sua aquisição se destaca o baixo custo da compra e da manutenção, pouco combustível e facilidade de deslocamento (SILVA *et al.*, 2018). No Amazonas, a frota de motocicletas, em 2017, era de 306,7 mil veículos, e em Manaus, 186.414 motocicletas (DETRAN-AM, 2018). No mesmo ano, foram totalizadas 18.695 internações nos hospitais públicos de Manaus por acidentes de trânsito, destas, mais de 66% (n=12.371) envolveram motocicletas (SUSAM, 2018).

O perfil epidemiológico dos acidentados de motocicleta, em sua maioria, do sexo masculino e adultos jovens, influencia na estrutura social, política e principalmente econômica do país (DUTRA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; WEIGERT *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018).

As maiores consequências dos acidentes envolvem dependência física, incapacidade para o trabalho e sustento da família, medo, baixa au-

toestima e vulnerabilidade física e psicológica (FONSECA *et al.*, 2014), além do afastamento do convívio social, aposentadoria precoce, abalo emocional na estrutura familiar (FONSECA, 2016), frustração, mudança no cotidiano de todos os familiares e dependência de cuidados (WEIGERT *et al.*, 2017).

O estudo poderá contribuir com a sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto a importância das orientações aos clientes e familiares cuidadores a respeito dos cuidados em domicílio e para a efetivação do sistema de contrarreferência, como suporte ao binômio cliente e familiar tanto física quanto emocional no enfrentamento das dificuldades e para evitar ou diminuir complicações e reinternações dos acidentados de motocicleta.

Com isso, o objetivo do estudo foi conhecer as vivências do familiar cuidador com o acidentado de motocicleta após a alta hospitalar.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, com coleta de dados realizada por meio de entrevista individual semiestruturada no domicílio, com familiares dos acidentados de motocicleta que estiveram internados em um hospital de referência em traumatologia na região Norte do Brasil. As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2018, por meio de agendamento por telefone após a alta hospitalar, em média duas semanas após a alta. As entrevistas ocorreram em dias da semana, no período matutino e tiveram duração média de 30 minutos cada, foram guiadas por um roteiro elaborado pela pesquisadora e teve como perguntas norteadoras: O que mudou em sua rotina após o acidente de motocicleta? Quais são suas dúvidas e dificuldades no cuidado do acidentado em domicílio?

No momento da alta hospitalar, os acidentados e seus familiares receberam uma ficha com a prescrição médica de medicamentos, posições que poderia ficar, exercícios e repouso que os acidentados deveriam realizar em domicílio. A ficha é específica de orientações médicas, não possui nenhum cuidado de enfermagem direcionado ao acidentado em casa, apesar da mesma ser lida e orientada pela equipe de enfermagem.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos familiares: ter idade mínima de 18 anos, ser acompanhante durante pelo menos 80% dos dias de internação do acidentado no hospital e ser o cuidador no domicílio após a alta hospitalar. Dos 13 familiares acompanhantes dos acidentados de motocicleta no hospital, oito participaram do presente estudo. Excluiu-

se o familiar de um acidentado que foi a óbito e quatro familiares de outros acidentados com alta que não atenderam as ligações para agendamento da entrevista no domicílio.

No mesmo dia das entrevistas, as mesmas eram transcritas pela própria pesquisadora, na íntegra e arquivadas no Microsoft Word. Os depoimentos foram transferidos para o Software *QualiquantiSoft* do Discurso do Sujeito Coletivo versão 1.3c, utilizado para a organização e processamento dos dados. Na análise dos dados, aplicou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, construído na primeira pessoa do singular para representar uma opinião coletiva.

A técnica consiste em quatro figuras metodológicas representadas por **Expressões chaves (ECHs)**-trechos de transcrições literais do discurso e que representam a essência do conteúdo em análise; **Ideias Centrais (ICs)**-descrições resumidas de cada um dos depoimentos analisados; **Anchoragem (AC)**-contém traços linguísticos explícitos de manifestação da crença do sujeito; e **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito**, resultado da união das ECHs presentes nos depoimentos, que possuem ICs ou ACs de mesmo significado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), CAAE:79397717100005016 e número do parecer: 2.387.230. Em respeito ao sigilo dos participantes, estes foram identificados com a letra F (Familiares), seguidas pelo número correspondente à ordem de realização da entrevista (F1, F2...).

3.RESULTADOS

Os (n=8; 100%) acompanhantes dos acidentados de motocicleta eram do sexo feminino, representados por cônjuges, mães, irmãs e tia, as quais cuidaram dos acidentados no domicílio. A faixa etária das cuidadoras, foi de 40 a 65 anos, a maioria (n=5; 62,5%) tinha ensino médio completo, com atividades laborais: do lar, montadora de eletrônicos, vendedora, cabeleireira, secretária, contadora e aposentadas.

Cabe informar que os acidentados de motocicleta cuidados no domicílio, todos (n=8; 100%) eram do sexo masculino, adultos jovens, a maioria (n=6; 75%) teve fratura de membro inferior, outros tiveram fratura de úmero e ruptura do baço, todos foram submetidos a cirurgia.

A primeira IC e DSC retrata a mudança na rotina dos familiares e como essa mudança afetou a qualidade de vida do cuidador. Os familiares

relataram que a mudança da rotina foi evidenciada pelo afastamento de seus empregos e da vida social, para cuidar do acidentado em casa, o que resultou em perda financeira e sentimentos como tristeza e ansiedade, como revela o DSC 1 constituído pelas falas de cinco familiares.

IC1: Mudança na rotina do familiar cuidador

DSC1: *Minha rotina mudou totalmente, sai do emprego para cuidar dele no hospital e em casa, não tem outra pessoa para cuidar dele, só eu mesma. Minha vida mudou completamente, não tenho tempo para mim, agora todo tempo e atenção são para cuidar dele. Ele não pode andar, ajuda na locomoção, no banho, em vestir as roupas, tomar os remédios no horário certo, se alimentar direito e na hora certa, além disso, tem o curativo, não sei fazer, tenho que levá-lo ao SPA (Serviço de Pronto atendimento) todos os dias de manhã para isso. Arrumo a casa e cuido dele, essa é minha nova vida. Não saio para lugar nenhum, só para comprar remédio, me preocupo se ele está com dor, se vai ter sequelas, e rezo para que melhore logo, para ele e eu voltarmos aos nossos empregos, agora no momento me vejo triste e ansiosa pela recuperação rápida dele, tenho muita fé em Deus, tudo isso vai passar. (F2, F3, F5, F7, F8)*

A segunda IC e DSC apresenta as dúvidas dos familiares a respeito dos cuidados com os acidentados de motocicleta em casa. Os familiares relataram dúvidas em como movimentar o acidentado sem machucá-lo, como reconhecer se o que o ele estava referindo/sentindo era normal ou não, dúvidas sobre medicações, realização do banho e do curativo, o que se evidencia no DSC 2, representado pelos depoimentos de oito familiares.

IC2: Dúvidas sobre os cuidados (mobilização do acidentado, medicações, banho e curativo) e de interpretação dos sinais e sintomas no domicílio.

DSC2: *Tenho dúvidas sobre tudo, principalmente se o que ele está sentindo em casa é normal ou não, ele teve febre e muita dor. Tenho dúvida de como mexer nele sem ele sentir dor, a gente fica com medo de machucar ainda mais. Tenho dúvidas sobre as medicações, os efeitos e horários, mesmo tomando os remédios ele continua com dor, às vezes, nem dorme direito, nesse caso o que posso fazer? Pode dar mais remédio? Como*

posso dar o banho? De chuveiro direto ou só passar pano molhado? Posso lavar a ferida? Sobre o curativo, não sei fazer, tentei fazer o curativo em casa. Posso passar alguma coisa na ferida, como óleo de cobra, polvilho? Muita gente fala que ajuda a cicatrizar. (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8)

A terceira IC e DSC apontam as dificuldades dos familiares ao cuidar dos acidentados de motocicleta no domicílio. Os familiares relataram que as principais dificuldades foram na estrutura de suas casas para receber o acidentado, falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas apresentados pelos acidentados, locomoção e principalmente a dificuldade financeira. Participaram deste discurso oito familiares.

IC3: Dificuldades na estrutura da casa para receber o acidentado, insegurança sobre os sinais e sintomas apresentados e falta de dinheiro.

DSC3: Em casa encontramos muitas dificuldades, a falta de estrutura da casa para receber o ente, banheiro pequeno, escadas, portas estreitas, não passa nem uma cadeira de rodas, móveis muito próximos, sem espaço para locomoção. Dificuldade em vestir as roupas, pois, onde movimentação doe, e em leva-lo para o SPA (Serviço de Pronto atendimento) para fazer o curativo. Muitos SPAs não fazem o curativo, falam que não têm material. Além disso, uma dificuldade é a insegurança de não ter um profissional aqui em casa para orientar se o que está ocorrendo é normal, a dor. Os medicamentos no hospital eram na veia, em casa é oral, demora fazer efeito, a febre, o pus na ferida, preocupa. Outra dificuldade é a falta de dinheiro para comprar remédios e material para fazer o curativo. (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8)

4. DISCUSSÃO

Todos os acompanhantes dos acidentados de motocicleta no hospital e familiar cuidador em domicílio eram do sexo feminino, também identificado em outros estudos (SOUZA *et al.*, 2014; MOSER; DEL PRATA, 2016; MARTINEZ; CARDONA; GOMEZ ORTEGA, 2016; LOPEZ-AVILA *et al.*, 2017; HERNANDEZ-CANTÚ *et al.*, 2017).

A mulher é historicamente, culturalmente e tradicionalmente cuidadora. O cuidado sempre foi atribuído às mulheres, cuidado com a casa,

com os filhos e com os doentes. A mulher pode assumir o cuidado principalmente por afeto ao familiar, por cobrança da sociedade, por falta de opção, laços estabelecidos e falta de condições financeiras para contratar um cuidador (KARSCH, 2003; ALMEIDA, *et al.*, 2018), além disso, as cuidadoras familiares em sua maioria são representadas por mães, filhas e esposas que não exercem atividades remuneradas e nunca tinham cuidado de um ente dependente de cuidados anteriormente (TSUKAMOTO *et al.*, 2010).

Apesar dos resultados do estudo apresentarem as cuidadoras no domicílio pertencentes ao sexo feminino, observa-se que tal função é atribuída às mulheres como se fosse uma obrigação por fatores históricos e culturais. Em pleno século XXI é visto o empoderamento feminino em realizar atividades antes realizadas por homens, com total capacidade e inteligência que as mesmas possuem. Além disso, nos dias atuais é muito frequente o cuidado com entes no hospital e no domicílio ser realizado por familiares masculinos, como filhos e cônjuges.

Todos os familiares cuidadores tinham dúvidas de como cuidar do seu familiar acidentado. Resultados semelhantes foram revelados no estudo que avaliou o conhecimento e preparo para o cuidado domiciliar, com 50 cuidadores familiares, em um hospital em Belo Horizonte. Evidenciou-se que 60% dos cuidadores não tinham conhecimento dos cuidados em domicílio (SOUZA *et al.*, 2014). Pesquisa com 29 cuidadores familiares de clientes de um hospital do Paraná, com o objetivo de também identificar o conhecimento dos cuidadores de clientes acamados, apontou que nunca tinham cuidado de doentes anteriormente e que não possuíam nenhum conhecimento sobre os cuidados em domicílio (TSUKAMOTO *et al.*, 2010).

Estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte com 25 cuidadores familiares para ser avaliado suas dificuldades nos cuidados dos entes, revelou que os cuidadores necessitavam de mais informações para o cuidado e que o enfermeiro seria o profissional com papel fundamental para aproximar o cuidador familiar dos serviços de saúde, reduzindo as dificuldades enfrentadas pelos mesmos, além dos cuidadores necessitarem de outras pessoas para revezar o cuidado, por causa da sobrecarga de trabalho e de assistência psicológica e financeira (MAIA *et al.*, 2018).

O conhecimento deficiente do paciente e de seu cuidador pode levar a complicações evitáveis e causar deterioração do estado de saúde do paciente dependente de cuidados (VITAL *et al.*, 2018). Desse modo, os

profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, devem ouvir e detectar dúvidas e dificuldades dos clientes e familiares durante a internação hospitalar e tentar saná-las mediante orientação para a alta e demonstração de procedimentos como higiene, vestir roupas quando acamado, mudança de decúbito, observação de alguns sinais de complicação como febre e dor, os quais podem auxiliar os cuidadores no domicílio.

O presente estudo evidenciou dificuldades relatadas pelas familiares cuidadoras, referentes à insegurança de não ter um profissional da saúde por perto no domicílio e de não saber interpretar os sinais e sintomas apresentados pelo acidentado. Dificuldades relacionadas à locomoção, banho, vestir roupas e principalmente financeiras também foram reveladas. Resultados semelhantes emergiram de outro estudo que incluiu como maiores dificuldades no cuidado, a higiene do cliente, alimentação, locomoção, problemas psicológicos e financeiros (TSUKAMOTO *et al.*, 2010).

A esse respeito cabe ao enfermeiro a capacitação do cuidador para a prestação de cuidados (SANTOS, 2010). A educação em saúde do cuidador familiar foi evidenciada na intervenção do enfermeiro da Estratégia de Saúde da família, por meio de orientações sobre como alimentar, vestir, dar banho e utilizar o banheiro no paciente dependente de cuidados em domicílio (GOMES; APRATTO JÚNIOR, 2016). Ressalta-se que o treinamento do cuidador familiar deve começar durante a internação hospitalar, na impossibilidade, o enfermeiro da estratégia saúde da Família (ESF) deve promover o treinamento (MESQUITA *et al.*, 2005), assim como a equipe multiprofissional da Atenção domiciliar, que deve identificar e treinar o cuidador, acolher suas demandas e dúvidas, elaborar reuniões com linguagem acessível e promover treinamento pós-hospitalização (MARÇAL, 2017).

No hospital os profissionais de saúde e principalmente a equipe de enfermagem devem assumir a responsabilidade pelas orientações dos cuidados para a alta, envolvendo o acidentado e seu familiar acompanhante que cuidará dele no domicílio, a fim de prevenir complicações como infecções da ferida operatória presentes em alguns clientes visitados em casa, no presente estudo. Além disso, a efetivação do sistema de contrarreferência faria com que os enfermeiros e técnicos de enfermagem da atenção básica estivessem presentes na continuidade do tratamento do acidentado de motocicleta, ofertando orientações aos cuidadores e prestando cuidados ao cliente.

Outra dificuldade relatada pelos familiares nesta pesquisa, conse-

quente ao acidente, foi a financeira. A incapacidade da pessoa acidentada afeta a família e influencia na redução da renda familiar (GEIGER *et al.*, 2018). Investigação realizada com 336 cuidadores em Pequim revelou que a sobrecarga do cuidador familiar tem impactos na sua saúde, no relacionamento e principalmente na ocupação e nas finanças (LI *et al.*, 2018). Na Bahia, familiares de clientes hospitalizados por fraturas em membros inferiores tiveram que se afastar de suas atividades diárias e laborais para dedicar-se ao cuidado do acidentado (FONSECA *et al.*, 2014).

A situação financeira preocupa muito o acidentado que é afastado de seu emprego. Muitas vezes, o emprego é informal, sem auxílios garantidos pelas leis trabalhistas. Essa é uma preocupação também do familiar, que no hospital como acompanhante e em casa como cuidador, precisa deixar de trabalhar, reduzindo ainda mais a renda familiar, para as despesas como locomoção, comprar medicamentos e materiais para realizar os cuidados, gerando nos acidentados e familiares, sentimentos negativos e preocupantes como impotência, estresse, desesperança, tristeza e desespero, e positivos, a exemplo do aumento da fé em Deus, como evidenciado no presente estudo.

Cuidar de familiares no domicílio tem impactos na vida do cuidador que atingem diretamente a sua rotina e de sua família, desde a impossibilidade de manutenção de seus empregos até o adoecimento físico e psíquico. Em muitos casos, o cuidador necessita abandonar sua carreira e seu trabalho para cuidar do ente dependente de cuidados em domicílio (MARÇAL, 2017).

