

# AGRUPAMENTO MULTIDISCIPLINAR DE ACOLHIMENTO – AMA: UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO- PESQUISA-EXTENSÃO APLICADA AO CUIDADO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

## MULTIDISCIPLINARY CARE GROUP –AMA: AN EXPERIENCE OF TEACHING/RESEARCH/OUTREACH PROJECT OF CARE TO FAMILIES IN A HOSPITAL CONTEXT

*NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo<sup>1</sup>*

*SANTOS, Caio Lopes dos<sup>2</sup>*

*GOMES, Daniela Goulart Rodrigues<sup>3</sup>*

*SANTOS, Andressa de Andrade<sup>4</sup>*

*REIS, Sabrina Oliveira<sup>5</sup>*

*SANTOS, Priscila Oliveira<sup>6</sup>*

### RESUMO

Este estudo descritivo objetivo relatar a experiência de ensino-pesquisa-extensão do Agrupamento Multidisciplinar de Acolhimento – AMA no cuidado à família que enfrenta a morte-morrer hospitalar. O projeto, iniciado em outubro de 2013, persiste em andamento, envolvendo os cursos de enfermagem e psicologia da Universidade Federal da Bahia no cenário de um hospital público, onde busca desvelar o cuidado transpessoal-sistêmico no processo de acolhimento a famílias com pessoas em risco de morte, utilizando: prontuário familiar, acompanhamento de visitas, grupos e dinâmicas interacionais. Os resultados envolvem: ensino – capacitação de estudantes para ações de Cuidado Transpessoal-Sistêmico; pesquisa – desenvolvidas junto às famílias e profissionais-alvos; extensão – acolhimento e cuidado à família da pessoa hospitalizada em risco de morte e interação e mobilização multiprofissional hospitalar. Concluímos que as ações implementadas são relevantes para contribuírem com um cuidado mais integral

1 Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil. Mestrado em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Brasil. Email: emanuelecदानunes@gmail.com

2 Aluno do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil. E-mail: oiac.lopes@gmail.com

3 Professora Assistente da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Aluna do Curso de Doutorado em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), Brasil. E-mail: dddgoulart@yahoo.com.br

4 Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil. E-mail: andressa.andrade115@hotmail.com

5 Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil. E-mail: sabrynna\_7@hotmail.com

6 Aluna do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil. E-mail: priscila.oliveira.santos@hotmail.com

frente à morte-morrer, e ainda para o aperfeiçoamento de habilidades profissionais no direcionamento deste desafio.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Família. Extensão. Cuidado.

## ABSTRACT

This descriptive article aims to report the experience of the teaching/research/outreach project of the Multidisciplinary Care Group– AMA in the Portuguese acronym, which provides care to families facing death/dying in a hospital context. The project has been active since October 2013, and it involves the Nursing and Psychology courses of the Federal University of Bahia in activities in a public hospital setting. The project aims to unveil the transpersonal-systemic support to the families of life risk patients using family records, monitoring visits, group activities and interactional dynamics. The results include: teaching - training students to carry out transpersonal-systemic care; research - developed with families and specific professionals; and outreach project - support and care to the family of the hospitalized person facing risk of death, as well as interaction and multidisciplinary hospital mobilization. The study concludes that the actions taken are relevant to contribute to a more comprehensive care towards those facing death/dying, and for the improvement of professional skills necessary to face this challenge.

**Keywords:** Support Groups. Family. Outreach project. Care.

## Introdução

Este relato de experiência versa sobre o projeto extensionista: “Vivenciando o cuidado transpessoal-sistêmico no acolhimento multidisciplinar à família de pessoas hospitalizadas com risco de morte”, cuja equipe é designada como “Agrupamento Multidisciplinar de Acolhimento”, ou seja, equipe AMA.

O projeto emergiu das inquietações de uma enfermeira a partir de vivências assistenciais na Terapia Intensiva e experiência docente no ensino de enfermagem, sendo estruturado sob o objetivo de desvelar o cuidado transpessoal-sistêmico no processo de acolhimento a famílias com pessoas em risco de morte no ambiente hospitalar. Sua justificativa refere-se à relevância do acolhimento aos familiares de forma mais proximal e sensível às inseguranças e ao sofrimento frente à possibilidade de perda relacionada ao estado grave de seus entes queridos, situação que também gera angústia na equipe, por assumir uma postura de afastamento diante dos conflitos próprios referentes à sua autoproteção.

