



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Louise Theresa de Araújo Abreu

**A recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem
fundamentada na teoria *Human Becoming***

Rio de Janeiro

2017

Louise Theresa de Araújo Abreu

A recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria *Human Becoming*



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A162 Abreu, Louise Theresa de Araújo.
A recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria Human Becoming / Louise Theresa de Araújo Abreu. - 2017.
106 f.
Orientadora: Lina Márcia Miguéis Berardinelli.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em emergência. 2. Recusa do paciente ao tratamento. 3. Humanização da assistência. I. Berardinelli, Lina Márcia Miguéis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Louise Theresa de Araújo Abreu

A recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria *Human Becoming*

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Aprovada em 31 de janeiro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Neiva e Luiz, que não mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos, sempre me incentivando e me possibilitando os recursos para que eu pudesse seguir estudando. Ensinaram-me a escolher sempre o melhor caminho, os mais honestos e altruístas. E ao meu esposo, Thiago, que me incentiva continuamente, me ajuda, me auxilia de diversas formas, com paciência e carinho, mantendo a calma quando eu mesma a perco. Amo vocês, são essenciais para mim! Eu não conseguiria chegar até aqui sem vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, autor e consumidor da minha fé. A Jesus, meu melhor amigo, pai amoroso, confidente fiel e arquiteto dos meus sonhos. Ele é o meu maior amor. Ao Espírito Santo, meu consolo sempre presente, aquele que me motiva e me toca nos momentos que mais preciso. A Deus minha gratidão e minha total entrega.

Aos meus pais, irmã e familiares que me incentivaram em toda esta caminhada. Me ajudando sempre e me completando.

Ao meu esposo, por acreditar mais em mim do que eu mesma acredito. Por sempre me incentivar e me ajudar a alcançar os meus sonhos.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Lina Márcia Miguéis Berardinelli, agradeço por ter acreditado em mim, no estudo que desenvolvi, por persistir em um tema que trouxe debate e reflexões. Pela paciência e sabedoria dedicadas, pelas orientações dadas em todo este processo. Obrigada pela parceria e pelos momentos de grande crescimento, sempre rodeados de amizade.

À Prof.^a Dra. Célia Caldas, ao Prof. Dr. Mauro Leonardo, à Prof.^a Dra. Benedita Deusará, pelas incríveis e necessárias contribuições ao trabalho, ao longo de sua construção.

Às minhas colegas do mestrado, principalmente Evelize e Larissa, por compartilharem as ansiedades, medos, risadas, tensões e alegrias durante essa jornada, atenuando os momentos mais difíceis. Foram momentos inesquecíveis e de construção de uma bela amizade.

Agradeço aos profissionais de enfermagem do Hospital Municipal Lourenço Jorge. Especialmente à minha coordenadora Mônica, à supervisora Bianca e à minha equipe de técnicos de enfermagem, maravilhosos: Érica Freitas, Márcio Câmara, Viviane de Jesus e Raquel do Nascimento, vocês tornam o trabalho mais leve e eficiente.

Agradeço a todos os participantes, por compartilharem seus depoimentos e histórias, com tanta verdade, que se sentiram parte deste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pela organização, disponibilidade e apoio em todos os momentos.

RESUMO

ABREU, Louise Theresa de Araújo. **A recusa do cuidado em situações de emergência**: uma abordagem fundamentada na teoria *Human Becoming*. 2017. 106f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender da melhor maneira possível todos os pacientes que requerem atendimentos emergenciais ou urgentes. No entanto, mesmo o paciente necessitando de cuidado, a enfermagem tem percebido recusa do atendimento por parte de alguns deles. Nesse sentido, questiona-se: quais os sentimentos e posicionamentos que emergem da equipe de enfermagem ao receber a recusa do atendimento por parte do paciente que necessita de cuidados? Sendo assim, o fenômeno deste estudo é a recusa do cuidado em situações de emergência, com uma abordagem fundamentada na teoria *Human Becoming*. Logo, foi construído o seguinte objetivo geral: Analisar os sentimentos e posicionamentos expressos pela equipe de enfermagem, diante da recusa do cuidado em situações de emergência, numa perspectiva fundamentada na teoria *Human Becoming*. E os objetivos específicos: Conhecer os sentimentos e os posicionamentos que emergem da equipe de enfermagem, diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência, a partir da relação enfermeiro-pessoa fundamentada na teoria *Human Becoming*; Discutir quais são os sentimentos e posicionamentos dos profissionais de enfermagem relacionados à teoria *Human Becoming* e à dimensão ética do cuidar. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem participativa, desenvolvida em 2016, na unidade de emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro. Aprovada pelo Comitê de Ética da UERJ sob o Protocolo nº 52543815.9.0000.5259. Os participantes foram os enfermeiros e técnicos de enfermagem da unidade de emergência. Os dados foram produzidos em 2016 por meio de entrevista semiestruturada, Mapa-falante e World Café, e o tratamento dos dados seguiu a orientação da Análise de Conteúdo de Bardin, emergindo três categorias e uma subcategoria, intituladas: Emoções e sentimentos revelados na recusa; e sua subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes; O significado, a ritmicidade e a transcendência no relacionamento enfermeiro-pessoa; e Posicionamento após a recusa e a ética do cuidado. Conclui-se que diversos sentimentos emergem destes profissionais no momento da recusa, tais como a frustração, a raiva, a impotência, a empatia, a indiferença. Também foi possível analisar que muitos princípios da teoria de Parse são aplicados no cotidiano do relacionamento enfermeiro-paciente, na unidade de emergência. Porém, ainda há muito que avançar nesse sentido. Foi possível constatar que os profissionais procuram orientar e elucidar os pacientes, com respeito à autonomia destes.

Palavras-chave: Recusa do paciente ao tratamento. Cuidado de enfermagem. Emergências.

ABSTRACT

ABREU, Louise Theresa de Araújo. **The refusal of care in emergency situations: an approach based on the *Human Becoming* theory.** 2017. 106f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The emergency unit is intended to receive and best serve all patients who require emergency or urgent care. However, despite the patient's need for care, nurses have noticed refusal of care by some of them. In this sense, this study questions: what are the feelings and positions that emerge from the nursing team when receiving the refusal of care by the patient in need of care? Thus, the phenomenon of this study is the refusal of care in emergency situations, with an approach based on the *Human Becoming* theory. Therefore, the following general objective was constructed: To analyze the feelings and positions expressed by the nursing team, in face of the refusal of care in emergency situations, from a perspective based on the *Human Becoming* theory. And the specific objectives: To know the feelings and the positioning that emerge from the nursing team, in the face of the patient's refusal in an emergency and urgent situation, in the context of the nurse-person relationship based on the *Human Becoming* theory; To discuss what are the feelings and positions of nursing professionals related to and the *Human Becoming* theory and the ethical dimension of care. It is a qualitative, participatory approach. This is a qualitative, participatory approach, developed in 2016, in the emergency unit of a municipal hospital of Rio de Janeiro. Approved by the Ethics Committee of UERJ under Protocol No. 52543815.9.0000.5259. Participants were the nurses and nursing technicians of the emergency unit. The data were collected in 2016 through interview, talking-map and World Café, and the data treatment followed the orientation of the Bardin Content Analysis, emerging three categories and a subcategory, entitled: Emotions and feelings revealed in the refusal; and its subcategory: The meaning of the refusal of care from the perspective of the participants; Meaning, rhythmicity and transcendence in the nurse-person relationship; And Position after the refusal and relevance of the study. It is concluded that various feelings emerge from these professionals at the time of refusal, such as frustration, anger, impotence, empathy, indifference. It was also possible to analyze that many principles of Parse's theory are applied in the routine of the nurse-patient relationship in the emergency unit. However, there is still a long way to go in this direction. It was possible to verify that the professionals seek to orient and elucidate the patients, with respect to their autonomy.

Keywords: Patient refusal to treatment. Nursing care. Emergencies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre os princípios, conceitos e estruturas teóricas da Teoria Tornar-se Humano.....	39
Figura 2 - Mapa do município do Rio de Janeiro.....	45
Figura 3 - Disposição das salas da emergência do hospital municipal.....	46
Figura 4 - Desenhos do Mapa- falante.....	56
Figura 5 - Desenhos do Mapa- falante.....	56
Figura 6 - Imagens da coleta de dados: Mapa-falante	57
Figura 7 - Imagens da coleta de dados: World Café.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Profissões dos participantes.....	53
Tabela 2 - Faixa etária dos participantes.....	53
Tabela 3 - Etnia dos participantes da pesquisa.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEM	Código de Ética Médico
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
LILACS	Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MP	Mapa Falante
MS	Ministério da Saúde
PAP	Pesquisa-ação Participante ou Participativa
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PP	Pesquisa Participativa
PPGENF/UERJ	Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
OS	Pronto Socorro
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
WC	<i>World Café</i>

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1	REFERENCIAL TEMÁTICO.....	23
1.1	Dimensão ética do cuidado.....	23
1.2	Manifestações da recusa e seus motivos.....	26
1.3	Consentimento versus recusa e suas implicações.....	28
1.4	Humanização do cuidado em urgência e emergência.....	30
1.5	Perspectivas da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.....	32
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	34
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	Cenário do Estudo.....	45
3.2	Participantes e critérios de elegibilidade.....	47
3.3	Aspectos éticos da pesquisa.....	47
3.4	Técnica de produção de dados.....	48
3.5	Organização e análise dos dados.....	52
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	53
4.2	Resultados e discussão do Mapa-falante (MP).....	54
4.3	Resultados e discussão dos seminários e do World Café (WC).....	58
4.3.1	<u>Categoria 1: Emoções e sentimentos revelados na recusa.....</u>	59
4.3.1.1	Subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes	65
4.3.2	<u>Categoria 2: O significado, a ritmicidade e a transcendência no relacionamento enfermeiro-pessoa.....</u>	68
4.3.3	<u>Categoria 3: Posicionamento após a recusa e a ética do cuidado.....</u>	70
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76

REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	87
APÊNDICE B - Carta de Apresentação Institucional.....	89
APÊNDICE C - Instrumento para produção de dados do Mapa Falante e Word Café	91
APÊNDICE D – Instrumento para produção de dados (Entrevista).....	92
APÊNDICE E – Quadro das Unidades de Registro e Categorias Analíticas.....	93
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP da UERJ.....	97
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP da SMSRJ.....	101

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo tem como fenômeno *a recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria Human Becoming*. Insere-se na linha de pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do cuidar em Saúde e Enfermagem.

Este tema emerge de uma inquietação durante o desenvolvimento da minha prática profissional, enquanto enfermeira plantonista em uma unidade de emergência hospitalar, observando e intervindo em situações diversas de recusa ao cuidado por paciente, desde a não aceitação de uma medicação intravenosa até mesmo à desistência total da avaliação diagnóstica e tratamento. Estas rejeições ocorreram por diversos motivos, e o que mais me chamava a atenção era a reação dos profissionais diante daquela situação.

Alguns profissionais demonstravam sentimentos que se refletiam em sua conduta profissional, dessa maneira percebi a importância de conhecer e reconhecer estes sentimentos e posicionamentos. Quando estas emoções atingem a consciência, expressam um entendimento ético e legal acerca do cuidado, e podem proporcionar ao profissional uma gama de manuseios para lidar com seus sentimentos em prol de oferecer o atendimento necessário para aquele momento.

É neste espaço de cuidado onde tudo pode acontecer, do previsível ao imprevisível, que atuo como enfermeira do serviço de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro, sendo o cuidado direto a principal atividade desenvolvida às pessoas que chegam para atendimento.

Ressalta-se que a emergência tem por objetivo receber e atender as pessoas admitidas de modo adequado, com atendimento ágil, tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; dar informações ao paciente sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto a: possíveis diagnósticos, diagnósticos confirmados, justificativas, segurança, exames realizados, procedimentos invasivos ou cirúrgicos, duração, evolução, tratamento, privacidade, cuidado e conforto (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu procedimentos nos serviços de emergência, em três modalidades, considerando como critério a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser atendido: urgência de baixa e média complexidade, quando não há risco de morte,

porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo; e emergência, casos em que há risco de morte (BRASIL, 2003). Salienta-se que, tanto nas situações de urgência e emergência, o critério de acesso aos serviços é o da gravidade. Assim, os pacientes em situação de emergência são atendidos primeiro.

Nesse contexto, o enfermeiro de unidades de emergência deve possuir conhecimento e estar apto para receber as pessoas em qualquer situação de risco, obter a história, realizar o exame físico, oferecer cuidado imediato, preocupando-se sempre com a manutenção da vida e orientação para a continuidade da qualidade de vida. Somado a isto, deve aliar a fundamentação teórica à capacidade de liderança, iniciativa e habilidade assistencial e de ensino. Para esse atendimento são necessários raciocínio rápido, agilidade e liderança, pois, é responsável por uma equipe de enfermagem que é vital de uma unidade de emergência (VALETIM; SANTOS, 2009).

As principais diretrizes do MS para as redes de atendimento de urgência dizem respeito à ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, contemplando a classificação de risco e intervenção necessária e adequada aos diferentes agravos, além da garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento, bem como humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Nesse caso, são atendidas pessoas com diferentes manifestações de risco, aquelas que necessitam de cuidados imediatos e aquelas que podem aguardar um pouco mais pelo atendimento. As situações mais frequentes são traumas de diferentes complexidades, fraturas, lesões corto-contusas, escoriações, por diversos motivos.

Muitos destes pacientes são lúcidos, orientados, conscientes em todo o processo de atendimento, entretanto, o que chama atenção, e tem ocorrido com certa regularidade, é a recusa das pessoas a algum tipo de cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Observa-se que os cuidados mais recusados são as punções venosas e os curativos, o posicionamento correto e permanência na prancha rígida, posição indicada para pacientes que sofreram politraumatismos, caracterizada pelo uso de colar cervical.

Assim, o trabalho nestas unidades especializadas envolve cuidado direto, orientações, e procedimentos técnicos a pessoas em estado de saúde crítico, e, portanto, o ritmo e a frequência deste tipo de assistência têm gerado situações estressantes para toda a equipe envolvida, em especial, a equipe de enfermagem, principalmente quando o paciente corre risco de vida.

Quando a pessoa não aceita determinado cuidado, ocorrem diferentes reações por parte dos profissionais de enfermagem. Alguns desistem de oferecer atenção e tratam rapidamente de registrar a ocorrência no boletim de atendimento; outros tentam informar o paciente da necessidade do cuidado, entretanto, alguns também desistem tanto de proporcionar cuidado, como de informar ao paciente o que está sendo planejado para ele.

Por outro lado, o paciente, sem receber informação necessária para manutenção de sua integridade física, permanece na unidade recusando qualquer tipo de cuidado, dificultando o tratamento adequado para aquele momento, retirando de si próprio as vantagens de uma possível melhora, colocando em risco sua saúde e, de certa forma, prejudicando outras pessoas que necessitam de atendimento, e, sobretudo, podendo trazer consequências à equipe de enfermagem.

Nestes casos, a enfermagem desvia o seu foco de atendimento para deste paciente e vai se ocupar de outros, deixando-o sem atenção e informação sobre o seu estado de saúde. A recusa do cuidado não é boa nem para quem oferece o cuidado nem para quem o recebe, principalmente quando há outras percepções, além da dor, por parte de quem está sendo atendido, como exemplo, o medo, o desconhecimento do diagnóstico e do cuidado proposto, os transtornos psíquicos, preconceitos ao uso de determinados psicofármacos, receio dos efeitos colaterais de determinados medicamentos, ou ainda, principalmente, por não se perceber doente e, em grande parte, por insegurança.

Num primeiro momento, esta decisão por parte do paciente parece ser uma importante afirmação do direito individual à recusa de tratamento, contudo, esta circunstância por si só levanta algumas dúvidas e reflexões.

A priori, considera-se que é direito do paciente recusar qualquer tipo de cuidado, conforme sinalizado na Portaria nº 1820, do MS, de 13/08/2009, art. 6, inciso III. Nesta portaria, está claro que o paciente deve ser devidamente informado sobre o tratamento proposto e o mesmo deve procurar compreender e, por conseguinte, aceitar, sendo ele também um ator responsável pela sua vida, portanto, é direito da pessoa recusar o atendimento, desde que assuma a responsabilidade pelo ato.

No entanto, entende-se que os cuidados em situações de emergência e urgência são decisivos para o estabelecimento ou recuperação do estado de saúde dos pacientes. Nesse sentido, prioritariamente o enfermeiro, assim como a equipe de saúde, deve procurar identificar e tratar rapidamente os possíveis problemas que possam colocar em risco a vida do paciente (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2012).

Pode ser que, dependendo do estado clínico do paciente ao ser admitido na unidade de emergência, não dê tempo suficiente de informar o cuidado a ser realizado, ou que está sendo oferecido. Acontece que, de acordo com cada quadro apresentado, cada paciente que chega demanda uma ação mais ou menos complexa por parte da equipe de saúde, de forma a propiciar à pessoa as condições necessárias ao pronto atendimento às emergências, por meio do desencadeamento de ações rápidas e seguras.

Ressalta-se, nestes casos, que a importância do cuidado prestado a estes pacientes centra-se na informação, no cuidado terapêutico, na escuta atenta, no diálogo aberto, franco e harmonioso com o paciente, orientando e explicando cuidadosamente o que será preciso fazer para deixá-lo confortável, preservando a sua vida e, posteriormente ao atendimento, em proporcionar qualidade de vida. Este tipo de cuidado está centrado no ser humano e difere do cuidado técnico, aquele demandado, muitas vezes, de uma prescrição médica e não de um plano de cuidado.

Dar concretude às ações humanas é vir a ser humano no atendimento às demandas de saúde das pessoas, é transformar uma ação prescritiva em uma ação humana, na essencialidade da palavra. Ação esta que reflete mudanças a favor da vida, entendendo a complexidade e singularidade de cada um.

Por outro lado, como referimos anteriormente, a recusa é desconfortável também para os profissionais de enfermagem, alguns sentimentos são flagrados e o que inquieta é saber que sentimentos são estes, e sejam eles quais forem, como eles afetam estes profissionais para que desistam do cuidado de modo a abandoná-lo, sem antes informarem o porquê daquele procedimento ou o que estiver precisando, no sentido de tranquilizá-lo, minimizando os medos e a insegurança que são esperados para este momento de atendimento emergencial.

A enfermagem, enquanto ciência humanística, responsável pela vida, pelo bem-estar das pessoas, precisa desempenhar suas funções com mais disposição em todas as situações de saúde e adoecimento, pautada no conhecimento científico, considerando as questões éticas envolvidas em todas as situações.

Collière (1999, p. 31) situa a prática de cuidado em relação à sua finalidade primeira “permitir a vida continuar e reproduzir-se”. Historicamente, conforme refere a autora, o cuidado se inicia com a história das espécies vivas, remonta entre cinco a seis milhões de anos. Heidegger (2015) ressalta que o cuidado é essencial ao ser humano, e sem ele não existe vida; ele afirma que não temos cuidado, somos cuidado. A autora afirma que somente somos humanos, porque somos cuidado, isto faz sentido quando justifica que o cuidado somente

acontece quando a existência de algo ou alguém possui importância para si mesmo. O ser humano, como ser sociável, possui a necessidade de cuidado.

A palavra cuidar, proveniente do latim *cogitare*, “pensar, cogitar”, expressa atitude, dedicação, “atenção, cautela, precaução” (BOFF, 2014). Assim como Mayeroff (1990), compreendemos o cuidado como um processo, um conjunto de ações entre duas pessoas envolvendo confiança mútua, respeito, humildade, honestidade, paciência, esperança, coragem, em que ambos se ajudam, proporcionam conhecimento e mudança de comportamento.

Como nas circunstâncias de emergência e urgência, as pessoas necessitam de ações de cuidado conectadas à realidade do momento, sendo imprescindíveis para traçar ações de saúde, estas estão dependentemente ligadas ao aceite do cuidado que será prestado e isto, certamente, dependerá também da relação que se estabelece com a pessoa no momento exato do cuidado.

O cuidado se concretiza quando a atenção sai de si mesmo e se volta para o outro, cuidar então possui uma essência doadora, altruísta, no ser para outrem. Quando o cuidado e o amor morrem, outro sentimento se revela - a indiferença (BOFF, 2014). O profissional de enfermagem deve estar atento para que o seu fazer cotidiano não caia na indiferença, para que seu olhar esteja atento, cuidadoso e ativo na relação com o outro, procurando desenvolver o cuidado integral, com zelo, atenção e carinho.

Assim, para que o processo de cuidar obtenha bons resultados, é preciso que as ações sejam humanizadas, conforme os pressupostos das teorias humanísticas, que são primordiais para fundamentar o cuidado de enfermagem cientificamente. Estas teorias procuram entender os seres humanos como um ser único, com energia vital, e este entendimento pode ser o diferencial para as relações estabelecidas entre cliente e profissional, em diferentes momentos, em especial em situações de urgência e emergência.

Esse entendimento do processo de cuidar e a minha inquietação sobre o tema remeteram à teoria humanística intitulada *Human Becoming*, de Rosemarie Rizzo Parse, a qual refere o sentido de *tornar-se humano*, apresentando no seu escopo a valorização do homem como ser humano e a sua existência.

Esta teoria explica que os seres humanos vivem em setores multidimensionais do universo e que, de uma maneira pré-reflexiva e reflexiva, escolhem entre as prioridades baseadas em valores. Através da linguagem, os seres humanos divulgam e escondem o que realmente são, enquanto vivem as oportunidades e limitações de estarem perto e para além de outros. Os seres humanos mudam a cada momento, pois possuem esperanças e sonhos e,

através destes, inventam novas maneiras de impulsionarem suas vidas para algo além (PARSE, 1995).

Os princípios da teoria *Human Becoming* especificam o ponto de vista do processo entre o ser humano e o universo, este processo seria como um tecido em uma tecelagem, ou seja, em constante mudança e construção. Tornar-se Humano, então, é um processo de cocriação para a evolução do ser humano (PARSE, 1995).

A teoria de Parse busca a valorização do homem e de sua singularidade, contribuindo, assim, no seu processo de saúde, pois este se torna o protagonista de seu tratamento. O enfermeiro surge como um mediador e esclarecedor do significado do adoecimento e auxilia o paciente na modificação de seu estilo de vida, de maneira que se deve destacar que é o paciente que está à frente destas transformações (SILVA et al., 2013).

Assim, a compreensão desta visão requer que se tenha uma mentalidade disposta a assumir que o ser humano não pode ser reduzido a uma de suas partes, mas deve ser entendido como um ser bio-psico-social-espiritual. Isto outorga ao paciente um papel ativo e participativo na vivência do cuidado e poder para que ele escolha como deseje viver e agir (VÍLCHEZ-BARBOZA; PARAVIC-KLIJN; MOLINA, 2013). Esta teoria pretende estabelecer um compromisso, um pacto entre o profissional de enfermagem e o paciente. Este pacto significa para a pessoa programar as modificações recomendadas e ao profissional significa tomar suas decisões baseadas na realidade do paciente, para que não haja frustração neste compromisso.

É importante ratificar que, em situações de emergência e urgência, os tratamentos e planos de cuidados são decisivos para o restabelecimento e manutenção da saúde dos pacientes, portanto, a informação do que se pretende realizar em relação ao plano de cuidados e tratamento é imprescindível para que a cooperação do paciente e de seus familiares seja plena. Silva et al. (2013) explica que a interação entre aquele que dispensa o cuidado e aquele que recebe o cuidado precisa ocorrer de forma efetiva na intenção de possibilitar a adesão e participação efetiva no tratamento.

