

Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para enfermagem

Patient comfort needs in emergency and emergency care: implications for nursing

Necesidades de comodidad de pacientes atendidos en el servicio de urgencia y emergencia: implicaciones para enfermería

Keila Maria de Azevedo Ponte¹; Francisco Elinaldo Santiago Bastos²; José Garcia de Sousa³; Maria Gabriela Miranda Fontenele⁴; Otávia Cassimiro Aragão⁵

Como citar este artigo:

Ponte KMA, Bastos FES, Sousa JG, Fontenele MGM, Aragão OC. Necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência: implicações para enfermagem. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):925-930. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930>.

RESUMO

Objetivo: Descrever conforto para pacientes em serviço de emergência e implicações no cuidado de enfermagem. **Método:** Estudo exploratório descritivo qualitativo, realizado em hospital do Norte do Ceará referência para 55 municípios, com amostra de 85 pacientes, internados de 12 a 24 horas no Serviço de Emergência, investigados por meio de formulário, entre novembro de 2014 a fevereiro de 2015, com dados tratados segundo análise temática de Minayo. CEP 793.626 e CAAE 30640114.7.0000.5053. **Resultados:** No aspecto físico, a dor é o principal desconforto; no contexto psicoespiritual e sociocultural, a espera por atendimento; nos aspectos ambientais, os leitos. **Conclusão:** Os profissionais da enfermagem foram citados como os que mais contribuem para amenizar o desconforto dos pacientes.

Descritores: Paciente, emergência, enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe comfort for patients in emergency service and implications in nursing care. **Method:** Exploratory qualitative descriptive study, carried out in a hospital in the North of Ceará, a reference to 55 municipalities, with a sample of 85 patients, hospitalized

- 1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Mestre e Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UVA.
- 2 Graduado em Enfermagem pela UNINTA, Especialista em Urgência e Emergência Adulta e Pediátrica pela Faculdade Ítalo Brasileira (FIB), Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pelo Instituto Lato Sensu Sobral-CE, Enfermeiro Supervisor da UNINTA e Hospital e Maternidade Dr. José Evangelista de Oliveira de Ipu/CE.
- 3 Graduado em Farmácia pela UNINTA, Especialista em Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica pela Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Especialista em Gestão de Assistência Farmacêutica pela Universidade Cândido Mendes, Supervisor Farmacêutico da UNINTA
- 4 Graduado em Enfermagem pela UNINTA, Especialista em Saúde Pública pela FIB, Bolsista em Educação Continuada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE.
- 5 Graduada em Enfermagem pela UVA, Mestre em Ciências da Educação pela Universidade San Lorenzo (UNISAL), Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF-UVA), Especialista em Saúde Pública pela UVA, Especialista Licenciatura em Educação à Distância pela UNINTA, Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares pela Escola de Saúde Pública do Ceará, Enfermeira da Regional Norte de Sobral/CE (HRN), Coordenadora do Curso de Formação Contínua na Secretária da Saúde do Município de Forquilha/CE.

from 12 to 24 hours in the Emergency Department, investigated through a form, between November 2014 and February 2015, with data were treated according to Minayo's thematic analysis. CEP 793,626 and CAAE 30640114.7.0000.5053. **Results:** In the physical aspect, pain is the main discomfort; in the psychospiritual context, waiting for care; in environmental aspects, the beds. **Conclusion:** Nursing professionals were cited as the ones that contribute the most to ease the discomfort of patients.

Descriptors: Patient, emergency, nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir comodidad para pacientes en servicio de emergencia e implicaciones en el cuidado de enfermería. **Método:** Estudio exploratorio descriptivo cualitativo, realizado en hospital del Norte de Ceará referencia para 55 municipios, con muestra de 85 pacientes, internados de 12 a 24 horas en el Servicio de Emergencia, investigados a través de formulario, entre noviembre de 2014 a febrero de 2015, con datos fueron tratados según análisis temático de Minayo. CEP 793.626 y CAAE 30640114.7.0000.5053. **Resultados:** En el aspecto físico, el dolor es el principal malestar; en el contexto psicoespiritual e sociocultural, la espera por atención; en los aspectos ambientales, los lechos. **Conclusión:** Los profesionales de la enfermería fueron citados como los que más contribuyen para amenizar la incomodidad de los pacientes.