A efetivação do sistema de contrarreferência pelo enfermeiro iria encaminhar o acidentado e seu familiar para o serviço social na atenção básica, o qual iria orientá-los a iniciarem e efetivarem as solicitações de auxílios financeiros e seguro como o DPVAT, o que iria reduzir a dificuldade financeira enquanto o acidentado se recupera e volte ao mercado de trabalho, assim como seu familiar cuidador.

Algumas limitações ao realizar o estudo foram evidenciadas na dificuldade das localizações dos domicílios dos acidentados, traduzidos na falta de placas com nomes das ruas e longas distâncias das casas em relação ao centro da cidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências dos familiares cuidadores domiciliares dos acidentados de motocicleta após alta hospitalar foram negativas, com a mudança

em suas rotinas, dúvidas e dificuldades que não encontraram apoio em profissionais da saúde. A perda financeira emergiu como um aspecto que piora o estado emocional do familiar e do acidentado, e que pode influenciar em sua recuperação.

O presente estudo evidenciou a falta de comunicação do hospital com os serviços de contrarreferência, que deveriam garantir a continuidade da assistência do acidentado e de seu familiar no domicílio com o apoio dos profissionais da atenção básica e da reabilitação. O que se nota é um descaso com a necessidade de cuidados do acidentado e seu familiar no ambiente domiciliar.

Considera-se as orientações da equipe de enfermagem relevantes por possibilitar maior segurança para quem cuida e melhor resultado para quem é cuidado. Portanto, devem ser ofertadas desde a entrada do cliente ao hospital, durante a internação e reforçadas no momento da alta hospitalar, contribuindo para prevenir, com isso, muitos problemas e complicações no estado de saúde do cliente.

Os resultados do estudo fortalecem a necessidade de mais pesquisas voltadas para o conhecimento da experiência do familiar cuidador como subsídios para se elencar estratégias de funcionamento de uma rede de referência e contra referência que acolha as necessidades dos acidentados de motocicleta e de seus familiares cuidadores.

6. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M. *et al.* Vítimas de acidente de moto com traumatismo. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, v.10, n. 5, p.1730-8, 2016.

ALMEIDA, L.P.B. *et al.* Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.22, n.1, p.50-7, 2018.

AMENDOLA, F; OLIVEIRA, M.A.C; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 266-72, 2008.

ASSIS, L.R.S. *et al.* Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 25, n.1, p. 131-35, 2016.

BICALHO, C.S; LACERDA, M.R; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar no domicílio. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 118-23, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível:<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>. Acesso 5 de outubro de 2018.

DETRAN-AM. **Departamento de Trânsito do Estado do Amazonas**, 2018. Disponível em <http://www.detran.am.gov.br>. Acesso 7 de maio de 2018.

DUTRA, V.C. *et al.* Traumatismos craniocerebrais em motociclistas: relação do uso do capacete e gravidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 485-91, 2014.

FONSECA, M.A. *et al.* Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para os indivíduos hospitalizados. **Inter Scientia**, João Pessoa, v. 2, n. 3, p. 4-15, 2014.

FONSECA, M.A. *et al.* **Impacto das fraturas de membros inferiores na qualidade de vida de indivíduos adultos**. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Pública), Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, p.71, 2016.

GEIGER, L.S.C. *et al.* Trauma por acidentes de trânsito após implantação da Lei nº11.705 “Lei Seca”. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.22, n.1, p.17-24, 2018.

GOMES, S.R; APRATTO JÚNIOR, P.C. Educação continuada ao cuidador familiar: intervenção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 2, n. 1, p.240-277, 2016.

HERNÁNDEZ-CANTÚ, E.I. *et al.* Ansiedad, depresión y sobrecarga em cuidadores primarios de pacientes internados em um hospital general de zona em Nuevo Leon, México. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro**. Ciudad Mexico, v. 25, n. 3, p. 213-20, 2017.

JESUS, V.F. *et al.* Causas associadas aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 7, n. 1, p. 480-98, 2017.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p.861-6, 2003.

LEFÉVRE , F .; LEFÉVRE , A. M, C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. 2º ed. Brasília: Liber Livro, p.224, 2012.

LI, Y. Q. *et al.* The caregiver burden and related factors on quality of life among caregivers for patients with lung cancer. **Zhonghua Zhong Liu Za Zhi**, Pequim, v. 40, n. 6, p.467-73, 2018.

LOPEZ-AVILA, J.Y. *et al.* Mejora em el conocimiento y la ansiedad de los cuidadores del paciente com traqueostomia después de asesoría personalizada. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro**. Ciudad Mexico, v. 25, n. 3, p. 165-72, 2017.

MAIA, A.C.M.S. *et al.* Dificuldades no cuidado a usuários que convivem com processo crônico de saúde: relato dos cuidadores familiares. **Revista Paranaense de Enfermagem**, Mandaguari, v. 1, n. 1, p. 3-12, 2018.

MARÇAL, V.A.C. **A responsabilização familiar pelos cuidadores domiciliares em saúde**: as vozes sempre não ouvidas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.80, 2017.

MARTINEZ, R.T.S; CARDONA, E.M.M; GOMEZ-ORTEGA, O.R. Intervenciones de enfermeira para diminuir la sobrecarga em cuidadores: um estúdio piloto. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 7, n. 1, p. 1171-84, 2016.

MESQUITA, S.R.A.M. *et al.* Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p.555-61, 2005.

MOSER, L; DAL PRÁ, K. R. Os desafios de conciliar trabalho e família e cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 382- 92, 2016.

NALIN, V. *et al.* Atuação de enfermagem em serviço ambulatorial de trauma ortopedia. **Revista de Teorias e Práticas Educacionais**, Chapecó, v. 3, n. 1, p. 5-11, 2014.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3º ed. (revisada). Alínea: São Paulo, 2010. 228p.

SILVA, A.D. *et al.* Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p. 46-53, 2018.

SILVA, M.G.P. *et al.* Influência do capacete em trauma facial em vítimas de lesões cerebrais traumáticas moderadas decorrentes de acidentes de motocicleta. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, SP, v. 27, n. 1, p.204-05, 2015.

SOARES, A.B. *et al.* A assistência de enfermagem ao paciente submetido a artroplastia total de quadril e a importância dos cuidados no período pós-operatório. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 11-18, 2013.

SOUZA, I.C.P. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 164-72, 2014.

SUSAM. **Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**, 2018. Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br>. Acesso: 4 out. 2018.

TSUKAMOTO, H.F. *et al.* A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 3, n. 1, p.53-8, 2010.

VASCONCELLOS, E. A. **Risco no trânsito, omissão e calamidade. Impactos do incentivo à motocicleta no Brasil**. Ed. do autor, 2013.90p.

VITAL, I.C.O. *et al.* Informação como instrumento de assistência ao paciente submetido a cirurgia ortopédica. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 23, n. 1, 2018.

WEIGERT, C.V. *et al.* Acidente de trânsito: uma frustração. Um estudo qualitativo no vértice psicanalítico. **Investigação Qualitativa em Saúde**, São Carlos, SP, v.2, n.1, p.539-48, 2017.

6.3 MANUSCRITO 3 - SENTIMENTOS DOS ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E FAMILIARES CUIDADORES APÓS ALTA HOSPITALAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Sentimentos dos acidentados de motocicleta e familiares cuidadores após alta hospitalar: Discurso do Sujeito Coletivo

Lilian de Oliveira Corrêa
Eliane Regina Pereira do Nascimento

RESUMO

Objetivo: Compreender os sentimentos dos acidentados de motocicleta e de familiares cuidadores no domicílio, após a alta hospitalar. **Método:** Estudo descritivo qualitativo, com a participação de oito acidentados e oito familiares, de um município da região Norte do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os sentimentos dos acidentados de motocicleta, são de impotência e desconforto por depender do cuidado de familiares, medo de sequelas e de andar de moto, preocupação com a mobilidade e principalmente de não voltar a trabalhar. Os familiares referiram insegurança quanto aos cuidados, medo e preocupação do seu familiar acidentado ter sequelas e não poder voltar as atividades cotidianas e impotência pela perda financeira. **Considerações finais:** Os sentimentos dos acidentados e de seus familiares, denotam as dificuldades por eles vivenciadas, e as fragilidades do sistema de saúde local a nível hospitalar e de atenção básica.

Descritores: Enfermagem, Acidente, Motocicletas, Emergência, Emoções, Cuidador familiar.

1.INTRODUÇÃO

O acidente de trânsito é um problema global que necessita de atenção e providências governamentais e individuais de cada condutor. No Brasil, ocorre em média, mais de 40 mil óbitos por ano por diversas causas, principalmente por falta de atenção e imprudência dos condutores de veículos, o que representa um grave problema de saúde pública que demanda esforços de prevenção eficaz (DINIZ; PINHEIRO; PROETTI,

2015; SILVA *et al.*, 2018).

Dos acidentes de trânsito que ocorrem no Brasil, os acidentes com motocicleta são os maiores causadores de óbitos entre as vítimas. A gravidade dos acidentes de motocicleta e o número de vítimas fatais são três vezes maiores do que a gravidade e o número de vítimas por automóveis (SILVA *et al.*, 2018), além disso, podem causar ao acidentado e ao seu familiar, comprometimento do bem-estar físico, emocional, espiritual e biopsicossocial, no período de internação hospitalar e no pós-alta, com o desenvolvimento de sentimentos negativos como tristeza, medo da morte, ansiedade, desamparo, solidão, impotência, frustração e estresse, (OLIVEIRA, 2014; FONSECA *et al.*, 2014; PRATA, 2015; WEIGERT *et al.*, 2017).

O paciente traumatizado pode apresentar sequelas temporárias ou definitivas e realizar tratamentos longos e dolorosos, que potencializam seus sentimentos de desamparo, dor, solidão e sofrimento psíquico, sinalizando a importância da escuta clínica do profissional da saúde, na tentativa de amenizar ou resolver os problemas dos acidentados (PRATA, 2015).

No ano de 2016, o estado do Amazonas teve 473 óbitos por acidente de trânsito, destes, 187 foram por motocicleta, em sua capital, Manaus, foram 279 óbitos por acidentes de trânsito, destes, quase 50% (n=106) foram por motocicleta (BRASIL, 2016). A maioria dos acidentados de motocicleta são do sexo masculino, adultos jovens com idade entre 20 a 50 anos, ou seja, indivíduos economicamente ativos, o que influencia muito na estrutura social e principalmente econômica do país (GOLIAS *et al.*, 2013, SANT'ANNA *et al.*, 2013, SILVA *et al.*, 2018).

As causas dos acidentes de motocicleta são vastas, se destacando a utilização de drogas, em especial o álcool antes de dirigir, excesso de velocidade e falta de atenção (PAIXÃO *et al.*, 2015), já as consequências são óbitos, incapacidades, dependência de cuidados de familiares, dependência financeira, dor, sofrimento do acidentado e de seus familiares, além da superlotação dos hospitais (NASCIMENTO; ALVES, 2013; ZABEU *et al.*, 2013; PAPA *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2017).

Para reconhecer os sentimentos dos clientes, prestar apoio emocional e encaminhamento a psicólogos, é preciso que a equipe de enfermagem pratique o acolhimento respeitando a singularidade dos indivíduos, personalizando a assistência por meio da escuta qualificada, do diálogo, do vínculo e da resolutividade dos problemas (VIEIRA, 2010; DE PAULA *et al.*, 2018), além de prestar orientações de cuidados para o segui-

mento domiciliar (NALIN *et al.*, 2014).

O estudo se justifica na busca de compreender os sentimentos apresentados pelos clientes após acidente de motocicleta e de seu familiar, até mesmo conhecer sentimentos ainda não evidenciado por pesquisadores, para compreensão e subsidiar futuros estudos para resolução ou amenização desses sentimentos que podem retardar ou piorar a recuperação dos clientes.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi compreender os sentimentos dos acidentados de motocicleta e familiares cuidadores no domicílio, após a alta hospitalar.

2. MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa com os dados coletados em janeiro de 2018, por meio de entrevista individual semiestruturada no domicílio, em um município da região Norte do Brasil. Participaram do estudo os acidentados de motocicleta, atendidos em um hospital de referência em trauma neurológico e ortopédico e familiares cuidadores.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos acidentados de motocicleta: ser o condutor da moto; ter idade mínima de 18 anos, morar na cidade de Manaus e necessitar de cuidados domiciliares. Os acidentados de moto, incluídos no estudo, foram atendidos na emergência do hospital e, posteriormente, internados.

Do total de 28 acidentados de motocicleta atendidos no hospital de dezembro de 2017 a janeiro de 2018, período que compreendeu a seleção e coleta dos dados dos participantes, nos turnos matutino e vespertino, em todos os dias da semana, 15 atenderam aos critérios de inclusão, destes, dois se recusaram a participar e dos 13 que aceitaram, somente oito atenderam as ligações após a alta hospitalar para o agendamento da visita domiciliar. As visitas e entrevistas foram realizadas em média duas semanas após a alta.

Considerou-se critérios de inclusão dos familiares: ter idade mínima de 18 anos, ser acompanhante do acidentado no hospital e ser o cuidador no domicílio após a alta hospitalar. Participaram do estudo oito familiares cuidadores no domicílio.

As entrevistas foram individuais, realizadas e gravadas no domicílio dos acidentados pela pesquisadora, previamente agendadas nos dias da semana no período da manhã. Para o acidentado e seu familiar foi solicitado que falassem como estavam se sentindo em casa, após o acidente.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos com o acidentado e seu familiar, realizadas no mesmo dia para ambos.

Os dados foram organizados e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que compreende quatro figuras metodológicas: **Expressões Chave (ECH)**, são trechos que contêm a essência do conteúdo do depoimento; **Ideia Central (IC)**, expressão linguística que traduz de maneira sintética o sentido de cada conjunto homogêneo de ECHs; **Ancoragem (AC)**, contém traços linguísticos explícitos de manifestação da crença do sujeito; e o **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito**, é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular que resulta na união das ECHs presentes nos depoimentos com ICs semelhantes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). Neste estudo, não foram identificadas AC. Na organização e processamento dos dados se utilizou o *Software QualiquantiSoft* do DSC versão 1.3c.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº466/2012. Após aceitarem o convite, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, e que poderiam desistir em qualquer uma das fases da mesma. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CAAE:79397717100005016 e parecer Nº 2.387.230. Para assegurar o sigilo dos participantes, estes foram identificados com a letra A (Acidentados) e F (familiares), seguidas pelo número correspondente à sequência da realização da entrevista (A1, A2,...,F1, F2...).

3. RESULTADOS

Todos os oito acidentados de motocicleta participantes do estudo eram do sexo masculino, com idades entre 19 e 48 anos, a maioria (n=6; 75%) com fratura em membros inferiores, e todos (n=8, 100%) realizaram cirurgia.

Dos oito acidentados, metade voltou ao hospital com infecção em ferida cirúrgica, foram internados, realizaram limpeza do local e antibioticoterapia. Todos familiares cuidadores dos acidentados de motocicleta, eram do sexo feminino, quatro eram mães, duas esposas, uma irmã e uma tia.

Emergiram das entrevistas três IC com os respectivos DSC. A primeira IC e DSC evidencia sentimento de impotência e desconforto dos acidentados de moto com a dependência de cuidados, preocupação com a mobilidade prejudicada, de não poder voltar a trabalhar, medo de seque-

las e de andar de moto novamente, como expressa o DSC 1, construído com os depoimentos dos oito acidentados.

IC1: Desconforto em depender de cuidados, preocupação com a mobilidade, de não poder voltar a trabalhar e medo de sequelas e de andar de moto.

DSC1: O acidente me trouxe mais complicações do que eu previa, estou preso nessa cama dependendo de cuidados dos meus familiares, não gosto de ficar dependendo, eles deixam de fazer as coisas deles para cuidar de mim. Me preocupo com a minha mobilidade, tenho medo de ficar com sequelas. Além disso, me preocupa muito como e quando vou poder voltar a trabalhar, me manter e manter minha família. Me sinto amputado, não em relação a alguma parte do corpo, mas amputado de não poder trabalhar, amputado de agir, eu quero trabalhar e não consigo, não pensei que iria ficar tanto tempo recuperando. Em casa, a preocupação é maior, a gente não sabe se o que está acontecendo é normal, se a dor é normal, fico inseguro. Tenho medo de andar de moto, é muito perigoso, na hora a gente não percebe o quanto um segundo pode fazer toda a diferença, agradeço a Deus de não ter sido pior. (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8).