Neste estudo, o centro da abordagem se refere aos sentimentos e posicionamentos do enfermeiro diante da recusa do cuidado ou da continuidade do cuidado e tratamento pela pessoa em situação de urgência e emergência, procurando estudar os sentimentos, pretensões e valores dos profissionais de enfermagem frente a este momento crise, que será decisivo no restabelecimento total ou não da saúde e sua recuperação, no atendimento imediato em unidade hospitalar, e como as categorias cuidado, valores humanísticos, humanidade se contrastam com a recusa e se associam ao pensamento de Parse.

As produções científicas encontradas possuem um conteúdo muito relevante, dentre estas, destacam-se cinco artigos científicos. Dois destes artigos são de produção internacional, de Óscar Salazar (2010-2011), e se referem à recusa ao cuidado do enfermeiro e quais seriam os motivos para tal ato. O primeiro artigo, do ano de 2010, intitulado *Rechazo al cuidado de la salud por motivaciones del paciente*, demonstrou em seus resultados que o medo, o sofrimento, a dependência e a falta de conhecimento, além da má fama das instituições e dos profissionais, podem contribuir para a recusa do cuidado.

O segundo artigo, de 2011, cujo título é *Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero*, refere que a recusa ocorre quando o enfermeiro não dá importância às queixas do paciente, quando castigam ou maltratam os pacientes, ou ainda quando exibem excesso de familiaridade e desconhecimento e quando são descuidados.

Continuando, o estudo de Consalter e Jaremczuk (2010) trata das questões legais e jurídicas da recusa do cuidado e tratamento. Santos (2010), autora portuguesa, aborda a recusa do cuidado segundo a legislação portuguesa, mas também relaciona a recusa com questões filosóficas, de saúde e educação.

Ainda, Rodrigues e Eusébio (2014) retratam um estudo de caso sobre a recusa do cuidado de uma paciente idosa e suas implicações. Trata-se de uma pessoa idosa portadora de Diabetes Mellitus, tipo II, que possui uma indicação de amputação de membro inferior devido a uma osteomielite. Esta paciente recusou o tratamento, logo seu caso foi agravado por uma endocardite bacteriana. Mesmo após estar devidamente informada e orientada, a idosa persistiu na recusa, sendo respeitada sua decisão. Estas produções científicas demonstram o quanto este assunto demanda de conhecimento legal e ético, de uma sensibilidade no cuidado e do respeito à escolha do paciente enquanto indivíduo e cidadão.

Diante destas reflexões introdutórias sobre a temática, levantam-se as seguintes questões norteadoras: É possível alinhar os fundamentos da teoria de Parse aos significados expressos pela equipe de enfermagem, diante da recusa do cuidado pela pessoa em situação de urgência e emergência? De que maneira a recusa do cuidado afeta o profissional de enfermagem? Como os princípios teóricos e filosóficos de Parse podem ser aplicados neste caso?

Para dar prosseguimento neste estudo, elegemos como **objetivo geral**: Analisar os sentimentos e posicionamentos expressos pelos profissionais de enfermagem, diante da recusa ao cuidado por paciente em situações de emergência, numa perspectiva fundamentada na teoria *Human Becoming*.

E os objetivos específicos:

- a) Conhecer os sentimentos e os posicionamentos que emergem da equipe de enfermagem, diante da recusa ao cuidado por paciente em situação de urgência e emergência, a partir da relação enfermeiro-pessoa fundamentada na teoria *Human Becoming*.
- b) Discutir quais são os sentimentos e posicionamentos dos profissionais de enfermagem relacionados à teoria *Human Becoming* e à dimensão ética.

JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica porque propõe uma discussão sobre o atendimento a pessoas em situação de urgência e emergência, baseada nos fundamentos teóricos de Parse, em correlação com as diretrizes e recomendações da política pública, entendendo as dificuldades que os serviços de saúde vivenciam atualmente.

Apresenta uma polêmica do cotidiano entre a recusa ao cuidado, o direito do paciente, as questões éticas envolvidas, e a teoria *Human Becoming* em situações em que a vida humana encontra-se em risco e o ser humano que precisa de atenção, mesmo sabendo que quase todas as unidades dos serviços de saúde passam por situações difíceis em relação aos recursos humanos, materiais e até de manutenção e prevenção de aparelhos. No entanto, na emergência, as ações de enfermagem têm sido ainda mais desafiadoras, pois pressupõe que o atendimento seja acolhedor, humanizado, e adequado à clientela em alinhamento com as Diretrizes da Política Pública e os fundamentos que a enfermagem considera essenciais para o desenvolvimento de sua prática.

A fim de levantar o estado da arte referente à temática, foi realizada uma busca em bases de dados online como: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e na Base de Dados em enfermagem (BDENF). Para isso, utilizaram-se os seguintes critérios: artigos de pesquisas, relatos de experiência, artigos de reflexão, disponíveis on-line, nos idiomas português, inglês e espanhol, dos últimos 5 anos (2010-2015) com os seguintes descritores: Recusa do paciente ao tratamento, Cuidados de enfermagem, e Emergência.

Na BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), foram encontrados 14 artigos, com os descritores: Recusa do paciente ao tratamento e Cuidados de enfermagem, e Emergências.

Porém, quando selecionados pelo crivo dos últimos 6 anos, somente um permaneceu, contudo, não se aproximava do tema proposto, pois se tratava de internação psiquiátrica sem consentimento. Na Medline, com os mesmos descritores, foi encontrado 1 artigo, que não abordava o assunto propriamente dito, pois se referia à triagem em unidades de emergência.

Ainda na BVS, com os descritores: Recusa do paciente ao tratamento e Cuidados de enfermagem, foram encontrados 37 artigos nos últimos 6 anos (2011-2016), nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram selecionados 4 artigos, dos quais 2 compreendem o significado dos pacientes na recusa do cuidado de enfermagem, o significado na recusa do cuidado em saúde e os dilemas éticos que influenciam o cuidado em saúde; estes dois artigos são de autoria de Óscar Beltrán-Salazar. Os outros 2 artigos dizem respeito a não adesão a tratamentos, e a aspectos legais sobre a vida e a morte.

Na Scielo, somente foram encontrados 2 artigos com o descritor: Recusa do paciente ao tratamento e cuidados de enfermagem; quando associado ao outro descritor, não foram encontrados resultados. Nenhum dos artigos encontrados se relacionava ao tema.

Na LILACS, foram encontrados 4 artigos com os descritores: Recusa do Paciente ao Tratamento e Cuidados de enfermagem, e nenhum artigo com os descritores: Recusa do Paciente ao Tratamento e Cuidados de enfermagem e Emergências. Dos 4 artigos, somente 1 se aproximava do tema e se repete na BVS.

Na Medline, com os descritores: Recusa do paciente ao tratamento e Cuidados de enfermagem, foram encontrados 21 artigos, nos últimos 6 anos, e após leitura de títulos e resumos, 2 artigos referiam-se à recusa à vacinação e imunização e 1 artigo referia-se aos direitos legais sobre o cuidado realizado no fim da vida. Na BDENF, foram encontrados 7 artigos, porém somente 1 nos últimos 6 anos, este se aproximava do tema, mas não possuía o texto completo.

Dessa maneira, é possível constatar que este tema não tem sido frequentemente discutido em publicações científicas, configurando uma lacuna de conhecimento no âmbito da temática que está sendo proposta neste estudo.

RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

É relevante porque a proposta deste estudo encontra-se ancorada às diretrizes da política pública voltada para a emergência e aos fundamentos teóricos e filosóficos do

cuidado de enfermagem. Além disso, atende às demandas da Agenda Nacional de Pesquisa, trazendo contribuições no âmbito de estudos sobre emergência.

Diante das necessidades de atendimento imediato ou mediato, em parte dos casos, a assistência em unidades de pronto-atendimento se mostra como uma modalidade extremamente importante, pelo papel de salvar vidas e redimi-las da iminência de agravos de saúde.

É relevante para o cuidado, pois, com os resultados deste estudo, a enfermagem poderá rever, reelaborar, aprimorar as ações cotidianas para o atendimento da clientela na unidade de emergência, bem como a aplicabilidade e divulgação do conhecimento construído a partir dos depoimentos dos participantes.

De igual maneira, ajudará na formação dos profissionais de enfermagem, na área da complexidade do cuidado em emergência, na pesquisa e na assistência, norteadas as ações, ajudando os enfermeiros no reconhecimento e alinhamento das ações pautadas na Política Pública de Saúde, voltadas ao atendimento de pessoas em situação de emergência.

Da mesma forma, entende-se que um profissional bem atualizado necessita de conhecimento geral, dialético, de arte, cultura e, principalmente, embasado em teorias de enfermagem, para estar ao lado, acompanhar e cuidar do outro, oferecendo tratamento digno, humanizado e atencioso, seja em qualquer etapa da vida, especialmente quando se encontra em estado crítico de saúde e a sua vida está em risco.

Por outro lado, para a pesquisa em saúde, a relevância se encontra no fato de este tema se mostrar como uma lacuna no conhecimento e na literatura da enfermagem, considerando que foram encontrados poucos artigos em relação à temática associando a fundamentação teórica e filosófica à prática do cuidar.

Este estudo visa a contribuir com o avanço do conhecimento sobre o cuidado fundamentado em uma teoria de enfermagem capaz de levantar reflexões e propor mudanças na prática, no ensino de graduação, extensão e pós-graduação.

Poderá ajudar nas reflexões sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências no sentido de melhor entendimento da questão do cuidado humanizado, em especial nas unidades de emergência, onde esta diretriz nem sempre é atendida em sua completude.

O cuidado humanizado se mostra como prerrogativa essencial na relação entre os envolvidos, visando a informação, o esclarecimento, a valorização do direto pessoal, a autonomia dos sujeitos e do interesse do paciente, com a meta de proporcionar a recuperação ou manutenção da saúde.

Cabe ressaltar que este estudo ampliará as discussões sobre o cuidado, fortalecendo o diálogo entre os projetos de extensão, de iniciação científica em andamento sobre a humanização e da pós-graduação no fortalecimento de pesquisas com abordagens participativas em saúde e nas concepções teóricas e filosóficas do cuidar em enfermagem.

Além disso, destaca-se a aderência à linha de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ), Fundamentos Teóricos Filosóficos do Cuidado de Enfermagem e do grupo de pesquisa intitulado Concepções Teóricas, Filosóficas e Tecnológicas do Cuidado em Saúde e Enfermagem, registrado no CNPq. Sendo assim, este estudo reforça a possibilidade de contribuir com estudos na área do cuidado ético em emergências.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Dimensão ética do cuidado

A palavra “cuidado” é carregada de signos e de significados. O cuidado possui estreita ligação com uma palavra peculiar às ciências da saúde, a cura, ou *coera*, que, no latim, possui o contexto com relações de afeto. Uma vez que derivam da mesma *radix* filológica, a *cura* é uma derivação, ou transliteração do cuidado em latim, sendo assim a significação erudita da palavra cuidado. A cura, que do latim descende do *cogitare-cogitatus*, vem da derivação da palavra cuidado, que possui o sentido de: pensar, cogitar, exprimir atenção, com atitude de desvelo, preocupação ou interesse (BOFF, 2014).

O cuidado não é somente um fenômeno realizado por um indivíduo, pois o ser humano em sua essência é cuidado, ou seja, não há como desmembrar o humano do cuidado. De acordo com Boff (2014), o cuidado é parte constituinte do ser humano, pois, sem cuidado, “deixamos de ser humanos”. Cuidar é inerente ao humano, quando nos primórdios desvelou cuidado à terra, no cultivar da agricultura, no cuidar de sua prole, para que a reprodução fosse garantida, e hoje é possível presenciar o refinamento do cuidado nas mais diversas formas de se dedicar ao outro.

O cuidado é chamado de constante cosmológica, pois em nenhum momento da evolução o cuidado se fez ausente, mas antes, sempre foi essencial para que a própria evolução se concretizasse. No entanto, o cuidado atingiu seu potencial mais elevado quando o ser humano irrompeu no universo, a sua presença cedeu ao cuidado uma nova realidade, potencializando sua qualidade, pois o ser humano propõe um cuidar consciente ao outro. Constitui-se em amor, comunhão, preocupação e zelo (BOFF, 2013).

Para que se possa viver em comunidade, é necessário um distanciamento do sentimento egoísta, é necessário retirar-se de nós mesmos, é preciso expandir e ir rumo ao outro, isto também é cuidado. Este fenômeno vai além das ciências da razão, perpassa pela percepção e alcança o sentido de valor. Sendo assim, atinge o status de “razão instrumental”, pois une o racional ao cordial, o consciente ao emocional, pois a intenção não se constitui apenas do que é construído pela razão, mas resulta do que é sentido e elaborado (BUZZI, 2014; BOFF, 2013).

Em um mesmo sentido, é impossível se referir ao cuidado sem citar Heidegger, filósofo alemão do início do século XX, que possui estreita relação com a fenomenologia e a interpretação do humano enquanto ser. Em seu livro *Ser e Tempo* (1886-1976), Martin Heidegger destrincha a questão do ser, do humano em sua essência e existência. Sendo assim, Heidegger descreve o cuidado, chamado por ele de “cura”, como um fenômeno do ponto de vista existencial, que é antecessor de toda atitude e situação que possa ser vivida pelo ser humano. Até mesmo o querer e o desejar, observados como primitivos, são enraizados no ser humano como necessidade fenomenológica do cuidado (HEIDEGGER, 2015).

É em Heidegger que surge o conceito do cuidado como essência do humano, do ser que vive neste mundo, do “ser-no-mundo”, ou seja, o ser humano que vive e sente em seu corpo o que é inerente ao mundo, tais como as vivências, vontades, ocupações e preocupações. O cuidado é tão necessário ao ser humano, pois é algo presente enquanto vive (HEIDEGGER, 2015).

O cuidado vai além de um “esforço angustiado”, uma preocupação ou um zelo; parte daí, mas transcende este conceito. Cuidar também é um “acurar”, uma “dedicação”. Do ponto de vista concreto, todos os comportamentos e atitudes do ser humano são dotados de cuidado e são “guiados por uma dedicação”, e a “dedicação” deve ser entendida como um cuidado no seu sentido mais original (HEIDEGGER, 2015).

Nesse sentido, pode-se conjecturar que, para que uma vida exista, é necessário que antes seja empregado o cuidado para que o ser gerado possa de fato nascer, e para que este possa fincar sua existência, o cuidado deve ser empregado em todas as suas etapas de crescimento. Deste modo, não existem relações sinceras de interação proposital em que o cuidado não esteja inserido como constituinte principal da relação. Sem cuidado, a vida, enquanto primórdios da matéria ou mesmo no modo em que a conhecemos atualmente, não existiria. O cuidado é partícula principal da “fórmula” de constituição da vida; sem ele, as “reações vitais” não seriam possíveis.

Portanto, não é a teorização das ciências da razão que nos fazem dispensar cuidado à vida, mas sim as experiências sentidas. Por exemplo, temos o agricultor, que dispensa um cuidado à terra, estando perto, junto, ao pé dela, em intensa interação e comunhão. Da mesma forma, quando nos dedicamos a algo ou a alguém, oferecemos nosso desvelo, nossa presença, nosso esmero (BUZZI, 2014). O enfermeiro é este alguém que se oferece, que procura estar junto, perto, oferecendo aquilo que é inerente a ele: o cuidado, que deve ser oferecido de maneira ética.

A ética, em suma, compreende “um conjunto de princípios, valores, indicações, hábitos e práticas que ordenam a vida particular e social de um determinado grupo”. A ética é fortemente dominada pelos costumes culturais que cercam determinadas culturas. Sendo assim, a ética e o cuidado possuem uma estreita relação, pois devem coexistir (BOFF, 2013).

Uma das características do cuidado ético é a justiça, nela consiste a mais sublime virtude. Uma vida que seja ética deve praticar a justiça em nível pessoal e social. A justiça e o cuidado, quando se unem, corroboram para a produção da ética humana, que se caracteriza em uma prática integral e globalizada do que é a experiência humana (BOFF, 2013).

Nesse contexto, a ética se vê transitando por diversos campos, porém a sua importância no trabalho se faz relevante, já que a enfermagem se caracteriza como um labor que é embasado pelo cuidado que, por lidar diretamente com seres humanos, necessita ser ético.

Para melhor explicitar a importância da ética no trabalho, olhemos para o *homo laborans* que, após a Revolução Industrial, teve de transformar seu trabalho em eficácia e eficiência, para satisfazer as demandas dos bens de produção, e agora enfrenta a dinâmica das ciências da razão e dos avanços tecnológicos (BUZZI, 2014). Apesar destes avanços, o *homo laborans* não deve dispensar a vontade de lutar por um melhor cuidado, um cuidado ético. O humano não pode se deixar ensurdecer pelo barulho das máquinas, mas antes, deve dar atenção à voz do próximo, ao qual se dispensa o cuidado.

No relacionamento interpessoal que existe entre o enfermeiro e o ser cuidado, a ética deve estar inserida, pois emerge da relação vivida entre “eu e um tu”, e a reciprocidade nesta relação estabelece a eticidade dos comportamentos e relações existentes entre o enfermeiro e o paciente. E no direcionamento profissional, o cuidado humanizado vai além do cumprimento da moral do medo da punição frente a um erro, mas deve basear-se em uma ética intencional (RODRIGUES et al., 2011).

A enfermagem, em seu cotidiano, se vê diante de diversos dilemas éticos, e para que estes dilemas sejam sanados com a supremacia da ética, é necessário que o enfermeiro procure praticar uma escuta atenta e um olhar apurado ao prestar o cuidado, sempre com atenção às peculiaridades dos pacientes (RODRIGUES et al., 2011). Também é necessário que os profissionais de enfermagem se calcem dos conhecimentos que podem ser adquiridos e aplicados através das teorias de enfermagem e dos filósofos que as embasam, já que as ciências sociais têm auxiliado grandemente as ciências da saúde, no que tange a oferecer um cuidado mais humano e ético, devido às reflexões que geram.

1.2 Manifestações da recusa e seus motivos

A recusa de um tratamento ou cuidado oferecido se dá numa perspectiva assumida quando se entende que o paciente deve conhecer de forma livre e esclarecida o tratamento proposto, e assim decidir consentir ou não com ele. É fato que a recusa acontece no cotidiano hospitalar e, como toda ação humana, detém suas motivações, motivos e razões. A vontade do paciente, quando manifestada, é um sinal da garantia dos seus direitos individuais, sendo assim, “o direito à recusa é uma expressão concreta da liberdade psicossocial do paciente”, ou seja, seus direitos devem ser respeitados e garantidos em todo o momento da assistência (RODRIGUES; EUSÉBIO, 2014).

O ser humano possui em sua vida experiências que o levam a tomar decisões diante de conflitos ou processos de vida em que seus limites emocionais são postos à prova. Tudo o que foi vivido e experienciado por uma pessoa contribui para que ela tome decisões em sua vida, mesmo que estes processos mentais sejam inconscientes ou conscientes. Em um momento frágil como a hospitalização, um ambiente hostil, um contexto difícil, com relações ruidosas podem refletir em um ato de recusa (SALAZAR, 2010).

Berardinelli (2003) refere que os cuidados de enfermagem, em sua complexidade e dinamismo, originam gestos que expressam e traduzem objetividade e subjetividade, os quais se situam num determinado tempo, espaço e movimento em que o cuidado ocorre. Considerando seu dinamismo, estes gestos podem remeter a conotações variadas que, mal interpretadas, podem levar o paciente a recusar o cuidado.

Se algum profissional da equipe de saúde, como o enfermeiro, por exemplo, for desrespeitoso e achar que somente a opinião dele é a mais correta, se violar a intimidade do paciente, ou mesmo se passar informações que não transmitam segurança e conhecimento ao paciente, este pode se sentir inseguro e recusar o cuidado. Em suma, o paciente não recusa um cuidado por achá-lo desnecessário, mas sim pela forma como ele é oferecido (SALAZAR, 2010).

Portanto, a oferta do cuidado e tratamento implicam na ética com a qual ele é oferecido. O modo como o profissional se apresenta, se comporta é um diferencial na resposta do paciente. Deve-se considerar que o paciente se encontra em uma situação que lhe causa estranheza, desconforto e o profissional de enfermagem é aquele que pode oferecer um conforto e informações que possam aliviar as tensões do momento em prol de um cuidado e recuperação favoráveis.

Para a teórica de enfermagem Jean Watson, a enfermeira não é um ser egocêntrico, ela não está só, ela necessita do outro para que o cuidado aconteça. O outro deve ser considerado em todas as suas dimensões, no que tange ao seu corpo físico, seus sentimentos, histórias vividas, percepções, sonhos e vontades. Para que uma relação de cuidado aconteça, é necessário que o outro seja considerado pela sua forma de “ser no mundo”. Quando a enfermeira está em sintonia corpo e alma com o paciente, o cuidado acontece e, nesse sentido, os ruídos são cessados e os conflitos aplacados, assim o respeito impera. Com esta atmosfera ética, a recusa do cuidado é enfraquecida pela compreensão (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

Porém, quando ainda persistem conflitos internos ou externos, a recusa é percebida em maior escala e dentre os principais motivos envolvidos com a recusa estão: o medo dos procedimentos e diagnósticos, que podem vir a afetar a vida dos pacientes; o desconhecimento e o livre exercício da autonomia, que necessariamente não está atrelada a um paciente consciente, esclarecido e corretamente empoderado; o nível educacional, as influências familiares, as experiências anteriores, os efeitos adversos, o sofrimento, o apoio recebido e até mesmo as percepções da qualidade do cuidado recebido. Além destes motivos, o fato de alguns pacientes não desejarem depender ou necessitar de ajuda ou auxílio, por recusarem a sua condição e enfermidade, e até por não estarem de acordo com a conduta escolhida para o seu tratamento (SALAZAR, 2010).

O profissional de saúde que realiza o cuidado tem o dever de averiguar as causas da recusa, e é imprescindível informar o paciente corretamente e educadamente, a fim de orientar quanto ao objetivo, natureza da intervenção, as possíveis consequências, riscos, as opções que restam, deixar claro o prognóstico se assentir ou recusar o tratamento, assim como a provável evolução do seu estado clínico, de forma que o paciente tenha total condição para recusar ou aceitar o cuidado proposto (RODRIGUES; EUSÉBIO, 2014).

É bem verdade que a conduta a ser escolhida para tratar um paciente, tradicionalmente, não leva em consideração a opinião deste. Normalmente se é estabelecida uma conduta baseada no diagnóstico do paciente, sem considerar os aspectos emocionais, psicológicos e até mesmo seus temores. E, nesta via de mão única, somente sobra ao paciente concordar ou não com os planos traçados para ele, dentro do ambiente hospitalar. O paciente sente que o controle sobre sua vida e suas ações está escorrendo por entre os dedos. Neste cenário, é possível melhor compreender que a recusa se dá em diversas facetas, de uma maneira multifatorial muitas vezes.

Para que o enfermeiro possa exercer a sua função de cuidar, é necessário que possua e transmita valores ao paciente, para que seja estabelecido ali um relacionamento de confiança. Ainda de acordo com Watson (1985), o enfermeiro deve possuir calidez, que é a aceitação da pessoa, dos seus hábitos, escolhas e crenças. Esta aceitação facilita a criação de relações de cuidado, ajuda e confiança. Nesta relação enfermeiro-paciente, o cuidado deve transmitir empatia, amor, credibilidade, confiança, comunicação e respeito mútuo.