Descriptor: Paciente, emergencia, enfermería.

INTRODUÇÃO

O conforto é uma experiência positiva, multidimensional, subjetiva e dinâmica que se modifica no tempo e no espaço. É resultante das interações que o indivíduo estabelece consigo, com aqueles que o circundam e com situações enfrentadas.¹ Contemplado como uma experiência imediata e holística, o conforto é reforçado por meio de satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, presentes em determinados contextos da experiência humana e expressos pelos pacientes em seu adoecimento.² O controle pessoal da situação em que se encontram e as interações terapêuticas recebidas contribuem para o conforto emocional refletindo positivamente na sua recuperação.³ Por isso, no processo de doença e cuidado da saúde, o conforto é uma das metas da enfermagem, exigindo particular atenção quando se trata de atendimentos de urgência e emergência.⁴

Por ser considerada uma área de grande complexidade dentro dos hospitais, o serviço de urgência e emergência se distingue dos demais por demandar uma assistência imediata, eficiente e integrada, com amplo conhecimento técnico e habilidade profissional, além do emprego de recursos tecnológicos. Compara-se a um subsistema de saúde ao requerer vários serviços associados como centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo, radiologia, laboratório, entre outros.⁵ Este tipo de unidade é considerado um posto salva-vidas. Para ser efetiva, porém, a assistência de urgência e emergência deve se dar de forma ágil tanto quanto organizada, de modo a garantir a prestação de cuidados e assistência de saúde de qualidade. Deve estar equipada não só para o atendimento de urgência e emergências, como também para a investigação diagnóstica, os tratamentos mínimos necessários e a acomodação de clientes.⁶ A concepção de ambiência neste serviço, por exemplo, que compreende o

espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais, deve visar à privacidade e à individualidade dos sujeitos envolvidos.⁷

No entanto, no Brasil, esse tipo de unidade responde por sobrecarga de demandas, alta rotatividade de pacientes, longo tempo de espera, grande pressão por atendimento imediato e elevada tensão na equipe assistencial.⁸ A realização dos cuidados relacionados ao conforto dos pacientes nestas unidades é uma dificuldade considerável enfrentada pela equipe de saúde devido à superlotação e à inadequação do espaço físico.⁹ A diversidade de cuidados prestados e o ambiente estressante de atuação profissional podem, portanto, resultar na diminuição da qualidade da assistência ofertada e, conseqüentemente, no aumento dos índices de morbimortalidade.¹⁰

São inúmeras as situações e causas de desconforto quando se trata de paciente hospitalizado. Um paciente recém-admitido em um hospital está sujeito às tensões que acompanham a chegada a qualquer ambiente estranho.¹¹ É necessário ressaltar que quando as pessoas estão doentes, elas temem a dor, a morte e as limitações e se preocupam com sua capacidade de suportar as tensões que estão por vir. O paciente e os familiares enfrentam uma crise de desconfortos gerados pela privação do convívio, a possibilidade de perda, a mudança na rotina da vida familiar e a necessidade de se adequar às rotinas da instituição de internamento. A negligência ou o atendimento por profissionais inflexíveis ou indiferentes também podem contribuir para o desconforto dos pacientes. Outras causas de desconforto nos pacientes são as excessivas estimulações que recebem seja por fatores como calor ambiente, má acomodação nos leitos, luzes continuamente acesas, ruído do pessoal e de equipamentos na unidade, seja por intervenções como medicações na madrugada, despertar bem cedo ou longa espera pelas refeições.¹¹ Promover conforto aos usuários inseridos nesse contexto é, portanto, desafiador.