A segunda IC e DSC se refere aos sentimentos dos familiares como tristeza pela mudança da rotina e afastamento do emprego para cuidar do acidentado no hospital e em casa, além de preocupações com a recuperação do acidentado, medo de sequelas, impotência e desamparo no cuidado, como retratado no DSC 2, com o depoimento de oito familiares.

IC2: Tristeza pela mudança de rotina e afastamento do emprego para acompanhar e cuidar do acidentado no hospital e em casa, preocupação, medo, insegurança, impotência e desamparo.

DSC2: O acidente me trouxe muita tristeza, toda minha rotina foi alterada para cuidar dele desde o hospital e agora em casa. Me afastei do trabalho, não sei em quanto tempo ele vai se recuperar e voltar às atividades de antes do acidente. Me preocupo muito com a recuperação dele, tenho medo de sequelas, de não voltar a andar direito. Tenho insegurança no cuidado com ele, não sei se estou cuidando direito, se o que ele sente é normal, tem muita dor, e eu me vejo impotente em não poder fazer mais por ele. Não tenho nenhum profissional da saúde para me ajudar, só quero que ele melhore logo. (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8)

A terceira IC e DSC retrata as perdas dos familiares resultantes do acidente de motocicleta, tanto emocional, tristeza e preocupação com o acidentado, quanto preocupação e impotência pela perda financeira do familiar e do acidentado, expressos no DSC 3 pelos depoimentos dos oito familiares do estudo.

IC3: Desequilíbrios emocional e financeiro representados por sentimentos de desespero.

DSC3: *O acidente trouxe muitas perdas, principalmente financeira e emocional. Foi um susto muito grande saber do acidente, ninguém está preparado, abalou muito toda a família, todos estão tristes. A primeira coisa que a gente acha é que nosso parente morreu, muito desespero até saber se está bem, se quebrou alguma coisa. O acidente mexeu muito com o emocional da gente, notícia assim, é até difícil de acreditar. Além disso, tem a parte financeira, ele fica aqui sem o trabalho, não sabemos quando vai se recuperar e voltar a trabalhar, o dinheiro do DPVAT demora muito a sair. É muito triste a gente ficar dependendo de ajuda dos parentes, a gente se vê impotente. A parte financeira é a pior, são famílias inteiras que dependem do pai para sustentá-las e de repente o mundo desaba em cima da gente. Se você trabalha você tem dinheiro pelo menos para sobreviver, e sem trabalho? Ficamos dependendo dos outros até para comprar remédios, é muito triste essa situação. (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7,F8)*

4. DISCUSSÃO

As lesões e suas consequências resultantes do acidente de motocicleta, apresentadas pela maioria dos acidentados, se assemelham as identificadas em pesquisa que avaliou o impacto das fraturas de membros inferiores na qualidade de vida de indivíduos adultos. O estudo evidenciou que o tratamento de fraturas obriga o paciente a se afastar de suas atividades laborais, interfere na vida pessoal, profissional e familiar, além da perda financeira pelo afastamento das atividades produtivas provedoras de subsistência (FONSECA, 2016). Clientes com fraturas de membros inferiores por causa externa sentem medo de não voltar a andar. A incapacidade para o trabalho e, em prover o sustento da família provoca um sentimento de incerteza para o futuro, baixa autoestima, estresse causado pela ausência de autonomia, vulnerabilidade física, financeira e psicológica (FONSECA, 2014). Além disso, ocorre tristeza, ansiedade, medo da

invalidez e da morte e fé em Deus (OLIVEIRA, 2014).

Estudo realizado no Sul do Brasil, evidenciou que os maiores sentimentos de clientes acometidos por acidentes de trânsito eram medo, ansiedade, lembrança de Deus (GIACOMOZZI, 2008). Na Grécia, pesquisa realizada com 60 pacientes no hospital e 40 em casa, após seis meses do acidente de trânsito, revelou que um em cada três acidentados apresenta estresse e depressão. Sugere-se que esses clientes sejam avaliados ainda no hospital e, que tenham assistência psicológica antes de irem para casa (COPANITSANOU; DRAKOUTOS; KECHAGIAS, 2018).

Nos relatos dos acidentados de motocicleta, o sentimento mais impactante resultante do acidente foi a impotência de não poder trabalhar, medo das sequelas ocasionarem perda do emprego e incapacidade de sustentar suas famílias. A esse respeito, investigação identificou que 95,2% dos acidentados de trânsito tinham preocupação e dificuldade para retornar ao trabalho, 25% perderam o emprego, e o retorno ao trabalho era em média depois de 146 dias de recuperação (SOUSA *et al.*, 2017).

Os resultados do presente estudo são corroborados pela pesquisa realizada com acidentados de moto e seus familiares em um hospital da Argentina, na qual se evidenciou que os acidentados também tinham medo de andar de moto após o acidente, e as famílias também foram afetadas com o acidente (HEYMO *et al.*, 2015).

O acidentado de motocicleta, frente ao ocorrido se vê internado, impossibilitado de andar, aguardando cirurgia, dependendo de cuidados e com muitas preocupações em relação a sua saúde, sua recuperação e seu emprego. Sentimentos como tristeza, ansiedade, impotência, medo e desamparo podem se apresentar no ambiente hospitalar e aumentar quando o acidentado tem alta e vai para casa, e se vê dependente de cuidados do familiar, ou reduzir por estar em um ambiente já conhecido com a presença dos familiares. Sentimentos acima citados podem ser amenizados pela fé em Deus, como ocorreu no presente estudo.

Referente aos sentimentos apresentados pelos familiares cuidadores há achados semelhantes na literatura quanto à insegurança do cuidado ao acidentado. Estudo com 50 familiares cuidadores, evidenciou que mais da metade dos cuidadores também tinham insegurança e não sabiam cuidar de seus parentes dependentes de cuidados (SOUZA *et al.*, 2014).

Em relação as rotinas e empregos dos familiares cuidadores, outra pesquisa revelou impossibilidade de manutenção dos empregos e consequências como o adoecimento físico e psíquico (MARÇAL, 2017).

Os cuidadores familiares por causa da sobrecarga de trabalho com

o ente, falta de outras pessoas para revezar o cuidado e dificuldade de conciliar as próprias atividades rotineiras com as necessidades do ente dependente de cuidados (MAIA *et al.*, 2018), podem se tornar suscetíveis a sobrecarga emocional e a privações de necessidades básicas como sono e alimentação e viver em isolamento social, o que resultaria em sentimento negativos como depressão (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O cuidador familiar passa por fases de adaptação que consistem em **negação**, evidenciado por autoproteção, para controlar medo e ansiedade, a **busca de informação**, na qual ocorre aceitação da realidade, pode aparecer sentimentos como angústia e raiva, a **reorganização**, onde o cuidador aceita modificações e pode apresentar solidão e frustração e por último, a **resolução**, onde o cuidador se apresenta mais tranquilo resolvendo problemas antes existentes (FERRÉ-GRAU *et al.*, 2011).

No presente estudo, quando os cuidadores foram entrevistados, eles apresentavam as fases de negação, ainda não acreditando nas consequências negativas do acidente de motocicleta e busca de informações para cuidar de seu ente, apresentando medo, ansiedade e angústia pelo estado em que se encontravam.

Os sentimentos dos acidentados e de seus familiares devem ser reconhecidos pelos profissionais da saúde, em especial pelos enfermeiros, haja vista o maior contato com os mesmos iniciando no ambiente hospitalar, para serem amenizados, resolvidos ou encaminhados a outros profissionais que possam resolvê-los, como psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros da Atenção Básica no cuidado domiciliar. Essa atenção aos sentimentos dos clientes compreende o acolhimento no cuidado.

Quanto a limitação deste estudo, registra-se o fato de que nem todos os acidentados e familiares elegíveis participaram da pesquisa no domicílio, o que poderia gerar outros sentimentos consequentes ao acidente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou no domicílio, os sentimentos dos acidentados de motocicleta e seus familiares, resultantes do acidente. Emergiram dos acidentados sentimento de impotência e desconforto em relação à dependência de cuidados dos familiares, medo de sequelas e de andar de moto novamente, preocupação com a mobilidade e possibilidade de não poder voltar a trabalhar e insegurança frente aos sinais e sintomas apresentados em casa.

Comparativamente, os sentimentos dos familiares foram de tristeza em relação à mudança de suas rotinas, afastamento do emprego para cuidar do acidentado e dependência financeira de parentes, preocupação com a recuperação do acidentado, medo de que tenham sequelas, insegurança e impotência nos cuidados prestados em casa, sentimentos que se configuram como perda emocional e financeira.

Os sentimentos dos acidentados e de seus familiares denotam as dificuldades por eles vivenciadas, e as fragilidades do sistema de saúde local a nível hospitalar e de atenção básica e fortalecem a necessidade de um trabalho multiprofissional e para acompanhamento e recuperação do acidentado tanto física quanto emocional e social, incluindo o seu familiar cuidador.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe.sim/cnv/ext10uf.def> Acesso em junho de 2018.

COPANITSANOU, P; DRAKOUTOS, E; KECHAGIAS, V. Posttraumatic Stress, Depressive Emotions, and Satisfaction With Life After a Road Traffic Accident. **Orthopaedic Nursing**, Atlanta, v. 37, n. 1, p. 43-53, 2018.

DE PAULA, V.G. *et al.* Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização com estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Práticas**, Luziânia, GO, v.7, n.1. p.241-51, 2018.

DINIZ, E.P.H.; PINHEIRO, L.C.; PROIETTI, F.A. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.31, n.12, p. 2621-34, 2015.

FERRÉ-GRAU, C. *et al.* **Guia de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador em atención primaria**. Tarragona: Publidisa, 2011.

FONSECA, M.A. *et al.* Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para os indivíduos hospitalizados. **Inter Scientia**, João Pessoa, v. 2, n. 3, p. 4-15, 2014.

FONSECA, M.A. **Impacto das fraturas de membros inferiores na qualidade de vida de indivíduos adultos**. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana), Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, p.71, 2016.

GIACOMOZZI, L.M. **Escala de acolhimento de enfermagem para o trauma**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná-UFP. Curitiba, p. 91, 2008.

GOLIAS, A.R.C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no Estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1235-46, 2013.

HEYMO, M.J *et al.* Secuelas en incidentes de moto internados en el 2013 en HIGA San Felipe San Nicolas. **Archivos de Medicina Familiar y General**, Buenos Aires, v. 12, n. 1, p.13-8, 2015.

LEFÈVRE, F. ; LEFÈVRE, A. M, C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo**. 2º ed. Brasília: Liber Livro, p.224, 2012.

MAIA, A.C.M.S. *et al.* Dificuldade no cuidado a usuários que convivem com processo crônico de saúde: relato dos cuidadores familiares. **Revista Paranaense de Enfermagem**, Mandaguari, v. 1, n. 1, p. 3-12, 2018.

MARÇAL, V.A.C. **A responsabilização familiar pelos cuidadores domiciliares em saúde: as vozes sempre não ouvidas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.80, 2017.

NALIN, V. *et al.* Atuação de enfermagem em serviço ambulatorial de trauma ortopedia. **Revista de Teorias e Práticas Educacionais**, Chapecó, v. 3, n. 1, p. 5-11, 2014.

NASCIMENTO, N.W.S.; ALVES, S.M. Perfil dos motociclistas vítimas de acidente de trânsito atendidas no serviço de urgência municipal de Alto Longá- PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, PR, v.4, n.2. p. 5-17, 2013.

OLIVEIRA, P.A. **Pós-operatório imediato**: a visão do cliente relacionada a experiência da cirurgia. (Trabalho de Conclusão de Curso), Curso de Enfermagem, Universidade do Estado da Paraíba, Campina Grande, 2014.

OLIVEIRA, S.G. *et al.* Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. **Aquichan**, Cundinamarca, Colômbia, v. 16, n. 3, p. 359-69, 2016.

PAIXÃO, L.M.M.M. *et al.* Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informação, 2008-2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 108-22, 2015.

PAPA, M.A.F. *et al.* Mortalidade por acidentes de trânsito terrestre: análise comparativa. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 19, n. 1. p.48-55, 2014.

PRATA, M.O. **Trauma, desamparo e sofrimento psíquico na enfermagem de ortopedia e traumatologia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica-PUC, Goiânia, p. 72, 2015.

SANT'ANNA, F.L. *et al.* Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos de 1998 e 2010. Londrina, PR, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, SP, v.47, n.3, p. 607-15, 2013.

SILVA, A.D. *et al.* Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p. 46-53, 2018.

SOUSA, K.M. *et al.* Fatores associados ao acesso a reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v.51, n.1, p.51-4, 2017.

SOUZA, I.C.P. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 164-72, 2014.

VIEIRA, M.C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 513-19, 2010.

WEIGERT, C.V. *et al.* Acidente de trânsito: uma frustração. Um estudo qualitativo no vértice psicanalítico. **Investigação Qualitativa em Saúde**, São Carlos, v. 2, n. 1, p.539-48, 2017.

ZABEU, J.L.A. *et al.* Perfil da Vítima de acidente motociclístico na emergência de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 242-45, 2013.

6.4. INSTRUMENTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM VISANDO O ACOLHIMENTO

A seguir, serão apresentados os resultados não contemplados nos manuscritos, decorrentes das observações e entrevistas, que aliado aos dados contidos nos manuscritos subsidiaram a elaboração da proposta do instrumento de acolhimento de enfermagem ao acidentado de motocicleta e seus familiares, no ambiente hospitalar e domiciliar.

Inicialmente, se apresenta os dados de observação, seguidos pelos das entrevistas. Foram observados e entrevistados, dez enfermeiros, dos quais, dois com atuação na sala de politrauma, um na sala observação, um na sala observação 2, dois na sala observação 3 e quatro na enfermaria ortopédica.

Durante a observação, foi possível constatar que na realização do processo de enfermagem, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os enfermeiros preenchiam um formulário (checklist), utilizado em todos os setores do hospital. Alguns enfermeiros preenchiam os formulários antes mesmo da chegada dos clientes na sala de politrauma. Não foi observado cumprimento das prescrições de enfermagem na assistência aos acidentados de motocicleta e em nenhum momento foi observada realização do exame físico para preenchimento do formulário referente ao processo de enfermagem.

A SAE é uma metodologia com estrutura teórica e prática para planejamento, organização, implementação e sistematização dos cuidados aos clientes. Estudo realizado com 30 enfermeiros no hospital de Itajubá, Minas Gerais, com objetivo de conhecer o significado da SAE para os enfermeiros, evidenciou que a SAE era compreendida como uma estratégia que norteava o cuidado, atividade exclusiva do enfermeiro, porém não aplicada na prática (COSTA; SILVA, 2018).

O fato da SAE ser utilizada somente em algumas instituições pode estar atrelado a motivos como a falta de tempo dos profissionais, desinteresse ou conhecimento insuficiente para a sua aplicabilidade. No hospital do estudo, a SAE não segue os passos da sistematização, o que requer, educação continuada para a sua realização e sensibilização dos enfermeiros para desempenho de um trabalho com qualidade, que refletirá uma melhor assistência e recuperação do acidentado.

Para a realização de alguns exames, como raio X e tomografia, nenhum enfermeiro acompanhou os acidentados de motocicleta, estes foram acompanhados pelos maqueiros e pelos técnicos de enfermagem.

Foi observado que quando necessário, os enfermeiros providenciavam o transporte dos acidentados para realização de exames, quando o aparelho de raio X do hospital não estava em funcionamento ou estava em manutenção. Dois participantes do estudo foram transportados para realização do raio X em outro hospital. Houve maior dedicação do tempo do plantão do enfermeiro para registros e anotações nos prontuários dos acidentados em comparação a cuidados diretos com o mesmo.