Ainda é possível afirmar que a recusa ao cuidado de enfermagem pode se dar por questões de interação enfermeiro-paciente, pelas posições que a enfermagem assume e pelas respostas que dão aos pacientes. Por exemplo, de acordo com Salazar (2011), a recusa acontece quando o enfermeiro minimiza ou não dá a devida importância aos sintomas advindos da doença ou, ainda, quando possui atitudes de dureza, falta de compreensão, ou até mesmo ameaças. Também, quando os enfermeiros apresentam no seu falar e atitudes um excesso de intimidade ou familiaridade, podem vir a transparecer uma falta de respeito ou falta de profissionalismo. Outros fatores que podem contribuir para a recusa são a falta de conhecimento que o enfermeiro transmite, assim como falhas ou erros na realização de procedimentos, ou quando não transmite cuidado na sua prática profissional.

É fato que os profissionais de enfermagem são exigidos diariamente, por cuidarem de vidas, e é dispensado a estes profissionais responsabilidades infundáveis. São profissionais constantemente cobrados, e é óbvio que não serão perfeitos em tudo o que fizerem; como seres humanos, são passíveis de erros, porém é necessário minimizá-los ao máximo, pois um erro pode deixar marcas profundas em uma vida.

Portanto, para que a recusa seja evitada, é primordial que o profissional de enfermagem dispense um cuidado ético, sempre atento, com um olhar sensível para que recusas custosas à vida do paciente sejam devidamente evitadas. Mas que também prevaleça o diálogo, para que as necessidades dos pacientes sejam ouvidas e incluídas nas condutas e tratamentos.

1.3 Consentimento versus recusa e suas implicações

O consentimento e a recusa são os pontos-chave para que o plano de cuidados ou tratamento tenha sua continuidade ou interrupção. É através deles que é possível notar se há déficit ou falha na comunicação da equipe de saúde quanto às informações necessárias, se o

cliente está engajado no tratamento ou autocuidado, se há medos, angústias, ou confiança no que lhe está sendo proposto.

O consentimento e a recusa não tratam apenas da exposição dos seus direitos ou vontades, mas vão além, podem ser respostas do que se pode trabalhar no relacionamento deste paciente com a equipe que o atende, por isso é importante estar atento ao que se é negado ou consentido.

Bergstein (2012, p. 124) mostra como a informação é algo precioso para que o tratamento seja entendido pelo paciente e para que seja oferecido com a cooperação do cliente, quando afirma que “a informação bem prestada é pressuposto necessário para o consentimento do paciente para submeter-se a qualquer tratamento ou procedimento [...]”.

O cliente que delibera o consentimento adequado se caracteriza em ser bem informado, ciente do que ocorrerá, participante das decisões que serão tomadas relacionadas ao seu tratamento, sendo assim, cooperativo com seu próprio tratamento, e atuante no seu autocuidado e promotor, junto à equipe de saúde, da terapêutica adequada e que visa à recuperação do seu quadro de saúde.

Ainda para Bergstein (2012), o consentimento é um processo dinâmico, pois o paciente pode mudar sua ideia original, assim, pelo mesmo motivo, a recusa se torna um processo dinâmico, já que pode se alterar por um consentimento, isto ocorre com respaldo legal.

Consalter e Jaremczuk (2010) afirmam que a recusa do tratamento pelo paciente é protegida pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, que afirma que “ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo, senão em virtude de lei”. Portanto, ninguém é obrigado a aceitar ou negar qualquer procedimento ou conduta em seu tratamento, mesmo que este ato lhe traga no futuro melhora ou piora do seu quadro clínico.

Em relação à recusa, pode-se dizer que esta possui duas facetas, uma meramente suspensiva, que se refere a uma breve interrupção do tratamento, ou pode apresentar também uma face definitiva, na qual não se deseja continuar com o tratamento ou cuidado implementado (BERGSTEIN, 2012).

A recusa do tratamento ou cuidado possui algumas razões que podem ser compreendidas, baseadas no direito de sua autonomia, como possuir convicções religiosas que entrem em conflito com algum tipo de procedimento ou intervenção em seu tratamento de saúde, medo de efeitos colaterais que podem acompanhar a administração de algum medicamento, depressão, pura vaidade, ou ainda atitude de negação da doença (CONSALTER; JAREMCZUK, 2010).

Em relação ao livre arbítrio e o direito e necessidade de informação, o artigo 46 do Código de Ética Médico (CEM) declara que “é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal”. Diante do exposto, pode-se concluir que a informação é um ponto principal neste processo de tratamento e cuidado em que o paciente e a equipe de saúde se inserem.

Também o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), em seu artigo 27, proíbe “executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte”. Portanto, o direito de liberdade e autonomia dos pacientes deve ser respeitado até o momento que as decisões da pessoa assistida não a coloquem em risco imediato de perder a vida, já que o “bem maior tutelado será o direito à vida, o qual os profissionais de enfermagem não devem medir esforços para proteger” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2013).

Dessa maneira, o direito à recusa não é absoluto, sendo que só pode ser respeitado se o paciente usufruir de plenitude de suas faculdades mentais e não estiver em iminência de morte (CONSALTER; JAREMCZUK, 2010).

Sendo assim, o direito à vida deve ser respeitado acima de tudo, logo, também não é menos válido ressaltar que a qualidade de vida dos pacientes deve ser respeitada e, além disso, priorizada. Elucidar e informar os pacientes das necessidades e importâncias do tratamento e cuidado escolhidos é peça singular para que a qualidade de vida deste paciente seja garantida e restabelecida o mais breve possível.

1.4 Humanização do cuidado em urgência e emergência

O eixo teórico acerca da humanização da assistência de saúde no Brasil iniciou-se a partir de 1988. Nesse momento, estabeleceu-se a garantia de assistência igualitária, de forma resolutiva e integral (ANDRADE et al., 2009). Desde então, este tema tem avançado e crescido nos serviços de saúde.

Nesse sentido, foi estabelecido o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2005, pelo Ministério da Saúde (MS). Este programa visa a

estimular a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facilitem a livre expressão, o diálogo, o respeito às opiniões e a solidariedade.

De acordo com o MS (2009, p.7), humanização pode ser entendida como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”, e os valores que dão o norte para esta política do Sistema Único de Saúde (SUS) são a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva.

Quando se trata de atendimentos de urgência e emergência, os serviços de pronto atendimento se tornam, por sua natureza de ansiedade e angústia em relação à vida e morte, um ambiente onde há muita tensão e estresse. O pronto atendimento é um local que pode apresentar alguns fatores que dificultam a humanização, pois alguns profissionais tendem a posicionar-se de forma impessoal, devido à rotina que vivem, a falta de uma estrutura e sistematização adequada para que a humanização seja estabelecida, como a falta de incentivo para o ensino da humanização nestes locais (ANDRADE et al., 2009).

O Pronto-Socorro (PS) é um local para atendimento de pacientes com risco iminente de morte devido a agravos de saúde ou até mesmo por acidentes de origem automobilística ou não (NETO et al., 2013). Devido a estes locais serem voltados para o tratamento pontual da doença, na intenção de manter a vida e a saúde, a lógica biomédica é colocada em foco e detrimento da humanização, do olhar humano em situação de urgência ou emergência.

Sendo assim, em 2009, o MS divulgou o caderno de acolhimento e classificação de risco em urgência, que possui recomendações sobre como deve ser a procedência do atendimento, das localizações, ambientes, direito a acompanhantes, enfim, que determina como deve ser o acolhimento humanizado nestes setores de urgência e emergência.

Os setores de atendimento a pessoas que estão em situações de urgência e emergência normalmente são tratados como locais frios, mecanicistas, e isto apesar de alguns da equipe se esforçarem por um atendimento mais acolhedor, também por isso as pessoas possam vir a temer o atendimento nestes locais. Diante disso, o cuidado prestado deve ser interpessoal, com o intuito de amenizar as ansiedades e medos dos pacientes (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009). Este atendimento só se dá através do acolhimento adequado que pode ser transmitido por meio da humanização da assistência.

A humanização da assistência em saúde deve ir além de uma política do SUS, deve ser interpretada como integrante do cuidado, e não somente como parte dele. O cuidado de enfermagem deve ser, por essência, humanizado, o cuidar deseja ser visto como um processo de humanizar-se, de, por meio da prestação do cuidado, tornar-se mais humano.

1.5 Perspectivas da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências

O Ministério da Saúde brasileiro voltou sua atenção para a formulação de uma Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2003, quando lançou um manual com um conjunto de portarias que regulamentam a implantação e manutenção desta política de atenção para esta área de grande necessidade para a população.

Esta política foi instituída através da Portaria nº1863/2003, que se fazia válida a todas as unidades pertencentes à federação, buscou regulamentar os serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis e fixos, além de garantir os princípios e diretrizes do SUS nos três níveis de atenção. Também trata de garantir a educação continuada como estratégia de atualização e garantia de uma assistência de qualidade.

Já a Portaria nº 1864/2003, também do mesmo fascículo, trata especificamente da implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, conhecido amplamente como SAMU. Esta portaria trata dos recursos destinados à compra de ambulâncias e das responsabilidades municipais, estaduais e federais referentes à destinação de verba para compra de veículos e materiais, além de critérios para sua implantação e gestão. Este atendimento móvel pré-hospitalar é de grande importância, pois uma assistência efetiva nesta etapa é o fundamento para que o atendimento intra-hospitalar obtenha o sucesso desejado e esperado.

O MS admite, em outra portaria incluída no caderno da política supracitada, de nº 2028/2002, que ocorreu um crescimento da demanda por serviços na área de atendimento a urgências nos últimos anos, o que é relacionado ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2003).

Esta portaria busca aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Este regulamento foi importante para gerar subsídios para a formulação das portarias anteriores que regulamentaram a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Porém, em 2011, a Portaria nº 1600, de 7 de julho, foi publicada para a realização da reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e para instituir a Rede de Atenção às Urgências do SUS.

A Rede de Atenção foi implementada com a intenção de ampliação do acesso e acolhimento aos casos que possuam demandas agudas, garantindo atendimento em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, além de reforçar a humanização, com um modelo centrado no usuário de saúde e nas suas necessidades, além de outros fatores importantes como a garantia da universalidade, garantia de diversas especialidades, com uma atenção voltada a atendimentos de origem cerebrovascular, cardiovascular e traumatológica, assim como a garantia de acolhimento e classificação de risco.

Em 2013, o MS publicou um Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS (RUE), que possui como principal objetivo “apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação da RUE nos territórios” (BRASIL, 2013).

Este manual se mostra importante e um divisor de águas no que tange ao planejamento e implementação da assistência a situações de urgência, pois é um guia de como deve ser e o que deve possuir, por exemplo, as ambulâncias de atendimento móvel, como devem ser as salas de estabilização de pacientes graves; disserta sobre o cuidado ao paciente politraumatizado, e ainda refere sobre incentivos financeiros do governo em diversas interfaces da assistência ao paciente crítico.

Logo, é possível perceber o crescente incentivo do MS em relação à assistência a pacientes que possuem necessidades de caráter urgente, de maneira que o MS admite que a longevidade, o aumento da violência e dos acidentes automobilísticos têm tornado os setores de urgência e emergência sobrecarregados e necessitados de atenção, para que o cuidado seja implementado de maneira satisfatória e o restabelecimento destes pacientes seja proporcionado da melhor maneira possível.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando o fenômeno da recusa do cuidado de pessoas em situações de emergência, na perspectiva da teoria *Human Becoming*, faz-se necessário compreender um pouco mais a teoria e a história de Parse.

Rosemarie Rizzo Parse é enfermeira e apresentou à comunidade científica uma teoria alternativa para as ciências biomédicas tradicionais, e uma abordagem mais humanística e abrangendo os seres humanos em seus aspectos bio-psico-social-espiritual, como também pode ser observado em outras teorias de enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

Parse nasceu em Pittsburgh, Pensilvânia, em 16 de abril de 1938. Graduiu-se na Universidade de Duquesne, em Pittsburgh, e obteve seu mestrado e doutorado pela Universidade de Pittsburgh. Foi professora e coordenadora do centro de pesquisa em enfermagem de Nova York, no ano de 1983 até 1993 (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

Ressalta-se a importante participação de Parse como editora e fundadora da *Nursing Science Quarterly*, e também do instituto *Human Becoming*, além de ser autora de diversos artigos e 8 livros, incluindo publicações desde 1974. Atualmente, é professora e exerce esta função na Loyola University em Chicago (LINS et al., 2013).

A escola de pensamento *Human Becoming* foi desenvolvida como uma perspectiva teórica baseada inicialmente em princípios e conceitos da teoria de Martha E. Rogers, pois esta teórica aprofunda seus estudos no ser humano, como um ser unitário. E também articulou os pensamentos dos filósofos das ciências sociais, quando utilizou de Dilthey, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty e Gadamer, para construir seus princípios e conceitos (PARSE, 1998; LINS et al., 2013).

A primeira publicação acerca de sua teoria se deu em 1981 como “*man-living-health*”, cuja tradução seria homem - bem-estar - saúde. O título da teoria foi oficialmente modificado para *Human Becoming*, ou Tornar-se Humano, no ano de 1992, na intenção de se remover o termo "homem", após a alteração da definição etiológica da palavra de seu antigo significado de "humanidade" (PARSE, 1998).

Em 2014, publicou o livro “O paradigma *Human Becoming*: uma transformação da visão de mundo”. As premissas que sustentam o paradigma do Tornar-se Humano especificam pensamentos fundamentais sobre o processo humano-universo e qualidade de vida. A teoria da *Human Becoming* está estruturada em torno de três princípios: Estruturação do Significado, Ritmicidade e Transcendência (PARSE, 2014).

O primeiro princípio da teoria é a Estruturação do Significado. Este princípio esclarece a estruturação do significado da multidimensionalidade, que é cocriado através da imagem e da valorização da linguagem. Este princípio significa que as pessoas participam na criação do que é real para elas, o que é demonstrado através das expressões de valores.

Este princípio tem o objetivo de analisar a estrutura das pessoas em relação aos significados das suas realidades, sugerindo que a maneira pela qual as pessoas veem o mundo, sua imaginação ou projeção dele, a sua realidade e a criação das realidades, se apresentam através da sua linguagem, do jeito que falam ou mantêm o silêncio, do jeito que se movem ou ficam imóveis. Quando as pessoas falam das suas realidades, sua linguagem possui seus principais valores e significados (PARSE, 2014; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

A cocriação neste princípio faz menção à relação de envolvimento mútuo entre o paciente e o ambiente, estes dois sujeitos se unem na criação do significado em níveis multidimensionais, com o uso da linguagem e da imagem (LINS et al., 2013; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

Este primeiro princípio possui três conceitos, que se exprimem na Imagem, Valorização e Linguagem. O conceito de imagem significa que cada pessoa possui uma visão individual da realidade. A imagem se caracteriza na interpretação individual do significado que emerge dos questionamentos, das possibilidades e das consequências das suas escolhas. A imagem faz menção ao conhecimento do que é explícito ou implícito (LINS et al., 2013; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

A valorização é o segundo conceito do primeiro princípio. Este conceito diz respeito a como as pessoas aceitam ou não as suas crenças e valores através da sua perspectiva pessoal. Os valores de uma pessoa refletem o que é importante para ela, ou para sua família. O enfermeiro pode ajudar, entendendo as perspectivas das pessoas, sempre questionando e avaliando o que é melhor para elas. Parse afirma que viver seus valores e prioridades é a forma com que o indivíduo expressa sua saúde e se torna humano (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

A linguagem é o terceiro conceito do primeiro princípio. Ela possui relação com o que os seres humanos expressam através das realidades imaginadas e dos seus valores. A linguagem se caracteriza na maneira que as pessoas falam, se expressam ou se calam, no jeito que se movem ou ficam imóveis. A linguagem se expressa em padrões que são compartilhados por aqueles que estão próximos, por exemplo, familiares e amigos muito próximos costumam compartilhar os mesmos padrões de linguagem. A linguagem se refere às

imagens demonstradas através de sinais e movimentos, que são visíveis em níveis multidimensionais (LINS et al., 2013; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O segundo princípio, denominado Ritmicidade, se caracteriza em cooperar na criação de padrões rítmicos de relações, é viver a unidade paradoxal de revelar-ocultar, capacitar-limitar, unir-separar no mesmo momento (PARSE, 2014).

Este princípio explicita que o ser humano vive através de paradoxos, sendo assim, a pessoa tende a revelar certos aspectos do seu "eu" e ao mesmo tempo ocultar outros. Não é possível saber tudo sobre si mesmo, o humano se revela no processo de transformar-se. É impossível ser ou ter tudo que se deseja. Em cada momento, o humano pode estar capacitado para mover-se em uma direção e limitado para outra. “Ao mover-se em direção a uma escolha, separa-se da outra possibilidade” (SILVA et al., 2013).

O paradoxo é um dos fundamentos da teoria, pois, para Parse, o paradoxo é inerente ao ser humano; para ela, o paradoxo não significa um problema a ser resolvido ou eliminado, mas sim ritmos naturais da vida (PARSE, 1995).

Este segundo princípio possui três conceitos. O primeiro deles é o Revelar-Ocultar, que expressa a maneira como as pessoas mostram e escondem simultaneamente os sentimentos e fatos, isso ocorre no processo das pessoas de se tornarem humanas. Parse insere a noção de mistério para melhor compreender este paradoxo, quando refere que é misteriosa a forma como as pessoas escolhem reter ou mostrar o que elas sabem, pensam ou são. Sendo assim, estes padrões de revelar-ocultar estão intimamente relacionados com as intenções das pessoas (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O segundo conceito do segundo princípio é o de Capacitar-Limitar, que representa as oportunidades que as restrições e obstáculos permitem que as pessoas vivam diariamente. Capacitar-Limitar possui a ideia de que cada pessoa pode escolher entre as possibilidades e precisa saber conviver com as consequências das suas escolhas. O enfermeiro pode ajudar o paciente quando vislumbra as possíveis consequências e elucida ao paciente antecipadamente que consequências podem resultar das suas escolhas (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O terceiro conceito do segundo princípio é o Unir-Separar. Este conceito subsiste em um profundo paradoxo, em que as pessoas criam padrões para se unir ou se separar de pessoas e projetos, como as pessoas se separam, para se unir a outras pessoas, planos ou atividades. Estes padrões são capazes de revelar seus valores e prioridades mais profundos. Este conceito se exemplifica quando uma pessoa se sente unida a outra, mesmo sem a presença física desta, como é o caso do luto. Ao enfermeiro cabe compreender estes padrões paradoxais através de

perguntas, do que é mais importante para o seu paciente, quanto aos seus relacionamentos e projetos (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

Pensando na dimensão prática do cuidar, o enfermeiro deve identificar e sincronizar estes ritmos através do vínculo criado com o paciente e sua família, com a finalidade de ser um facilitador da harmonização do indivíduo com o universo que o cerca, de forma que seja possível compreender os significados (LINS et al., 2013).

O terceiro princípio é a Transcendência, através dele é possível compreender que “cotranscender as possibilidades é procurar maneiras únicas de iniciar o processo de transformação” (SILVA et al., 2013). Este princípio mostra que é necessário mover-se para outras dimensões, a fim de que se realizem os sonhos e esperanças. Mudar se descreve em um processo do ser humano com o meio ambiente de maneira contínua, de maneira que se mobiliza para o que ainda não é (SILVA et al., 2013; PARSE, 2014).

Este terceiro princípio retrata que as pessoas sempre se evoluem em diversas possibilidades de ser quem são, quais serão suas atitudes, como e de quem se aproximarão, refletindo como elas se comportam no movimento de tornar-se humano. Este princípio contém três principais conceitos: Fortalecer/Energizar, Originar e Transformar (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O primeiro conceito transmite a ideia da luta que a pessoa exerce quando persiste apesar das dificuldades. Fortalecer é um processo de impulsionar-resistir, que se firma quando expressamos o nosso ser à luz do não ser. As pessoas estão em constante luta entre o ser e o não ser. O não ser se refere à perda, ao risco de morte ou rejeição que a doença traz. Fortalecer, nesse contexto, exprime a força de impulsionar uma ação, que leve a pessoa a se firmar no que lhe é querido, apesar do medo e dos conflitos vividos pelo não ser. O enfermeiro auxilia o indivíduo quando o ajuda a superar seus próprios medos e conflitos (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O segundo conceito se refere ao paradoxo que as pessoas vivem, pois, ao mesmo tempo que querem ser parecidas com as outras, para serem aceitas, também querem ser reconhecidas como únicas. Esse conceito compreende dois paradoxos: certeza-incerteza, conformado-inconformado. As escolhas tomadas sob a ótica do Originar perpassam pelo paradoxo da certeza e da incerteza, e as consequências se aplicam quando o indivíduo está conformado ou inconformado com sua decisão. Os seres humanos criam seus padrões de originar de maneira única, quando se envolvem com as suas possibilidades. O enfermeiro observa o Originar dos seus pacientes quando testemunha o processo de suas escolhas, auxiliando as suas mudanças no processo de saúde (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O terceiro conceito estabelecido é: Transformar, que ajuda a compreender as mudanças dos pontos de vista das pessoas; quando as pessoas fazem novas descobertas, elas mudam a sua compreensão e visão de mundo. Transformar faz parte do processo em que o enfermeiro e o indivíduo buscam maneiras de mudar a direção de suas esperanças e planos (TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

Este terceiro princípio possibilitou reforçar a importância do cuidado de enfermagem, na mobilização da transcendência, que acontece por meio do relacionamento enfermeiro-paciente. O enfermeiro auxilia o paciente, impulsionando-o para que vá além (LINS et al., 2013). Neste relacionamento, os dois indivíduos envolvidos são afetados por esta interação, ao mesmo tempo em que o enfermeiro ajuda o paciente a transcender, este também transcende, pois vai além, ultrapassando o cuidado da lógica biomédica e tecnicista, transpondo, auxiliando de maneira ética, humanística e filosófica o ser, que evolui, tornando-se humano.

Os princípios e conceitos da teoria do *Human Becoming* são conduzidos por quatro postulados: a Ilimitabilidade, o Paradoxo, a Liberdade e o Mistério (PARSE, 2007, 2014). A ilimitabilidade é o saber indivisível e ilimitado estendido ao infinito e emergente (PARSE, 2014). Os Paradoxos não são opostos ou dilemas a serem resolvidos, mas são ritmos (PARSE, 2007). A Liberdade se refere aos seres humanos e sua liberdade de escolha em como irão se portar diante das situações. O Mistério significa o que é inexplicável, o que não pode ser completamente conhecido, é o indizível, imprevisível, inconcebível, incognoscível, imprevisível, o que está em constante mudança (PARSE, 2007, 2014).