No entanto, nos ambientes hospitalares, principalmente em unidades críticas, a enfermagem é reconhecida por proporcionar segurança aos pacientes, atuando com escuta atenciosa, o que é primordial para perceber as suas necessidades e minimizar a ansiedade.¹² É de notória importância o trabalho do enfermeiro ao desenvolver habilidades específicas que contribuem para a tomada de decisões assertivas. Por isso, o paciente procura na equipe de enfermagem a compreensão e o apoio para obter algum conforto.¹³ A enfermagem conta com diversos recursos à sua disposição para aliviar o desconforto dos pacientes, mas é somente por meio de uma abordagem sistemática ao problema, aplicando o processo de enfermagem, que as medidas eficazes podem ser selecionadas, pois os resultados das intervenções para o conforto variam de pessoa para pessoa.¹⁴ Além das particularidades individuais, o conforto pode ser classificado, conforme a Teórica Kolcaba, em físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Pertencem ao tipo de conforto físico às sensações físicas, mecanismos homeostáticos e funções imunes do organismo; no conforto psicoespiritual, a consciência interna de si, incluindo autoestima, autoconceito, sexualidade, significado na vida de alguém e a relação com o ser divino; o conforto ambiental tem o foco no ambiente, nas condições e influências externas.

E, por fim, o conforto sociocultural volta-se para as relações interpessoais, familiares e sociais.⁴

Por essas particularidades, a enfermagem deve buscar combinações de medidas mais eficazes para garantir o conforto a cada paciente, como mediante o Processo de Enfermagem direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que permite detectar as prioridades de intervenções. Nos serviços de urgência e emergência, o enfermeiro deve estar direcionado a aplicar essa metodologia pelos benefícios que traz. A SAE parte da avaliação dos dados do paciente, da família e da comunidade nos diversos contextos de inserção, permitindo ao enfermeiro um julgamento crítico, favorável à prática assistencial e a tomada de decisão clínica baseada em evidências.

Diante do exposto, faz-se necessário conhecer quais as necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de urgência e emergência como ponto de partida para mudanças de paradigma. Considerando sua relevância para a prática assistencial dos enfermeiros, a discussão sobre essa temática implica na melhoria da qualidade da assistência fundamentada em preceitos teóricos, técnicos, científicos e éticos que emergem na situação de doença e morte iminente, como é o caso dos serviços de urgência e emergência.¹⁵

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado na média complexidade da Unidade de Urgência e Emergência de um hospital de grande porte, referência para a zona norte do estado do Ceará. O hospital está localizado na cidade de Sobral, a 235 km da capital Fortaleza. Além da população municipal de 197.663 habitantes, o hospital atende a 55 municípios circunvizinhos.⁵

O hospital, fundado há noventa anos, tem 370 leitos exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como hospital de ensino pela Portaria Interministerial nº 2.576, de 10 de outubro de 2007, o 9º desta categoria no estado do Ceará, sendo o primeiro fora da capital. Atualmente, conta com residências médicas e multiprofissionais, inclusive em urgência e emergência.⁵

O serviço de urgência e emergência do hospital, cenário desta pesquisa, tem uma equipe assistencial composta por técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistente social e nutricionista.¹⁶ A unidade possui consultórios médicos, salas para procedimentos de média complexidade, uma Unidade de Tratamento Intensiva Adulta, unidades de observação adulta feminina e masculina e sala para acolhimento dos pacientes e classificação quanto ao risco e prioridade de atendimento.

No total, 85 pacientes participaram do estudo, convidados de forma individual, escolhidos aleatoriamente, utilizando como critério de inclusão idade maior que 18 anos, que estivessem internados na média complexidade, com tempo de permanência no serviço de 12 a 24 horas. Como critério de exclusão, pessoas que não atendessem os critérios anteriormente mencionados, pacientes críticos muito instáveis, com nível de consciência alterado, com dor de

moderada a grave ou alguma dificuldade que impossibilitasse sua participação.