Neste sentido, estudantes concluintes do curso de enfermagem de Universidades Estaduais da Bahia revelam que não se sentem preparados por sua graduação para prestarem o cuidado Transpessoal, pois, embora seus cursos de graduação em enfermagem introduzam o assunto do cuidado subjetivo presente nas propostas de dar conforto, dialogar, incentivar a expressão de sentimentos, acolher, criar vínculos, entre outras ações voltadas à chamada “humanização da assistência”, não conseguem desenvolver habilidades substanciais nos discentes para a o exercício profissional transpessoal (NUNES, SILVA e PIRES, 2011).

Contudo, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem definem que a educação superior do enfermeiro deve primar pelo desenvolvimento de competências e habilidades humanistas, crítico-reflexivas, voltadas para dimensões biopsicossociais do ser humano, denotando à sua práxis senso de responsabilidade social pela saúde integral do outro e de si (autocuidado físico e mental) em busca da qualidade, eficiência e resolutividade no cuidado às vidas humanas (BRASIL, 2001).

Todavia, o desenvolvimento desta inter-relação no processo de cuidado depara-se com limitações que o profissional enfrenta para expor sua subjetividade e perceber/acolher a subjetividade do outro, como demonstram estudos, ao apontarem a formação superior de enfermagem como fragmentada e pautada no desenvolvimento de competências mais instrumentais do que emocionais, tornando-se,

então, corresponsável na dificuldade da práxis cuidativa intersubjetiva, o que reflete uma preocupante dicotomia entre teoria e prática (ZOBOLI, 2007; OLIVEIRA e AMORIM, 2008).

Neste sentido é que se buscou interagir os aportes teóricos da Teoria do Cuidado Transpessoal (WATSON, 2002) com o Pensamento Sistêmico (BERTALANFFY, 1987; VASCONCELOS, 2009; WHIGTH e LEAHEY, 2008), como subsídios viáveis ao acolhimento almejado por esta ação de ensino-pesquisa-extensão, os quais abriram os caminhos para a possibilidade de um cuidado mais ampliado ao nível do corpo-mente-alma da pessoa humana que coexiste num sistema familiar. Nesta compreensão, a família é considerada como todo, no qual cada membro é parte indissociável e significativa, o que requer um cuidado integral e sensível ao encontro das necessidades biopsicossociais e espirituais do “sistema familiar”, que enfrenta a hospitalização e o risco de morte.

Assim, no esforço de interagir conhecimentos multidisciplinares, emergiu a necessidade de agregar outros cursos à ação, a exemplo da psicologia, viabilizando uma práxis extensionista mais efetiva e enriquecedora para todos os atores envolvidos: academia, instituição hospitalar e sociedade.

Nesta perspectiva, o projeto possui como logomarca a Figura 1, que ilustra a família enfrentando o risco de morte referente ao desvio de saúde do ente afetado. Nesta, o sistema familiar se mostra equilibrando-se em cima de uma corda bamba, figurando o risco de morte que a mesma enfrenta. Para tal equilíbrio, a família utiliza uma estrutura de apoio que lhe dá suporte e é mediada pela equipe multidisciplinar, representada aos extremos da haste que traz, de um lado, a enfermagem, representada pela lâmpada, símbolo do cuidado ao humano, e de outro, a psicologia, representada pela letra grega “Psi”, que remete ao cuidado da alma. Ao fundo, mostram-se ainda as mãos que acolhem a família e suas necessidades, direcionando-a ao desenvolvimento de suas capacidades resilientes – o sol da esperança.

**Figura 1: Agrupamento Multidisciplinar de Acolhimento – AMA**



Fonte: Elaboração própria. Designer: Enfermeira Juliana Xavier Pinheiro da Cunha

Partindo desta complexa interação é que se propõe relatar esta experiência, que já completa dois anos de atividades regulares, numa parceria entre universidade, comunidade e instituição hospitalar, relato que se mostra relevante pela carência de práticas similares nos currículos dos cursos de saúde, além da escassez de estudos desta natureza observada

nas bases de dados; são evidências de que o processo de cuidado integral frente à morte-morrer ainda representa um desafio a ser conquistado.

Deste modo, buscando o compartilhamento de saberes-fazeres e o incentivo ao investimento em ações desta natureza é que emerge este estudo, com o objetivo de relatar a experiência de ensino-pesquisa-extensão do Agrupamento Multidisciplinar de Acolhimento – AMA no cuidado à família que enfrenta a morte-morrer hospitalar.

## Metodologia

O presente trabalho trata de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência do projeto de extensão “*Vivenciando o cuidado transpessoal-sistêmico no acolhimento multidisciplinar à família de pessoas hospitalizadas com risco de morte*”, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia (UFBA), instituto constituído somente por cursos da área de saúde dos quais discentes e docentes de Enfermagem e Psicologia compõem a equipe do projeto.