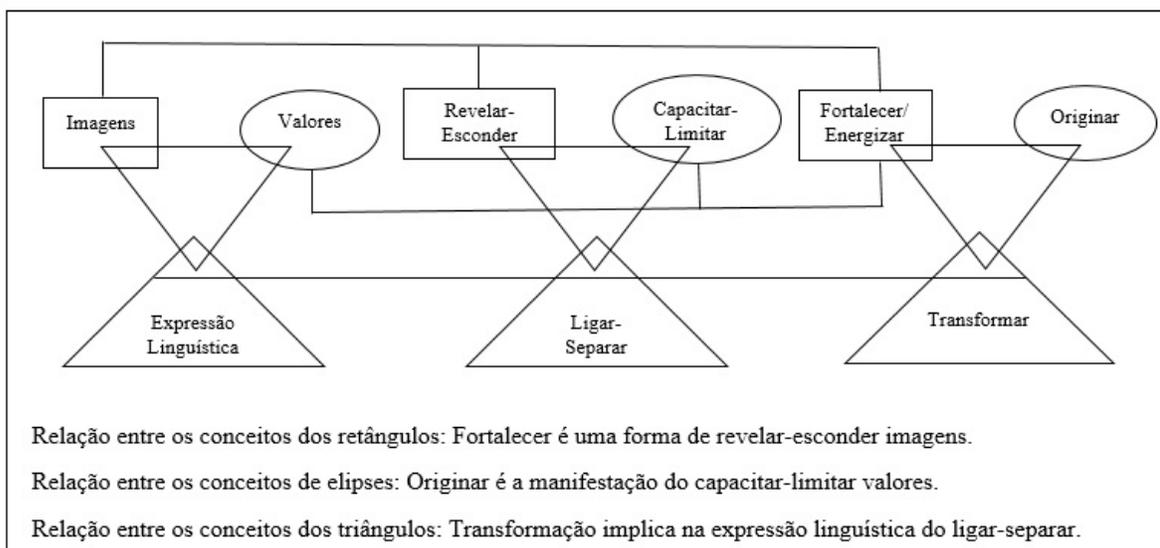
Os conceitos do metaparadigma desta teoria são compreendidos em um novo olhar, focado no ser humano. Para esta teoria, os seres humanos são seres abertos, envolvidos em um processo mútuo com o universo, cocriando padrões de relação com os outros. Eles são o centro da teoria e inseparáveis do universo; O universo é construído por tudo que é mostrado à pessoa na experiência vivida. O universo não existe sem o humano e vice-versa, o universo é construído na relação com o humano de maneira mútua e multidimensional; A saúde é um processo de tornar-se humano que é experimentado pelo indivíduo, coconstituído através da experiência do homem-universo e incorporado como padrão de relacionar as prioridades de valores. A saúde é um compromisso pessoal e os indivíduos são autores do seu próprio desdobramento (LINS et al., 2013; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O quarto metaparadigma é a Enfermagem, que é uma disciplina científica, cuja prática é uma arte de desempenho, e a enfermeira é comparada a um artista, que cria algo exclusivo. A enfermeira atua com seus conhecimentos e crenças, em um movimento com o fluxo da

pessoa. As metas da enfermagem enfocam a qualidade de vida pela perspectiva da pessoa. O cliente e não a enfermeira é a figura central e quem toma decisões sobre o seu cuidado. A enfermagem é a presença amorosa e verdadeira para promover a saúde e a qualidade de vida (LINS et al., 2013; TOMEY; ALLIGOOD, 2006).

O processo Ser Humano-Universo-Saúde foi criado por Parse, em um conceito que o ser humano, o universo e a saúde são inseparáveis, fazem parte de um processo mútuo. Para Parse, Tornar-se Humano é saúde. E saúde é estruturar os significados, cocriar padrões rítmicos e cotranscender com as possibilidades. Este processo está mergulhado na subjetividade, pois seus princípios, conceitos e interrelações estão em um nível profundamente abstrato, o que possibilita as suas aplicações nos mais diversos âmbitos do cuidado. Parse baseou sua teoria e seu processo no pensamento existencial-fenomenológico, com um senso intuitivo, estruturado nos estudos e na sua experiência enquanto enfermeira. A figura 1 apresenta os seus princípios, conceitos e estrutura teórica, ligados de maneira muito abstrata. A abstração e complexidade são evidentes em sua teoria e criam crescimento e sustentabilidade.

Figura 1 - Relação entre os princípios, conceitos e estruturas teóricas da Teoria Tornar-se Humano



Fonte: LINS et al., 2013, p.1184.

É possível observar que os princípios se interligam através dos seus conceitos. O ser humano é capaz de demonstrar, através dos seus sentimentos e ações, muitos destes conceitos. Este processo é dinâmico e não em etapas: ao mesmo tempo em que busca, por exemplo,

cotranscender, ele pode apresentar um padrão rítmico e paradoxal. Nenhum destes processos anula os anteriores, mas se complementam.

Primeiramente, o enfermeiro fortalece a pessoa quando compreende e ajuda no paradoxo do revelar-esconder das imagens. Aplicando este processo ao cotidiano da unidade de emergência, a imagem é o resultado da realidade criada pelo paciente quando adentra naquele lugar, e o enfermeiro ajuda a fortalecer seu paciente naquele momento, quando procura compreender através da sua linguagem, o que ele expõe ou esconde sobre aquela realidade criada.

O enfermeiro também ajuda a originar, ou seja, auxilia no processo de escolha do paciente, quando percebe os paradoxos criados no capacitar-limitar valores. Na emergência, o enfermeiro pode ajudar o paciente, fazendo dele um participante das escolhas do cuidado, através das suas capacidades, limitações e valores. Neste momento, o paciente pode encontrar dificuldades na hora de originar suas escolhas, talvez optando por uma conduta que não seja favorável para a sua recuperação, e o enfermeiro vai auxiliar este paciente na cotranscendência para que alcance saúde.

O profissional de enfermagem auxilia o paciente no processo de transformação através da expressão da linguagem do unir-separar. Na unidade de emergência, o enfermeiro pode auxiliar no processo de transformação do paciente quando, através da expressão da linguagem dele, procura identificar e entender o padrão do unir-separar, ou seja, no unir-se a uma nova realidade, a um novo conjunto de pessoas, quando, por exemplo, precisa de internação; como também no separar-se das atividades laborais e planos que possuía antes da internação.

Portanto, a teoria de Parse proporciona uma nova estrutura de compreensão da interrelação humano-universo-saúde, pois catalisa “o processo de transformação da abordagem mecanicista de atendimento à saúde, para um novo modelo de atendimento individualizado” (LINS et al., 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e abordagem participativa. Estudos desta natureza propiciam campo livre e rico de percepções e conhecimento experienciados pelos sujeitos, sendo estes derivados do seu contexto de vida, permitindo identificar as dúvidas e necessidades dos sujeitos, visando à compreensão do que realmente é necessário. Além disso, estuda o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes onde estas relações são inseparáveis e, desta forma, capaz de responder às questões particulares e de compreender a realidade humana vivida socialmente. MINAYO (2014).

Pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito, contribuindo para esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões ampliadas acerca de um determinado fato e como se interrelacionam (GIL, 2010).

Neste estudo, optou-se pela abordagem participativa em saúde, tal qual referido por Brito e Martins (2013), as quais consideram a importância do paradigma de investigação colaborativa, envolvendo no processo de pesquisa os seus protagonistas, reconhecendo os pontos fortes e os pontos fracos e únicos que cada um traz, com o objetivo de combinar conhecimento e ação, alcançar mudança social para melhorar os resultados de saúde e eliminar desigualdades sociais.

Nesse caso, adequa-se ao fenômeno deste estudo, pois busca a compreensão no momento de interação entre quem cuida e quem recebe o cuidado e parte da uma construção coletiva do conhecimento entre os dois atores envolvidos no estudo.

Segundo Israel et al. (1998), a investigação participativa é definida como uma abordagem colaborativa que envolve de forma equitativa membros da comunidade, representantes de organizações ou instituições governamentais ou não governamentais e investigadores no processo de produção de conhecimento. Cada parceiro contribui com recursos únicos e responsabilidades compartilhadas do fenômeno em estudo e da sua dinâmica sociocultural.

Esta estratégia combina investigação com estratégias de capacitação de pessoas, grupos ou comunidades para diminuir a lacuna entre o conhecimento produzido por meio da investigação e a tradução deste conceito em intervenções que melhorem a saúde das pessoas ou que tragam mudanças em suas atitudes (MARTINS; SIMÕES; BRITO, 2012).

A investigação participativa emerge das necessidades e interesses do grupo de participantes, promove a participação das pessoas, reconhecendo o valor da contribuição de cada uma delas no grupo para a cocriação de conhecimento em um processo que não é apenas prática interdisciplinar, mas é também colaborativo de capacitação (MARTINS; SIMÕES; BRITO, 2012).

Trata-se de dar voz e reconhecer a credibilidade de quem está no terreno e implementar intervenções de melhoria do estado de saúde e bem-estar de grupos e comunidades, permitindo também a expressão das suas necessidades (MARTINS; SIMÕES; BRITO, 2012). É uma forma de *empowerment*, uma vez que “a participação é transformação” (LEDWITH; SPRINGETT, 2009, p. 187), ou, na expressão de Freire (1980), conhecimento é poder, de modo a conduzir à conscientização das pessoas e este, por sua vez, compreende a reflexão, a predisposição para agir diferente, e a ação coletiva.

A pesquisa participativa (PP) foca na aquisição do conhecimento através da ação, desenhada a partir do contexto de vida dos grupos e pessoas, no estabelecimento de prioridades e estratégias com os envolvidos e, assim, valoriza a experiência e história de vida como estratégia de resolução de problemas e de aprendizagem (MARTINS; BRITO, 2012).

A PP faz uma aproximação com os fundamentos da pesquisa-ação, enfatizando os princípios de uma abordagem metodológica em que a pesquisa se transforma em uma experiência de troca e tomada de decisões compartilhadas entre os participantes. Desse modo, aproxima-se do referencial teórico desenvolvido por Thiollent (2011), o qual propõe uma metodologia dinâmica e participativa cujo desmembramento pode ter repercussões importantes na área da enfermagem.

As denominações “pesquisa participante” (PP) e “pesquisa-ação” se confundem e são frequentemente dadas como sinônimas. Thiollent (2011) afirma que não são sinônimas, pois a pesquisa-ação, apesar de possuir também a participação, possui o caráter social, educacional ou técnico que possuam uma ação planejada, o que nem sempre é observado em propostas de pesquisa participante. Além disso, na pesquisa-ação, o conhecimento não é produzido para ser em seguida difundido; é realizada uma construção social do conhecimento, com a participação de atores diferenciados, possuindo assim uma dimensão participativa, crítica, reflexiva, contribuindo para fortalecer o propósito emancipatório (THIOLLENT, 2011, p. 23). As duas denominações partem da mesma busca de gerar alternativas para os padrões de pesquisa convencionais.

Estas divergências partem principalmente da origem das duas modalidades, pois a pesquisa-ação possui seu início científico marcado nos Estados Unidos, em um período

sequencial da 2ª Grande Guerra; em contrapartida, a PP emergiu na América Latina, por volta de 1960, com a proposta de articulação com aqueles que se encontravam à margem da sociedade, ou seja, os menos favorecidos, na intenção de fomentar o processo de formação de consciência crítica dos grupos para que realizassem processos de mudança (NOVAES; GIL, 2009).

A PP é uma proposta metodológica considerada emergente da crise nas ciências sociais, pois já estava evidente, durante os anos de 1970, a irrelevância social de alguns temas abordados, devido à sua frivolidade. A PP buscou quebrar com o paradigma das ciências sociais, que desconheciam a relevância dos movimentos populares, pois se prendiam a um conhecimento científico empedrado, logo, estático e que não possuía envolvimento histórico, o que se justificava através de especialistas que assumiam um pensamento tecnocrata e academicista na busca da solução das mazelas provocadas pela pobreza e marginalidade, sem dar voz e ouvidos a estes grupos no seu processo de investigação e formulação de projetos. Esta percepção emergiu no Brasil no período que corresponde às décadas de 1960 e 1970, como a educação popular libertadora de Paulo Freire, o que mostra a necessidade de aliar o processo científico aos de transformação socioeconômica e política (BRANDÃO; STRECK, 2006).

Vários eventos e debates foram realizados por toda América Latina no intuito do desenvolvimento da PP. Estes debates foram importantes no desenvolvimento de três temas essenciais da identidade epistêmica deste tipo de pesquisa, os quais são: a ação transformadora, que se caracteriza na procura dos problemas e contradições emergentes em um determinado local/grupo, na busca da resolução dos problemas, na inserção dos profissionais, pesquisadores e populares; a produção de conhecimentos, compreendida na confrontação entre conhecimento científico e popular, se há problemas e contradições e se foram resolvidos, no desenho de processos para produção e conhecimento participativo, baseado na socialização; a participação, que busca compreender os níveis de inserção dos pesquisadores-educadores no desenvolvimento de ações transformadoras, que problemas podem surgir desta relação participativa, na participação e desenvolvimento da democracia popular (BRANDÃO; STRECK, 2006).

Thiollent (2011) afirma que toda pesquisa-ação pode ser compreendida como PP, pois a participação das pessoas implicadas na problemática estudada é imprescindível à pesquisa-ação. Para que não haja ambiguidade, é necessário entender que uma pesquisa só pode ser qualificada como pesquisa-ação quando há uma ação que surja por parte das pessoas e grupos

envolvidos; esta ação deve emergir por meio da investigação para ser corretamente elaborada e conduzida.

Sendo assim, na busca de aliar as duas denominações na construção de uma metodologia que minimizasse as diferenças e enfatizasse as semelhanças entre as duas modalidades, formulou-se a metodologia Pesquisa-ação Participante ou Participativa (PAP). Esta metodologia ganhou força após o Simpósio Mundial de Cartagena, em 1977, no qual, por meio de Fals Borda, foi definido o termo *investigación-acción participativa*, que se caracterizou como uma metodologia inserida no processo vivencial, que compreendia a educação, pesquisa científica e ação política. Desde então, a PAP tem encontrado adeptos em diversas regiões do mundo, realizando o desenvolvimento desta metodologia (NOVAES; GIL, 2009).

O método perpassa por fases que são muito flexíveis quanto às suas etapas e fases, pois conclui-se que há uma série de vaivéns entre as circunstâncias e dinâmicas internas do grupo e pesquisadores (THIOLLENT, 2011).

A metodologia possui a fase exploratória, que consiste em escolher e descobrir o campo de pesquisa, selecionar os interessados e suas expectativas, para estabelecer um levantamento da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações; outra fase é a designação do tema de pesquisa, que “é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados”; a fase seguinte é caracteriza pela colocação dos problemas principais - a partir destes problemas, a investigação será guiada; a fase conseguinte refere-se ao lugar da teoria, ou seja, remete-se à necessidade de uma fundamentação teórica para a articulação das problemáticas; outra fase se caracteriza pela formulação de hipóteses sobre as possíveis soluções encontradas ao longo da pesquisa; a fase seguinte é constituída por seminário - este é constituído por uma reunião central dos membros da equipe de pesquisadores e do grupo, isto é, o papel do seminário consiste em examinar, discutir e tomar decisões sobre o processo de investigação (THIOLLENT, 2011).

A fase posterior se constitui na definição do campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; outra fase a seguir é constituída pela coleta de dados, que pode ser constituída por entrevista coletiva e entrevista individual aplicada de uma maneira aprofundada; há também a fase de aprendizagem, que é associada ao processo de investigação; a fase seguinte se caracteriza em articular o saber formal com o saber informal, a fim de melhorar as comunicações entre os dois universos culturais; de maneira conseguinte, o plano de ação será definido; mediante o acordo prévio dos participantes, a última fase será concluída, com a divulgação externa (THIOLLENT, 2011).

3.1 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na unidade de emergência de um hospital municipal no Rio de Janeiro, no período de abril a julho de 2016. Trata-se de um hospital de urgência e emergência de média e alta complexidade por receber pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, entre outros acidentes característicos em via pública, porém também atendem outros casos, desde que sejam casos que necessitem de atendimento imediato.

A unidade hospitalar fica localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro (Figura 2). Esta unidade compreende o setor de emergência, que possui subdivisões: a urgência, a grande emergência, e o politrauma.

Figura 2 - Mapa do município do Rio de Janeiro



Fonte: Google, 2016.

Na emergência deste hospital, são utilizadas a triagem e a classificação de risco. Um dos protocolos mais utilizados nas redes hospitalares brasileiras, referido como Triagem de Manchester, criado na cidade de Manchester, na Inglaterra em 1994, por um grupo de especialistas, é um dos mais utilizados neste hospital (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015; JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Esta classificação estabelece uma especificação dos pacientes em 5 diferentes níveis, tais como: emergente, classificado na cor vermelha, caracterizando que a pessoa precisa de atendimento médico imediato. Muito urgente, classificação laranja, que pode esperar uma avaliação médica por 10 minutos; urgente, classificação de cor amarela, significa que a pessoa pode aguardar por cerca de 60 minutos por atendimento médico; pouco urgente, de classificação verde, que pode aguardar até 120 minutos por atendimento médico; não urgente, de classificação azul, que pode aguardar até 240 minutos por atendimento (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015; JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Na urgência, são atendidos os casos menos graves, pacientes considerados, na classificação de Manchester, como verdes, ou seja, podem aguardar até 120 minutos por atendimento médico. É na sala denominada politrauma onde são atendidos os pacientes que necessitam de atendimento mais imediato, que são classificados com mais gravidade; este setor é classificado para casos amarelos e vermelhos.

Também há o setor de grande emergência, onde os pacientes permanecem para estabilização e atendimentos de urgência. Na grande emergência, há uma sala de emergência pediátrica, além de mais 7 salas, que são classificadas entre sala vermelha, amarelas e verdes. Ali os pacientes aguardam os primeiros procedimentos após a estabilização inicial.

Na Figura 3, é possível observar a disposição das salas que atendem à emergência do hospital e, por meio das setas com as cores das classificações, pode-se ver o fluxo a ser seguido desde o primeiro atendimento, que é realizado pelas portas de entrada da urgência e politrauma, assim como o encaminhamento para internação imediata na grande emergência.

As cores das setas se referem à classificação destes pacientes: os pacientes com traumas, casos clínicos mais leves (verdes) são encaminhados à urgência; os casos intermediários a graves (amarelos e vermelhos) entram pelo politrauma, pela necessidade mais emergente de atendimento. Se alguns destes pacientes necessitar de internação, são encaminhados à grande emergência, onde são instalados em salas até que surjam vagas nas enfermarias cirúrgicas e clínicas, ou até que seja realizada a cirurgia necessária.

Figura 3 - Disposição das salas da emergência do hospital municipal



Fonte: A autora, 2016.

3.2 Participantes e critérios de elegibilidade

Os participantes do estudo, foram 18, dos quais cinco eram enfermeiros e 13 eram técnicos de enfermagem, que desenvolvem atividades na unidade de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro.

Estes profissionais são técnicos de enfermagem e enfermeiros, que trabalham em uma escala de 30 horas semanais ou, ainda, 40 horas semanais para aqueles que optaram por fazer uma complementação de carga horária; esta opção é feita pelo próprio profissional, pois não é uma exigência da unidade que todos os profissionais realizem a complementação para completar 40 horas semanais. A escala dos plantonistas compreende 12 horas trabalhadas por 60h de descanso. Os plantões se dividem em SD1, SD2, SD3 para plantões diurnos e SN1, SN2, SN3 para plantões noturnos. Para que houvesse maior integração dos participantes, o estudo foi realizado no ambiente de trabalho.

Os critérios de inclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem que fizessem parte da equipe de enfermagem, atuantes da unidade de emergência, independente de sexo, etnia e religião e que aceitassem participar da pesquisa nos termos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão abrangeram: os funcionários que se encontravam de férias, licença-saúde, licença-prêmio, aqueles que não desenvolviam atividades na unidade de emergência do hospital e aqueles que não aceitaram participar do estudo.

3.3 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada atendendo ao disposto na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Seguindo estes propósitos, o projeto foi submetido à análise dos pareceristas e, após a aprovação, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil, passando pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da UERJ (HUPE/UERJ), e pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da prefeitura do Rio de Janeiro. O desenvolvimento da pesquisa somente teve início depois de autorizado. O parecer

de aprovação do CEP do HUPE/UERJ recebeu o nº da CAAE: 52543815.9.0000.5259. O projeto também foi encaminhado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, recebendo o nº da CAAE: 52543815.9.3001.5279. A pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do CEP e autorização formal da Direção Geral e Gerência de Enfermagem do hospital municipal em questão.

Todos os participantes tiveram suas identidades preservadas, considerando facultativa sua participação no estudo, não interferindo na assistência da instituição, de modo que a participação foi voluntária e todos foram informados que poderiam desistir em qualquer fase de realização da pesquisa, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrente deste ato, bem como lhes foi garantido o respeito aos depoimentos verbalizados e escritos. Os entrevistados foram denominados pelo nome *participante*, sendo utilizada a letra P seguida do número, de acordo com o número de participantes e da ordem cronológica, a exemplo, P1, P2, etc.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, concordando com a participação voluntária, assinaram o TCLE em duas cópias, ficando uma sob a guarda do respondente da pesquisa e a outra, de posse da pesquisadora (Apêndice A).

De igual maneira, foram informados sobre os benefícios da pesquisa, bem como sobre o fato de que o desenvolvimento do estudo não previu riscos (beneficência e não maleficência), inclusive financeiros; ressaltando que a participação dos sujeitos contribui para a Linha de Pesquisa Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem da ENF/UERJ e que a identidade seria mantida em sigilo e as informações fornecidas somente seriam utilizadas para fins de pesquisas, outros estudos e apresentação em eventos científicos.

3.4 Técnica de produção de dados

Considerando como fenômeno do estudo *a recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria Human Becoming* foram utilizados como técnica de produção de dados: entrevista semiestruturada, Mapa-falante (MF) e World Café (WC).

Estes instrumentos são apropriados em pesquisas participativas, pois facilitam as relações dialógicas, proativas e criativas e são sistematizados em etapas. Estas estratégias

serviram como sucessivas aproximações entre a pesquisadora e os participantes, para que, de fato, as percepções e intenções deles fossem compartilhadas, ouvidas e entendidas.

A primeira etapa: dois seminários foram realizados com o objetivo de sensibilizar os participantes do estudo e levantar reflexões para o desenvolvimento das outras técnicas. Como dissemos anteriormente, o seminário consiste em examinar, discutir e tomar decisões sobre o processo de investigação (THIOLLENT, 2011).

O primeiro seminário aconteceu em abril de 2016, na unidade de emergência, e teve o objetivo de levantar o entendimento dos participantes sobre a temática, as dúvidas, além dos temas demandados por eles para as discussões. Neste seminário aplicou-se uma entrevista semiestruturada (Apêndice D).

A partir desta produção, foi possível construir um artigo científico, como um recorte prévio deste estudo intitulado: A recusa do cuidado pelo paciente em situação de urgência e emergência: um dilema vivido pela equipe de enfermagem.

No segundo seminário, realizado em junho de 2016, também na unidade de emergência, foram apresentados os resultados do encontro anterior e realizada uma entrevista semiestruturada, perguntado como eles gostariam que fosse abordada e discutida a temática. As respostas foram gravadas em dispositivo eletrônico MP3. A partir das informações colhidas, foi decidido, em consenso entre participantes e pesquisadora, que ocorreria uma conferência onde seria debatida a temática.

A segunda e terceira etapas se deram em julho de 2016, com 18 participantes, no auditório da unidade, onde foram expostas as intenções do estudo, com o intuito de sensibilizá-los e provocar reflexões.

Este espaço do hospital possui ar refrigerado, som ambiente, e as cadeiras foram organizadas em círculo para promover uma construção dialética onde todos pudessem se olhar. Em seguida, foi lido o TCLE e explicadas as condições do termo, disponibilizando um período para o preenchimento deste.

No momento seguinte, foi explicado como seria a produção de dados. A primeira técnica desenvolvida foi o MP e, para introduzir o debate, foi escolhida a seguinte pergunta: Qual é a sua primeira sensação quando um paciente recusa algum cuidado prestado por você? Esta técnica serviu para levantar as primeiras percepções e sensações que emergiram dos participantes na relação de cuidado, no momento exato da recusa.