As observações das atividades realizadas pelos enfermeiros nos locais do estudo evidenciaram o cumprimento de ações gerenciais predominantes em relação às ações assistenciais aos clientes. Semelhanças na literatura foram encontradas no estudo com 30 técnicos de enfermagem que relataram que as atividades gerenciais recebiam maior atenção dos enfermeiros em detrimento da assistência direta aos pacientes (BARRETTOS *et al.*, 2015).

Em relação aos técnicos de enfermagem foram observados e entrevistados 22 profissionais, sendo seis da sala de politrauma, um na sala de observação 1, três na sala observação 2, oito na sala observação 3 e quatro na enfermaria ortopédica.

Alguns técnicos acompanhavam os acidentados na realização de exames, raio X e tomografia, quando necessário, haja vista que os maqueiros eram em número reduzido. Os técnicos de enfermagem prestavam mais cuidados aos acidentados e seus familiares em relação aos enfermeiros.

Quanto aos acidentados, foram observados e entrevistados 13 pessoas, dois na sala observação 3 e 11 na enfermaria ortopédica. Evidenciou-se que quando recepcionados pelo enfermeiro todos demonstram timidez, em alguns casos, relataram que estavam com dor, se comportaram humildemente, agradecendo por estarem sendo cuidados naquele momento.

Observou-se também que quando orientados por outros profissionais sobre seu estado, exames e cirurgia, escutavam e não questionavam. Havia mais comunicação com os técnicos de enfermagem, raramente observou-se um acidentado perguntando ou conversando com o enfermeiro.

A maioria (n=8, 61,5%) reclamava e perguntava aos técnicos o motivo de não poder beber água e se alimentar, e recebiam como resposta o fato de estarem aguardando cirurgia. Também perguntavam quando voltariam para casa, quando iriam realizar os exames e a cirurgia, e demonstravam impaciência por estarem esperando a realização dos mesmos. Os técnicos de enfermagem eram os profissionais que mais ficavam

em contato com os acidentados, possibilitando a criação de vínculos e oportunidade de solução das dúvidas dos acidentados.

Quando orientados para a alta, talvez por estarem ansiosos para retornarem para casa, não apresentaram dúvidas em relação às orientações. Foi observado que seis (46,14%) acidentados, no momento da alta hospitalar não estavam acompanhados de seus familiares, e apesar da dificuldade de locomoção, dois (15,38%) queriam ir para casa sem um responsável, alegando que pediriam um táxi. Os pacientes que sofreram fraturas de membros inferiores podem apresentar transtornos emocionais, principalmente após muitos dias de internação e cirurgia (FONSECA *et al.*, 2014).

Foram observados e entrevistados, no hospital, 13 familiares acompanhantes dos acidentados de motocicleta sendo dois na sala observação 3 e 11 na enfermaria ortopédica. Os familiares perguntavam muito aos técnicos de enfermagem e aos enfermeiros sobre o estado do acidentado, sobre exames, o porquê da dor do acidentado, que era constante, mesmo com os medicamentos. Os acompanhantes pareciam preocupados com o acidentado e com a mudança que tiveram que fazer em suas rotinas, para acompanhar o ente no hospital, falavam muito ao telefone, pareciam estar resolvendo muito problemas familiares. Quando tinham alguma dúvida, procuravam os profissionais no posto de enfermagem, e estabeleciam vínculos com os técnicos de enfermagem.

Os familiares também sofrem com toda mudança e consequência do acidente de motocicleta, desequilíbrio emocional pode ocorrer, principalmente em um ambiente desconhecido com pessoas em sofrimento. Assim como ocorria com os acidentados, seu familiar também era grato pelos cuidados recebidos dos profissionais, principalmente aos técnicos de enfermagem, com quem criavam vínculos.

Relativo às entrevistas com os enfermeiros, dos dez enfermeiros entrevistados, quatro (40%) nunca participaram de educação continuada sobre humanização no hospital do estudo, seis (60%) já haviam participado, porém não existe mais educação continuada no hospital.

A existência da educação continuada deve ser estimulada pelos próprios profissionais da enfermagem e outros da equipe de saúde. Um estudo realizado no interior de Minas Gerais, com 12 enfermeiros, sobre as concepções e práticas dos enfermeiros sobre a educação permanente no ambiente hospitalar, evidenciou que o desinteresse e a falta de tempo dificultam a realização da prática no horário e ambiente de trabalho, apesar de contribuir com o conhecimento da equipe de saúde, redução de

gastos, oportunidade de conhecer e conversar com a equipe de saúde e a transformação do processo de trabalho (AMARO *et al.*, 2018).

Quando perguntado aos enfermeiros a respeito de quando eram realizadas as orientações de cuidados para os acidentados de motocicleta e para seus familiares, quatro (40%) responderam que orientam durante a entrada e alta dos clientes, três (30%) orientam somente durante a alta, um (10%) orienta na entrada e durante a internação, um (10%) durante entrada, internação e alta e um (10%) respondeu não orientar.

As orientações aos acidentados de motocicleta e seus familiares, relatadas pelos enfermeiros, na admissão, são referentes a rotina do hospital, ao estado em que o acidentado se encontra e prováveis exames e procedimentos que serão submetidos. Durante a internação as orientações são a respeito das posições no leito para maior conforto, e sobre o seguro por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Quanto às orientações na hora da alta, eram realizadas por técnicos e enfermeiros, entregue ao acidentado uma ficha resumo de orientações médicas a serem cumpridas em casa, como posição de conforto, exercícios que poderiam realizar e prescrição de medicamentos. Essa ficha somente existe na enfermagem ortopédica. As orientações de enfermagem eram sobre realização do curativo em um SPA próximo, seguir os horários da medicação e caso tivessem complicações, deveriam retornar à unidade. De acordo com os enfermeiros, as maiores dúvidas dos acidentados de motocicleta eram a respeito de seu estado de saúde, se iriam realizar cirurgia, se teriam sequelas, se iriam morrer, quando teriam alta, e principalmente perguntavam a respeito do seguro DPVAT, de como providenciar.

A maioria dos enfermeiros, seis (60%) relataram que a quantidade de retorno dos acidentados de motocicleta ao hospital é alta e justificada por ineficiência da atenção básica e quatro (40%) justificaram a falta de orientações aos acidentados e familiares no hospital.

As orientações fazem parte do acolhimento, e devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe de enfermagem ou delegada a outros profissionais caso necessário, no intuito de esclarecimento, solução de dúvidas e problemas e oferta de uma assistência voltada ao respeito e atenção aos clientes. As orientações sobre cuidados domiciliares e sobre o encaminhamento a atenção básica, possibilitaria a continuidade do tratamento do acidentado, reduzindo a taxa de retorno dos mesmos ao hospital, principalmente com complicações como febre e infecção no local da ferida cirúrgica.

Nas entrevistas com os 22 técnicos de enfermagem, a grande maioria (n=20; 90,9%), já havia participado de educação continuada sobre humanização no hospital do estudo.

Os técnicos de enfermagem também realizam orientações aos acidentados de motocicleta e seus familiares, metade durante a alta do acidentado, cinco na admissão, internação e alta, três durante a admissão, dois durante a internação e um não orienta, atribuindo esta tarefa ao enfermeiro.

As orientações dos técnicos de enfermagem, aos acidentados e seus familiares são em relação a higienização do cliente, melhor posição para alívio da dor e sobre os horários das medicações e dos curativos. De acordo com esses profissionais as maiores dúvidas dos acidentados eram a respeito de seus pertences, sobre sua família poder ficar como acompanhantes, quando iriam ter alta e sobre o seguro DPVAT. Os familiares perguntavam sobre o que poderiam levar para o acidentado no hospital, e sobre o seu estado.

Quando perguntado sobre os motivos do retorno do acidentado ao hospital, muitos técnicos de enfermagem 10 (45,5%) referiram ser a infecção da ferida operatória, oito (36,4%) referiram à falta de orientações no hospital, dois (9,1%) ser a evasão dos acidentados sem a alta hospitalar e dois (9,1%) por continuar bebendo e dirigindo e como consequência, um novo acidente de motocicleta.

As entrevistas com os acidentados de motocicleta foram iniciadas com perguntas referentes ao perfil epidemiológico, apresentados na Tabela 2:

Tabela 2: Perfil epidemiológico dos acidentados de motocicleta. Manaus-AM, Brasil, 2017.

Ac. Moto	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil	Álcool ao dirigir	Lesão do trauma	Desfecho
A1	M	29	Ajudante de cozinha	Ensino médio completo	Casado	Não	Fratura fêmur E.	Cirurgia e alta
A2	M	19	Desempregado	Ensino médio completo	Solteiro	Não	Fratura fêmur D.	Cirurgia e alta

Ac. Moto	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil	Álcool ao dirigir	Lesão do trauma	Desfecho
A3	M	29	Estoquista	Ensino médio completo	Solteiro	Não	Fratura fêmur E.	Cirurgia, alta e volta ao hospital com infecção em ferida cirúrgica
A4	M	48	Mototaxista	Ensino fund. completo	Casado	Não	Fratura em Braço D	Cirurgia, alta e volta ao hospital com infecção em ferida cirúrgica
A5	M	46	Mototaxista	Ensino fund. completo	Solteiro	Não	Fratura fêmur D.	Cirurgia, alta e volta ao hospital com infecção em ferida cirúrgica
A6	M	25	Mecânico	Ensino médio completo	Solteiro	Não	Tornozelo D	Cirurgia e alta
A7	M	35	Dono e entregador de lanches	Ensino médio completo	Casado	Não	Fratura de pelve	Cirurgia e óbito após 48 dias de internação
A8	M	48	Detetive	Ensino fund. completo	Casado	Não	Tornozelo D	Cirurgia e alta
A9	M	42	Montador de carros	Ensino médio completo	Casado	Sim	Perda do baço	Cirurgia, alta e volta ao hospital com infecção em ferida cirúrgica
A10	M	50	Desempregado	Ensino fund. completo	Solteiro	Não	Joelho	Cirurgia e alta
A11	M	25	Técnico de refrigeração	Ensino médio completo	Solteiro	Não	Fratura de fêmur E	Cirurgia e alta

Ac. Moto	Sexo	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil	Álcool ao dirigir	Lesão do trauma	Desfecho
A12	M	42	Pedreiro	Ensino médio completo	Casado	Não	Fratura de fêmur E	Cirurgia e alta
A13	F	29	Estudante	Ensino médio completo	Casado	Sim	Ampu-tação da perna E.	Cirurgia e alta

Legenda: AC (Acidentado de motocicleta).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Dos acidentados de motocicleta, (n=9; 69,23%) já haviam sofrido do acidente de moto, porém menos grave que o atual. A maioria (n=11; 84,61%) foi levado para o hospital pelo SAMU.

Quanto a reincidência do acidente de motocicleta, pode estar relacionado às causas mais frequentes de acidente como a fadiga ao final do dia, déficit de educação no trânsito e uso de substâncias como o álcool (JESUS, 2017). A fadiga ao final do dia pode ter sido também a causa dos acidentes do presente estudo, haja vista que todos ocorreram após às 18 horas. A falta de atenção e a imprudência foram às causas relatadas pelos acidentados como causa do acidente.

Todos os 13 acidentados de motocicleta relataram como foi o acidente em que estiveram envolvidos, (n=9, 69,23%) colisão com carro, (n=1, 7,69%) colisão com carreta, (n=1, 7,69%) buraco na estrada, (n=2, 15,38%) colisão com objeto fixo. Os acidentados que colidiram com carro e carreta referiram a culpa do acidente ao outro condutor.

Os acidentes envolvendo colisões das motocicletas com carros, são mais frequentes, porém os maiores óbitos se referem as colisões com caminhão, seguida de colisões com ônibus e depois com carros (BRASIL, 2016). O único óbito de um acidentado do estudo foi referente a colisão com uma carreta. O acidentado sofreu fratura da pelve, realizou cirurgia, ficou seis dias no hospital do estudo e foi transferido para outro hospital para acompanhamento com o urologista. De acordo com relatos da esposa, por telefone, ele ficou internado na UTI desse outro hospital por 42 dias e por hipovolemia evoluiu para parada cardiorrespiratória e foi a óbito.

O fato de colocar a culpa do acidente no outro condutor, o acidentado está se aliviando e negando a culpa, se evadindo da frustração, podendo apresentar raiva e querer vingança ao outro condutor pelo ocorrido

(WEIGERT *et al*, 2017).

Ao serem admitidos na emergência do hospital, na sala de politrauma, os acidentados relataram que primeiramente, (n=3; 23,07%) foram atendidos pelo enfermeiro, (n=1; 7,69%) pelo médico e pelo enfermeiro, (n=1; 7,69%) pelo médico, (n=4; 30,76) não lembram e (n=4; 30,76) estavam inconscientes. O primeiro atendimento dos acidentados quando admitidos na emergência, na sala de politrauma, é realizado pelos médicos, posteriormente pelos técnicos que realizam a punção venosa, fluidoterapia e administração de medicamentos, e depois pelo enfermeiro.

Quando perguntado sobre a recepção no hospital, (n=8; 61,53%) relataram que foram bem atendidos pelos profissionais da saúde, (n=1; 7,69%) informou que foi maltratado pelo médico e pelo enfermeiro, e (n=4; 30,76%) não se lembram, estavam inconscientes quando entraram no hospital.

As maiores dúvidas dos acidentados de motocicleta eram em relação ao seu estado de saúde, as perguntas eram sempre feitas aos técnicos de enfermagem que as direcionavam aos enfermeiros e médicos. Os acidentados relataram receio de perguntar algo para os médicos, e que os técnicos de enfermagem eram mais sociáveis.

Quando perguntado sobre os cuidados da equipe de enfermagem, a maioria (n=11; 84,61%) referiu que estava sendo bem tratado, que a equipe dava a atenção devida, que os remédios e curativos eram realizados dentro do horário, que não estava sentindo dor, (n=1; 7,69%) relatou que estava com muita dor e os medicamentos da noite passada não tinham sido administrados e (n=1; 7,69%) relatou que estava sendo maltratado, desamparado, esquecido e teve queda da cama e ninguém o ajudou.

A opinião do acidentado de como estava sendo tratado é um importante indicador da assistência, o fato de não serem bem tratados, sentir dor, não tomarem a medicação no horário, sofrer queda e não ter a ajuda do profissional pode resultar em sentimentos de desamparo e esquecimento, com piora do estado em que o acidentado se apresenta, o que requer providências, principalmente pelo enfermeiro, que é líder e supervisor da equipe de enfermagem.

Quando perguntado aos familiares acompanhantes dos acidentados no hospital, em relação aos cuidados de enfermagem referiram, em sua maioria, (n=9; 69,23%) que foram satisfatórios em relação a administração dos medicamentos e curativos realizados, apesar da falta de material para os cuidados, (n=1; 7,69%), que alguns profissionais são atenciosos e outros não, (n=1; 7,69%) que no começo o cuidado não foi satisfatório e

que depois de cobranças, houve melhora e (n=2; 15,38%) que não conheciam direito os profissionais por mudarem todos os dias.

Em ambiente domiciliar, foram entrevistados oito acidentados de motocicleta. Quando questionados sobre o que os fazia feliz naquele momento, em casa, em recuperação, (n=2; 25%) relataram que estar próximo dos filhos os fazia feliz, (n=1; 12,5%) pensar no futuro, (n=2; 25%) relataram a fé em Deus, (n=1; 12,5%) a boa recuperação e (n=2; 25%) estar vivo era o motivo da felicidade. A maioria, seis (75%), relatou que o motivo que os deixava tristes era estar naquele estado, sem poder andar e sem poder trabalhar, os outros dois (25%) relataram a falta de orientações e dificuldades para marcar consulta de retorno no hospital.

Quando perguntado sobre que conselho o acidentado daria aos motociclistas para evitar acidentes, a grande maioria (n=7; 87,5%) mencionaram ter atenção, outros mencionaram a prudência, o cuidado, ter medo no trânsito e o uso do capacete.