A coleta das informações ocorreu de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Como instrumento, optou-se por um formulário contendo questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, as situações de desconforto apresentadas por eles e profissionais de saúde que contribuíram para a promoção do seu conforto.

As informações foram tratadas segundo análise temática de Minayo, divididas em três etapas, sendo a primeira desdobrada em pré-análise, que consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; e pró-análise, que, por sua vez, foi decomposta em tarefas (leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos). A segunda etapa, denominada de exploração do material, consistiu essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. A terceira etapa é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, na qual os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas.¹⁷

Esta pesquisa tem parecer de nº 793.626 e CAAE 30640114.7.0000.5053. Todos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados como confidencialidade e privacidade dos indivíduos pesquisados, garantindo a proteção de suas imagens. Foram observadas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. A presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros. Também foi usado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes da pesquisa. A pesquisa não envolveu riscos diretos para os participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados segundo caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, situações de desconforto vivenciadas por pacientes em urgência e emergência e profissionais que contribuíram para conforto. Na caracterização sociodemográfica e clínica, a idade dos pacientes variou de 18 a 75 anos, 62% eram casados, 66% tinham filhos e 64% residiam fora de Sobral. Quanto à escolaridade, 16% declararam-se analfabetos, 51% estavam entre alfabetizados e com ensino fundamental completo e 33% estavam entre ensino médio incompleto a ensino superior em andamento. Sobre sua ocupação, oito responderam que eram trabalhadoras domésticas, 12 donas de casas, seis auxiliares de produção, vinte agricultores e os demais enquadraram-se em outras profissões com apenas um representante em cada.

Os pacientes internados na unidade de urgência e emergência referiram desconfortos de ordem física, psíquica, espiritual, ambiental, social e cultural. Todavia, houve relatos contrários, ou seja, de presença de conforto,

apesar da internação. Quanto às necessidades de conforto no contexto físico, a dor foi o principal desconforto apresentado. Os pacientes também se queixaram de desconforto no leito.

Convém ilustrar que a unidade estudada atende a uma demanda superior à sua capacidade. Os pacientes ficam dispostos em leitos tão próximos uns dos outros que, para prestar assistência a um deles, muitas vezes é necessário movimentar outros. “Precisamos ficar saindo o tempo todo”, relata uma entrevistada. A insuficiente quantidade de leitos é amenizada com o uso de macas que, por sua vez, também são em número inferior ao necessário, ficando os pacientes mais estáveis acomodados em cadeiras por tempo indeterminado. Em relação às macas também há queixas de desconforto porque são estreitas e acolchoadas com napa, um tecido que facilita a higienização, mas que gera um aumento indesejado da temperatura da pele, piorando a sensação térmica ambiente. Outros desconfortos de origem física verbalizados foram: restrição ao leito por imobilidade de membros inferiores, desconforto pós-punção lombar, calor, dificuldade de repousar, problemas respiratórios, palpitação e jejum prolongado. Este último, quando superior ao tempo previsto para realização de exames ou procedimentos.

Quanto às necessidades de conforto no contexto psicoespiritual, a ansiedade foi o maior desconforto gerado, oriunda do espaço de tempo que se estende para além do esperado ou do desejável em cada uma das etapas do processo de internação, desde a entrada até a definição de fluxo final. Os relatos descrevem demora no atendimento médico inicial após a classificação de risco, na realização dos exames solicitados, no resultado dos exames após sua realização, na falta de definição de qual profissional analisará os resultados, na avaliação dos exames após a chegada dos resultados, na definição de conduta após análise de exames e nos procedimentos após definição de conduta.