Para o estudo em tela, o MP foi realizado de forma adaptada, pois os participantes não fizeram as representações gráficas com desenhos relacionando a situações geográficas, com os caminhos e espaços. Os participantes ficaram livres e optaram por escrever e desenhar com

canetas hidrocor seus sentimentos e percepções. Em seguida, houve um momento de debate, em que foram explicados os desenhos e palavras escritas no cartaz.

O MP se caracteriza como uma Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade, que propõe “um espaço de discussão coletiva, em que a experiência vivenciada é abordada por meio de uma produção artística” (PAULA et al., 2013).

O MP tem o objetivo de representar graficamente uma situação problematizadora da realidade vivida pelos participantes, com uso de desenhos e palavras. Ele é aplicado quando se deseja diagnosticar problemas de uma comunidade ou um grupo, e deve ser realizado por pessoas que queiram conhecer e resolver problemas. O que for escrito e desenhado serve para formular planos e programas de ação para melhorar a situação vivenciada pelos participantes (TOLEDO; PELICIONI, 2009).

Ao término da construção dos desenhos e palavras, o mapa deve ser comentando e explicado pelos participantes. Esta discussão deve ser estimulada pelo coordenador, como realmente foi feito na aplicação do MP. Os comentários dos participantes devem servir para aprofundar a reflexão sobre as causas e consequências do problema, anotando-se ou gravando as conclusões (TOLEDO; PELICIONI, 2009).

Outra técnica utilizada para a produção de dados foi o WC, ou Café Mundial, inicialmente proposto como um método de diálogo, criado por Juanita Brown e David Isacs, para proporcionar conversas e diálogos com conteúdo e significativas de assuntos de difícil solução (FERNANDES, 2015).

O WC proporciona, através de um ambiente descontraído, direcionado, bem-humorado, o despertar de ideias criativas, fruto da participação dialógica, colaborativa e horizontal dos participantes (TEZA et al., 2013).

Para desenvolvimento desta técnica, primeiramente são colocadas sobre a mesa folhas brancas e são oferecidas canetas coloridas para que as pessoas possam fazer as anotações desejadas, de maneira criativa. O WC se caracteriza em 7 princípios: o primeiro visa a estabelecer o contexto, ou seja, qual é o objetivo que se almeja atingir, sendo discutido qual o tema a ser gerado e os problemas que podem ser resolvidos; o segundo princípio pretende criar um espaço acolhedor, em um ambiente caloroso, confortável, com um lanche e bebida acessíveis para os participantes.

Neste estudo, o WC seguiu os princípios de realização. Foi um momento rico de discussão, não só de forma escrita, mas também de grande debate, pois os participantes estavam mais à vontade e tiveram total liberdade para expressar suas opiniões, sentimentos e

olhares. Tudo o que foi escrito e falado foi registrado por meio da escrita e através da gravação dos depoimentos.

Esta técnica do WC possibilita uma discussão e aprendizado dialógico, uma vez que, em grupos, sentados em círculos, os participantes conseguem se olhar nos olhos e expressar, com palavra falada e escrita, e desenhos, suas percepções, num momento de descontração, no qual o alimento da alma não é só o material que é saboreado, mas também a resposta que, no outro, encontramos.

O terceiro princípio deve explorar as questões mais significativas. São escolhidas as perguntas mais relevantes ao tema para ajudar os convidados a pensarem no problema em questão. Dependendo do tempo disponível, o café pode explorar um único tema ou mais. O quarto princípio procura estimular a contribuição dos participantes, pois há um engajamento maior quando as pessoas percebem que estão contribuindo de alguma forma; a participação deve ser incentivada de forma ativa.

O quinto princípio procura promover a “polinização cruzada e conectar diferentes pontos de vista”. Os participantes devem ser solicitados a compartilharem suas perspectivas sobre o tema, podendo isto ser feito por meio de desenhos. O sexto princípio propõe escutar juntos para descobrir questões mais profundas, e um passo importante para a técnica é saber ouvir. O sétimo princípio visa a colher e compartilhar descobertas coletivas. Os participantes devem discutir as ideias mais significativas que surjam durante o processo e, após, compartilhá-las com o restante do grupo de forma que todos possam opinar sobre estas ideias, sendo registradas em todos os momentos (TEZA et al., 2013).

Nesse sentido, o WC se constitui em um método que corrobora a criação coletiva. Seus princípios são imprescindíveis para guiar uma construção coletiva de saberes e trocas de conhecimento e mudanças. Os princípios do WC estabelecem a conversação, estimulam um senso de coletividade e envolvimento pleno dos participantes. Sendo assim, é neste processo que emergem do grupo as reflexões e soluções para problemas complexos (BACCI; JACOBI; SANTOS, 2013).

Em seguida, após o WC, foi ministrada uma palestra sobre aspectos éticos e legais da recusa, por uma enfermeira convidada, servindo de abertura para os debates, esclarecimentos e procedimentos nos casos de recusa. Cada caso debatido remeteu à realidade da assistência e como lidar com esta questão da melhor maneira possível, ou seja, com o respaldo técnico, legal e ético. Esta atividade ocorreu em um período de duas horas e o grupo ficou muito satisfeito.

3.5 Organização e análise dos dados

Inicialmente, será explicada a organização dos dados que emergiram de cada técnica utilizada para, em seguida, analisá-los. Os dados obtidos após os seminários foram organizados e distribuídos cronologicamente de acordo com as respostas, associando-os aos dados do MP e WC; em seguida, os dados foram classificados e categorizados, segundo o método da análise de conteúdo de Bardin (2016).

A análise de conteúdo consiste em tratar a informação a partir de um roteiro específico, organizado em torno de três principais etapas: 1) Pré-análise - escolha dos documentos, entrevistas e formação de um *corpus*; determinação dos indicadores para interpretação final (ex: frequência relativa ou absoluta); escolha do tipo de unidade de registro a ser empregada; 2) Exploração do material ou codificação – leitura flutuante, recorte das unidades de registro; verificação das unidades de contexto; classificação das unidades de registro e codificação para agregar as UR e gerar as categorias; 3) Tratamento dos resultados (inferência e interpretação) – evidenciação das informações obtidas pela análise, através da quantificação, e apresentação ou embasamento teórico para análise de cada categoria presente. (BARDIN, 2016).

A partir desta organização dos dados, emergiram três categorias e uma subcategoria, a saber: Emoções e sentimentos revelados na recusa; e sua subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes; O significado, a ritmicidade e a transcendência no relacionamento enfermeiro-pessoa; e Posicionamento após a recusa e relevância do estudo. Posteriormente, os resultados foram interpretados com base na literatura pertinente ao fenômeno e objetivos estudados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Neste subitem, exibe-se a caracterização dos participantes que, ao todo, foram 18, conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1 - Profissões dos participantes

Profissão	N	%
Enfermeiros	5	27,8%
Técnicos de Enfermagem	13	72,2%
Total	18	100%

Fonte: Equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital municipal, 2016.

Conforme observado, dos 18 participantes, 5 são enfermeiros, e 13 técnicos de enfermagem, dentre eles, 13 mulheres (72,2%) e 5 homens (27,8%).

Quanto à faixa etária dos participantes, é possível constatar na Tabela 2:

Tabela 2 - Faixa etária dos participantes

Faixa Etária	N	%
27 – 35 anos	7	38,9
36 - 45 anos	7	38,9
46 – 50 anos	4	22,2
Total	18	100

Fonte: Equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital municipal, 2016.

Percebe-se que a faixa etária da maioria dos participantes varia entre 27 anos a 50 anos. E, quanto à etnia, é possível observar, na Tabela 3, que 5 participantes são pardos, 5 negros e 8 brancos.

Tabela 3 – Etnia dos participantes da pesquisa

Etnia	N	%
Branca	8	44,4
Negra	5	27,8
Parda	5	27,8
Total	18	100

Fonte: Equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital municipal, 2016.

Um estudo realizado por Machado, Vieira e Oliveira (2012) retrata o perfil dos profissionais de enfermagem, o qual está em concordância com as informações resultantes deste estudo. Considera-se que os profissionais de enfermagem no Brasil compreendem cerca de 1,75 milhões de trabalhadores; destes, 80% são técnicos ou auxiliares de enfermagem, e 20% enfermeiros, uma informação muito parecida com a da realidade da emergência do hospital estudado.

Além disso, a predominância feminina se conforma com os dados coletados. Segundo o estudo mencionado, a população feminina atuante na enfermagem compreende 84,6%, enquanto o presente estudo obteve a maioria de mulheres também, cerca de 72,2% de trabalhadoras (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Em relação à jornada de trabalho, a maioria possui apenas 1 emprego, ou seja, 13 (72,2%) participantes possuem um emprego; em contrapartida, 5 (27,8%) possuem 2 empregos.

4.2 Resultados e discussão do Mapa-falante (MP)

O MP, técnica muito utilizada na pesquisa participativa (PP), foi realizado para introduzir o assunto de forma descontraída e para que os participantes pudessem se expressar livremente sobre a temática, na forma escrita ou em desenho, demonstrando seus saberes e experiências no momento do encontro com outras pessoas. O objetivo inicial foi alcançado.

Dos resultados, emergiram as seguintes palavras: Impotência, Tristeza, Frustração, Confuso, Chateada, Tanto Faz, Nada, Desafiada, Contrariada, Desapontada, Menosprezado, Raiva, Triste, Enfermeira.

Foram descritas palavras que expressam sentimentos negativos, tais como a tristeza, a frustração, a chateação, a raiva, o desapontamento e o menosprezo. Com estes sentimentos, pode-se perceber o impacto inicial da temática nos profissionais. Muitos se sentem frustrados, desapontados, pois possuem a função e não podem cuidar.

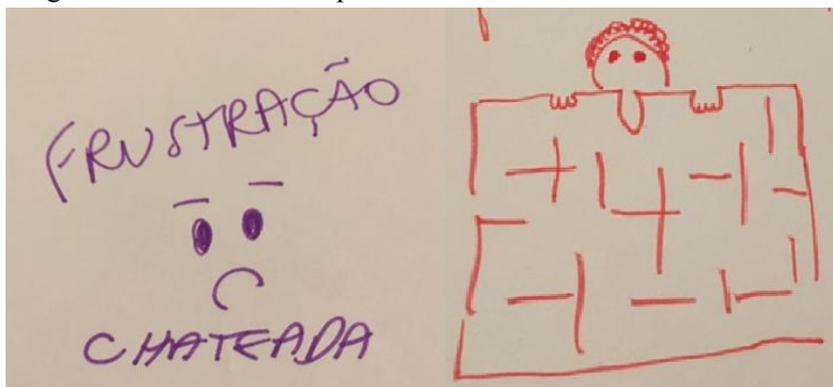
Outros expressaram o valor do seu trabalho sendo colocado à prova, pois se sentiram menosprezados, como se o cuidado não tivesse importância para aquela pessoa. Porém, há aqueles que referem a indiferença diante da recusa, afirmando que “tanto faz”, porém a indiferença não se caracteriza como um sentimento positivo, nem para o paciente, nem para o profissional.

A relação enfermeiro-paciente consiste em um momento de troca, mesmo compreendendo que, como seres humanos, tanto o paciente como o profissional podem ter sentimentos negativos, e a indiferença seria o rompimento desta troca. Esta interrupção pode consistir em um obstáculo no relacionamento, que possui o objetivo de evoluir, de proporcionar ao paciente a melhora do seu quadro clínico.

No entanto, existem profissionais que expressaram a recusa como um desafio, pois sentem que é neste momento que devem dialogar, explicar à pessoa o que está acontecendo com ela e as consequências deste ato para sua saúde. Agindo desta maneira, sentem que podem cumprir o seu papel de enfermeira (o), mostrando ao paciente o quanto o cuidado pode ser indispensável para que sua saúde seja restabelecida. Dessa maneira, o cuidado de enfermagem vai além de procedimentos técnicos, pois compreende o ser humano de maneira holística, em seus aspectos históricos, sentimentos e expectativas. Assim, o cuidado deve ser prestado com e para o outro, e a comunicação é primordial para haja humanização no processo de hospitalização (POTT et al., 2013).

Além disso, os participantes expressaram seus sentimentos por meio de desenhos, conforme pode ser observado abaixo, nas Fig. 4 e 5:

Figura 4 - Desenho do Mapa- falante



Fonte: Construído pelos participantes, 2016.

Figura 5 - Desenho do Mapa-falante



Fonte: Construído pelos participantes, 2016.

Os desenhos acima refletem tristeza, frustração, confusão e um muro, como se o enfermeiro tivesse que transpor este difícil obstáculo criado no relacionamento enfermeiro-paciente.

Dessa forma, emergiram sentimentos, emoções e percepções perante a recusa, considerando que o objetivo do MP é fazer um diagnóstico inicial dos problemas vividos pelos participantes (TOLEDO; PELICIONI, 2009).

A maioria dos profissionais não se mostrou indiferente a esta causa, pois, até mesmo aqueles que mostraram a indiferença por meio das palavras escritas, foram, com o decorrer da atividade, demonstrando que esta indiferença está aliada a outros muitos sentimentos.

Enfim, muitos sentimentos surgem, e a confusão do profissional se instaura e eles aguardavam uma resposta de posicionamento ético, em que ambos, profissional e paciente, sejam conscientes de seus direitos e deveres, bem como da ética profissional sob um olhar mais apurado, que pode ser obtido através de estudo e dedicação.

Com o muro desenhado, é possível perceber quão rígido, às vezes, é ultrapassar o obstáculo, o quão difícil pode ser para um profissional transpor a barreira da falta de comunicação, medo, desconhecimento, dor, entre outros motivos que levam à recusa.

Sendo assim, para que estes obstáculos sejam transponíveis, é necessário que a relação enfermeiro-paciente seja estabelecida de maneira ética, generosa, cuidadosa, com respeito e empatia. Para transpor este muro, é preciso transcender, ir além do que se sente e do que se pode ver, é necessário enxergar além dos olhos e, como que por intuição, sentir quais passos é possível pisar, quais gestos dedicar. O cuidado humanizado perpassa e se constitui através da junção do cuidado científico e intuitivo, significa cuidar numa perspectiva mais humana, do “estar com”, pois se utiliza de sentidos, percepções e emoções, além do conhecimento científico para realizar o cuidado (BUENO; BENEDET; SALUM, 2012).

É nesse pensamento que se possibilita ao paciente que também transcenda, posto que, segundo Parse (1981), transcender é um processo “vivido com”, para que ele veja além de seus medos, para que lide com eles e ultrapasse as barreiras estabelecidas para que sua saúde seja recuperada. “Cotranscender com as possibilidades é uma maneira única de dar poder ao processo de transformação” (PARSE, 1981) pelo qual o paciente e o enfermeiro passam, para que haja uma transformação das ações, tanto com a consequência da continuidade do tratamento, como para que ele seja interrompido, com o reconhecimento da autonomia e liberdade do paciente.

Figura 6 - Imagens da coleta de dados: Mapa-falante



Fonte: Equipe de enfermagem de um hospital municipal do Rio de Janeiro, 2016.

4.3 Resultados e discussão dos seminários e do World Café (WC)

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu com três seminários realizados em abril, junho e julho. Os encontros favoreceram a integração entre pesquisadora e participantes, em clima acolhedor, ambiente leve e descontraído. Em seguida, foi desenvolvida a técnica WC, ou Café Mundial, como também é chamado, pois possibilita uma discussão e aprendizado dialógico. O desenvolvimento desta técnica foi em julho de 2016, no auditório do hospital municipal, seguindo os princípios da técnica em questão. A produção de dados se deu a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimento de como aconteceria esta atividade, e todos foram convidados para participar de um lanche.

Inicialmente, foram organizados dois grupos. Estes foram dispostos em círculos, de modo que lhes fosse possível olharem uns nos olhos dos outros e expressarem, oralmente e por escrito, as opiniões, sendo um momento dinâmico, livre e criativo.

Assim, foram distribuídas duas folhas de cartolina e cada uma possuía uma pergunta diferente, que atendesse aos objetivos propostos. As questões orientadoras foram: Quando um paciente recusa o seu cuidado no setor de emergência, como isso te afeta e como você reage? Como você acha que pode ser a sua conduta após a recusa, para que possa prevenir agravos, proteger a vida e recuperar a saúde preservando a autonomia do paciente? As perguntas foram respondidas com uso de canetas hidrocor disponibilizadas aos participantes.

Depois de esgotadas as respostas, foram levantadas discussões, em que os participantes puderam elucidar oralmente o que disseram por meio da escrita. Nesse momento, muitos argumentos foram conectados a partir da fala dos participantes, o que favoreceu a troca de ideias e o fortalecimento dos laços de cooperação entre pesquisadora e participantes.

Os dados coletados foram transcritos, organizados e analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. A partir das unidades de registro, emergiram três categorias analíticas e uma subcategoria. Como se observa nas imagens abaixo, os encontros foram momentos de participação, troca de conhecimentos, aprendizado mútuo e compreensão das necessidades do cotidiano dos participantes.

Figura 7 - Imagens da coleta de dados: World Cafê



Fonte: Profissionais de enfermagem do hospital municipal do Rio de Janeiro, 2016.

4.3.1 Categoria 1: Emoções e sentimentos revelados na recusa

Esta categoria emergiu a partir de 142 UR, e procura analisar as emoções e os sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem diante da situação de recusa.

Inicialmente, é necessário elucidar as diferenças que há entre emoções e sentimentos. Esta discussão se inicia através dos escritos de Descartes, necessariamente no dualismo cartesiano. De acordo com Leite (2012), o dualismo separa a razão da emoção, a alma do corpo. O dualismo cartesiano busca mostrar que a razão é superior às emoções e sentimentos, que o pensamento sensível não pode ser superior à consciência racional, desta forma, para Descartes, a razão toma uma posição superior e as emoções seriam responsáveis pelas questões sombrias da natureza humana.

Sendo assim, a razão e o corpo devem obter domínio sobre as emoções, sobre a alma. O fato de Descartes ter dito “penso, logo existo” demonstra quanto a razão foi valorizada, pois, a partir dela, o homem alcançaria a existência, enquanto ser humano, reconhecido em sua plenitude.

A subjetividade foi tida em descrédito por longos anos e, somente no início do século XX, as ciências filosóficas, antropológicas e psicológicas puderam, através de novas vertentes de estudo baseadas em questões culturais, sociais e históricas, transformar gradativamente a importância da subjetividade, dando legitimidade ao estudo das emoções e sentimentos (LEITE, 2012).

Damásio (2012) elucidava a questão da razão, das emoções e sentimentos que, ao contrário do que se pensava, não atuam em esferas diferentes, mas se unem, visto que as emoções e sentimentos permeiam os circuitos neurais e necessitam da razão para chegarem à consciência. O neurofisiólogo Damásio ainda faz o trocadilho com a frase célebre de Descartes, afirmando “existo e sinto, logo penso”, demonstrando que a base para a construção cognitiva do ser humano vem das emoções e não parte da razão, contrariando a lógica cartesiana (LEITE, 2012).

As emoções são reações a um conjunto de estímulos externos que recebemos e podem ser detectadas individualmente ou em conjunto. Estes estímulos são captados e processados por um sistema límbico no cérebro, no caso, a amígdala, e a partir daí é desencadeado um estado de ativação do corpo. As emoções podem ser separadas em duas fases, a primária e a secundária. A primária advém dos estímulos mais inatos, que não precisam da análise consciente para desencadear respostas viscerais, instintivas. Já a secundária não se limita ao sistema límbico, transpõe-no e se alastra, amplia-se aos córtex pré-frontal e somatossensorial, ou seja, expande-se ao processo de pensamento (DAMÁSIO, 2012).

A emoção, em sua essência, significa um conjunto de mudanças do estado do corpo a partir da indução de terminações nervosas nos órgãos, sob o controle do sistema nervoso central, que é fruto de uma reação aos conteúdos dos pensamentos relativos a um determinado

acontecimento. Em sua etimologia, a palavra emoção possui o significado de “movimento para fora”, ou seja, são alterações corporais sentidas por quem as tem e por quem as observa.

Em relação ao sentimento, este faz parte da percepção da emoção e das mudanças que advêm da resposta emocional, isto é, o sentimento diz respeito à percepção experimental destas mudanças. Todas as emoções geram sentimentos se o indivíduo estiver consciente. E a essência do sentimento parte do sentir a emoção, parte da sobreposição de imagens mentais que iniciam um ciclo, uma continuidade (DAMÁSIO, 2012). Este ciclo parte do *estado de emoção*, que existe em um estado inconsciente, o *estado de sentimento*, que até pode ser inconsciente, e o *estado de sentimento consciente*, que é percebido pelo corpo que sente as emoções.

A emoção é primitiva, ela surgiu antes da consciência, já o sentimento necessita do estado consciente para que o indivíduo o perceba. Os sentimentos produzem efeitos grandiosos e perpétuos na mente consciente (DAMÁSIO, 2015).

Sendo assim, a emoção e os sentimentos são constituintes profundos e essências na composição da cognição humana, sendo primordiais para entender as ações e reações dos profissionais de saúde frente à recusa, visto que as ações são resultados também do que é gerado através das emoções, conforme destacado em alguns depoimentos a seguir:

No primeiro momento, sinto uma mistura de sentimentos. Mas procuro controlar o lado emocional, buscando a imparcialidade [...] (P8).

No momento da recusa, me sinto impotente, tento explicar para o paciente a necessidade do procedimento. Se recusar novamente, me sinto indiferente, pois tentei fazer o máximo para ajudar, mas sendo lúcido, orientado, tem o direito da recusa (P10).

Em primeiro lugar, causa impotência de não conseguir explicar a importância dos cuidados. Em segundo, afeta a ideia de valor do meu trabalho na unidade de emergência. Muitas vezes, minha reação é de indignação de como uma pessoa pode não se importar com sua própria melhora (P17).

Eu penso também o seguinte: a palavra-chave pra mim, no caso, que acho que está muito bem descrita, é a impotência. Porque a gente sabe que envolve outras questões, questões sociais, em que a pessoa não teve acesso à educação, então a pessoa não sabe a importância daquilo pra ela (P6).

Os depoimentos expressam as mais variadas reações, sensações e sentimentos dos profissionais na relação enfermeiro-paciente diante da recusa em situação crítica. A recusa traz um rompimento da expectativa, uma mudança abrupta do planejamento do cuidado e do tratamento. Alguns deles expressam sentir algo definido, outros revelam sentir sentimentos variados após a recusa. Foi um momento em que os autores puderam compartilhar os

sentimentos que são gerados no seu ambiente de trabalho, com seus próprios colegas. Estas interações geraram a expressão sincera, cada um ficou à vontade para relatar suas vivências, expectativas e realidades.

Estas expressões emocionais serão chamadas de sentimentos, pois, de acordo com Giovanni (2014, p.22), “o sentimento é a emoção que se tornou consciente”, sendo assim, quando formuladas para gerarem respostas, as emoções vieram à consciência, ou seja, transformaram-se em sentimentos.

A impotência é um sentimento que surge quando as situações fogem do controle, quando o poder de decidir escorre pelas mãos do profissional. Este sentimento pode vir acompanhado de outros, como a tristeza, o desapontamento, por perceber que seu cuidado não será efetuado, que seu preparo e atenção foram em vão, daí vem o desapontamento pela desvalorização do seu trabalho:

É uma série de coisas, tristeza, raiva, não vamos ser hipócritas, a gente pensa que a pessoa não quer seu cuidado, resumindo, é impotência, porque eu não posso fazer nada se a pessoa não quer ser cuidado e não tenho como orientar. A maioria das pessoas, eu acredito que seja isso, as pessoas têm medo da injeção, da agulha, você fala: vamos fazer a medicação, a pessoa está com dor e ele sabe que vai melhorar, mas ele tem tanto medo da medicação que ele prefere ficar sentindo dor. Então são muitas coisas envolvidas (P6).