Os familiares cuidadores informaram que as orientações mais importantes recebidas da equipe de enfermagem, foram, o repouso com o posicionamento para redução da dor, os horários das medicações e ir ao SPA para fazer os curativos.

Quando apareciam dúvidas em relação aos cuidados com os acidentados de motocicleta, os familiares recorriam a parentes, e aos profissionais médicos e enfermeiros dos SPAs.

A falta de orientações de enfermagem sobre cuidados domiciliares, a falta de um profissional da atenção básica e as ações de cuidados dos familiares sem o conhecimento, como a realização de curativos sem luvas, sem produtos estéreis, aplicação na ferida de substâncias como óleo de cobra e polvilho, impulsionadas por conhecimentos populares, pode resultar em infecção da ferida cirúrgica, o que de fato ocorreu.

A insuficiência de informações e o conhecimento deficiente do paciente e de seu cuidador pode resultar em complicações evitáveis e causar deterioração do estado de saúde (VITAL *et al.*, 2018).

A seguir, será apresentado uma proposta de instrumento de cuidado de enfermagem para o acolhimento do acidentado de motocicleta e seu familiar em ambiente hospitalar e domiciliar.

Para a implementação no hospital o instrumento deverá passar anteriormente pela apreciação da coordenação da equipe de enfermagem do hospital e ser validado por profissionais experientes na área.

6.4.1. Apresentação do instrumento de cuidados de enfermagem para o acolhimento de acidentados de motocicleta e de seus familiares no hospital e no domicílio:

Hospital Público de Ensino			
Acolhimento de enfermagem aos acidentados de motocicleta e de seus familiares da admissão à alta, na emergência, salas de observação e enfermarias.			
1. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO 1.1. Nome:	1.2. Idade:	1.3. Sexo:	1.4. Leito:
	1.5. Setor de inter- nação:		1.6. Data:
2. AMBIÊNCIA 2.1. Checar e providenciar aos serviços gerais a higienização das instalações, mobiliário e bebedouro, na (o): () recepção () sala de classificação de risco () sala de emergência () enfermarias () sala de exames () sanitários () sala de observação	2.2. Checar parâmetros para o conforto dos clientes no ambiente: () Temperatura () Acústica () Iluminação () Odores () Cores	2.3. Privacidade aos clientes: () Cortinas () Biombos () Separação dos clientes por gênero.	
3. RECURSOS HUMANOS			
3.1. Quantitativo de médicos no plantão: (_____) 3.2. Quantitativo de enfermeiros no plantão: (_____) 3.3. Quantitativo de técnicos de enfermagem no plantão: (_____) 3.4. Quantitativo () Esperado () < que o esperado Providências: _____ 3.5. Educação Continuada no mês de: _____ Temas: _____			
4. RECURSOS MATERIAIS			
4.1. Checar e providenciar: () Mobiliário confortável e suficiente (macas para acidentados e cadeiras para acompanhantes) () Lençol () Medicamentos () Materiais e Equipamentos para procedimentos (luvas, esparadrapos, fraudas, sondas, aspirador de secreção, dispositivos para oxigênio, carrinho de emergência e monitores hemodinâmicos)			

5. AGILIDADE NO ATENDIMENTO

5.1. Quantitativo de clientes nas salas politrauma, observação ou enfermaria:

<5 () 5-10 () 11-20 () 21-30 () 31-40 () >40 ()

5.2. Quantitativo de clientes graves na sala ou enfermaria:

<5 () 5-10 () 11-20 () 21-30 () 31-40 () >40 ()

5.3. Tempo decorrido desde a chegada do acidentado ao hospital até o primeiro atendimento médico:

<15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.4. Tempo decorrido desde a chegada do acidentado ao hospital até o primeiro atendimento de enfermagem no politrauma:

<15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.5. Tempo decorrido desde a chegada do acidentado ao hospital até a administração de medicamentos:

<15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.6. Tempo decorrido desde a chegada do acidentado ao hospital até a realização de exames:

5.6.1. US (FAST): <15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.6.2. Raio X: <15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.6.3. Tomografia: <15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.6.4. Exames laboratoriais: <15 min () 16-30 min () 31-45 min () >45min ()

5.6.5. Profissional acompanhante do acidentado de motocicleta ao realizar os exames: (_____).

6. REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO NO CLIENTE:

Inspeção, ausculta, palpação e percussão.

- () Manutenção da via aérea e proteção da coluna vertebral
 () Checar permeabilidade da via aérea
 () Circulação e controle de hemorragias
 () Avaliação da função neurológica
 () Exposição e controle do ambiente (temperatura)

7. APARELHOS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO CLIENTE:

- () Monitor Hemodinâmico
 () Ventilador Mecânico
 () Aspirador de secreção
 () Dreno de tórax
 () Cateter venoso central
 () Sonda vesical de demora
 () Sonda gástrica ou enteral

8. APOIO EMOCIONAL AO ACIDENTADO E AO FAMILIAR

Lembre-se: Os clientes e seus familiares não escolheram estar no hospital. Você sim!

- () **8.1.** Se necessário, acalmar os acidentados e familiares.
 () **8.2.** Realizar a busca por familiares dos acidentados ou encaminhar os casos ao serviço social.
 () **8.3.** Permitir a presença do familiar com o acidentado. Na emergência, quando lotada de clientes, permitir estada do familiar por 15 minutos.
 () **8.4.** Se a presença do familiar não for possível, justificar.

Justificativa: _____

- () **8.5.** Estabelecer vínculos com os clientes e seus familiares.
 () **8.6.** Praticar a atenção, educação e respeito a todos no ambiente de trabalho e principalmente ao cliente e seu familiar.
 () **8.7.** Praticar a escuta ativa: identificar os problemas observados e relatados pelo cliente e seu familiar durante a escuta (dúvidas, medos, preocupações, insegurança) e tentar resolve-los.

9. ORIENTAÇÕES AO ACIDENTADOS E FAMILIAR sobre:

- 9.1.** Procedimentos e exames que serão realizados e resultados.
- 9.2.** Provável tempo de internação
- 9.3.** A cirurgia, caso necessário (juntamente com o médico).
- 9.4.** Suspensão da ingestão de água e alimentos para clientes que realizarão cirurgia.

10. PREPARAÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR DE ACIDENTADOS QUE PRECISARÃO DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO:

- 10.1.** Orientar o acidentado e familiares cuidadores sobre os cuidados a serem realizados no domicílio: realização de curativo simples, movimentação do acidentado sem causar dor, realização do banho, vestir roupas, identificar sinais de anormalidade como pus na ferida, febre e dor intensa, que devem retornar à unidade para avaliação.
- 10.2.** Orientar o acidentado e seu familiar, local e horários para marcação de consultas médicas de retorno no hospital, caso necessário.

10.3. EFETIVAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

- 10.3.1. Continuidade do tratamento físico:** Ativar a Rede de Atenção à Saúde por meio do encaminhamento (através de documentos assinados pelos profissionais do hospital) dos acidentados aos locais e profissionais de saúde das redes: Rede de Urgência e Emergência (RUE) -interface (Atenção domiciliar-melhor em casa), Atenção Básica de saúde, Rede de Pessoas com Deficiência (reabilitação física com fisioterapeutas).
- 10.3.2. Ativação da Rede Psicossocial** através do encaminhamento (através de documentos assinados pelos profissionais do hospital) para acompanhamento psicológico do acidentado e seu familiar, para identificação e tratamentos de sentimentos como insegurança, impotência, desconforto, preocupação, medo, tristeza, para evitar quadros depressivos e transtorno do estresse pós-traumático.
- 10.3.3. Ativação da Rede Psicossocial** mediante encaminhamento (através de documentos assinados pelos profissionais do hospital) para apoio do serviço social para identificação da necessidade, orientações, encaminhamento e obtenção de benefícios sociais ao acidentado, caso necessite.

11. PRESENÇA DE UM RESPONSÁVEL DO ACIDENTADO NO RETORNO PARA CASA:

- 11.1.** Certificar-se de que o acidentado possui acompanhante para ir para casa. Se necessário, encaminhar o cliente de alta hospitalar sem acompanhante no momento da alta para o Serviço Social, para providência de um responsável.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2018

6.4.2. Justificativa dos itens presentes no instrumento de cuidados de enfermagem

Os elementos apresentados na forma de itens na proposta do instrumento para o acolhimento da equipe de enfermagem aos acidentados e seus familiares no hospital e no domicílio, são justificados a seguir.

Item 1: Identificação do acidentado, necessário a todos instrumentos e formulários componentes do prontuário do cliente.

Item 2: Ambiência é uma diretriz da Política Nacional de Humanização e é traduzida no espaço físico, social, profissional e de relações que visa o conforto de todos presentes. Apesar do conforto ser algo subjetivo, alguns parâmetros qualificam os ambientes, como a temperatura agradável, a acústica, iluminação e odores, além de bebedouros em quantidade e com qualidade, sanitários devidamente higienizados para pacientes e acompanhantes, privacidade aos clientes, com cortinas, biombo ou ocupação dos quartos por gênero, além da visita aberta e ambiente de escuta do paciente e de seu familiar (BRASIL, 2017). Esses objetos suprem o desejo de melhoria do ambiente hospitalar e da assistência de enfermagem relatados pelos acidentados de motocicleta e seus familiares, apresentados no manuscrito 1.

Item 3: Recursos Humanos. É de grande relevância ter o quantitativo suficiente de recursos humanos, para que a assistência tenha qualidade, representada por um atendimento de forma integral e igualitária, para todos os clientes presentes em cada setor do hospital. Caso a quantidade de funcionários não seja suficiente, cabe a coordenação de enfermagem do hospital, providenciar profissionais, ou deslocamento dos mesmos de outros setores do hospital, de forma a realizar uma assistência com qualidade, assim como a volta ao hospital da educação continuada, para qualificação dos profissionais, principalmente em relação ao tema acolhimento e humanização da assistência, relatados no desejo dos profissionais de enfermagem para melhoria da assistência aos clientes, presentes no manuscrito 1.

Item 4: Recursos Materiais. Para uma assistência de qualidade é fundamental que o hospital tenha e ofereça mobiliário (macas, cadeiras), colchões, lençóis, medicamentos, materiais e equipamentos que supram as necessidades dos clientes. A falta de materiais no hospital foi mencionada pelos acidentados de motocicleta, pelos familiares acompanhantes, pelos enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem, no anseio de melhorias do

hospital e da assistência de enfermagem, apresentados no manuscrito 1.

Item 5: Agilidade no Atendimento. O tempo decorrido desde a chegada do cliente até o primeiro atendimento pelos profissionais de saúde pode determinar o prognóstico do cliente, assim como a quantidade de clientes presentes na emergência, salas ou enfermarias, e a gravidade dos mesmos. Quanto maior o número de clientes e a gravidade destes, maior o tempo que os profissionais de saúde ficarão em atendimento e demorarão para atender os clientes recém-chegados e os menos graves. No instrumento, o profissional médico é citado por motivo da assistência de enfermagem ser iniciada somente após o atendimento médico dos acidentados de motocicleta, ao serem admitidos na emergência na sala politrauma. Também de grande importância, a analgesia do acidentado, que deve ser realizada logo após a prescrição médica, a demora pode resultar em piora do estado do cliente, assim como a demora na realização dos exames. É importante o registro do tempo do início do atendimento, das medicações e dos exames, para agilidade no atendimento, melhor resposta do acidentado e melhoria na assistência. A demora nos itens mencionados, assim como a falta de agilidade no atendimento foi relatada por profissionais da enfermagem, por acidentados e familiares, apresentados no manuscrito 1.

Item 6: Realização do exame físico no traumatizado. A realização do exame físico é importante, mesmo após a realização do mesmo pelo médico. Possibilita a confirmação do estado do acidentado, pode proporcionar outros achados não visualizados anteriormente, além de um registro fidedigno baseado na ação do próprio enfermeiro. De acordo com as observações e registros das atividades dos enfermeiros com os acidentados de motocicleta, realizadas nos locais do estudo, não foi evidenciado realização do exame físico pelo enfermeiro.

Item 7: Equipamentos utilizados nos clientes. A quantidade e qualidade dos aparelhos e equipamentos para manutenção da vida e melhora do cliente é de extrema importância. É de responsabilidade do enfermeiro checar o funcionamento e providenciar a manutenção dos mesmos, assim como solicitar à gestão, a compra de aparelhos e equipamentos em falta ou sem conserto. O registro dos aparelhos e equipamentos utilizados pelo cliente proporcionará um melhor controle dos mesmos, relacionado a quantidade e qualidade destes, além de oferecer uma assistência de qualidade ao cliente que necessita de determinados aparelhos e equipamentos, e os tem à disposição. A escassez de aparelhos como o monitor hemodinâmico e aspirador de secreção, foi mencionado pelos profissionais de

enfermagem, apresentados no manuscrito 1.

Item 8: Apoio emocional ao acidentado e familiar. O apoio emocional faz parte do acolhimento e se concretiza com ações como acalmar, providenciar e permitir a presença de familiares como acompanhantes, estabelecer vínculos com os clientes, ter atenção, educação e respeito com os clientes, praticar a escuta ativa, identificar e tentar resolver os problemas, dúvidas, medos e preocupações dos clientes. O acolhimento através do apoio emocional, descrito, foi relatado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, como atividade desenvolvida com os clientes, mas as observações realizadas e registradas em campo, não evidenciaram a veracidade dos relatos dos enfermeiros. Na observação, foi evidenciado o apoio emocional aos clientes realizados pelos técnicos de enfermagem, presente no manuscrito 1.

Item 9: Orientações ao acidentado e familiar. As orientações são de grande importância para os clientes, para solucionar dúvidas, amenizar medos e preocupações e principalmente para direcionar o cuidado que o familiar e o acidentado deverão realizar, para que este tenha uma recuperação satisfatória. Os profissionais da enfermagem realizam orientações na admissão, internação e alta do cliente, porém as orientações foram direcionadas de acordo com as dúvidas mais frequentes dos clientes, observadas em campo, relacionadas aos exames, tempo que iriam ficar internados, sobre a cirurgia e sobre não beber água e comer antes da cirurgia, também relatadas nas entrevistas com os técnicos de enfermagem e nas entrevistas com os acidentados de motocicleta, apresentadas nos resultados extra manuscritos .

Item 10: Preparação para a alta hospitalar de acidentados que precisarão de cuidados em domicílio. As orientações para cuidados pós-alta são de grande relevância, principalmente relacionadas aos cuidados do acidentado no domicílio, além de orientações referentes a marcação de consultas de retorno ao hospital. Em relação aos cuidados do acidentado em casa, os familiares entrevistados tiveram muitas dúvidas e dificuldades, apresentadas no manuscrito 2. Na observação e registros das atividades do enfermeiro, apresentada nos resultados extra manuscritos, não foi evidenciado orientações referentes a marcação de retorno no hospital, evidenciado também no relato do um acidentado, como um fator que contribuiu para a construção do sentimento de tristeza.

Em continuidade da preparação para alta dos acidentados, referente ao **item 10.3, Efetivação do sistema de referência e contrarreferência** realizada pelo enfermeiro, está relacionado a continuidade do tratamento

físico, com acompanhamento e reabilitação do acidentado, apoio psicossocial, através de assistência psicológica ao acidentado e de seu familiar e assistência do serviço social para orientar quanto ao encaminhamento de documentos para obtenção de benefícios e seguros que poderão ajudar financeiramente o acidentado e seu familiar. Em nenhum momento foi relatado, ou observado nas atividades do enfermeiro a ativação do sistema de referência e contrarreferência, o que resulta em atraso e até mesmo complicações da recuperação física, psicológica e financeira do acidentado e do seu familiar, relatados pelos familiares como dificuldades no cuidado e insegurança de não ter um profissional auxiliando no cuidado, apresentado no manuscrito 2, abalo emocional, representados por sentimentos negativos por causa das consequências do acidente de motocicleta, apresentados no manuscrito 3 e dificuldade financeira, relatada pelos acidentados e familiares, apresentadas nos manuscritos 2 e 3.