O cenário da experiência ora relatada compreende o hospital geral do município de Vitória da Conquista, terceira maior cidade do estado, com população de 340.199 habitantes (IBGE, 2015). O projeto é devidamente autorizado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) - órgão pertencente ao hospital, e se compromete em colaborações solicitadas por este núcleo em contrapartida ao serviço. As atividades do projeto se direcionam especificamente às famílias de pacientes graves encontrados nos setores de internamento: UTIs (neonatal, pediátrica e adulto); isolamento, oncologia e clínicas gerais, locais em que está concentrado o maior contingente de pessoas em risco de morte, e suas respectivas equipes de saúde.

Para o desenvolvimento de tais atividades, o projeto conta com a equipe total de 03 bolsistas, 07 voluntários e 02 docentes responsáveis. Os discentes são selecionados através de edital público, posteriormente capacitados, dedicando-se 10 horas semanais ao projeto, assim distribuídas: dois momentos de atuação direta hospitalar: segundas-feiras e quartas-feiras, das 14 às 17 horas (6 horas/semanais); um momento de reunião semanal no espaço da universidade (2 horas semanais); e um momento semanal dedicado à pesquisa em espaço próprio do projeto (2 horas semanais). Os instrumentos utilizados para a realização do desenvolvimento das atividades incluem folder informativo e prontuário familiar.

Como veículo de informação, dois folders (um para a equipe e outro para a família) são utilizados, com o intuito de divulgar o projeto de extensão, bem como sua finalidade e seus objetivos. O folder destinado à família lhe é entregue no primeiro contato com o grupo, representando um instrumento de apresentação do projeto, momento em que são esclarecidas dúvidas sobre a atuação proposta e firmada a anuência da família ao processo sistematizado de acompanhamento por meio do prontuário familiar. Já o folder direcionado às equipes é útil também para apresentar o projeto, dias e horários de atuação e sua equipe, disponibilizando fotos e nomes dos integrantes e o contato do coordenador.

O prontuário é exclusivo da família, constando de identificação familiar (paciente, familiar responsável, tipo de família, religião pertencente, cidade de origem, endereço e telefone); instrumentos de avaliação familiar: Genograma, Ecopama, Círculo de vida Familiar de Duval, Círculo de Thrower e APGAR familiar de Smilkstein.

O Genograma é o desenho familiar feito através da organização de elementos gráficos que proporcionam a visualização das gerações familiares, otimizando o conhecimento de aspectos potencialmente delicados, ao incluir: idade, nível de escolaridade, ocupação, saúde, casamento, divórcio, separação e morte, e destacar a pessoa índice, considerada referência no contexto da família (WRIGHT e LEAHEY, 2008).

O Ecomapa representa os vínculos entre as pessoas que compõem a família e também destas pessoas com grupos ou instituições da sociedade. Seu objetivo é representar os relacionamentos da família que auxiliarão o extensionista a observar quais as fontes de apoio de cada pessoa da família (WRIGHT e LEAHEY, 2008).

O Círculo de vida Familiar de Duval é o instrumento que retrata os momentos do ciclo de vida da família, favorecendo a visualização da(s) fase(s) vivenciada(s) pela família em relação à sua evolução e crescimento. Foi proposto com o objetivo de classificar em que estágio a família se encontra, possibilitando a previsão das necessidades e especificidades de cada uma (AGOSTINHO e REBELO, 1988).

O Círculo de Thrower permite uma representação da dinâmica vincular entre os membros que compõem a família, remetendo às funções que estes têm ocupado no contexto da coabitação familiar (SILVA e FIGUEIREDO, 2006).

O APGAR familiar representa um instrumento quantitativo de avaliação quanto à funcionalidade do sistema familiar. Foi desenvolvido por Smilktein (1978), perspectivado com o significado de: Adaptação(**A**daptation), referente à capacidade da família para enfrentar adversidades de modo resiliente; Participação(**P**artnership), relacionada aos papéis familiares e união nos momentos de crise; Crescimento(**G**rowth), referente à diferenciação e ao amadurecimento dos membros familiares; Afeição (**A**ffection), concernente aos laços afetivos e vinculares presentes no sistema familiar; e, Resolução(**R**esolve), direcionado à liderança e capacidade de resolver problemas (GARDNER et al., 2001).

Os instrumentos oportunizam, assim, o levantamento investigativo necessário ao levantamento diagnóstico das relações familiares, que se soma a outros aspectos pessoais expressos diante do enfrentamento da hospitalização e risco de perda, para nortear um acolhimento/cuidado sistematizado (que se estrutura seguindo as etapas de investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem). Assim, as famílias são acompanhadas e acolhidas em suas necessidades e demandas manifestas.