Eu sinto raiva, a pessoa sofreu um acidente ou caiu, ou cortou, ou apanhou, ou enfim, qualquer situação de trauma, se a pessoa chamou ajuda é porque ela está precisando, no mínimo está com dor. Então, você chega e ouve: ah não, não quero, você se pergunta, chamou por quê? Claro que você não vai falar isso para o paciente, mas você pensa: me chamou por que então? Né? [...] Estou fazendo o que aqui? Eu estou preparada, tecnicamente, cientificamente, para fazer... você fica desapontada e triste. (P5).

[...] Então há toda uma frustração...acho que tudo gira em torno da educação, porque o povo não está educado, porque está no hospital, para se cuidar. Então claro, se você for atendido por uma pessoa que chega já com 10 pedras na mão (P2).

A raiva é um sentimento forte, e é resultado da frustração, quando algo esperado acontece de modo diferente das expectativas geradas. Este sentimento emerge quando a pessoa sente que foi maltratada, ou enganada, quando se sente ofendida, ou ainda quando não gosta de um comportamento. Apesar de a raiva ser um sentimento espontâneo, ela pode ser contida, através da moralidade (GIOVANNI, 2014).

E é desta maneira que a recusa atinge os profissionais, pois gera sensação de frustração, impotência diante de uma realidade que mostra um ser humano em necessidade de ajuda, mas que, por algum motivo, desiste e frustra o profissional, interrompendo uma expectativa, gerando raiva por ele não tolerar tal comportamento, considerando que o paciente

está no hospital para receber tal cuidado. Porém, na maioria das vezes, esta raiva é parcialmente controlada devido aos valores morais e éticos da profissão, mas podem emergir em outros momentos do atendimento, mascarados de outras emoções e sentimentos, como um mecanismo de escape.

[...] Você pode fazer de um tudo, que se a pessoa disser que não quer, você não pode fazer mais nada e, infelizmente, eu tenho outros para cuidar e aí você acaba se tornando indiferente. Que é uma coisa que acaba recaindo muito na enfermagem, por causa disso: indiferença. Porque você sabe que você tem outros para cuidar, enquanto aquela pessoa não quer nada (P2).

Estas situações surgem no momento exato do cuidado, na interação com o outro, e se relacionam a diversos pontos de vista, pois, inicialmente, as reações negativas podem ser originadas a partir do primeiro contato com o outro. E tudo depende de como o profissional se aproxima da pessoa que necessita de cuidado, como faz a abordagem, o tom de voz e a demonstração de interesse em ajudar aquela pessoa. Este tipo de negação poderá levar ao desinteresse e indiferença de alguns profissionais, e isso não é bom.

A indiferença é um sentimento que, por alguns, é considerado como uma ausência de sentimento, mas ousou afirmar que não. A indiferença representa o abandono de valores morais e éticos para com o outro, é a personificação do comportamento individualista (MONTENEGRO, 2014). Portanto, se configura em um sentimento negativo, que se caracteriza em não dar importância à escolha, ou à consequência que virá desta escolha. Observem como acontece:

Eu vou te exemplificar, lá fora, o nosso serviço começa às 8 e termina às 20h. Aí você começa, são 24 horas trabalhadas, aí você pega a primeira situação, a segunda, a terceira, é tudo coisinha boba [...] Quando chega meia-noite até as 8 da manhã, há chegada de paciente grave, só que sabe o que acontece? Você está cansado, sem paciência, e o que acontece? Por acaso você pode ser imprudente... aí acontece alguma coisa... e a culpa é de quem? É do profissional. Porque é fácil botar a culpa no profissional e não no sistema. Como é que você vai tratar bem de um paciente num sistema colapsado? Você fica tenso. Minha esposa briga comigo, diz que eu sou frio, mas não sou frio, é que vai chegando um momento que a tua compaixão vai se dissipando, então você cria uma barreira, uma parede para você não se prejudicar lá fora, o teu casamento pode ser prejudicado e seu convívio com os colegas fica prejudicado... Vamos dizer que você teve N recusas, se isso te abalar, você vai levar isso pra sua casa, isso, de certa forma, sua vida social vai ser abalada também. Como eu falei, nós somos seres humanos (P3).

Neste relato, é possível perceber as correlações que o profissional atribui ao cansaço que este trabalho proporciona, podendo levar a possíveis erros, que incorreriam na imprudência. Ele afirma que o sistema interfere diretamente no erro e na imprudência do

profissional. E, para que o profissional de enfermagem não entre em colapso mental, emocional e físico, ele cria dispositivos, entre eles, a indiferença, o descaso.

Boff (2014) descreve a indiferença como a “morte do amor e do cuidado”, desta forma, a indiferença é demonstração da negligência e do desleixo com a vida e o destino do paciente. Este sentimento pode vir à tona por diversos motivos e, na fala dos participantes, é possível perceber que se dá principalmente pelo cansaço do trabalho, por se entender que a autonomia do paciente prevalece, dando a entender que não há mais o que fazer, ou até pelo motivo de outros pacientes necessitarem e aceitarem os seus cuidados. Desse modo, as atenções destes profissionais se voltariam para estes últimos pacientes e não para aqueles, também como um mecanismo de proteção para se preservarem do sofrimento que poderia vir das relações vividas no ambiente hospitalar.

Alguns depoimentos dos participantes demonstram que existe a satisfação quando o paciente recusa o cuidado, como também a aceitação da recusa como um direito do paciente:

O que mais me chama a atenção em relação à equipe é a alegria e satisfação de ser menos um paciente para cuidar (P1).

Aprender a receber não, aceitar o não, aprender a colocar o não como causa para melhor argumentação e a informação (P11).

A enfermagem compreende os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Estes profissionais são pessoas que cuidam de vidas humanas e são provedores de cuidado direto a pacientes e familiares, o que os expõe a diversos contextos culturais e conceituais. Esta relação estreita pode vir a gerar estresse, sentimentos de frustração, frieza e indiferença nos profissionais (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012). Dessa forma, é importante um olhar atento a este profissional para que ele esteja saudável física e psicologicamente, para que esteja apto a cuidar de maneira humanizada.

O profissional de enfermagem deve possuir uma escuta qualificada, habilidade que deve ser inerente a todo profissional de saúde, que significa desenvolver a capacidade de ouvir atentamente as pessoas, lembrando que o processo de narrar um fato pode contribuir para a modificação da maneira de vislumbrar e agir sobre qualquer situação, principalmente frente à recusa de algum cuidado (SALCI et al., 2013). Visto que a recusa pode existir pela falta de conhecimento, o diálogo e a escuta atenta e ativa podem vir a sanar os problemas de ruídos entre o profissional e o paciente.

Estes sentimentos gerados por conta da recusa do cuidado em situações de emergência são recorrentes e, nestes casos, faz-se importante perceber que, para que haja o cuidado, é

necessário que o profissional possa transcender, ir além, superar estes sentimentos, obviamente, sem deixá-los de lado, para que o melhor cuidado seja oferecido.

Ressalta-se que os profissionais de saúde que trabalham em emergência necessitam de um olhar atento, para que seus sentimentos sejam tratados, para que possam desenvolver um trabalho emocional através de ajuda psicológica, através da educação continuada e até mesmo em rodas de conversa promovidas pelas unidades, para que possam expor seus sentimentos e aprender a lidar com eles em prol de uma melhora do cuidado e do autocuidado deste profissional.

Parse afirma que Tornar-se Humano é um processo de transformação, pois Tornar-se Humano é compreender que “cotranscender as possibilidades é procurar maneiras únicas de iniciar o processo de transformação” (SILVA et al., 2013). E saber lidar com estes sentimentos, que ora são favoráveis, ora são desfavoráveis, é compreender a ritmicidade dos paradoxos, através da significação dos valores e imagens geradas no relacionamento enfermeiro-pessoa, para que se possa ir além, superar os sentimentos negativos que surjam, a fim de que a saúde do paciente seja alcançada.

Nesse sentido, a saúde deve ser entendida como um processo de tornar-se humano, que é experimentado pelo indivíduo e incorporado como padrão de relacionar as prioridades de valores. O enfermeiro é um direcionador, alguém que irá auxiliar o paciente, dessa forma, compreender os próprios sentimentos, saber lidar com eles e com os sentimentos dos pacientes é um caminho para que se alcance a saúde, caminho este que é autônomo.

4.3.1.1 Subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes

Esta categoria emerge de 51 UR, apresenta os significados da recusa do cuidado na perspectiva dos profissionais de enfermagem. Os significados são os mais variados, no entanto, observam-se alguns dos mais significativos nos depoimentos abaixo:

É na emergência que são realizados os primeiros cuidados e é onde ocorre o maior número de recusa porque os pacientes ainda não aceitaram seu estado clínico (P5). Na maioria das vezes, o paciente não tem conhecimento da importância dos cuidados de enfermagem. Então, seria muito importante o profissional de enfermagem esclarecer, dar informações da importância dos cuidados de enfermagem para a melhora do paciente (P13).

[...] a recusa pode estar atrelada a questões socioculturais e institucionais, pois a enfermagem consegue um contato favorável com o cliente, esbarrando em outras questões que estão acima do cuidado de enfermagem, como pressa em buscar um filho na escola, fome, algum compromisso urgente, ausência do médico (P5).

A recusa pode acontecer pela demora no atendimento médico, falta de interesse por parte da equipe médica, principalmente durante a madrugada (P7).

Nos depoimentos acima, constata-se que a recusa é gerada, muitas vezes, pelo pouco conhecimento do estado clínico de quem necessita de atendimento; pouco entendimento dos efeitos do cuidado para a melhora da situação apresentada; demora do atendimento; e pelas situações que envolvem questões socioculturais e institucionais. Percebe-se o quanto é complexo lidar com seres humanos, exigindo da equipe de saúde maior atenção em cada caso que se apresenta no cotidiano das relações.

Somente poderá existir colaboração se o acolhimento for realizado através de um processo de corresponsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos pacientes, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, que seja qualificada e capacitada, que possua uma postura acolhedora e libertária, para que seja estabelecido um vínculo entre os pacientes e os profissionais, em prol da continuidade de um serviço de qualidade (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

A recusa pode ter diversas origens conforme os depoimentos dos participantes, mesmo alguns sendo inusitados, como questões socioculturais, ou compromissos marcados. É função da enfermagem proporcionar conforto, segurança, transmitir confiança, informações, para que a recusa impensada, que pode trazer malefícios para o paciente, seja evitada.

O processo de cuidado deve incluir o diálogo, considerar e valorizar as vivências do paciente, através de uma escuta que auxilie na compreensão das causas dos problemas de saúde, assim como na busca de soluções para estes problemas. Deste modo, deve haver respeito à autonomia e à dignidade de cada paciente, através da ética. Sendo assim, o profissional de enfermagem deve transmitir respeito aos saberes do paciente e à sua autonomia, liberdade e criatividade (SILVA et al., 2012).

Os sentimentos gerados nos pacientes, segundo a perspectivas dos profissionais, são motivos suficientemente relevantes para que recusem algum cuidado, pois, como já foi dito, o ser humano é suscetível a diversos sentimentos e emoções e, por serem viscerais, servem como motriz para efetuar ações. Outras situações são evidenciadas a seguir:

[...] Porque a maior parte dos pacientes que recusam o atendimento, o fazem por falta de informação[...] (P10).

Por falta de conhecimento, o cuidado é recusado, o que é sanado quando a equipe se dispõe a sensibilizá-lo sobre o fato, algumas vezes (P5).

A falta de paciência ou recusa em aguardar sua vez de ser atendido. Querem rapidez sem considerar que o mais grave é sempre prioritário no serviço público e em qualquer serviço de saúde (P10).

Complicado quando o paciente é leigo, pois ele tem direito sobre seu corpo e tratamento, em contrapartida, a equipe tem responsabilidade e deveres com a vida deste paciente. A impressão é que estes não sabem a importância do cuidado prestado (P1).

A falta de conhecimento dos pacientes a respeito dos cuidados prestados pela enfermagem, o quanto é importante (P13).

No que concerne à falta de conhecimento, acredita-se que esta pode contribuir para uma piora na qualidade de vida dos pacientes, considerando que pode provocar um isolamento social, falta de autocuidado, aumento de comorbidades devido ao desconhecimento de sinais e sintomas e, por fim, a falta de adesão ao tratamento necessário, pois o paciente não consegue compreender a magnitude da necessidade do tratamento proposto. O conhecimento do paciente sobre sua condição de saúde é um determinante para a aderência e sucesso do tratamento (BONIN et al., 2014). Logo, a recusa do tratamento pode acontecer por um desconhecimento do paciente sobre sua real situação e sobre a importância do tratamento na unidade de emergência.

Na perspectiva dos participantes, é ressaltada a falta de conhecimento da necessidade e importância do cuidado, isso vem à tona em muitos depoimentos, o que demonstra que os profissionais acreditam que, por meio da informação, as recusas seriam debeladas e passariam a ocorrer somente de maneira esclarecida, proporcionando um cuidado efetivo.

A falta de conhecimento e informação adequada pode ter relação com a recusa e isto é relevante em dois aspectos: a priori, a rejeição pode ocorrer por desconhecimento dos detalhes das intervenções e, a posteriori, por insegurança em relação ao profissional ou à instituição (SALAZAR, 2010).

Deste modo, é importante saber lidar com a recusa, como abordá-la, a melhor maneira de contorná-la, para que os sentimentos e expectativas do profissional se mantenham no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e legal do ponto de vista ético.

4.3.2 Categoria 2: O significado, a ritmicidade e a transcendência no relacionamento enfermeiro-pessoa

Esta subcategoria emerge de 91 UR, procurando identificar, nos depoimentos dos profissionais de enfermagem, momentos em que os princípios da teoria de Parse se aplicam. Por meio das falas destes profissionais, é perceptível que são utilizados princípios da teoria de Parse, mesmo que muitos tenham estas atitudes sem conhecer a teoria, pois entendem o sentido ético e humano do cuidado em enfermagem. Tem-se a seguir os relatos mais relevantes e que demonstram o uso, mesmo que inconsciente, dos princípios desta teoria:

Tento reagir bem, sem demonstrar meus sentimentos e procuro descontrair, tentando explicar os motivos da assistência e quais são os pontos positivos de deixar realizar o cuidado (P4).

É o início, é o bom dia, e a forma que você se apresenta, é a forma que você acorda o paciente, acende a luz, você precisa ser cuidadoso, não deve expressar os seus problemas, mas tem colegas que deixam bem claro o problema particular e ficam pensando alto... Você precisa criar uma harmonia na relação (P8).

Abordo em outro momento o paciente, considerando que a recusa não se dirige a mim, mas reflete o momento que ele está vivenciando (P13).

Pergunto ao paciente o motivo da recusa e tento esclarecer a importância do cuidado para ele. Se mesmo assim ele continuar recusando, aceito a decisão dele ao direito de escolha (P8).

Em vários depoimentos, é possível perceber a colaboração dos três princípios de Parse. Alguns participantes, ao elucidarem os clientes, demonstrando a necessidade e a importância daquele cuidado, quando questionam os motivos da recusa, do medo, do que ele está sentindo, acabam por demonstrar o princípio da estruturação do significado, pois procuram entender o significado daquela recusa, o modo como ele enxerga a realidade e, junto ao paciente, procura estruturar um novo significado da realidade da não aceitação do cuidado ou tratamento:

Procuro sempre explicar ao paciente quanto à importância do cuidado. Questiono o porquê o mesmo não aceita o cuidado, após todas essas tentativas sinto-me com a certeza de ter realizado o meu trabalho de forma correta (P14).

Acredito que a conduta deve ser a mais imparcial possível, respeitando a autonomia do paciente. Temos que tentar não discriminar ou até mesmo nos “vingar” do paciente diante da recusa, devemos procurar entender o paciente, nos colocando no lugar dele, devemos esclarecer sobre a importância (P7).

O profissional de enfermagem pode, por meio da expressão linguística, do diálogo, contribuir para que o paciente, que entra na unidade de emergência formando imagem e valores, consiga construir um novo significado para aquela imagem criada, que tem tudo a ver com o ambiente e o universo que o cercam naquele momento e com o que foi vivido pelo paciente antes mesmo da admissão hospitalar, em seus momentos de vida e suas experiências anteriores.

Os significados de uma realidade são continuamente estruturados de maneira bem pessoal, diferenciam-se com o passado, o presente e o futuro. E a pessoa pode cocriar, com outras pessoas, tecnologias e formas de arte, outros significados. O significado é o jeito que a pessoa vive a sua realidade, ela pode ser modificada, cocriada e estruturada de maneira multidimensional (VILCHEZ-BARBOZA; PARAVIC-KLJIN; MOLINA, 2013).

Percebo que, ao recebê-lo, não fui receptiva ou atraente, pelo contrário, fui repelente. Fico irritada comigo e começo a rever o meu comportamento e me coloco no lugar dele e não o torno refém da enfermagem (P3).

Também é possível perceber, na fala dos profissionais, a ritmicidade de paradoxos, como o paradoxo unir-separar, quando o participante refere que sente que não atraiu o paciente, mas sim o repeliu. O ser humano está em constante paradoxo: ao mesmo tempo que se une a alguém, pode separar-se de algo. E assim também se comporta o paciente, como pessoa que possui seus paradoxos, pois, ao mesmo tempo que pode não aceitar o cuidado, não deseja adoecer, piorar seu estado de saúde. A sua recusa depende de qual significado foi impetrado a ela.

Na teoria do Tornar-se Humano, os paradoxos são vivências rítmicas, compostas por momentos em que são formadas conexões com as pessoas e com o universo e, ao mesmo tempo, podem existir a separação e a solidão. Cabe ao enfermeiro sentir estes momentos e entender que são inerentes ao humano, que é necessário saber lidar com estes momentos (VILCHEZ-BARBOZA; PARAVIC-KLJIN; MOLINA, 2013).

A minha palavra-chave é desafiada, eu não me vejo nesse momento com raiva, e nem de dar as costas, você sabe que o paciente sabe, que ele é orientado, e aí você vê que aquele paciente não tem estrutura nenhuma. Tem casos pontuais que são desafios tão grandes, que eu jamais vou deixar esse paciente, é um desafio, e enquanto eu não conseguir, eu não me conformo (P7).

O que eu acho que falta para alguns profissionais é se colocar no lugar do paciente, porque às vezes você está ali atarefado, você quer fazer o seu, quer que dê o seu horário de ir embora. Você se colocar no lugar do paciente é imaginar: você foi socorrido, sofreu um acidente, está num lugar onde não conhece as pessoas, não sabe... eu ouvi um paciente dizer que estava com medo da troca de medicação. Eu já

ouvi isso, então, tendo alguém da família junto, a pessoa vai se sentir mais protegida. Se eu sofrer um acidente e tiver alguém ali do meu lado, eu vou me sentir mais seguro com a pessoa ali (P9).

A transcendência é o princípio mais percebido nas falas dos participantes, pois a recusa é um obstáculo que emerge na relação enfermeiro-pessoa. É uma interrupção da evolução de um tratamento e cuidado. Cabe ao profissional transpor esta barreira. E isso é possível através da cotranscendência. O profissional e o paciente fazem parte deste processo, e juntos podem sanar as dúvidas, compreender os motivos, esclarecer os mal-entendidos para que o tratamento e o cuidado tenham a sua continuidade. Um instrumento importante para que a transcendência ocorra, como foi observado através das falas, foi a empatia.

A cotranscendência é uma maneira de ir além, de superar as possibilidades em prol de alcançar mudanças na vida, pois o ser humano não é estático, ele está sempre evoluindo. Estas possibilidades de mudanças são diárias (VILCHEZ-BARBOZA; PARAVIC-KLJIN; MOLINA, 2013).

A teoria de Parse é aplicada para o ser humano, que está em constante metamorfose, e se aplica em situações críticas, como é o atendimento em emergência, uma mudança abrupta para a rotina e o cotidiano do paciente. O enfermeiro é este profissional que auxilia o paciente a lidar com estas mudanças para que possa evoluir como ser humano.

4.3.3 Categoria 3: Posicionamento após a recusa e a ética do cuidado

Esta categoria emerge de 111 UR e visa a analisar as atitudes da equipe de enfermagem mediante a recusa feita pelo paciente frente ao cuidado prestado, como também a opinião da equipe de enfermagem em relação à relevância do estudo para a prática profissional.

É imprescindível perceber quais são as reações e ações dos profissionais mediante a recusa do cuidado ou do tratamento como um todo, nas unidades de emergência e, a princípio, pode-se estranhar o motivo de reações virem antes de ações neste texto, porém, é possível elucidar esta questão da seguinte maneira: as reações são tidas como resultados mais primitivos, movidos pelas emoções vividas. Já as ações são tidas, aqui, como um resultado da tomada de decisão e as atitudes que se desencadearão após a recusa.

Os depoimentos dos participantes ressaltam a importância das orientações e explicações no ambiente de emergência, dando importância à humanização e à empatia. A seguir, os relatos mais relevantes:

Explicar os procedimentos, esclarecer as dúvidas, informar os benefícios destes procedimentos e os malefícios da recusa, e o que pode ocorrer de agravamento do seu quadro, caso ele mantenha a recusa do procedimento (P6).

Educação é a base para qualquer situação cotidiana. Informar ao enfermo a necessidade, da importância do contínuo tratamento [...] (P2).

Em unidades de emergência, a meta principal dos profissionais é trazer a recuperação ou estabilização satisfatória do quadro clínico emergente do paciente. Porém, para que o cuidado seja prestado de forma humanizada, para que o paciente sinta maior segurança, conforto e confiança, é necessário que sejam feitas orientações sobre os procedimentos que serão realizados, pois o paciente está passando por um episódio abrupto e que inspira cuidados, de maneira que a cooperação mútua para atingir a meta da recuperação estará mais próxima da possibilidade de ser alcançada.

Sendo assim, a recusa do cuidado também se mostra como um momento crucial para rastrear possíveis dúvidas, temores e saná-los para que a continuidade do tratamento se dê de maneira efetiva, para que a recuperação e o conforto do paciente sejam atingidos.

Orientar antes que o próprio esteja decidido e não só convencê-lo, mas direcionar o pensamento dele para uma consequência diante dessa escolha (P4).

Educação em saúde. Explicar de maneira direta o que realmente pode acontecer e os benefícios do cuidado realizado (P15).

Orientar o paciente para que eles tenham a ciência das consequências das suas recusas aos cuidados de enfermagem (P16).

As orientações e informações são fatores primordiais para que a assistência em saúde consiga eliminar os ruídos na comunicação entre o profissional e o paciente. Porém, é necessário deixar claro que as orientações dadas no atendimento de emergência são primordiais, porém é imprescindível que a população seja educada quanto aos níveis de complexidade e direcionamento no atendimento de urgência e emergência, para que não procurem os serviços de urgência quando poderiam tratar suas queixas através da rede básica de saúde.

O conhecimento do seu estado de saúde, de quais atitudes serão as melhores para a recuperação, de quais caminhos serão trilhados para que a recuperação seja alcançada,

empodera o paciente, que pode argumentar e se sentir apto para assentir ou negar qualquer cuidado, ciente dos prejuízos e possíveis benefícios.

Explicar a importância do cuidado, alertando para os riscos, porém preservando sua escolha, mesmo após toda orientação (P3).