Item 11: Presença de um responsável do acidentado no retorno para casa. É de grande importância a certificação de que o acidentado retornará para casa em segurança e com a companhia de um responsável. Pela fragilidade das condições físicas apresentadas pelos acidentados, maioria pós-cirurgia ortopédica, o fato de estarem sozinhos sem ajuda de um acompanhante poderia resultar em queda e piora do quadro do mesmo. A falta de acompanhante no momento da alta foi registrada em alguns casos, durante observação do acidentado de motocicleta, e foi relatada por um acidentado que teve a perna amputada, e sofreu queda da maca, após alta hospitalar, apresentada nos resultados extra manuscritos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos da tese, constatou-se que os técnicos de enfermagem praticam o acolhimento através de cuidados técnicos (aferição de sinais vitais, curativos e administração de medicamentos) considerados neste estudo como ações objetivas de cuidado, além do apoio emocional por meio da escuta de queixas e tranquilizar os clientes, entendidas como ações subjetivas. Quanto aos enfermeiros, observou-se que o acolhimento ocorre estritamente com ações objetivas (curativos e outros procedimentos invasivos como aspiração de secreção e sondagem vesical), apesar de serem relatadas nas entrevistas a realização de ações subjetivas. A constatação desse fato sinaliza a necessidade de medidas de gestão da enfermagem, como educação continuada sobre humanização e acolhimento, de modo a sensibilizar os enfermeiros para uma assistência integral como preconizado pela PNH.

A respeito das possíveis melhorias que deveriam ocorrer no hospital e na equipe de enfermagem para uma assistência de qualidade, os pontos relatados foram em relação a gestão, condições de trabalho, recurso humano e material, além de mais respeito, agilidade no atendimento e humanização do cuidado. Pontos de grande relevância que exige maior olhar e resolutividade por parte da gestão do hospital.

Relacionado as vivências dos familiares como cuidadores dos acidentados de motocicleta no domicílio, constatou-se nos relatos, mudança significativa das suas rotinas, dúvidas e dificuldades em realizar o cuidado. Esse resultado reforça a necessidade de orientações da equipe de enfermagem para o cuidado do acidentado no domicílio, realizadas ainda no hospital, assim como a importância da efetivação do sistema de referência e contra referência, a fim de assegurar a continuidade da assistência ao acidentado e apoio e orientação ao familiar cuidador.

Sobre os sentimentos dos acidentados de motocicleta e de seus familiares após a alta hospitalar, identificou-se sentimentos como insegurança, impotência, tristeza, preocupação, medo e desconforto, os quais poderiam influenciar negativamente na recuperação do acidentado e na saúde psicológica do familiar cuidador. A dificuldade financeira foi revelada como um dos motivos de desequilíbrio emocional. Tais resultados reforçam a necessidade de ativação do sistema de referência e contra referência, para acompanhamento e tratamento dos acidentados e familiares por profissionais da psicologia e do serviço social.

O quarto objetivo da tese culminou com a construção de um instru-

mento de cuidados de enfermagem para o acolhimento de acidentados de motocicleta e seus familiares, no hospital e no domicílio. O instrumento será encaminhado à coordenação de enfermagem do hospital para apreciação, e para a sua implementação, julga-se necessário ser validado por profissionais experientes na área.

O instrumento proposto visa o acolhimento dos clientes e familiares considerando-se ações objetivas e subjetivas como: **ambiência**- chegado e providências de um ambiente acolhedor e confortável tanto para os profissionais como para os acidentados e seus familiares, preconizando a limpeza, a luminosidade, a temperatura, a acústica e odores dos locais, assim como a privacidade dos clientes; **recursos humanos**- quantitativo suficiente de profissionais para prestação de uma assistência de qualidade aos clientes, assim como a qualificação e sensibilização dos profissionais da equipe de enfermagem, mediante educação continuada; **recursos materiais, aparelhos e equipamentos** necessários para um satisfatório acolhimento humanizado aos clientes; **agilidade no atendimento**, com os registros dos tempos de atendimento e procedimentos para otimizar a assistência; **realização do exame físico**, para fidedignidade dos registros de enfermagem; **apoio emocional** com ações como acalmar os pacientes, estabelecer vínculos, escuta ativa, identificar e tentar resolver problemas dos clientes, **orientações** durante a internação, respondendo as dúvidas dos clientes, **preparação para alta**; através de orientações de cuidados domiciliares e de como proceder para marcar consultas de retorno ao hospital e efetivação pelo enfermeiro do **sistema de referência e contrarreferência** para continuidade do tratamento e presença de um **responsável do acidentado para retorno à casa**, para garantir que o acidentado vá para casa em segurança.

A Tese, neste estudo, era que o atendimento ao acidentado de motocicleta e seus familiares possui lacunas que podem interferir na recuperação dos clientes e gerar repercussões no ambiente domiciliar. A tese da pesquisa foi confirmada, destacando algumas lacunas no atendimento ao cliente como a falta de acolhimento com ações subjetivas, falta de orientações para cuidados no domicílio e falta de efetivação do sistema de contrarreferência, que repercutiram no atraso da recuperação do acidentado de motocicleta, e em alguns casos até mesmo causando a reinternação do mesmo.

No espaço assistencial, o instrumento de cuidados de enfermagem para o acolhimento aos clientes poderá contribuir diretamente para a qualificação da prática dos profissionais, por se tratar de um roteiro de ações

objetivas e subjetivas para a oferta de uma assistência de qualidade e integral que considera os cuidados físicos, emocionais e sociais de que os clientes necessitam.

Na área da pesquisa, o estudo amplia o conhecimento científico e os resultados apresentados poderão além de subsidiar novos estudos voltados para o tema, estimular enfermeiros da assistência e da academia para o aperfeiçoamento do instrumento proposto para o acolhimento aos pacientes e familiares extrapolando o ambiente hospitalar.

O estudo apresenta como limitações a coleta de dados em uma única instituição de saúde, porém, a escolha da instituição do estudo foi pelo motivo dela ser referência em traumatologia, ortopedia e neurologia, e o quantitativo de clientes acidentados de motocicleta ser maior do que em outras instituições.

Assim, como sugestão para novas pesquisa, destaca-se a importância das melhorias no acolhimento nas instituições de saúde para que se atenda o que preconiza a Política Nacional de Humanização e a efetivação da rede de referência e contrarreferência com profissionais comprometidos com a recuperação física, emocional e social do acidentado de motocicleta e de seu familiar.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M. *et al.* Vítimas de acidente de moto com traumatismo. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, Recife, v.10, n. 5, p.1730-8. 2016.

ALMEIDA, M.M; COUTINHO, L.S; SANTOS, M.S. Enfermeiro como gerenciador do acolhimento na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Ciência e Saberes-FACEMA**, Maranhão, v. 3, n. 4, p. 765-74, 2017.

ALMEIDA, G.C.M. *et al.* Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 382-8, 2016.

ALMEIDA, R.B. *et al.* Violência e acidentes: perspectiva do enfermeiro sobre assistência e o registro. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracajú, v. 3, n. 3, p. 13-26. 2016.

AMARO, M de O.F. *et al.* Concepções e práticas dos enfermeiros sobre educação permanente no ambiente hospitalar. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 81-94, 2018.

AMENDOLA, F; OLIVEIRA, M.A.C; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 2, p. 266-72. 2008.

ANDRADE, L. Tecendo redes: A assistência domiciliar e busca da integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, v.1, n.1, p. 13-16. 2015.

ANDRADE, L.M. *et al.* Acidente de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em um Hospital de Fortaleza- CE, Brasil. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 52-9. 2009.

ANDRADE, S.S.C.A.; MELLO JORGE, M.H.P. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidentes de transporte terrestre no Brasil, 2013: Permanência e Gastos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n.1, p. 31-8. 2017.

ANJOS, K.C. **Implicações sociais e econômicas de pacientes vítimas de acidentes com motocicleta internados no IOT HC FMUSP**. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, p.124, 2012.

ANJOS, K.C. *et al.* Pacientes vítimas de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v.15, n. 5, p. 262-66. 2007.

ARAÚJO, C.M. *et al.* Treinamento do cuidador dos pacientes em pós-operatório ortopédico no domicílio. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, v.1, n.1. 2015.

ASSIS, L.R.S. *et al.* Atendimento humanizado no serviço de urgência e emergência: uma revisão sistemática. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 25, n.1, p. 131-35. 2016.

AZEVEDO, G.R.; SANTOS, V.L.C.G. Cuidador (D) eficiente: As representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 770-80. 2006.

BARRETOS, M.S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista Rene-Rede de Enfermeiros do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 833-41, 2015.

BATISTA, M.J. *et al.* Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 13, p. 83-92, 2017.

BORGES, J.P.M. **O acolhimento na Atenção Primária à Saúde: saberes e práticas.** (Curso de Pós-graduação em Enfermagem). Especialização em Gestão da Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**, 2016. Informações de Saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de humanização**, 3^o ed. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza-SUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Serie B, Brasília, editora MS, 2009. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atendimento à Saúde. **Política Nacional de Humanização-Humaniza-SUS**, Brasília, editora MS, 2015. 16p.

BICALHO, C.S; LACERDA, M.R; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar no domicílio. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 118-23. 2008.

BRITO, K.J. A dimensão do acolhimento em unidade de pronto atendimento (UPA): um olhar na perspectiva do serviço social. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.7, n. 4, p. 108-21. 2015.

CABRAL, A.P.S.C.; SOUZA, W.V.; LIMA, M.L.C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, n.1, p. 3-14. 2011.

CARAVAGGI, S. *et al.* Reabilitação domiciliar pós-TCE grave: relato de caso. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, v.1.n.1. 2015.

CARVALHO, C.A.P. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.15, n. 2, p. 93-5. 2008.

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.

CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9503.htm. Acesso em julho de 2017.

COPANITSANOU, P; DRAKOUTOS, E ; KECHAGIAS, V. Posttraumatic Stress, Depressive Emotions, and Satisfaction With Life After a Road Traffic Accident. **Orthopaedic Nursing**, Atlanta, v. 37, n. 1, p. 43-53. 2018.

COSTA, A.C; SILVA, I.V. Representações sociais da Sistematização da Assistência de Enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 16, p. 139-46, 2018.

DE PAULA, V.G. *et al.* Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização com estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Práticas**, Luziânia, GO, v.7, n.1. p.241-51, 2018.

DETRAN-AM. **Departamento de Trânsito do Estado do Amazonas**. Disponível em <http://www.detran.am.gov.br>. Acesso em maio de 2018.

DINIZ, E.P.H.; PINHEIRO, L.C.; PROIETTI, F.A. Quando e onde se acidentam e morrem os motociclistas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.31, n.12, p. 2621-34, dez. 2015.

DUTRA, V.C. *et al.* Traumatismos Craniocerebrais em motociclistas: relação do uso do capacete e gravidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 27, n. 5, p. 485-91. 2014.

FERREIRA, L. R; ARTMANN, E. Discurso sobre humanização: profissionais e usuários em instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-50, 2018.

FONSECA, M.A. *et al.* Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para os indivíduos hospitalizados. **Inter Scientia**, João Pessoa, v. 2, n. 3, p. 4-15. 2014.

FREITAS, J.A.; NORA, E.A. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito com vítimas motociclistas. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 5, n. 2. 2012.

GABARRA, L.M; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Revista Aletheia**, Canoas, n. 30, p. 59-72. 2009.

GANNE, N *et al.* Estudo sobre acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, ocorridos no município de Corumbá-MS, Brasil, no ano de 2010. **Revista Pan Amazônica de Saúde**, v. 4, n. 1, p.15-22. 2013.

GARLET, E.R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.266-72. 2009.

GIACOMOZZI, L.M. **Escala de acolhimento de enfermagem para o trauma**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná-UFP. Curitiba, p. 91. 2008.

GOLIAS, A.R.C.; CAETANO, R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no Estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.18, n. 5, p. 1235-46. 2013.

HAY-DAVID, A.G.C; STACEY, T; PALLISTER, I. Motorcyclists and pillion passengers with open lower-limb fractures: a study using TARN data 2007-2014. **Annals of the Royal College of Surgeons England**, Manchester, v. 100, n. 3, p. 203-208, 2018.

JESUS, V.F. *et al.* Causas associadas aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 7, n. 1, p. 480-98, 2017.

LAZZARI, D.D; JACOBS, L. G; JUNG, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.2, n. 1, p. 116-24. 2012.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-28. 2006.

LEFÉVRE, F; LEFÉVRE, A, M, C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Liber Livro, 2ª edição, 2012. 224p.

LEGAY, L.F. *et al.* Acidente de trânsito envolvendo motociclistas: perfil epidemiológico das vítimas de três capitais dos Estados brasileiros em 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 283-292. 2012.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, Amostragens e técnicas de pesquisa, Elaboração, análise e interpretação de dados**. 7ª. ed. 4. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2011.

MARUITI, M.R; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-43, 2007.

MARTINS JUNIOR, J.M. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 7ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A.C. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 45-54. 2009.

MATTOS, J.G.S; SILVA, P.C; FERREIRA, D.S. Desafios da enfermagem quanto as práticas de humanização em pronto atendimento. **Revista Educação, Saúde e Meio Ambiente**, Patrocínio, v.2, n. 1, p. 99-117. 2017.

MAZZILLI, C.T; CERQUEIRA, E.L; RAJÃO, M.C.S. Inclusão do sequelado grave estável no ambiente familiar: novos caminhos de gestão humanizada de serviços de saúde em um hospital de reabilitação de pacientes crônicos, sequelados, vítimas de grandes traumas. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v.8, n. 8, p. 87-95. 2012.

MEDEIROS, A.C.G.; OLIVEIRA, A.C.F. A importância dos cuidadores para êxito na assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, vol.1 n.1. 2015.

MEDEIROS, L.S.P. **Interlocução entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, Criciúma, p.75, 2017.

MERHY, E.E. **O ATO DE CUIDAR**: a alma dos serviços de saúde In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-37.

MILANI, H.G.S.B.; SORCE, A.P.M.S. A experiência da introdução da escala reduzida de Zarit para avaliação do desgaste do cuidador na atenção domiciliar. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, v.1 n.1. 2015.

MINAYO, M.C.S. Implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 4-5. 2007.

MISRA, P. *et al.* Epidemiological study of patients of road traffic injuries attending emergency department of a trauma center in New Delhi. **Indian Journal of Critical Care Medicine**, v. 21, n. 10, p. 678-83, 2017.

MISSEL, A; COSTA, C.C; SANFELICE, G.R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 575-597. 2017.

MONTEZELLI, J.H. *et al.* Humanização do atendimento inicial ao politraumatizado à luz da teoria de Imogene King. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n. 2, p. 384-387. 2009.

NALIN, V. *et al.* Atuação de enfermagem em serviço ambulatorial de trauma ortopedia. **Revista de Teorias e Práticas Educacionais**, Chapecó, v. 3, n. 1, p. 05-11. 2014.

NASCIMENTO, N.W.S.; ALVES, S.M. Perfil dos motociclistas vítimas de acidente de trânsito atendidas no serviço de urgência municipal de Alto Longá- PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.4, n.2. p. 5-17. 2013.

NUNES, E.C.P.A. A dinâmica familiar frente ao risco de morte, uma análise sistemática do processo de hospitalização. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 1-9, 2017.

OLIVEIRA, A.B.R.; SPEDANIERI, L.S.; BIANCHINI, I. Como o perfil do paciente pode determinar as condições do cuidado. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, 2014, v.1 n. 1. 2015.

OLIVEIRA, P.A. **Pós-operatório imediato**: a visão do cliente relacionada a experiência da cirurgia. (Trabalho de Conclusão de Curso), Curso de Enfermagem, Universidade do Estado da Paraíba, Campina Grande, 2014.

PASCINI, M. B. **A saúde do familiar cuidador**: revisão integrativa. Trabalho Final de Curso (Especialização em Gestão das Instituições Federais de Educação Superior), Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais-UFGM, Belo Horizonte. p.41. 2016.

PINTO, A.O.; WITT, R.R. Gravidade de lesões e características de motociclistas atendidos em um hospital de Pronto Socorro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.1, p. 408-14. 2008.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoque epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 2.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PORDEUS, A.M.J. *et al.* Fatores associados a ocorrência de acidente de motocicleta na percepção do motociclista hospitalizado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n.3, p. 206-12. 2010.