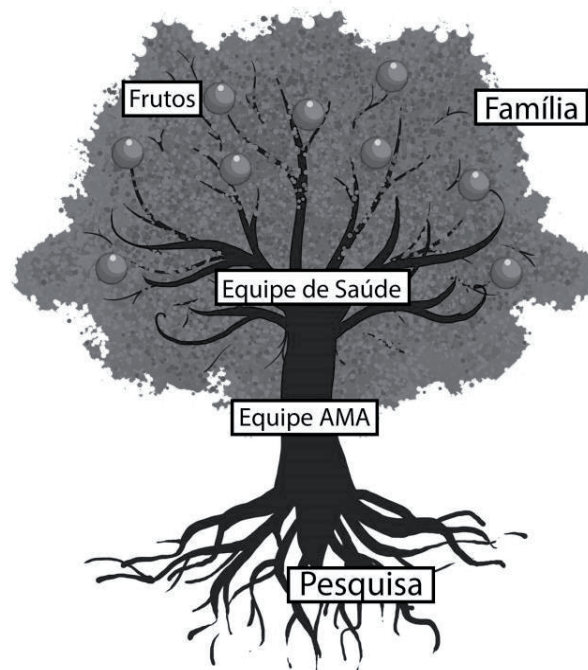
## Resultados e discussão

Os resultados deste relato de experiência contemplam a tríade ensino-pesquisa-extensão, e com o intuito de facilitar a compreensão destes resultados alcançados, foi desenvolvido um desenho representativo (Figura 2), que esquematiza os elementos que interagem nessa proposta.

As *raízes* representam a pesquisa que nutre e enriquece o conhecimento necessário para o aperfeiçoamento da práxis, por meio da construção de novas tecnologias de cuidado. O *caule* representa a equipe AMA, que surge propondo um caminho para a emersão de um cuidado diferenciado – transpessoal-sistêmico –, que visa agregar à assistência multiprofissional hospitalar (*galhos*), na direção do acolhimento mais sensível às demandas/necessidades das famílias (*folhas*) frente à morte-morrer, para que alcancem

o *fruto* da resiliência mais facilmente. Assim, desta interação circular e recursiva entre os elementos, emergem frutos que beneficiam aos atores envolvidos no processo, o qual se mostra nas ações relatadas abaixo de ensino, pesquisa, extensão à família e à equipe de saúde.

**Figura 2: Árvore esquemática do funcionamento do AMA**



Fonte: Elaboração própria

## Ensino

O ensino representa o primeiro eixo do tripé que revela a Universidade. A partir desta base de conhecimentos discutidos e aprendidos, surgem oportunidades de articulação com a extensão, ou seja, o desenvolvimento de práticas inovadoras junto à sociedade em geral. A pesquisa, por sua vez, gera novas tecnologias para o aperfeiçoamento da extensão e do ensino, sendo este último componente, o ensino, o responsável pela dimensão formativa que dá sentido à própria universidade (ANDRADE e MOITA, 2009).

Diante disso, com o intuito de alcançar os objetivos propostos pelo projeto, é realizado um momento inicial de ensino mais intensificado, na forma de capacitação, o qual se avoluma em um contínuo período de busca e aquisição de conhecimentos subsidiadores da práxis extensionista, durante toda a sua duração.

O período central que apreende o ensino teórico visa desenvolver habilidades e competências para a inserção de novos integrantes nas atividades de extensão. Este momento é imprescindível para o desenvolvimento da segurança necessária à realização das atividades junto à equipe de saúde e às famílias.

Os trabalhos de treinamento, por sua vez, se fundamentam através de quatro eixos: Cuidado Transpessoal, Pensamento Sistêmico, Processo de Morte-morrer e Noções de atuação no contexto Hospitalar. As atividades são desenvolvidas em seis semanas, com uma carga horária 10 horas semanais, sendo utilizadas múltiplas estratégias para viabilizar o aprendizado: aulas expositivas, oficinas, dinâmicas, filme, elaboração e apresentação

de genograma próprio, treinamento em bases de dados, visita hospitalar, leitura e apresentação de artigos científicos, entre outros.

A abordagem da Teoria do Cuidado Transpessoal é feita a partir do estudo do Processo Caritas, da enfermeira Watson, que destaca dez fatores indispensáveis ao cuidado da pessoa humana. A teoria convida seus seguidores a enxergar o outro como ser total que abrange corpo, mente e alma-espírito, elementos que formam a integralidade humana e demandam atenção que contemple esta multidimensionalidade (WATSON, 2008). A habilidade de cuidar transpessoalmente começa com o encontro consigo mesmo, no desvelar destas dimensões próprias, a partir do autoconhecimento, o que é estimulado por meio de dinâmicas.