Já peguei um paciente assim, ele só imobilizou e antes de ir embora, eu falei com ele: moço, o senhor tem que operar e ele falou: eu não posso, eu tenho medo. Ele estava sozinho, não tinha direito a acompanhante. Eu expliquei que ele teria que operar, ele estava com o braço quebrado, como ele iria voltar para o sistema depois? Então eu tentei mostrar isso para ele e não consegui, e então eu me senti incompetente e me senti frustrada porque eu me coloquei no lugar dele e pensei, gente, ele não vai conseguir, era um cara jovem, que tá trabalhando e como é que vai ser? Não tem plano de saúde, e o que ele vai fazer depois? Vai ter que voltar de alguma forma. Eu orientei, me coloquei no lugar dele, mas ele não aceitou (P9).

É possível perceber que existe uma preocupação com a saúde, com a segurança do paciente, com o bem estar e com as questões éticas. A informação fornecida para o paciente é algo inerente aos profissionais. Eles se preocupam com as consequências que a falta desta poderá causar aos seus pacientes. É inquietante observar como, mesmo informando a necessidade do tratamento e cuidado, alguns pacientes não conseguem entendê-lo como prioridade para manter a sua saúde.

Para tanto, é importante ressaltar que os argumentos utilizados pela equipe devem ser verdadeiros, convincentes e não podem ser velados. O paciente tem o direito de conhecer as consequências da recusa e sentir segurança nas informações, para que tome a sua decisão ciente das possíveis implicações. Em concordância com o art. 17, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), é responsabilidade e dever do profissional prestar adequadas informações à pessoa, aos familiares a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências no que diz respeito a assistência de enfermagem.

Também é possível perceber, no último depoimento, que mesmo entendendo a autonomia do paciente, o profissional de enfermagem sofre e se questiona ao perceber que o paciente pode ter como consequência um desdobramento negativo em sua saúde, por causa da sua escolha. Para o profissional, algumas vezes, é difícil entender as prioridades do paciente e o significado de saúde que ele possui. A saúde é um conceito que, para Parse, é construído em cada pessoa em uma perspectiva única. Cada pessoa tem um conceito do que é saudável para si.

Para que a significação do estado de saúde do paciente seja alcançada, é necessário que haja uma boa comunicação. Através da significação, os valores, as imagens e expressões linguísticas são estruturadas (LINS et al, 2013). Quando o profissional está atento às dúvidas

e relatos do paciente, acaba por incorporar este princípio do Tornar-se Humano, pois estrutura o significado das queixas e temores do paciente, para que, juntos, possam reestruturar estes significados, eliminando mitos e inverdades que possam atrapalhar a assistência.

No que tange a este ambiente dinâmico, como são os setores de urgência e emergência, é necessário remeter o olhar para as diretrizes que guiam este atendimento. E, entre os principais norteadores da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), estão os fatores primordiais para que se estabeleça uma relação entre o enfermeiro e o paciente, a saber: a ética, a humanização da assistência, com uma atenção centrada no usuário e baseada em suas necessidades de saúde, além de um acolhimento que procure entender as necessidades da população (BRASIL, 2013). Sendo assim, as atitudes que os profissionais de enfermagem devem apresentar para atender a estas recomendações possuem estreita relação com o olhar humanista do cuidar, tão expresso na teoria de Parse.

É possível perceber, através dos depoimentos dos participantes, esta intencionalidade, quando procuram entender a causa da recusa e, em seguida, percebem a necessidade de informar e orientar o paciente, o que é também uma prerrogativa da Política Nacional de Atenção às Urgências (2003) que, através da Portaria nº 1863/2003, no seu artigo 2, ressalta que o profissional de saúde deve procurar desenvolver estratégias que promovam a qualidade de vida neste ambiente, que possa prevenir agravos, para que assim alcance o objetivo de proteger a vida.

Nesse sentido, em relação a este estudo a equipe de enfermagem emitiu o os seguintes depoimentos:

A pesquisa pode ajudar, pois não nos sentimos confortáveis quando a recusa acontece e não sabemos utilizar de meios para lidar com a situação em prol do paciente. É relevante, pois nós teremos condições de avaliar e talvez ajudar o paciente naquele momento de dificuldade, que muitas vezes o paciente não tem noção do que a sua recusa poderá lhe prejudicar no futuro. A enfermagem poderá ajudar nesse sentido. (P2).

Através desta pesquisa, o profissional de enfermagem pode conhecer e compreender os motivos pelo qual o paciente recusa os cuidados de enfermagem (P13).

A pesquisa pode nos ajudar a traçar novas condutas na abordagem e esclarecimento da importância do cuidado (P8).

A pesquisa tende a elucidar os profissionais e, quem sabe, usuários sobre o funcionamento, direitos, deveres e estrutura do sistema de saúde (P10).

Sim, é um tema pertinente porque o objetivo do profissional de enfermagem é o cuidar, oferecer conforto, entre outras coisas (P11).

Percebe-se pelos depoimentos que a equipe de enfermagem julgou esse estudo como sendo relevante e pertinente no que diz respeito ao entendimento e à influência que este pode ter nos cuidados prestados.

Apesar de a emergência ser um ambiente em que o atendimento preza a eficiência, o cuidado ainda deve ser o elo de integração entre o profissional e o paciente. Sendo assim, a equipe de enfermagem necessita se preparar para que proporcione um atendimento dotado de destreza, agilidade e habilidade, com raciocínio lógico, para estabelecer prioridade e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao paciente, sem deixar de lado a sensibilidade da humanização do cuidado e a ética (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013).

A enfermagem é a profissão cujo instrumento principal é o cuidar, este ato é o pano de fundo para oferecer ao cliente um atendimento digno e compromissado. É um grande desafio para a enfermagem na emergência se traduz no trabalhar aliado às dimensões éticas e subjetivas, através do respeito aos valores, sentimentos, limites de quem recebe o cuidado e daquele que o fornece. A ciência do cuidado se traduz na conjugação do conhecimento, das habilidades manuais e de organização, além da intuição, experiência e sensibilidade (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Ainda, é possível inferir que o profissional, através de uma relação de respeito, empatia e ética, pode promover a qualidade de vida dos seus pacientes, mesmo em um ambiente estressante e dinâmico, como os setores de urgência e emergência. E, através das orientações, impedir que agravos à saúde do paciente ocorram devido a uma recusa, sem o devido esclarecimento. E, sobretudo, respeitar a autonomia do paciente, como prevê a política em questão, para que as escolhas deste paciente sejam dotadas de empoderamento, consciência e esclarecimento.

O cuidar em enfermagem deve ser dispensado de forma ética, e ser enfermeiro é convergir com o enunciado central das teorias éticas, quando enuncia que a ética é a constante busca do bem humano, ou seja, o cuidar de enfermagem, quando dispensado eticamente, promove o bem. Pois, sem a busca do bem, a vida enquanto projeto ético não possui sentido. Ser enfermeiro, numa perspectiva ética do cuidar, é praticar justiça, assegurar um comportamento que concorde com ela, e isto ocorre quando os direitos dos pacientes e seus conceitos de saúde são respeitados e garantidos (PEGORARO, 1995).

Em Heidegger, pode-se concluir que o cuidado é inerente ao ser humano. Sendo assim, este cuidado tão essencial não pode ser oferecido sem desvelo, mas sim numa perspectiva ética, e baseado em relações cheias de significado e comprometimento. O ser humano que está sob os cuidados de enfermagem está em constantes mudanças, e os profissionais de

enfermagem devem traçar seus cuidados cientes dos paradoxos e mudanças inerentes ao ser humano, respeitando seus momentos, seu velar e desvelar (ser-aí). Cada ser é único e tem o direito de escolher diante das possibilidades, e cabe ao enfermeiro respeitar as particularidades de cada indivíduo, suas decisões e significados (SEBOLD; CARRARO, 2013).

A comunicação, a interação respeitosa e as orientações são imprescindíveis para que o tratamento e o cuidado sejam oferecidos eticamente. Dessa forma, pode-se entrelaçar os conhecimentos, as concepções éticas e as determinações da política aqui abordada com os ensinamentos de Parse, pois, para ela, a saúde emerge da perspectiva do paciente, e não deve ser imposta pelo enfermeiro. Sendo assim, como em uma dança, o enfermeiro guia a pessoa que está sob os seus cuidados, direcionando, auxiliando, mas, acima disso, respeitando a cadência dos seus passos, para que, ao final desta jornada, a saúde do paciente seja um alvo alcançado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pela temática da não aceitação do cuidado emergiu da minha vivência profissional, como mencionado inicialmente. Observei e intervim, com inquietude, em diversos momentos de recusa, e percebi que esta era uma questão não muito aceita para muitos profissionais, pois, assim como eu, possuíam muita dificuldade em lidar com a não aceitação de um cuidado e os agravos que poderiam surgir deste. Do mesmo modo, indagava-me constantemente quais sentimentos emergiam nestes profissionais, pois, em mim, emergiam inúmeros questionamentos e inquietações, e logo pensei em dar uma solução, por meio de uma questão a ser pesquisada.

Os objetivos do estudo foram atendidos, e conhecer a subjetividade dos participantes e percebê-los em suas singularidades propiciou compreender todos os seus sentimentos e emoções diante de uma circunstância que, em princípio, parece trivial - a recusa do cuidado, mas que imputa aos trabalhadores de saúde um movimento na dimensão psicológica que precisa ser mais aprofundado, porque, com o passar dos anos, a frustração leva ao desinteresse e à desmobilização interior de cuidar do outro, diferindo dos princípios do cuidado, base fundamental da enfermagem e mola propulsora para a manutenção da profissão.

Utilizamos como metodologia a abordagem participativa, pois entendemos a necessidade de ouvir os participantes e compreender como se sentem e como buscam solucionar seus problemas em conjunto. Mergulhar nesta questão sem impor nosso olhar e nossa realidade, usar o ponto de vista dos profissionais foi importante para que o resultado expressasse a visão real das vivências e os dos sentimentos dos participantes. do que vivem e como se sentem os profissionais de enfermagem.

Para tanto, recorremos a instrumentos e técnicas de produção de dados tais como: os seminários, que serviram de sucessivas aproximações dos participantes, dando voz a todos e fazendo com que eles refletissem sobre a temática. Nos seminários, eles foram convidados a refletir sobre a temática apresentada e a relevância do estudo para o cotidiano da emergência e foram motivados a expressarem sobre como gostariam que o estudo fosse encaminhado.

Além deste, o Mapa-falante (MP), contribuindo para levantar as reflexões a partir da realidade vivenciada no cotidiano do cuidado em emergência. Com isso, os participantes desenharam, escreveram e verbalizaram os seus sentimentos. Os sentimentos da recusa do cuidado alternam entre a tristeza, a confusão, a indiferença, entre outros. Também o World

Café (WC) foi utilizado de maneira lúdica para que se expressassem em conjunto, e realmente este objetivo foi alcançado. Além disso, os seus depoimentos demonstraram as questões pessoais e ansiedade diante do vivido durante o cuidado nas situações de urgência e emergência. Cada um demonstrou suas peculiaridades.

Sendo assim, busquei em Parse um alicerce teórico que pudesse elucidar as questões humanas. Ela propõe uma sensibilidade no cuidar, a qual percebo que é um quesito muitas vezes esquecido na unidade de emergência. Por mais dinâmico e desgastante que seja este espaço, é possível programar um olhar humano à assistência. E, em Parse, encontrei esta sensibilidade e evolução para tornarmos a enfermagem mais humana.

A teoria *Human Becoming* utilizada para fundamentar e analisar o fenômeno da pesquisa possui a característica humanística que se encaixa com a abordagem metodológica deste estudo, considerando que Parse, em seus postulados, incentiva a escuta ativa, o olhar sensível, a percepção do outro, o respeito à sua autonomia, coadunando aos princípios da Pesquisa-ação Participante (PAP). Além disso, incorpora ações que transpõem as descrições quantitativas das problemáticas de saúde, aproximando contextos e situações de maior vulnerabilidade às pessoas, populações e comunidades, possibilitando também explorar os problemas de saúde com maior abrangência e na cocriação do conhecimento científico, transformando em ações mais concretas e adaptadas.

Na primeira categoria, intitulada Emoções e sentimentos revelados na recusa, observou-se que diversos sentimentos emergem destes profissionais no momento da recusa, tais como: a frustração, a raiva, a impotência, a empatia, a indiferença. Estes sentimentos foram também analisados e corroborados com fundamento em Parse, o que gerou uma subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes, uma vez que as motivações para a recusa surgem de emoções e sentimentos que emergem dos pacientes, momentos antes da recusa. Sendo assim, ela pode ocorrer por diversos fatores citados pelos participantes, como questões socioculturais, compromissos marcados, demora no atendimento médico, dentre outros.

Na segunda categoria, denominada O significado, a ritmicidade e a transcendência no relacionamento enfermeiro-pessoa, demonstrou-se que muitos princípios da teoria de Parse são aplicados no cotidiano do relacionamento enfermeiro-paciente, na unidade de emergência. Porém, ainda há muito que avançar neste sentido.

Na terceira categoria: Posicionamento após a recusa e a ética do cuidado, foram observados, com grande frequência, que os profissionais procuram orientar e elucidar os pacientes, com respeito à autonomia destes, além de entenderem ser uma ação ética informar

o paciente das reais necessidades de atendimento, como também garantir a liberdade de escolha do paciente, quanto a continuidade ou desistência do tratamento ou cuidado.

As articulações com a Teoria *Human Becoming* permitiram conhecer os sentimentos e os posicionamentos da equipe de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência, a partir da relação enfermeiro-pessoa, discutindo os sentimentos e posicionamentos dos profissionais de enfermagem e relacionando-os à dimensão ética do cuidar.

A pesquisa demandou tempo e empenho além disso tivemos algumas desafios que foram ultrapassados, como o de reunir um grupo de participantes que pudessem comparecer nos encontros estabelecidos, e contribuir nas atividades expondo suas visões de mundo, seus posicionamentos e suas questões. Reunir estes profissionais, em uma unidade de emergência em um hospital público, onde, a todo o momento, há a necessidade deste profissional de ponta e, ao mesmo tempo, imprescindível e escasso, constituiu um desafio. Convidar aqueles para sair de suas residências para participar das atividades previstas também foi outro desafio, porém, obtivemos boa participação de todos que aceitaram, demonstraram boa vontade, e colaboraram com a construção deste estudo.

Ressalta-se que as dinâmicas utilizadas foram motivadoras, instigantes e favoreceu o envolvimento e participação ativa de todos em cada atividade solicitada, onde cada um, neste espaço de discussão teve a liberdade para expor suas ideias de forma clara, auxiliando na cocriação de conhecimento coletivo. Todas as dinâmicas propostas foram elogiadas na sua forma de condução e respeito por cada um dos participantes.

Acreditamos que este estudo nos mostrou alguns entraves vividos pelas equipes de enfermagem, que se confrontam com as questões políticas e sistêmicas já instituídas, a exemplo dos problemas de regulação do Corpo de Bombeiros e, ainda, déficits de treinamentos e cursos, que envolvem a educação continuada.

Este estudo poderá contribuir com os profissionais de enfermagem que atuam principalmente em unidades de emergência, pois facilitará o entendimento que emerge neste campo de atuação da enfermagem e de que maneira cada um pode se preparar para lidar neste dia-a-dia de maneira ética, visando ao cuidado humanizado para seus pacientes e entre os profissionais que ali atuam, além de poderem se apropriar de uma construção teórica com visão sensível e humanista em uma unidade, muitas vezes, fria, impessoal e sem o acolhimento necessário.

Os profissionais poderão traçar condutas de cuidado, a partir dos princípios filosóficos de Parse, ampliando a humanização nas emergências. Através deste estudo,

poderão ancorar o planejamento do cuidado de acordo com as políticas públicas de cuidado em urgências e emergências.

Os resultados deste estudo abrem um canal de discussão sobre o tema proposto e amplia o foco para outros estudos que possam ser demandados pelos depoimentos dos pacientes, as razões e os motivos da recusa em situações de emergência, assim como outros estudos que comparem as atitudes dos profissionais com os discursos que estes fazem quanto ao seu posicionamento diante da recusa, além de um aprofundamento teórico nos fundamentos éticos e fenomenológicos do cuidado.

O cuidado ético somente pode ser dispensado a partir de uma perspectiva altruísta, que não visa o imediato, nem os próprios interesses, mas busca construir, junto ao paciente, um relacionamento que almeje sua recuperação. Ser enfermeiro, nessa perspectiva, é procurar superar seus próprios desafios, é ser um instrumento de transformação, de evolução, para tornar-se cada vez mais humano.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. eletrônica enf.**, Goiás, v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a19.pdf>. Acesso em: 05 set. 2016.
- AZEVEDO, A. L. C. S.; SCARPARO, A. F.; CHAVES, L. D. P. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. **Invest educ. enferm.**, Colombia, v. 31, n. 1, p. 36-43, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072013000100005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BACCI, D. L. C.; JACOBI, P. R.; SANTOS, V. M. N. Aprendizagem social nas práticas colaborativas: exemplos de ferramentas participativas envolvendo diferentes atores sociais. **Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, Santa Catarina, v. 6, n. 3, p. 227-243, nov. 2013. ISSN 1982-5153. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/alexandria/article/viewFile/38160/29101>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 366-370, maio-jun 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BERARDINELLI, L. M. M. **Gestos de cuidado em enfermagem**: estudo interdisciplinar através das imagens. 2003. 321 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
- BERGSTEIN, G. **Os limites do dever de informação na relação médico-paciente e sua prova**. 2012. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2012.
- BOFF, L. **O cuidado necessário**: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- _____. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BONIN, C. D. B. et al. Construção e Validação do Questionário de Conhecimentos para Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 102, n. 4, p. 364-373, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n4/0066-782x-abc-20140032.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- BORENSLEIFIL, M. S. O poder disciplinar da enfermagem no espaço hospitalar: uma aproximação com o pensamento de Foucault. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 52, n. 4, p. 583-588, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n4/v52n4a12.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa Participante: o saber da partilha**. 2. ed. Aparecida: Ideias e Letras, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 14 de ago. 2009. Seção 1, p. 80.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de jul. 2011. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Qualisus** - Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2 v.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, I. et al. Diálogos sobre pesquisa-ação participativa em Saúde. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 4, p. 890, 2014.

BUENO, L. X.; BENEDET, A. S.; SALUM, N. C. Vivência dos profissionais de enfermagem frente a dor: uma estratégia de humanização do cuidado. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, DF. 2012. ISSN: 1982-4785. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/199/pdf_1>. Acesso em: 14 jul. 2016.

BUZZI, A. R. **A filosofia e o cuidado da vida**. Petrópolis: Vozes, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Código de Ética Médico**. Resolução CFM nº1931/2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução COFEN nº 311/2007.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSALTER, Z. M.; JAREMCZUK, P. Direito à vida versus recusa ao tratamento vital. **Prisma Jur.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 35-53, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/934/93416940003/>>. Acesso em: 02 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Ementa: Transfusão de sangue em paciente Testemunha de Jeová**. Parecer COREN-SP 068/2013 – CT.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. Disponível em: <<http://www.companhiadasletras.com.br/trechos/87011.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

_____. **O mistério da consciência**: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/Antonio%20Damasio%20-%20O%20Mist%C3%A9rio%20da%20Consciencia.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/58532/61549>>. Acesso em: 31 out. 2016.

FERNANDES, M. E. S. A. C. **World Café e o aprendizado dialógico**: limites e possibilidades de um território de sentidos no processo de formação. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GARCIA, A. B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-159, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/22.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.

GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANNI, F. **Alegria, culpa, raiva, amor**. O que a neurociência explica e não explica sobre nossas emoções e como lidar com elas. Rio de Janeiro: Agir, 2014.

GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 1, p. 31-37, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a05.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Universitária São Francisco, 2015.

ISRAEL, B. et al. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. **Annual Review Public Health**, Califórnia (USA), v.19, p. 173-202, 1998.

JÚNIOR, P. D.; SALGADO, P. O.; CHIANCA, T. C. M. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2016.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; PRZENYCZKA, R. A.; CAMARGO, T. B. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Rev. eletr. enferm.** Goiás. v. 10, n. 3, p. 843-848, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/v10n3a31.htm>. Acesso em: 21 set. 2016.

LEDWITH, M.; SPRINGETT, J. **Participatory Practice: Community-based Action for Transformative Change**.UK, University of Bristol, 2009.

LEITE, S. A. S. Afetividade nas práticas pedagógicas. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 355-368, 2012.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Palotti, 2002.

LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KAMADA, I.; JESUS, C. A. C.; REIS, P. E. D. Teoria de Tornar-se Humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1179-1186, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/37.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF. v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF. v. 65, n. 2, p. 297-303, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2016.

MARTINS, M. E.; SIMÕES, M. A.; BRITO, I. **Investigação-ação participativa em saúde: revisão sistemática da literatura em língua portuguesa**. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Ed: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

MAYEROFF, M. **On Caring**. New York, 2. ed. Harper Collins Publishers, 1990.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTENEGRO, L. C. **A expressão da ética nas práticas de profissionais da saúde no contexto de unidades de internação hospitalar**. 2014. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

NETO, A. V. L. et al. Acolhimento e Humanização da assistência em pronto-socorro adulto: Percepções de Enfermeiros. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 276-286, maio/ago. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/8279-47891-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

NOVAES, M. B. C; GIL, A. C. A pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em administração de empresas. **RAM – Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 10, n. 1, jan./fev. 2009. ISSN: 1678-6971. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ram/v10n1/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

PARSE, R. R. **Illuminations**: The human becoming theory in practice and research. DLC, Library of Congress. USA, 1995.

_____. **Man-Living-health**: A theory of nursing. New York: John Wiley & Sons, 1981.

_____. **The Human Becoming School of Thought**: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals. 2. ed. SAGE Publications. University of Michigan. 1998.

_____. The human becoming school of thought in 2050. **Nursing Science Quarterly**, 20, 308-311, 2007.

_____. **The human becoming paradigm**: A transformational worldview. Pittsburgh, PA: Discovery International Publications, 2014.

PAULA, C. C. et al. Cotidiano de adolescentes com o Vírus da Imunodeficiência Humana em tratamento. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 500-508, set./dez. 2013.

PEGORARO, A. O. **Ética é Justiça**. Petrópolis: Vozes, 1995.

POTT, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J. V. C.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF. v. 66, n. 2, p. 174-179, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

RODRIGUES, B. M. R. D. et al. A ética no cuidar em enfermagem: contribuições da fenomenologia sociológica de Alfred Schütz. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 236-241, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a11.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2016.

RODRIGUES, S.; EUSÉBIO, D. Quando o doente recusa... Reflexão sobre os direitos do idoso. **INFAD Revista de Psicologia**, Espanha, v. 1, n. 2, p.119-122, 2014. ISSN: 02149877.