REICHENHEIM, M.E. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, Reino Unido, v. 377, n. 9781, p.69-82, 2011.

REIS, M.B.V.B. **Atendimento humanizado em unidade de urgência e emergência**. Trabalho Final de Curso (Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência), Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis, SC. p.12. 2014.

REZENDE NETA, D. *et al.* Perfil das ocorrências do politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 936-41.2012

ROCHA, G.S.; OLIVEIRA, A.P.P.; ESTEVES, A.V.F. Orientações de cuidados necessários para compor um manual para familiares de idosos submetidos a neurocirurgia: uma revisão integrativa. **Revista on-line Scientia Amazonia**, Manaus, v. 5, n.3, p. 47-55, 2016.

ROMANINI, M; GUARESCHI, P, A; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde debate on-line**, Rio de Janeiro, v.41, n.113, p.486-499. 2017.

SANT'ANNA, F.L. *et al.* Acidentes com motociclistas: comparação entre os anos de 1998 e 2010. Londrina, PR, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.47, n.3, p. 607-15. 2013.

SANTOS, A.M.R. *et al.* Perfil das vítimas de trauma por acidente de motocicleta atendidas em um serviço público de emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1927-38. 2008.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para promover o trabalho em equipe em serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, n.1, p. 1-7. 2016.

SANTOS, V.F. **O acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. (Especialização em Atenção Básica de Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2013.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologia de saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-8, 2008.

SILVA, M.B.; OLIVEIRA, M.B.; FONTANA, R.T. Atividade do mototaxista: riscos e fragilidades autorreferidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.6, p.1048-55. 2011.

SILVA, M.G.P. *et al.* Influência do capacete em trauma facial em vítimas de lesões cerebrais traumáticas moderadas decorrentes de acidentes de motocicleta. **Distúrbios Comum**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 204-05. 2015.

SILVA, M.M.A. *et al.* Projeto Vida no Trânsito 2010-2012: Uma contribuição para a década da Ação para a segurança no trânsito 2011-2020 no Brasil. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p.531-36. 2013.

SILVEIRA, R.S; LUNARDI, V.L. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.1, p. 125-30, 2005.

SOARES, E. *et al.* Problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 37-43. 2008.

SOUZA, I.C.P. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 164-172. 2014.

TAVARES, F.L. *et al.* Homens e acidentes motociclísticos: gravidade dos acidentados a partir do atendimento pré-hospitalar. **Revista on-line de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 4004-14. 2016.

TESSER, C.D.; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3. p. 3615-24. 2010.

TOCCI, A.S.S.; COSTA, E.C.N.F. A gestão em saúde após a Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Unin-gá**, Maringá, v.40, n.1, p.197-206. 2014.

VASCONCELLOS, E. A. **Risco no trânsito, omissão e calamidade. Impactos do incentivo à motocicleta no Brasil**. Ed. do autor, 2013.90p.

VENTURE, D.A.; DECISARO, M.N.; MARCON, S.S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e seus familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 589-96. 2007.

VIEIRA, L.J.E.S. *et al.* Relatos de equipes de saúde quanto as práticas educativas ao vitimado no trânsito durante hospitalização/reabilitação no hospital de emergência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 1, p.213-23. 2010.

VIEIRA, M.C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 513-9. 2010.

VITAL, I.C.O. *et al.* Informação como instrumento da assistência ap paciente submetido a cirurgia ortopédica. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 23, n. 1, p.1-9, 2018.

WEIGERT, C.V. *et al.* Acidente de trânsito: uma frustração. Um estudo qualitativo no vértice psicanalítico. **Investigação Qualitativa em Saúde**, São Carlos, v.2, n.1, p.539-548. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on road safety 2013**: supporting a decade of action. Luxembourg: WHO; 2013.

ZABEU, J.L.A. *et al.* Perfil da Vítima de acidente motociclístico na emergência de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 242-245. 2013.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE ANUÊNCIA



H.P.S. Dr. João Lúcio Pereira Machado
PROTOCOLO GERAL
 Data: 28/09/17 Hora: 9:30
 RECEBIDO: Page Lima



CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL DINTER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UFSC/UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ESA

CARTA DE ANUÊNCIA

Ao Diretor do Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado

Sr. Dr. Edson dos Anjos Ramos

Eu, Lilian de Oliveira Corrêa, Enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina DINTER (PEN/UFSC/ESA/UEA) e Universidade do Estado do Amazonas) e a Profª Drª Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora responsável pelo estudo e Professora do (PEN/UFSC), vimos por meio deste, solicitar sua permissão para a realização do Estudo nesta instituição: Hospital Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado, nos setores de Politrauma, Enfermaria Cirúrgica, Observação Dois e Três, o qual tem por **objetivo**: Propor um protocolo/guia de cuidados de enfermagem para o acolhimento dos motociclistas acidentados e seus familiares que vise à produção de relações de escuta e de intervenções visando à promoção da saúde em ambiente hospitalar e domiciliar. A pesquisa utilizará como **metodologia**, a entrevista e a observação da equipe de enfermagem, dos acidentados de moto e de seus familiares/acompanhantes/cuidadores no domicílio. O **período de coleta** de dados está planejada para novembro de 2017 até fevereiro de 2018.

Desde já agradeço sua atenção.

Manaus, 27 de setembro de 2017.

Lilian de Oliveira Corrêa

Lilian de Oliveira Corrêa
 Coregrafa: 286604

Enf.Msc. Lilian de Oliveira Corrêa.

H. P. S. Dr. João Lúcio Pereira Machado
 H. P. S. Dr. João Lúcio Pereira Machado
 DIRETOR GERAL

Dr. Edson dos Anjos Ramos
 Diretor do H. PS. João Lúcio Pereira Machado

ANEXO 2: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa-UEA



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MODELO DE CUIDADO PARA O ACOLHIMENTO DE MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS E SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR.

Pesquisador: Lilian de Oliveira Correa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79397717.1.0000.5016

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.387.230

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado MODELO DE CUIDADO PARA O ACOLHIMENTO DE MOTOCICLISTAS ACIDENTADOS E SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR e tem como pesquisadora responsável: Lilian de Oliveira Correa.

O acidente de trânsito é um dos mais importantes e mais negligenciados problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar da existência do Código Nacional de Trânsito Brasileiro, a falta de programas educacionais e de maiores punições para quem não obedecem as leis de trânsito, contribuem para a frequência de acidentes e grande perda da população em acidentes de trânsito, principalmente envolvendo motocicletas. O

objetivo do estudo é propor um protocolo/guia de cuidados de enfermagem para o acolhimento dos motociclistas acidentados e seus familiares visando à promoção da saúde em ambiente hospitalar e domiciliar. A pesquisa será observacional, descritiva com abordagem qualitativa, através de entrevistas e observação de enfermeiros, técnicos de enfermagem, clientes acidentados de moto e seus familiares/acompanhantes. Ocorrerá no mês de dezembro de 2017 e janeiro de 2018 nos dias de quinta a domingo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Propor um protocolo/guia de cuidados de enfermagem para o acolhimento dos motociclistas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 2.387.230

acidentados e seus familiares que vise à produção de relações de escuta e de intervenções visando à promoção da saúde em ambiente hospitalar e domiciliar.

Objetivo Secundário:

- Conhecer como se dá a relação de cuidados dos enfermeiros e técnicos de enfermagem aos motociclistas acidentados e seus familiares, da admissão a alta;- Compreender qual o significado do acidente de moto para os motociclistas acidentados e seus familiares.- Conhecer o que mudou no cotidiano dos motociclistas acidentados e seus familiares após o acidente.- Compreender a experiência/vivência dos familiares cuidadores com os motociclistas acidentados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os participantes poderão sentir-se constrangidos ao relatar os acidentes ocorridos bem como a sua condição de acidentados e para dirimir qualquer possibilidade de mal estar, o pesquisador disponibilizará de profissional da psicologia que irá acompanhar e orientar o participante desconfortado.

Benefícios:

A existência de protocolos de enfermagem pode melhorar o desenvolvimento das intervenções de enfermagem, de forma sistematizada, no acolhimento emergencial às vítimas traumatizadas, com segurança e qualidade, garantindo agilidade e a integralidade do atendimento. A pesquisa poderá ter relevância social, pela melhora na qualidade da assistência que a família poderá ter e oferecer ao seu familiar acidentado dependente de cuidados. Poderá ter relevância científica, na área da Enfermagem, ratificando através da pesquisa a função do enfermeiro pesquisador e cuidador, utilizando seus conhecimentos, orientações e maior humanização no cuidar às vítimas de acidentes de motocicleta com extensão aos familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O desenho do estudo: será observacional, descritivo com abordagem qualitativa.

Uma pesquisa descritiva visa observar e descobrir fenômenos e eventos existentes, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los, e avaliá-los, com o objetivo de esclarecer situações para futuras decisões (MARTINS JUNIOR, 2013).

Local do estudo: será o Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, localizado na zona leste da cidade de Manaus-Am. Trata-se de um Hospital para pacientes adultos, de referência e especialidades em Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Clínica

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 2.387.230

Geral, UTI Adulto, Cabeça e Pescoço; Bucomaxilo e Cirurgia Vasculiar. A coleta de dados será realizada no setor de Politrauma, Observações um, dois e três, do hospital.

A coleta de dados: ocorrerá no período de 01 de dezembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018, de quinta a domingo (dias de maiores ocorrências de acidentes de moto, de acordo com o SAME do Hospital João Lúcio Pereira Machado). As entrevistas serão gravadas com o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra pelo pesquisador. As perguntas podem sofrer alterações, devido fato de a entrevista ser semi estruturada. As observações serão registradas em um diário de campo. As entrevistas e observação no hospital serão realizadas de quinta a domingo, no período matutino. A escolha desses dias e período se deve a constatação, na prática assistencial, e pelo SAME do hospital, de maior frequência de atendimentos resultantes de acidentes de trânsito, em especial de moto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram os seguintes:

- 1) A folha de rosto assinada e carimbada pela pesquisadora e pelo gestor da instituição proponente;
- 2) A carta de anuência assinada e carimbada pelo gestor do Hospital João Lúcio;
- 3) O projeto de pesquisa aprovado em banca examinadora de qualificação da UFSC;
- 4) Os termos de consentimento livre e esclarecido para os participantes do estudo;
- 5) O cronograma atualizado;
- 6) O orçamento compatível;
- 7) Os instrumentos de coleta de dados inseridos no projeto.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Somos pela aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

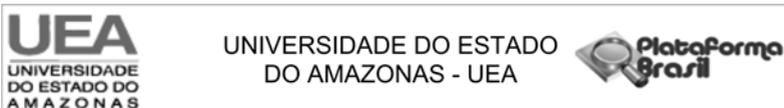
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.387.230

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1013220.pdf	24/10/2017 17:40:18		Aceito
Outros	Roteiroentrevistas.docx	24/10/2017 17:39:31	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	24/10/2017 17:35:19	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETEC.docx	24/10/2017 17:34:30	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMOTOQUEIRO.docx	24/10/2017 17:34:05	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFamilia.docx	24/10/2017 17:33:44	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEENF.docx	24/10/2017 17:33:06	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
Outros	carta.pdf	24/10/2017 17:32:39	Lilian de Oliveira Correa	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	22/10/2017 00:06:01	Lilian de Oliveira Correa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Novembro de 2017

Assinado por:
DOMINGOS SÁVIO NUNES DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para observação dos profissionais e dos acidentados de motocicleta e familiares/acompanhantes na prestação e recepção dos cuidados.

Observação do Profissional:

1- Sexo () fem () masc / Idade:

2- () Enfermeiro

() Técnico de Enfermagem

Será observado:

3- Recepção do acidentado de motocicleta e de seu familiar pelo profissional de enfermagem.

4- O profissional localizava os familiares e permitam a entrada e acompanhamento aos acidentados?

5- Forma de acolhimento realizado com o acidentado.

6- Forma de acolhimento realizado com o familiar acompanhante.

7- O profissional identificou e resolveu problemas/queixas do acidentado?

8- O profissional identificou e resolveu problemas/queixas dos familiares?

9- Como é realizado o planejamento e execução dos cuidados (SAE) para os clientes?

10- Ocorreu solicitação de outros profissionais para atendimento dos clientes?

11- Ocorreu acompanhamento dos profissionais aos clientes ao realizar exames?

12- Os profissionais providenciaram transporte para outro hospital quando necessário para o acidentado?

13- Ocorreu orientações dos profissionais aos clientes? Quando? Sobre qual assunto?

14- Os profissionais tiravam dúvidas quando questionados pelos clientes?

15- Os profissionais realizavam a escuta de queixas do acidentado e familiares?

16- Os profissionais realizavam orientações para a alta ao acidentado a aos familiares?

17- Os profissionais realizavam orientações de cuidados do acidentado para o domicílio?

18-Em algum momento os profissionais realizaram o encaminhamento dos acidentados de alta para a atenção básica (efetivação do sistema de referência e contrarreferência)?

Observação dos acidentados de motocicleta e de seus familiares:

1- Comportamento do acidentado de motocicleta ao serem atendidos pelos profissionais de enfermagem.

2- Comportamento do familiar ao atendimento do acidentado e ao ser atendido pelos profissionais de enfermagem.

3- Principais dúvidas dos acidentados.

4- Principais dúvidas dos Familiares/acompanhantes.

5- Problemas/queixas dos acidentados.

6- Problemas/queixas dos Familiares/acompanhantes.

7-Os clientes foram ouvidos, acalmados ou orientados?

8-Comportamento do acidentado e do familiar ao aguardar e realizar exames.

9- Comportamento apresentados ao aguardar a realização da cirurgia.

10- Comportamento em receber orientações.

11- Comportamento da família em receber orientações.

12- Recebeu orientações para alta hospitalar? Como se comportou durante e após a alta?

13-Houve questionamentos ou dúvidas sobre cuidados para o domicílio?

APÊNDICE B**Roteiro de entrevista para os profissionais de enfermagem****A- IDENTIFICAÇÃO** Entrevistado Nº _____

- 1- Sexo () fem () masc / Idade: _____
- 2- () Enfermeiro
() Técnico de Enfermagem
- 3- Que tipo de vínculo você possui com este serviço?
() municipal () estadual () cooperativa
- 4- Em que ano concluiu o curso?

B-REALIZAÇÃO DA FUNÇÃO

- 1-Tempo de atuação na profissão:
- 2-Tempo de trabalho na instituição:
- 3-Há quanto tempo você trabalha na urgência ou enfermaria ortopédica?
- 4-Como você recebe no hospital, o acidentado de motocicleta? E os familiares?
- 5-Quais os primeiros cuidados realizados com os acidentados?
- 6- Você sabe o conceito de acolhimento? Conceitue.
- 7-Como você realiza o acolhimento do acidentado de motocicleta?
- 8- Como você realiza o acolhimento do familiar acompanhante do acidentado de motocicleta?
- 9- Quais orientações você oferece aos clientes?
- 10-Quando são realizadas as orientações aos clientes?
- 11-Quais são as maiores dúvidas respondidas por você, vindas dos acidentados e dos familiares?
- 12- Você acha que muitos acidentados de moto voltam para o hospital? A que você atribui esse retorno?
- 13- Você orienta o acidentado e o acompanhante sobre cuidados no domicílio? Quando? Sobre o que?
- 14-Quais orientações são realizadas para a alta do acidentado de moto?
- 15-Aqui no hospital você já participou de alguma educação continuada sobre humanização? Fale da importância da educação continuada para os profissionais.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista para o acidentado de motocicleta em ambiente hospitalar.

Entrevistado Nº _____

1- Sexo () fem () masc / Idade: _____ / Profissão: _____ / Escolaridade: _____

2- Você se lembra de como ocorreu o acidente? Resuma.

3- Qual sua visão sobre o acidente que você sofreu? Qual a causa? Quem foi responsável?

4- Você já sofreu acidente de moto anteriormente? Como foi o acidente ?