Os participantes do estudo também se lamentaram de falta de atenção dos profissionais no esclarecimento das dúvidas manifestadas em cada uma das etapas anteriormente citadas. As respostas com informações imprecisas ou as que preveem mais tempo de espera também causavam desconforto, aumentando a angústia dos pacientes. Houve relatos de depressão e submissão involuntária às rotinas da instituição. Dependendo de um atendimento de saúde que ignora a participação do paciente na condução dos seus processos de saúde e adoecimento também é fonte de desconforto. Entre os entrevistados, foi verbalizada a sensação de não ser percebido pelos profissionais (“pareço invisível”, “eles são indiferentes”). Essa percepção dos pacientes é fortalecida quando se queixam, por exemplo, de dor e não são medicados em tempo oportuno. Desconforto nos relacionamentos durante a internação é ainda mencionado quando pacientes mais estáveis são incompreensíveis com relação às necessidades de conforto ou prioridade de pacientes mais graves. Como na classificação de risco a gravidade dos pacientes é evidente ao leigo, cria-se um sentimento de indignação entre os pacientes que, por terem chegado mais cedo ou por terem determinado problema de saúde, supostamente merecem ser atendidos primeiro.

Quanto às necessidades de conforto no contexto sociocultural, foram relatadas as necessidades de

acompanhamento de familiar ou alguém que promovesse segurança ao longo de toda permanência hospitalar. Como forma de compensar essa ausência, entram em cena os aparelhos celulares. No entanto, se por um lado podem ser utilizados como fonte de conforto, ao permitir a comunicação do paciente internado com a família, por outro lado, aumentam as possibilidades de ruído no ambiente, provocando perturbação do sono e repouso e gerando outros tipos de desconfortos, além do risco de invasão de privacidade, exposição pública desnecessária, incorrendo em processos antiéticos difíceis de gerenciar. Ainda no contexto sociocultural, houve também relato de paciente incomodado com determinadas posturas adotadas pelos profissionais. Em tom de indignação, um paciente comparava as atitudes dos profissionais e concluiu que, enquanto uns são dedicados ao trabalho, outros ficam ociosos ou distraídos sem prestar a devida assistência aos pacientes.

As queixas de desconforto no contexto ambiental apontaram para o contato do paciente com um cenário típico de uma unidade de urgência e emergência, superlotado, com equipe subdimensionada, agitado, estressante, barulhento, recebendo vítimas de trauma, por exemplo, por vezes mutiladas, feridas por armas, com fraturas expostas, ensanguentadas, queimadas, gementes, em parada cardiorrespiratória, evoluindo com óbito, entre outros casos de difícil assimilação com naturalidade por um leigo. A visualização destes fatos foi apontada como um gerador de desconforto psíquico e emocional. Este ambiente tem impacto no conforto do paciente não apenas por ser chocante em si só, mas pelo sentimento de impotência frente ao risco de morte e por temer que isto lhes aconteça.

Quando inferidos para eleger as situações de conforto vivenciadas, destaca-se nas falas o bem-estar causado quando percebem alívio de suas dores, ou quando percebem rapidez no atendimento médico e na realização do exame, ou se obtêm explicações com respostas claras sobre o atendimento; ou quando mudam de um leito menos adequado para outro melhor, ou quando os profissionais são amigáveis, ou quando satisfazem suas necessidades de sono e repouso. A presença de familiar junto de alguns pacientes promoveu conforto no contexto sociocultural e até melhor satisfação com o ambiente.

Os resultados permitiram demonstrar que os participantes do estudo perceberam e se sentiram confortáveis quando, em algum momento, algum profissional de saúde lhe aplicava medicação, realizava procedimentos como curativos, sondas, limpeza de secreção, ajuda etc. No relato dos participantes do estudo estavam presentes médicos, acadêmicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e acadêmicos que contribuíram para o conforto e o alívio/controle da sua dor relacionada ao contexto físico.