- ROSSETI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; FUGULIN, F. M. T. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 21, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_28.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.
- SALAZAR, O. A. B. Rechazo al cuidado de la salud por motivaciones del paciente. **Invest. educ. enferm.**, Colombia, v. 28, n. 2, p. 214-222, 2010.
- _____. Rechazo de los pacientes del cuidado enfermero. **Invest. educ. enferm.**, Colombia, v. 29, n. 3, p. 343-352, 2011.
- SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G.V., BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan. mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2016.
- SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 6, p. 856-862, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a09v62n6.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.
- SANTOS, L. F. A recusa de tratamento em Portugal: questões de filosofia, direito, saúde e educação. **Interações**, Campo Grande, MS, n. 19, p. 23-47, 2010. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15260/1/Recusa%20de%20tratamento.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.
- SEEBOLD, L. F.; CARRARO. Modos de ser enfermeiro-professor-no-ensino-do-cuidado-de-enfermagem: um olhar heideggeriano. **Rev. bras enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 550-556, jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a13.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- SILVA, F.V. F. et al. Cuidado de enfermagem a pessoas com hipertensão fundamentado na Teoria de Parse. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111- 119, jan./mar. 2013.
- SILVA, J. L. L.; DIAS, A.C.; TEIXEIRA, L.R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Rev. Chía**, Colômbia, v. 12, n. 2, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74124103006.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.
- SILVA, L. D. et al. O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 412-419, maio/ago. 2012.
- SOUZA, C. C.; ARAÚJO, F. A.; CHIANCA, T. C. M. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103174>>. Acesso em: 21 set. 2016.
- TEZA, P. et al. Geração de ideias: aplicação da técnica World Café. **Int. J. Knowl. Eng. Manag.**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p. 1-14, jul/out, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing Theorists and Their Work**. Mosby, 2006. 6th Edition. N/A.

TOLEDO, R. F.; PELICIONI, M. C. F. A educação ambiental e a construção de Mapas-Falantes em processo de Pesquisa-Ação em comunidade indígena na Amazônia. **Rev. Interações**, Campo Grande, MS, n. 11, p. 193-213, 2009. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/viewFile/382/337>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

VÍLCHEZ-BARBOZA, V.; PARAVIC-KLIJN, T.; MOLINA, A. S. La escuela de pensamiento Human becoming: una alternativa para la práctica de la enfermería. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 19, n. 2, p. 23-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200003>. Acesso em: 14 jun. 2016.

WATSON, J. **Nursing the philosophy and science of caring**. Boulder. Colorado: Colorado Associated University, 1985.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

FACULDADE DE ENFERMAGEM



Título: **A recusa do cuidado em situações de emergência: uma abordagem fundamentada na teoria *Human Becoming***. Assinando este documento, concordo em participar do estudo, desenvolvido por Louise Theresa de Araújo Abreu, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Lina Márcia Miguéis Berardinelli. Fui informado(a) que o presente estudo tem por objetivo: 1- Identificar o que sentem e como reagem os profissionais de enfermagem frente à recusa do cuidado ou tratamento em situações de urgência; 2 - Esclarecer como a recusa do cuidado por parte do paciente afeta os profissionais de enfermagem e sua prestação de cuidados. Estou ciente de que a técnica de investigação será conduzida pela técnica de entrevista semiestruturada e que minhas respostas serão gravadas em gravador de voz para posterior transcrição. Fui informado(a) que esta entrevista tem a garantia de ser livre e que, mesmo após seu início, posso recusar-me a participar, e minha recusa não prejudicará o atendimento recebido por mim ou qualquer membro desta instituição. Disseram-me também que a qualquer momento posso solicitar as informações que desejar e meu nome será mantido em sigilo. Compreendo que terei acesso aos resultados do estudo e que, pela participação, não receberei nenhum valor em dinheiro, mas terei a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de minha responsabilidade. Para isso, colocaram-se à minha disposição, para prestar outros esclarecimentos que julgar necessário, o contato da Faculdade de Enfermagem da UERJ, localizada na Boulevard 28 de setembro, nº 157, no Bairro de Vila Isabel, 7º andar, Tel.: 2868-8235.

Declaro que li e entendi todas as informações sobre esta pesquisa, e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento.

 Nome do entrevistado

 Assinatura do entrevistado

Declaramos que obtivemos, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido do participante deste estudo.

Data ___/___/___

Louise Theresa de Araújo Abreu

Pesquisadora

Lina Márcia M. Berardinelli

Orientadora

APÊNDICE B - Carta de Apresentação Institucional**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO****CENTRO BIOMÉDICO****FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Prezado Senhor(a) Diretor(a) / Gerente de Enfermagem / Chefe de Enfermagem das Unidades de Emergência e Urgência

Estamos realizando um estudo sobre o significado da recusa do cuidado pelo paciente em situação de urgência e emergência na perspectiva da enfermagem, na vivência do cuidado. Com esta pesquisa, pretendemos analisar a posição da equipe de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência. Neste projeto, utilizaremos a técnica da entrevista semiestruturada, por meio de gravação dos relatos em gravador de voz, com os funcionários da equipe de enfermagem do setor de emergência deste hospital. Com este estudo, desejamos acrescentar novos conhecimentos acerca da humanização da assistência ao paciente que passa por situações de saúde que necessitam de atendimento de urgência e emergência. Outra contribuição é para avanço das pesquisas em relação ao atendimento da equipe de enfermagem a estes pacientes que necessitam de um olhar atento tanto a sua situação patológica, mas também um olhar humanizado para que seu período de permanência no setor de emergência seja o menos traumático possível, pois ainda há pouca produção sobre o tema nesta modalidade de pesquisa. Os processos metodológicos serão iniciados de acordo com o aceite do(a) senhor(a), e serão realizados dentro dos princípios éticos e morais. Todas as informações e benefícios que forem levantados com este estudo serão divulgados para fins científicos com preservação do anonimato da instituição e estaremos à disposição para esclarecimento. Informo que a qualquer momento os entrevistados terão o direito de interromper o estudo, sem prejuízo. Os custos desta pesquisa serão de nossa responsabilidade, sem ônus a nenhum participante e/ou instituição. Sendo assim, colocamo-nos à disposição para prestar outros esclarecimentos que julgar necessário, na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, localizada na Boulevard 28 de setembro, nº 157, no Bairro de Vila Isabel, 7º andar, Tel.: 2868-8235. Na certeza de poder contar com o apoio e

colaboração na liberalidade da coleta de dados para a realização desta pesquisa, agradeço antecipadamente a atenção dispensada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2015.

Louise T. de Araújo Abreu (98354-3584)

Pesquisadora

APÊNDICE C - Instrumento para produção de dados do Mapa Falante e Word Café



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Mapa-falante e World Café

Data da Produção de Dados	____ / ____ / ____
---------------------------	--------------------

Identificação Pessoal:

Nome (iniciais)	
Idade	
Sexo	() Feminino () Masculino
Etnia	
Crença religiosa	
Função	
Grau de Escolaridade	

Mapa-falante:

✚ Qual é a sua primeira sensação quando um paciente recusa algum cuidado prestado por você?

World Café:

✚ Quando um paciente recusa o seu cuidado no setor de emergência, como isso te afeta e como você reage?

✚ Como você acha que pode ser a sua conduta após a recusa, para que possa prevenir agravos, proteger a vida e recuperar a saúde preservando a autonomia do paciente?

APÊNDICE D – Instrumento para Produção de Dados (Entrevista)**PRIMEIRO SEMINÁRIO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Função: () Enfermeiro (a) () Técnico de enfermagem

1 – O que você, enquanto profissional, gostaria que fizesse parte de uma pesquisa de campo, cujo tema é: **O SIGNIFICADO DA RECUSA DO CUIDADO PELO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM?**

2- Você concorda que este tema é pertinente em unidades de emergência, onde a equipe de enfermagem frequentemente se vê diante das recusas do cuidado? Por quê?

() Sim

() Não

3- O que mais te chama atenção quando você se vê diante da recusa de um paciente, diante de um cuidado prestado por você ou por alguém da equipe?

4- Você acha que pesquisar sobre este assunto pode ajudar a equipe de enfermagem a lidar com essa situação de recusa do paciente ao cuidado prestado? Por quê?

() Sim

() Não

APÊNDICE E – Quadro das Unidades de Registro e Categorias Analíticas



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Quadro 1 - Unidades de registro e categorias analíticas (continua)

		UNIDADES DE REGISTRO/SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Total URs	% URs
CATEGORIA 1: EMOÇÕES E SENTIMENTOS REVELADOS NA RECUSA	A recusa e implicações	Dúvidas sobre a necessidade do cuidado	7	1,8%	36	9,1%
		Recusa x Necessidade	11	2,8		
		Na recusa quem perde é o paciente	1	0,25%		
		A recusa do paciente lúcido e orientado	12	3,0%		
		Satisfação na recusa	2	0,5%		
		Aceitação da recusa	3	0,75%		
	A relação entre enfermeiro e paciente	Abordagem ao paciente	10	2,5%	43	10,8%
		Relação enfermagem e paciente	8	2%		
		Transfiro o cuidado para outro profissional	3	0,70%		
		Humanização	8	2%		
		Importância do cuidado	14	3,6%		
	Percepção e sentimentos	Saúde mental e física do trabalhador	4	1%	63	15,9%
		Sentimentos dos profissionais	8	2%		
		Satisfação da recusa	2	0,6%		
		Sentido do trabalho	7	1,7		
		O sentido da enfermagem	11	2,7%		
		Autoavaliação dos sentimentos	31	7,9%		

Quadro 1 - Unidades de registro e categorias analíticas (continuação)

		UNIDADES DE REGISTRO/SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Total URs	% URs	
CATEGORIA 1: EMOÇÕES E SENTIMENTOS REVELADOS NA RECUSA	Subcategoria: O significado da recusa do cuidado na perspectiva dos participantes	Antecedentes que levam à recusa	Motivos para a recusa	18	4,6%	41	10,4
			Paciente com déficit de informação	5	1,2%		
			Sentimentos dos pacientes	17	4,3%		
			Questões sociais para a recusa	1	0,3		
			Comunicação com a equipe multidisciplinar	1	0,3		
		Questões institucionais	Problemas do sistema de saúde	9	2,3	10	2,6

Quadro 1- Unidades de registro e categorias analíticas (continuação)

CATEGORIA 2: O SIGNIFICADO, A RITMICIDADE E A TRANSCENDÊNCIA NO RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PESSOA	Sentimentos <i>Human Becoming</i>	UNIDADES DE REGISTRO/SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Total URs	% URs
		Empatia	10	2,5%		
		Transcendência	6	1,6%	34	8,7%
		Respeito	18	4,6%		
Posicionamentos <i>Human Becoming</i>	Abordagem ao paciente	10	2,5%	57	14,5%	
	Importância do familiar	4	1,1%			
	Orientação e educação	43	10,9%			

Quadro 1 -Unidades de registro e categorias analíticas (conclusão)

CATEGORIA 3: POSICIONAMENTO APÓS A RECUSA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	Aspectos importantes após a recusa	UNIDADES DE REGISTRO/SIGNIFICAÇÃO	Nº URs	% URs	Total URs	% URs
		Importância do cuidado	14	3,5%	24	6,0%
		Importância do familiar	4	1%		
		Importância da pesquisa	6	1,5%		
Posicionamentos após a recusa	Respeito	18	4,5%	87	22%	
	Ter a confiança do paciente	4	1%			
	Orientações e informações	65	16,5%			
Total			395	100%	395	100%

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP da UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SIGNIFICADO DA RECUSA DO CUIDADO PELO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Pesquisador: Louise Theresa de Araújo abreu

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52543815.9.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.432.060

Apresentação do Projeto:

O objeto desse estudo aborda o significado da recusa do cuidado pelo paciente em situação de urgência e emergência na perspectiva da enfermagem na vivência do cuidado. A unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender da melhor maneira possível todos os pacientes que requerem atendimentos emergenciais ou urgentes. A meta dessa unidade é a avaliação rápida dessa clientela, a pronta estabilização do quadro clínico apresentado ou a admissão pelo hospital. No entanto, mesmo o paciente necessitando de cuidado, a enfermagem tem percebido recusa do atendimento por parte de alguns deles. Nesse sentido, questiona-se: como a equipe de enfermagem age e reage ao receber a recusa do atendimento por parte do paciente que necessita de cuidados? Sendo assim, o objetivo geral é: Analisar a posição da equipe de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência. E os objetivos específicos: Identificar os sentimentos que afloram dos profissionais de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência; Descrever como reagem os profissionais de enfermagem frente à recusa do paciente em situação de urgência e emergência; Analisar o atendimento das pessoas na unidade de emergência à luz das Diretrizes e recomendações da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Para dar conta do estudo optou-se pela Pesquisa Participante em Saúde (PPS). O cenário para desenvolvimento do estudo será a unidade de emergência de um Hospital

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.432.060

Municipal do Rio de Janeiro. Os sujeitos serão Enfermeiros e Técnicos de enfermagem da unidade de emergência. A técnica de produção de dados será por meio de entrevista semiestruturada e observação participante e o tratamento dos mesmos seguirá a orientação da Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a posição da equipe de enfermagem diante da recusa do paciente em atendimento na situação de urgência e emergência.

Objetivo Secundário:

1. Identificar os sentimentos que afloram dos profissionais de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência;2.

Descrever como agem e reagem os profissionais de enfermagem frente à recusa do paciente em situação de urgência e emergência;3. Analisar

o atendimento a pessoas em situações de urgência e emergência, na unidade de emergência à luz das Diretrizes e recomendações da Política

Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos não conhecidos.

Benefícios:

Os resultados deste estudo podem contribuir sistematicamente para o estabelecimento de ações ou intervenções nas unidades de emergência para

que proporcionem aos pacientes solidariedade, confiança e segurança no atendimento e para que possam enfrentar esse momento da sua vida

mais atentos dos possíveis agravos à sua saúde, diante da recusa; Cabe ressaltar que este estudo ampliará as discussões sobre o cuidado,

fortalecendo o diálogo entre os projetos de Extensão, de Iniciação Científica em andamento sobre a Humanização e da Pós-Graduação no

fortalecimento dos estudos com metodologias participativas em saúde.

Além disso, destaca-se a aderência à Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ

(PPGENF/UERJ) e do Grupo de pesquisa intitulado Concepções Teóricas, Filosóficas e Tecnológicas do Cuidado em Saúde e Enfermagem, inscrito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.432.060

no CNPq.

O estudo acerca do significado da recusa do paciente em situação de urgência e emergência também é relevante para o cuidado, pois, a partir das suas expectativas de cuidado, a enfermagem poderá rever, reelaborar, aprimorar as ações cotidianas para o atendimento do usuário na unidade de emergência. Bem como na aplicabilidade e divulgação do conhecimento construído a partir dos depoimentos dos participantes. De igual maneira ajudará na formação dos profissionais de enfermagem, na área da complexidade do cuidado em emergência, na pesquisa e na assistência, norteando as ações, ajudando os enfermeiros no reconhecimento e alinhamento das ações pautadas na Política Pública de Saúde voltada no atendimento de pessoas em situação de emergência.

Da mesma forma, entendendo que um profissional bem atualizado, necessita do conhecimento dialético, embasado em teorias humanísticas

entendendo que todo ser humano precisa receber tratamento digno, humanizado e atencioso, seja em qualquer etapa da vida, especialmente quando se encontra em estado crítico de saúde e a sua vida corre risco.

Por outro lado, para a Pesquisa em saúde, a relevância se encontra no fato deste tema se mostrar como lacuna de conhecimento, já que há escassez em relação ao tema, pois não há artigo que cruze as informações necessárias, apesar se alguns se aproximarem do tema proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem elaborado como Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação necessária foi apresentada. Apenas necessário acrescentar espaço para o entrevistado colocar a data da assinatura do TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO. Para ter

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo	CEP: 20.551-030
Bairro: Vila Isabel	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253	Fax: (21)2264-0853
E-mail: cep-hupe@uerj.br	



Continuação do Parecer: 1.432.060

acesso ao PARECER CONSUBSTANCIADO: Clicar na "LUPA" (DETALHAR) - Ir em "DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA ", clicar na opção da ramificação (pequeno triângulo no entrocamento do organograma) de pastas chamada – "Apreciação", e depois na Pasta chamada "Pareceres", o Parecer estará nesse local.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_613509.pdf	08/12/2015 21:48:05		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	08/12/2015 21:47:14	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	08/12/2015 21:45:44	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO_RJ_UERJ.pdf	07/12/2015 19:16:46	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:32:57	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:30:22	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:28:39	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP da SMSRJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O SIGNIFICADO DA RECUSA DO CUIDADO PELO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Pesquisador: Louise Theresa de Araújo abreu

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52543815.9.3001.5279

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.504.909

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa para fins de mestrado cujo objeto aborda o significado da recusa do cuidado pelo paciente em situação de urgência e emergência na perspectiva da enfermagem na vivência do cuidado. A unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender da melhor maneira possível todos os pacientes que requerem atendimentos emergenciais ou urgentes. A meta dessa unidade é a avaliação rápida dessa clientela, a pronta estabilização do quadro clínico apresentado ou a admissão pelo hospital. No entanto, mesmo o paciente necessitando de cuidado, a enfermagem tem percebido recusa do atendimento por parte de alguns deles.

O cenário para desenvolvimento do estudo será a unidade de emergência de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro. Os sujeitos serão Enfermeiros e Técnicos de enfermagem da unidade de emergência. A técnica de produção de dados será por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante e o tratamento dos mesmos seguirá a orientação da Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Analisar a posição da equipe de enfermagem diante da recusa do paciente em atendimento na

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.504.909

situação de urgência e emergência.

*** Objetivos Secundários:**

1. Identificar os sentimentos que afloram dos profissionais de enfermagem diante da recusa do paciente em situação de urgência e emergência;
2. Descrever como agem e reagem os profissionais de enfermagem frente à recusa do paciente em situação de urgência e emergência;
3. Analisar o atendimento a pessoas em situações de urgência e emergência, na unidade de emergência à luz das Diretrizes e recomendações da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*** Riscos:**

- Riscos não conhecidos pela pesquisadora.

*** Benefícios:**

- Os resultados deste estudo podem contribuir sistematicamente para o estabelecimento de ações ou intervenções nas unidades de emergência para que proporcionem aos pacientes solidariedade, confiança e segurança no atendimento e para que possam enfrentar esse momento da sua vida mais atentos dos possíveis agravos à sua saúde, diante da recusa; Cabe ressaltar que este estudo ampliará as discussões sobre o cuidado, fortalecendo o diálogo entre os projetos de Extensão, de Iniciação Científica em andamento sobre a Humanização e da Pós-Graduação no fortalecimento dos estudos com metodologias participativas em saúde, bem como a adesão à Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ (PPGENF/UERJ) e do Grupo de pesquisa intitulado Concepções Teóricas, Filosóficas e Tecnológicas do Cuidado em Saúde e Enfermagem, inscrito no CNPq. O estudo acerca do significado da recusa do paciente em situação de urgência e emergência também é relevante para o cuidado, pois, a partir das suas expectativas de cuidado, a enfermagem poderá rever, reelaborar, aprimorar as ações cotidianas para o atendimento do usuário na unidade de emergência. Bem como na aplicabilidade e divulgação do conhecimento construído a partir dos depoimentos dos participantes. De igual maneira ajudará na formação dos profissionais de enfermagem, na área da complexidade do cuidado em emergência, na pesquisa e na assistência, norteando as ações, ajudando os enfermeiros no reconhecimento e alinhamento das ações pautadas na Política Pública de Saúde voltada no atendimento de pessoas em situação de emergência. Da mesma forma,

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.504.909

entendendo que um profissional bem atualizado, necessita do conhecimento dialético, embasado em teorias humanísticas entendendo que todo ser humano precisa receber tratamento digno, humanizado e atencioso, seja em qualquer etapa da vida, especialmente quando se encontra em estado crítico de saúde e a sua vida corre risco. Por outro lado, para a Pesquisa em saúde, a relevância se encontra no fato deste tema se mostrar como lacuna de conhecimento, já que há escassez em relação ao tema, pois não há artigo que cruze as informações necessárias, apesar se alguns se aproximarem do tema proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo aborda o significado da recusa do cuidado pelo paciente em situação de urgência e emergência, na perspectiva da enfermagem, considerando que a unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender da melhor maneira possível todos os pacientes que requerem atendimentos emergenciais ou urgentes os quais, supõe-se, desejam ser "salvos". A pesquisadora sugere que alguns pacientes recusam o atendimento, o que a leva a buscar entender a atuação da equipe de enfermagem nesses casos. Propõe o uso de metodologia de pesquisa participativa em saúde (PPS), considerando o objeto de estudo voltado para aspectos filosóficos quanto ao significado da recusa do cuidado pelo paciente na situação descrita, observada sob a perspectiva da enfermagem durante a vivência do cuidado. A PPS apropria-se dos fundamentos da pesquisa-ação enfatizando os princípios de uma abordagem metodológica em que a pesquisa se transforma em uma experiência de troca e tomada de decisões compartilhadas entre os participantes. Adota os seguintes critérios de inclusão:

enfermeiros e técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe de enfermagem, atuantes da unidade de emergência, independente de sexo, etnia e religião e que aceitem participar da pesquisa nos termos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão, menciona os funcionários em licença de saúde, licença prêmio, aqueles que não são fixos da unidade de emergência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicita-se que a pesquisadora apresente e/ou reveja os seguintes documentos:

COMPLEMENTAR/REVISAR:

- TCLE: complementar formas de guarda e de descarte das gravações, indicando onde e o tempo pelo qual serão guardadas;

- Cronograma: indicar nominalmente os meses;

ANEXAR:

- Carta de apresentação do orientador;

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.504.909

- Parecer do CEP de origem;
- Orçamento;
- Rever o item "Riscos" de acordo com a RN 466/2012 pois sempre poderá haver o risco de desconforto por parte do entrevistado;
- Roteiro de coleta de dados.

No dia 07/04/2016 a pesquisadora encaminhou ao CEP/SMS-RJ os seguintes documentos que lhe foram solicitados:

- TCLE: complementar formas de guarda e de descarte das gravações, indicando onde e o tempo pelo qual serão guardadas;
- Cronograma: indicando nominalmente os meses;
- Carta de apresentação do orientador (que veio sem a assinatura e não pode ser aceita, sendo devolvida à pesquisadora para coleta da assinatura);
- Parecer do CEP de origem;
- Orçamento detalhado;
- Rever o item "Riscos" de acordo com a RN 466/2012 pois sempre poderá haver o risco de desconforto por parte do entrevistado;
- Apresentar Roteiro de coleta de dados.

Recomendações:

Atender às solicitações da Relatora a fim de ter seu projeto reavaliado e aprovado nos termos da RN 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A fim de evitar que as pendências impliquem em não aprovação do Projeto de Pesquisa, esta relatora solicitou à secretaria do CEP/SMS-RJ que entrasse em contato com a pesquisadora para que os documentos faltantes ou incompletos lhe fossem encaminhados por e-mail. Após revisão dos mesmos, recebidos em 08 e 14 de abril de 2016, a Relatora entende que são satisfatórios no sentido de atender aos dispositivos da RN 466/12, complementando adequadamente ao que foi solicitado à Ilustre pesquisadora, motivo pelo qual aprova o projeto submetido a este CEP/SMS-RJ. Saliente-se que a pesquisadora foi diligente e atendeu imediatamente às solicitações que lhe foram feitas, demonstrando seu compromisso com a pesquisa e seu respeito pela Academia e pelo trabalho deste CEP/SMS-RJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja	CEP: 20.031-040
Bairro: Centro	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485	E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.504.909

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_613509.pdf	08/12/2015 21:48:05		Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	08/12/2015 21:47:14	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	08/12/2015 21:45:44	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO_RJ_UERJ.pdf	07/12/2015 19:16:46	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_613509.pdf	25/11/2015 11:20:38		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 1.504.909

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_613509.pdf	28/10/2015 19:33:46		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:32:57	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:30:22	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO.pdf	28/10/2015 19:28:39	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito
Folha de Rosto	folha_mestrado.pdf	28/10/2015 19:25:32	Louise Theresa de Araújo abreu	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Abril de 2016

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br