5- Como você veio para o hospital (transporte e companhia)?

6- Quais os locais do corpo foram atingidos pelo trauma?

7- Por quem você foi atendido no hospital quando você foi admitido?

8- Como foi realizado sua recepção no hospital?

9- Você foi ouvido quando precisou de falar algo? O que você precisou?

10- Você foi tranquilizado por algum profissional? Como foi tranquilizado?

11- Você recebeu alguma orientação de algum profissional? Quem? sobre o quê?

12- Quais suas dúvidas você tem em relação a sua saúde, seu estado, devido ao acidente?

13- Você perguntou algo sobre sua saúde ou sobre seu estado a algum profissional que te atendeu ou que está ou estava no plantão? O que perguntou?

14- Suas dúvidas foram ou são respondidas por profissionais, quando perguntado? Quais profissionais você prefere fazer perguntas ?

15- Quais suas preocupações em relação ao presente e ao futuro, relacionadas ao acidente?

16- Qual sua avaliação sobre o tratamento recebido pela equipe de enfermagem?

17- Quais cuidados em casa você acha que irá necessitar após a alta?

18- Quem cuidará de você no domicílio?

19- Quais dúvidas você tem em relação a sua recuperação?

20- Você foi orientado sobre cuidados que deverá ter em casa? Se sim, por quem? Tem dúvida a respeito?

APÊNDICE D**Roteiro de entrevista para os familiares acompanhantes dos acidentados de motocicleta em ambiente hospitalar.**

Entrevistado N° _____

- 1- Sexo () fem () masc / Idade: / Escolaridade: / Profissão: / Filhos:
- 2- Qual seu parentesco com o acidentado?
- 3- O acidente modificou sua rotina? Como?
- 4- Você tem dúvidas sobre o cuidado de enfermagem realizado ao acidentado? Quais?
- 5- Qual sua avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente?
- 6- Você recebeu orientações de algum profissional? Relacionado a quê?
- 7- Na sua visão, o que falta no ambiente hospitalar e na equipe de enfermagem para que o paciente tenha um tratamento mais confortável?
- 8- Quais seus medos e dúvidas sobre o futuro, em relação a ocorrência do acidente?
- 9- A seu ver, quais foram as maiores perdas para a família por causa do acidente?
- 10- Você tem algum conhecimento de como cuidar do paciente em casa? Quais suas dúvidas?
- 11- Algum profissional a orientou sobre os cuidados que o acidentado precisará em casa? Qual profissional orientou? Sobre quais cuidados?

APÊNDICE E

Roteiro de entrevista com os acidentados de motocicleta em ambiente domiciliar

- 1- Qual a sua visão do acidente, agora que você está em casa?
- 2- Qual sua visão do estado em que você se encontra? Dependente de cuidados.
- 3- O que mudou na sua vida, sua rotina, seu cotidiano após acidente?
- 4- Como você atualmente vê a moto? Sua visão continua a mesma de antes do acidente?
- 5- O que na sua opinião contribuiu para a ocorrência dos acidentes de moto?
- 6- Na sua visão, quais dificuldades estão sendo encontradas agora em domicílio?
- 7- Na sua visão, quais dúvidas estão sendo encontradas agora em domicílio?
- 8- Que conselho você daria para os motociclistas?
- 9- O que te deixa feliz atualmente?
- 10- O que te deixa triste atualmente?
- 11- Quais os sentimentos mais presentes hoje em você relacionados ao acidente e a sua recuperação?
- 12- Quais suas principais preocupações atuais? E em relação ao futuro?

APÊNDICE F

Roteiro de entrevista com os familiares/cuidadores dos acidentados de motocicleta em ambiente domiciliar

- 1-Quais os principais cuidados o acidentado necessitou e / ou necessita agora em casa?
- 2- O que mudou na sua vida e rotina?
- 3-Quais foram ou são as maiores dúvidas em relação ao cuidado com o acidentado?
- 4- Quais as maiores dificuldades encontradas após o acidente?
- 5-Quais as maiores dificuldades encontradas no cuidado do acidentado?
- 6-Na sua visão, como está a recuperação do acidentado em relação aos cuidados realizados?
- 7- Quando aparece dúvidas em relação aos cuidados, a quem você recorre?
- 8-Você foi orientada pela equipe de enfermagem sobre os cuidados com o acidentado em casa? Sobre o que eles te orientaram?
- 9- Quais orientações recebidas no hospital foram mais importantes para o cuidado domiciliar?
- 10- Quais os principais sentimentos apresentados por você após o acidente e agora cuidando do acidentado em casa?

APÊNDICE G**DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL DINTER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA e
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UFSC/UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ESA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução
466/12

(ENFERMEIRO)

**TÍTULO DA PESQUISA: ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE
MOTOCICLETA E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPI-
TALAR E DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.**

Prezado Enfermeiro (a)

Eu, Lilian de Oliveira Corrêa, enfermeira, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Estado do Amazonas-DINTER (PEN/UFSC/ESA/UEA), minha assistente, componente da equipe de pesquisa: Ária Maria Mendes de Carvalho, Assistente Social, através da orientação da Prof^ª Dr^ª Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora e Professora do (PEN/UFSC/), vimos por meio deste convidá-lo (a) a participar do presente estudo, que tem por objetivo: Propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista sobre o acolhimento prestado aos acidentados de motocicleta e aos seus familiares/ acompanhantes cuidadores em domicílio e através da observação feita pelo pesquisador no momento das suas ações no atendimento aos mesmos. A entrevista será gravada e a observação registrada em diário de campo. Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional pois a pesquisa não oferece risco à sua integridade física ou emocional, inerente

à sua participação.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos realizar a entrevista no posto de enfermagem da sala em que você estiver de plantão. Nossa proposta prevê a coleta de dados no período entre os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Nesta metodologia você terá acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. [L]
[SEP]

Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato e confidencialidade em relação a sua identidade, quanto às informações prestadas no instrumento e suas possíveis indicações referente a outros profissionais. Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possa identificá-lo (a).

Sua colaboração neste estudo contribuirá para uma reflexão da prática clínica do enfermeiro na atenção hospitalar e orientações para cuidados em domicílio.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar oportuno enviando um e-mail para a pesquisadora, sendo garantida a confidencialidade e anonimato também neste processo.

Em caso de qualquer dúvida, informação ou problema, entrar em contato com:

Enfª MS.c. Lilian de Oliveira Corrêa (liliancoroli@yahoo.com.br)
Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde-UEA/ESA
Av. Carvalho Leal 1777-Cachoeirinha, Manaus-AM cep.69065-001
Av. Nilton Lins 2401 Flores cep 69058030
Contato: (92)98411-7220
Coren-AM: 219604 RG: 10.539.098

Ária Maria Mendes de Carvalho (ariamariacarvalho@gmail.com)
Endereço: Av Constantino Nery 3693, Chapada,
Manaus-Am cep. 69050-001
Contato: (92) 984181968
CRESS-AM: 3804 RG: 1703070-6

Manaus, ____ de _____ de 2017-2018

Assinatura do voluntário

Assinatura da Pesquisadora (Lilian de Oliveira Corrêa)

Assinatura da Assistente de Pesquisa
(Ária Maria Mendes de Carvalho)

APÊNDICE H

**DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL DINTER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA e
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UFSC/UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ESA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução
466/12

(TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

TÍTULO DA PESQUISA: ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.

Prezado Técnico (a) de Enfermagem

Eu, Lilian de Oliveira Corrêa, enfermeira, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Estado do Amazonas-DINTER (PEN/UFSC/ESA/UEA), minha assistente, componente da equipe de pesquisa: Ária Maria Mendes de Carvalho, Assistente Social, através da orientação da Prof^ª Dr^ª Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora e Professora do (PEN/UFSC/), vimos por meio deste convidá-lo (a) a participar do presente estudo, que tem por objetivo: Propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista sobre o acolhimento prestado aos acidentados de motocicleta e aos seus familiares/ acompanhantes cuidadores em domicílio e através da observação feita pelo pesquisador no momento das suas ações no atendimento aos mesmos. A entrevista será gravada e a observação registrada em diário de campo. Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional pois a pesquisa não oferece risco à sua integridade física ou emocional, inerente à sua participação.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos realizar a entrevista no posto de enfermagem da sala em que você estiver de plantão. Nossa proposta prevê a coleta de dados no período entre os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Nesta metodologia você terá acesso em qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. ^[L]_[SEP]

Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato e confidencialidade em relação a sua identidade, quanto às informações prestadas no instrumento e suas possíveis indicações referente a outros profissionais. Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possa identificá-lo (a).

Sua colaboração neste estudo contribuirá para uma reflexão da prática clínica do Técnico de enfermagem na atenção hospitalar e orientações para cuidados em domicílio.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar oportuno enviando um e-mail para a pesquisadora, sendo garantida a confidencialidade e anonimato também neste processo.

Em caso de qualquer dúvida, informação ou problema, entrar em contato com:

Enf^ª MS.c. Lilian de Oliveira Corrêa (liliancoroli@yahoo.com.br)
Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde-UEA/ESA
Av. Carvalho Leal 1777-Cachoeirinha, Manaus-AM cep.69065-001
Av. Nilton Lins 2401 Flores cep 69058030
Contato: (92)98411-7220
Coren-AM: 219604 RG: 10.539.098

Ária Maria Mendes de Carvalho (ariamariacarvalho@gmail.com)
Endereço: Av Constantino Nery 3693, Chapada,
Manaus-Am cep. 69050-001
Contato: (92) 984181968
CRESS-AM: 3804 RG: 1703070-6

Manaus, ____ de _____ de 2017-2018

Assinatura do voluntário

Assinatura da Pesquisadora (Lilian de Oliveira Corrêa)

Assinatura da Assistente de Pesquisa
(Ária Maria Mendes de Carvalho)

APÊNDICE I**DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL DINTER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA e
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UFSC/UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ESA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução
466/12

(ACIDENTADO DE MOTOCICLETA)

TÍTULO DA PESQUISA: ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.

Prezado Voluntário (a)

Eu, Lilian de Oliveira Corrêa, enfermeira, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Estado do Amazonas-DINTER (PEN/UFSC/ESA/UEA), minha assistente, componente da equipe de pesquisa: Ária Maria Mendes de Carvalho, Assistente Social, através da orientação da Prof^ª Dr^ª Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora e Professora do (PEN/UFSC/), vimos por meio deste convidá-lo (a) a participar do presente estudo, que tem por objetivo: Propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar.

Sua participação consistirá de uma entrevista sobre o acolhimento recebido dos profissionais de enfermagem e observação do seu comportamento frente aos cuidados recebidos dentro do hospital. Além disso, você também participará de uma entrevista em sua casa (agendada após sua alta hospitalar) para sabermos o que mudou na sua rotina, seus sentimentos após a alta, e como está os cuidados que você recebe em casa. As entrevistas serão gravadas e a observação registrada em diário de campo.

Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional pois a

pesquisa não oferece risco à sua integridade física ou emocional, inerente à sua participação.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos realizar a entrevista no mesmo dia, beira leito na sala que você se encontrar no Hospital João Lúcio Pereira Machado, local da pesquisa. Nossa proposta prevê a coleta de dados no período entre os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Nesta metodologia você terá acesso em qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. ^[1]_[2]^[3]_[4]

Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato e confidencialidade em relação a sua identidade, quanto às informações prestadas no instrumento. Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possa identificá-lo (a).

Sua colaboração neste estudo contribuirá para uma reflexão da prática clínica do enfermeiro e do técnico de enfermagem na atenção hospitalar e orientações para cuidados em domicílio.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar oportuno enviando um e-mail para a pesquisadora, sendo garantida a confidencialidade e anonimato também neste processo.

Em caso de qualquer dúvida, informação ou problema, entrar em contato com:

Enf^ª MS.c. Lilian de Oliveira Corrêa (liliancoroli@yahoo.com.br)
Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde-UEA/ESA
Av. Carvalho Leal 1777-Cachoeirinha, Manaus-AM cep.69065-001
Av. Nilton Lins 2401 Flores cep 69058030
Contato: (92)98411-7220
Coren-AM: 219604 RG: 10.539.098

Ária Maria Mendes de Carvalho (ariamariacarvalho@gmail.com)
Endereço: Av Constantino Nery 3693, Chapada,
Manaus-Am cep. 69050-001
Contato: (92) 984181968
CRESS-AM: 3804 RG: 1703070-6

Manaus, ____ de _____ de 2017-2018

Assinatura do voluntário

Assinatura da Pesquisadora (Lilian de Oliveira Corrêa)

Assinatura da Assistente de Pesquisa
(Ária Maria Mendes de Carvalho)

APÊNDICE J**DOCTORADO EM ENFERMAGEM
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL DINTER
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA E
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS UFSC/UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-ESA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

De acordo com a Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução 466/12

(FAMILIAR/ACOMPANHANTE/CUIDADOR)

TÍTULO DA PESQUISA: ACOLHIMENTO DE ACIDENTADOS DE MOTOCICLETA E DE SEUS FAMILIARES EM AMBIENTE HOSPITALAR E DOMICILIAR: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.

Prezado Familiar/acompanhante/cuidador.

Eu, Lilian de Oliveira Corrêa, enfermeira, aluna do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Estado do Amazonas-DINTER (PEN/UFSC/ESA/UEA), minha assistente, componente da equipe de pesquisa: Ária Maria Mendes de Carvalho, Assistente Social, através da orientação da Prof^ª Dr^ª Eliane Regina Pereira do Nascimento, pesquisadora e Professora do (PEN/UFSC/), vimos por meio deste convidá-lo (a) a participar do presente estudo, que tem por objetivo: Propor um instrumento de cuidados de enfermagem aos acidentados de motocicleta e seus familiares visando o acolhimento no ambiente hospitalar e domiciliar.

Sua participação consistirá na participação de uma entrevista sobre o acolhimento recebido dos profissionais de enfermagem e observação do seu comportamento frente aos cuidados recebidos dentro do hospital. Além disso, você também participará de uma entrevista em sua casa (agendada após alta hospitalar) para sabermos o que mudou na sua rotina, seus sentimentos após a alta e como são os cuidados que você oferece em casa ao seu familiar acidentado. As entrevistas serão gravadas e a observação registrada em diário de campo.

Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional pois a pesquisa não oferece risco à sua integridade física ou emocional, inerente à sua participação.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos realizar a entrevista no mesmo dia, no auditório do Hospital João Lúcio Pereira Machado, local da pesquisa. Nossa proposta prevê a coleta de dados no período entre os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

Nesta metodologia você terá acesso em qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. [1]
[SÉP]

Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato e confidencialidade em relação a sua identidade, quanto às informações prestadas no instrumento. Não serão divulgados nomes, nem qualquer informação que possa identificá-lo (a).

Sua colaboração neste estudo contribuirá para uma reflexão da prática clínica do enfermeiro e do técnico de enfermagem na atenção hospitalar e orientações para cuidados em domicílio.

Você tem total liberdade de desistir do estudo no momento que julgar oportuno enviando um e-mail para a pesquisadora, sendo garantida a confidencialidade e anonimato também neste processo.

Em caso de qualquer dúvida, informação ou problema, entrar em contato com:

Enf^ª MS.c. Lilian de Oliveira Corrêa (liliancoroli@yahoo.com.br)
Endereço: Escola Superior de Ciências da Saúde-UEA/ESA
Av. Carvalho Leal 1777-Cachoeirinha, Manaus-AM cep.69065-001
Av. Nilton Lins 2401 Flores cep 69058030
Contato: (92)98411-7220
Coren-AM: 219604 RG: 10.539.098

Ária Maria Mendes de Carvalho (ariamariacarvalho@gmail.com)
Endereço: Av Constantino Nery 3693, Chapada,
Manaus-Am cep. 69050-001
Contato: (92) 984181968
CRESS-AM: 3804 RG: 1703070-6

Manaus, ____ de _____ de 2017-2018

Assinatura do voluntário

Assinatura da Pesquisadora (Lilian de Oliveira Corrêa)

Assinatura da Assistente de Pesquisa
(Ária Maria Mendes de Carvalho)