Apontam como outro fator confortador o apoio e bom relacionamento com a equipe de saúde e com os outros pacientes, conforme ilustram as seguintes falas: “porque quando a gente chega aqui, a gente conhece várias pessoas, aí o tempo vai passando e me sinto confortável por causa disso”; “vai dando certo, na medida do possível, tratando a gente com carinho”; “eu fui logo atendido pelos profissionais e quando eu cheguei com dor, as enfermeiras me atenderam muito bem”; “as enfermeiras, o médico logo me examinou, fez

a limpeza e o curativo”; “o porteiro, o médico e a enfermeira me atendeu bem, foi atenciosa”; “eles (funcionários) estavam sempre procurando um lugar melhor pra me colocar, se estava no corredor me tiraram e procuraram outro lugar. Assim, estavam preocupados né, e o enfermeiro que fazia isso”.

Quando inferidos para eleger os profissionais que mais contribuíram para que as situações de conforto vivenciadas acontecessem, em análise quantitativa dos profissionais citados pelos pacientes que contribuíram com o conforto no setor de urgência e emergência, tem-se: os profissionais de enfermagem citados 18 vezes; os médicos, 15 vezes; os auxiliares e técnicos de enfermagem nove vezes; todos os profissionais anteriormente mencionados, seis vezes; nenhum, duas vezes; porteiro e técnico em radiologia, uma vez cada; e apenas um paciente relatou não saber qual profissional promoveu seu conforto. A enfermagem foi mencionada como a principal responsável pelo conforto nesses pacientes. Questiona-se se seria por serem esses profissionais os que permanecem por mais tempos à beira do leito no desempenho de suas atividades. Nas falas, a figura do médico prevaleceu como necessária para maior agilidade na prestação da assistência.

A caracterização do perfil dos usuários atendidos em serviços hospitalares de urgência e emergência traz subsídios para a reorganização da gestão do sistema de saúde e evidencia o desafio de implantar a rede de atenção às urgências no Brasil¹⁸. Em estudo análogo a este, encontrou-se predomínio no atendimento de urgência e emergência no sexo masculino, a média da idade foi de 46 anos, a maioria dos pacientes possuía apenas o ensino fundamental, 10% eram analfabetos e 8% desempregados.¹⁹ Em outro estudo, predominam pacientes do sexo feminino, solteiras, com idade entre 21 e 40 anos, com até dez anos de estudo e renda familiar abaixo de três salários-mínimos.²⁰ Em outra análise, a maioria da população era do sexo feminino, casadas, com a faixa etária entre 30 e 49 anos, renda familiar de um a três salários-mínimos, tendo a maior parte dos usuários o 2º grau completo.²¹ Com base nos achados e no referencial bibliográfico deste estudo, o perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências é composto por uma população que se encontra na faixa etária produtiva, com baixa escolaridade e condição socioeconômica precária.

No tocante à superlotação das Unidades de Urgência e Emergência, pesquisadores constataram que nestas unidades há uma alta proporção de pessoas com problemas de saúde que poderiam ser resolvidos, mais apropriadamente, em Unidades Básicas de Saúde (UBS).²²⁻²³ Os pacientes investigados demonstraram desconfiança em relação ao atendimento nas UBS, preferindo os recursos tecnológicos disponibilizados e a sensação de resolubilidade dos prontos-socorros, por serem realizados vários exames e medicados imediatamente. O acesso irrestrito aos prontos socorros pode ser uma das causas da alta incidência de usuários que buscam atendimento imediato para problemas simples.

Portanto, esse grande número de atendimentos nos serviços de urgência e emergência acaba por sobrecarregar a equipe multiprofissional, especialmente a equipe de enfermagem, por requerem assistência em grande quantidade, mesmo entre os pacientes não internados. São exemplos

aqueles que são atendidos nas salas de sutura, procedimentos ambulatoriais, sala de administração de medicações, sala de inalação, encaminhamentos e orientações para realização de exames laboratoriais e de imagens.