O Pensamento Sistêmico consiste em compreender a família como um sistema de constante interação entre seus subsistemas (membros), o qual está inserido no supersistema social. Para perceber estas interações, utiliza-se a apresentação de instrumentos de avaliação familiar, como o genograma e ecomapa (WRIGHT e LEAHEY, 2008), além de exploração de recursos lúdicos que reproduzem interações semelhantes às familiares, sob as lentes sistêmicas: quebra-cabeças; boneca russa, jogo de xadrez e móbile.

Em referência às discussões do processo morte-morrer, é realizada exposição histórica das compreensões da morte, seguida de sensibilização quanto à necessidade de buscar habilidades para o acolhimento ao tema e às pessoas que enfrentam este processo, o que se faz com o relato de experiências próprias, discussões de artigos e filmes temáticos, e o cultivo de práticas espirituais de suporte.

O último eixo, que consiste em entendimento das práticas e ações desenvolvidas dentro do ambiente hospitalar, evidencia a necessidade dos discentes em conhecer previamente o ambiente de atuação, sua rotina e dinâmica de trabalho. Nessa perspectiva, realizam-se aulas expositivas, oficinas, além de visitas aos locais de atuação, bem como noções de equipamentos e medidas de controle de infecção hospitalar, respeitando-se os protocolos da instituição.

Deste modo, este momento inicial representado pelo ensino-aprendizagem de habilidades representa o alicerce necessário à efetivação do acolhimento almejado às famílias de pessoas hospitalizadas com risco de morte.

## **Pesquisa**

A pesquisa emerge da necessidade imposta pelos constantes desafios enfrentados na sociedade atual, os quais, para serem conquistados, demandam do ser humano o conhecimento. Este, por sua vez, não se refere apenas aos ensinamentos vivenciados em sala de aula, seja no ensino fundamental ou na universidade, mas tudo aquilo que colabora para a formação da essência pessoal (AMARAL, 2010).

Desta forma, Gil (2008) afirma que o ser humano, valendo-se de sua capacidade, procura conhecer o mundo que o rodeia, desenvolvendo sistemas mais ou menos elaborados, que permitem conhecer a natureza das coisas e o comportamento das pessoas.

Logo, adquirir conhecimento não é saber sobre o objeto, mas extrair e utilizar seus recursos a fim de beneficiar a sociedade de alguma forma. Portanto, pesquisar requer uma interpretação dos fatos que rodeiam cada pessoa, extraindo-se deles os pontos comuns e também suas diferenças (AMARAL, 2010).

Nesta perspectiva, a pesquisa científica, um dos pilares da tríade ensino-pesquisa-extensão, emerge como uma das ferramentas que contribuem para a concretização do conhecimento a partir da busca por novas descobertas, neste caso, geradas pelas inquietações que surgiram na vivência extensionista.

Neste contexto, emergiram as seguintes pesquisas: *“A morte na contemporaneidade: desafios e estratégias multidisciplinares de cuidado transpessoal à família”* e *“A morte-morrer sob o foco multidisciplinar sistêmico: desvelando a resiliência familiar no contexto hospitalar”*. Por meio delas, espera-se conhecer melhor o contexto e as famílias do cenário de atuação, e contribuir com conhecimento e tecnologias de cuidado frente à morte-morrer.

A pesquisa seguiu as seguintes etapas:

1. Capacitação de todos os integrantes constituintes do projeto de extensão para pesquisa em base de dados e construção de projeto de pesquisa (revisão de literatura, referencial teórico, introdução, metodologia);
2. Definição de tema e objetivos norteados por revisão de literatura, utilizando-se as bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), acrescidas de pesquisas no Google Acadêmico, para ampliar a busca diante da insuficiência de artigos nas bases supracitadas. Esta revisão foi realizada no período de junho a setembro de 2014, a partir dos descritores: morte, família, hospital, cuidado transpessoal, pensamento sistêmico, resiliência, cuidado, sentimentos, desafios e multidisciplinar.
3. Construção do projeto de pesquisa; submissão e aprovação do CEP;
4. Coleta de dados; análise de dados;
5. Construção de relatório final e divulgação.

Em essência, esse pilar tornou-se uma importante estratégia para o desenvolvimento do conhecimento aprimorado para o cuidado familiar integral e sensível, aperfeiçoando as habilidades e competências para a práxis futura profissional transpessoal-sistêmica que beneficie as famílias e a sociedade com cuidados baseados em evidências.