Foram identificados, entre os pacientes dos serviços de urgência e emergência, os seguintes problemas físicos: edema, formigamento, desconforto ao ficar em pé, desidratação, necessidade de auxílio para locomover-se.²² Os autores listam como cuidados que promovem o conforto: satisfações das necessidades humanas básicas, realização de procedimentos técnicos, presença de equipamentos, controle e alívio da dor das sintomatologias clínicas, disponibilidade de medicamentos, procedimentos de preparo diagnóstico e terapêuticos, conforto no leito e promoção de sono e repouso. Contudo, o alívio da dor foi citado nos textos como a maior fonte de conforto.

A atuação da equipe de enfermagem deve, de modo independente e colaborativo, compreender a identificação da queixa de dor e perceber a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios: a aferição das repercussões no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, a identificação de fatores que contribuíam para a melhora ou piora, a seleção de alternativas de tratamento e a verificação da eficácia das intervenções para o alívio da dor desse pacientes em unidades de emergência.²³

Nesse contexto, é de fundamental importância, que o enfermeiro entenda a necessidade dos pacientes, compreenda e tenha um olhar humanístico para com o paciente que sofre. Portanto, o compromisso da enfermagem para amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas e físicas, pois o enfoque deve ser voltado para aspectos existenciais que permitam a expressão de sentimentos, de forma que seja necessário ouvir o paciente em situação de dor e buscar alternativas para amenizar seu sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu descrever as necessidades de conforto de pacientes atendidos no serviço de emergência e as implicações para o cuidado de enfermagem. Quanto ao contexto físico, a dor foi o principal desconforto apresentado. Outros relatos reportam a impossibilidade de deambulação, desconforto no leito, punção na ocasião da anestesia, dispneia, taquicardia e jejum prolongado. Quanto ao contexto psicospiritual e sociocultural, as necessidades de conforto foram direcionadas a espera pelo atendimento, falta de atenção de alguns profissionais de saúde, tristeza, depressão, deslocamento de sua cidade de origem e falta dos familiares ou acompanhantes. Quanto ao contexto ambiental, os pacientes se sentem desconfortáveis ao visualizar outros em condições mais graves, mencionam também leitos desconfortáveis e ruídos diversos.

Em contrapartida, este estudo mostrou também relatos de pacientes que, mesmo submetidos às mesmas condições dos anteriores, sentem-se confortáveis. A satisfação de suas necessidades de conforto foi registrada quanto a alívio da dor, adequação do leito, satisfação das necessidades de sono e repouso, apoio e bom relacionamento com a equipe de saúde, presença de um familiar durante a internação, satisfação com

a limpeza do ambiente, disponibilidade de medicamentos e realização de procedimentos que resolveram seu problema de saúde. Os achados revelam que a percepção de conforto pode ser individual.

No que se referem aos profissionais citados pelos pacientes que contribuíram com a promoção do conforto, em sua maioria foram os profissionais de enfermagem seguida da equipe médica. Os resultados possibilitam reflexões para melhoria continuada da atenção à saúde. Este estudo identifica necessidades de conforto, com as quais é possível traçar planos de cuidados voltados à satisfação e às necessidades de pacientes em ambientes semelhantes ao pesquisado.

Entre as limitações para realização deste estudo estão a dificuldades em obter o consentimento dos participantes, o local de realização do estudo, os profissionais que de algum modo dificultavam o processo de coleta e tempo de permanência insuficiente com os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. *Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em unidade de terapia intensiva*. Texto Contexto Enferm. 2012; Out-Dez; 21(4): 896-904.
2. Silva AL, Silva LF, Souza IEO, Moreira RVO. *Mulher cardiopata com úlcera por pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto*. Esc Anna Nery. 2013; Jan-Mar; 17 (1): 168-72.
3. Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermagem*. 7ª ed; Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
4. Ponte KMA, Silva LF. *Implementação do método pesquisa-cuidado com base na teoria do conforto: relato de experiência*. Cienc Cuid Saude. 2014; Abr-Jun; 13(2): 388-93.
5. Martins JT, Bobroff MCC, Andrade AN, Menezes GDO. *Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção*. Rev enferm UERJ. 2014; Mai-Jun; 22(3): 334-40.
6. Figueiredo NMA, Vieira AAB. *Urgência e emergência: atendimentos e cuidados de enfermagem*. 5ª ed; São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2012.
7. Alves DP. *Arquitetura Hospitalar: conceito de ambiência no processo de humanização do edifício de saúde; Joinville*. Monografia [Graduação em Tecnologia da Gestão Hospitalar] – Instituto Federal de Educação de Santa Catarina, 2015.
8. Duro CLM, Lima MADS. *O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em Urgência e Emergências: análise da literatura*. Online Brazilian Journal of Nursing. 2010; Jun 9(3): 01-12.
9. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. *Desafios para a gerência do cuidado em urgência e emergência na perspectiva de enfermeiros*. Acta Paul Enferm. 2013; 26(2): 136-43.
10. Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rickli HC, Marcon SS. *Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro*. Esc Anna Nery. 2012; Out-Dez; 16(4): 767-74.
11. Dugas BW. *Enfermagem prática*. 4ª ed; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
12. Almeida OSC, Gama ER, Bahiana PM. *Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros*. Revista Enfermagem Contemporânea. 2015; Jan-Jun; 4(1):79-90.
13. Camargo FCM, Lima RFS, Santos AM, Silva LR, Santos IMM. *A aplicabilidade da teoria do cuidado cultural por enfermeiras nos periódicos de saúde do Brasil (1992-2011)*. Rev Fund Care Online. 2014; Out-Dez; 6(4):1743-55.
14. Silva FVF. *Processo de enfermagem com vistas ao cuidado clínico de conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio*. Fortaleza. Dissertação [Mestrado de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde] – UECE; 2013.
15. Durante ALTC, Tonini T, Armini LR. *Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral*. Rev enferm UFPE on line. 2014; Mar; 8(3): 530-6.
16. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP et al. *Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho*. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010; Set; 12(3):449-55.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed; São Paulo: Hucitec, 2010.
18. Garcia VM, Reis RK. *Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência*. Rev bras enferm. 2014; Mar-Abr; 67(2): 261-7.
19. Barreto RE, Gomes CZL, Silva RM, Signorelli AAF, Oliveira LF, Cavellani CL et al. *Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário*. Rev Dor. 2012; Jul-Set; 13(3): 213-9.
20. Guedes MVC, Henriques ACPT, Lima MMN. *Acolhimento em um serviço de urgência e emergência: percepção dos usuários*. Rev bras enferm. 2013; Jan-Fev; 66 (1): 31-7.
21. Oliveira ANS, Moura JGL, Bezerra KS, Moura, LA, Mendes RNC, Gomes JO. *O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco*. Rev pesqui cuid fundam (Online). 2013; Abr-Jun; 5(2): 3601-7.
22. Ohara R, Melo MRAC, Laus AM. *Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro*. Rev bras enferm. 2010; Sep-Out; 63(5): 749-54.
23. Bastos FES, Ponte KMA, Sousa JG. *Diagnósticos, sinais e sintomas de pacientes em unidade de urgência e emergência: Estudo bibliográfico*. Essentia. 2015; Jan-Jun; 16(2): 81-103.

Recebido em: 11/08/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 14/11/2017

Publicado em: 07 /01/2019

Autora responsável pela correspondência:

Keila Maria de Azevedo Ponte
Rua Osvaldo Rangel, nº 313, Bairro Alto do Cristo, Sobral
Ceará, Brasil
CEP: 62.020-495
Telefone: +55 (88) 9 9928-1268
E-mail: keilinhaponte@hotmail.com

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**