## Extensão à Família

No processo de acolhimento à família, a equipe é subdividida em grupos multidisciplinares para atuação nos setores, mas a mesma também atua de forma conjunta em atividades realizadas com as famílias. O projeto de extensão tem por objetivo acolher as famílias de pessoas hospitalizadas em risco de morte, a partir do cuidado transpessoal-sistêmico sistematizado (investigação e diagnóstico familiar; planejamento; intervenção e avaliação).

1. A **investigação** começa no momento em que a equipe multidisciplinar vai identificar prontuários de pacientes graves para a escolha de casos possíveis, os quais serão abordados pela equipe AMA, que apresenta o folder informativo, explicando como funciona o projeto para formalizar o convite de acompanhamento à família. Em seguida, em caso de aceite por parte desta, são levantadas informações sobre a dinâmica e os vínculos familiares por meio dos instrumentos de avaliação constantes no



prontuário, os quais determinam a investigação-base, processo que segue de maneira dinâmica e continuada, no que tange à investigação feita em cada visita de acompanhamento sobre sentimentos, necessidades e fontes de apoio de cada família.

2. O **diagnóstico** consiste na percepção das necessidades, angústias, sofrimentos, medos e preocupações da família durante o processo de hospitalização do ente. Esses diagnósticos são identificados a partir do acompanhamento da família, contendo: rótulo diagnóstico, fator relacionado (causa) e evidência (sinal ou sintoma), resultando, por exemplo, em: *ansiedade relacionada à espera por cirurgia diagnóstica, evidenciada por insônia e relato verbal familiar*.
3. O **planejamento** surge, então, a partir da busca da equipe em minimizar ou transpor o diagnóstico. Para isso, são realizadas reuniões semanais, nas quais a equipe discute as necessidades encontradas nos diagnósticos de cada família acompanhada, para se construir, interdisciplinarmente, estratégias de intervenção e cuidado à família. Durante o planejamento, também são programadas as atividades e dinâmicas que serão executadas durante a semana.
4. A **intervenção** consiste na implementação do recurso ou estratégia definido(a) no planejamento e envolve intervenções individualizadas, como: escuta; estímulo à expressão de sentimentos positivos e negativos; facilitação da interação entre equipe de saúde hospitalar e família; esclarecimento de dúvidas referentes ao processo saúde-doença do paciente, entre outras. Além das intervenções grupais: dinâmicas interacionais; rodas de conversa com as famílias; comemoração de datas especiais e visitas musicais nas enfermarias e UTIs. Ações de acolhimento se mostram nas Figuras 3, 4 e 5, a seguir:

**Figura 3: Equipe AMA – atividade em pediatria**



Fonte: Arquivos do projeto

**Figura 4: Equipe AMA – atividade natalina com as famílias**



Fonte: Arquivos do projeto

**Figura 5: Equipe ama – visita musical na terapia intensiva**



Fonte: Arquivos do projeto

5. Na **avaliação**, a equipe multidisciplinar analisa se todos os processos de intervenção aplicados durante o acolhimento estão contribuindo para amenizar o sofrimento e as angústias, bem como o desenvolvimento das capacidades resilientes dos familiares durante a hospitalização.

O acolhimento é importante, pois fortalece a prática do cuidado transpessoal-sistêmico, contribuindo para a realidade local e sociedade, e, ainda, para o crescimento acadêmico integrado ao ensino e pesquisa.

Schneider et al. (2008) afirmam que o paciente e toda sua família percebem a hospitalização como um momento muito difícil, cercado de angústias, medos e incertezas

ao longo da permanência do familiar na unidade de saúde. A comunicação insuficiente, por vezes, acrescida do uso de dispositivos estranhos, deixa toda a família sobressaltada, somando-se ainda o afastamento do convívio familiar, a mudança de cotidiano, que geram necessidades de acolhimento e cuidado neste momento.

No tocante às informações, deve-se transmiti-las de forma continuada e pertinente às necessidades momentâneas das famílias, respeitando o processo particular de adaptação e aceitação, assumindo-se uma postura empática de apoio aos pais. Nesse sentido, como enfermeiros, devemos aprimorar nossas condutas em relação ao acolhimento dos pais, buscando compreender este momento particular. Para isso, é preciso refletir sobre atitudes que valorizem os sentimentos expressos pela família e contribuam para amenizar a vivência dessa fase, minimizando as sequelas emocionais e psicológicas que usualmente a caracteriza (SCHMIDT, GABARRA e GONÇALVES, 2011).

Pinho e Barbosa (2009) revelam que os estudantes relataram muitas dificuldades, limitações e falta de preparo;entretanto, eles veem a necessidade de mudar e almejam uma perspectiva de melhora e preparo na educação, para uma formação em cuidar na iminência do processo morte-morrer.

Muitos estudantes sentem dificuldade em conceituar a morte, pois há sempre atitudes humanas de negar o processo de morte-morrer, tornando essa situação de difícil aceitação para eles, que questionam a assistência e o fazer técnico-científico, incapaz de manter o controle sobre a vida. Desta forma, manifestam sentimento de frustração, culpa, temor, choque e angústia perante o processo morte-morrer na graduação (CANTIDO et al., 2011).

Durante a formação acadêmica, percebe-se pouca importância na abordagem sobre a morte-morrer, tornando-se uma questão preocupante, pois a experimentação do futuro profissional da saúde com a morte é inevitável no cotidiano do serviço hospitalar (LIMA et al., 2012).

## **Extensão à Equipe Multiprofissional Hospitalar**

As ações e vivências no Projeto de Extensão “Vivenciado o cuidado transpessoal na promoção de esperança à família de pessoas hospitalizadas com risco de morte” foram inicialmente voltadas às famílias, com o intuito de promover a esperança e auxiliá-las no enfrentamento dos sentimentos de insegurança e sofrimento suscitados pela possibilidade de morte de um ente querido. Para tanto, as ações desenvolvidas tinham como objetivo proporcionar um acolhimento que ocorresse de maneira mais proximal e sensível.

Contudo, ao longo do desenvolver das atividades, fomos percebendo a necessidade de incluir a equipe de saúde nesta prática, uma vez que esta assumia, muitas vezes, uma postura de afastamento diante da necessidade do acolhimento. Desta forma, iniciamos um levantamento das possíveis causas de tal distanciamento, constatando que autoproteção e ausência de tempo devido à sobrecarga de trabalho, segundo os profissionais, eram os principais motivos da lacuna existente entre família e equipe.

Nesse sentido, deu-se início ao trabalho com as equipes, no intuito de mobilizar nos profissionais a sua própria subjetividade, afim de que pudessem perceber de maneira mais sensível a subjetividade do outro, em vista da notável dificuldade que tínhamos em

desenvolver nossas atividades em alguns setores, e também de um cuidar mais acolhedor, por parte da equipe hospitalar, às famílias.

Nessa perspectiva, traçamos um cronograma com atividades a serem desenvolvidas nos diversos setores do hospital, de acordo com a demanda que cada um apresentava, partindo da proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que afirma que:

Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade (BRASIL, 2009, p. XX).

Nesse sentido, como afirma Hetti *et al.* (2013), a educação permanente deve se basear a partir do conhecimento e das vivências de cada profissional, de acordo as características do serviço, de forma que gere influência e provoque reflexões no pensar, ser e atuar do referido profissional.

Desta forma, buscamos desenvolver ações que produzissem coletivamente análises críticas, a fim de desvelarmos estratégias de melhoramento no cuidar e na comunicação família-equipe. De início, apresentamos o Projeto para as equipes, buscando parcerias com os diversos setores. Posteriormente, iniciamos as atividades, que ocorreram sob a forma de dinâmicas de grupo (sensibilização), com curta duração de tempo, para que não interferíssemos na rotina de trabalho das equipes de saúde.

Em um estudo qualitativo, os profissionais mostraram que veem nesses momentos de reflexão, que abrangem a temática relacionamento e comunicação, a oportunidade de refletirem sobre suas relações interpessoais de trabalho (SALUM *et al.*, 2014), confirmando, assim, a importância destas oportunidades, para mostrarmos à equipe de saúde que ela é o elo principal entre paciente e família, e que esta ligação só é possível por meio de uma comunicação sem ruídos, que se dá a partir de um cuidado baseado no ouvir, acolher e conhecer o outro.

## Conclusão

Da teoria à prática. Da prática à extensão. Da extensão à pesquisa. Este foi o caminho percorrido pelo AMA (Agrupamento Multidisciplinar de Acolhimento), que permitiu aliar as inquietações advindas tanto da assistência conjugada à docência como das novas exigências para o olhar humanizado às famílias e às equipes no contexto hospitalar.

Foi a partir desse percurso – desafiante e complexo – que o projeto conseguiu implicar docentes, colaboradores, comunidade, alunos e usuários dos serviços de saúde no cuidado interdisciplinar dentro da instituição hospitalar.

Com o desenvolvimento do projeto em todas suas etapas (ensino, pesquisa e extensão), percebemos que as ressignificações sobre o cuidado no contexto hospitalar frente à perspectiva de morte-morrer está para além do tecnicismo que as profissões exigem nas situações de atenção terciária. O projeto permitiu o contato com as complicações desse contato via acolhimento equipe-família e, concomitantemente, se postou como importante instrumento de inserção da escuta e observação como habilidade primordial ao cuidado multiprofissional ao outro e, em especial, nos contextos nos quais o Grupo

AMA atua (UTI's adulto, UTI neonatal, UTI pediátrica, Clínicas: Cirúrgica e Médica, e Pediatria).

Para tal, foi elemento crucial no desenvolvimento das ações o cumprimento das cinco etapas especificadas desde o início das atividades: 1) os processos de investigação; 2) o diagnóstico da situação familiar e de cuidado (com utilização de instrumentos como: genograma, ecomapa, APGAR familiar, entre outros constantes no prontuário familiar); 3) o planejamento baseado no diagnóstico; 4) as intervenções (grupos, rodas de conversas, intervenções-escutas individuais, visitas e atividades lúdico-comemorativas); e, enfim, 5) a avaliação das intervenções para maior fidedignidade e eficácia das ações futuras. Tal ciclo, podemos afirmar, viabilizou o alcance do objetivo proposto pelo projeto.

Ressalta-se ainda que esses aspectos abordados no projeto rumo ao cuidado sistêmico e transpessoal transitam para além dos resultados obtidos para o ensino, a pesquisa e a extensão. O cuidado é o tripé do conhecimento aplicado à realidade, fazendo sentidos e criando significados. As ações implementadas não apenas contaram como oferecimento das atividades via metodologias propostas, mas implicaram indispensavelmente a disponibilização do campo institucional de atuação e, sobretudo, contaram com a contribuição e a receptividade das famílias para com o projeto, em via de mão-dupla, com benefícios a ambos.

As famílias, sejam as acompanhadas sistematicamente ou aquelas alcançadas por alguma atividade pontual da equipe, relatam os benefícios experimentados e vinculam-se de maneira diferenciada à equipe AMA, encontrando espaço para expressão de seus sentimentos e elaboração própria de parte deles, apontando o trabalho do grupo como importante e inovador na realidade onde tem construído suas vivências de luto e perda.

Os discentes, por sua vez, ressignificam suas práticas, produzindo novos saberes ao multiplicarem a experiência efetiva dos vínculos no contexto hospitalar frente aos processos de adoecimento, a partir do elo entre teoria, prática e pesquisa. Desse modo, concluímos o sentido desta experiência, a qual sugere mais pesquisas e ações direcionadas às famílias no contexto da morte-morrer hospitalar, o que precisa envolver mais cursos no direcionamento de ampliação interdisciplinar, capaz de agregar mais metodologias estratégicas ao encontro do acolhimento adequado.



## Referências

AGOSTINHO, M.; REBELO, L. Família: do conceito aos meios de avaliação. **Revista Portuguesa de Clínica geral**, n. 32, p.6-17, 1988.

AMARAL, Rogerio do. As contribuições da pesquisa científica na formação acadêmica. **Identidade Científica**, Presidente Prudente-SP, v. 1, n. 1, p. 64-74, jan./jun. 2010

ANDRADE, F. C. B.; MOITA, F. M. G. S. C. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista brasileira de educação**, v. 14, n. 41, p. 269, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a06.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.

BERTALANFFY, V. L. **Teoria dos sistemas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

BRASIL, **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Despacho do Ministro em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CANTÍDO, F. S.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Significado da morte e de morrer para os alunos de enfermagem. **Invest. Educ. Enferm.**, v.29, n.3, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000300009&script=sci_arttext). Acesso em: 20 fev. 2015.

GARDNER, W. et al. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? **The Journal of Family Practice**, v.50,n.1, p.141-9, 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11195476>. Acesso em: 13 mar. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

HETTI, L. B. E.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; FORTUNA, C. M.; MAZIERO, V. G. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Eletr. Enf.**, out/dez. 2013. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n4/pdf/v15n4a15.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n4/pdf/v15n4a15.pdf). Acesso em: 12 mar. 2015.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 14 jan. 2015.

LIMA, M. G. R.; NIETSCHE, E. A.; SANTOS, S. C.; TEIXEIRA, J. A.; BOTTEGA, J. C.; NICOLA, G. D. O. et al. Revisão integrativa: um retrato da morte e suas implicações no ensino acadêmico. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 33, n.3, p. 190-197. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300025&script=sci_arttext). Acesso em: 20 fev. 2015.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W. S.; PIRES, E. P. O. R. O ensino superior de enfermagem – implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.2, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000200005&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000200005&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 15 mar. 2015.

OLIVEIRA, W. I. A; AMORIM, R. C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):191-8.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 44, n.1, p 107-12. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a15v44n1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de Competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.23, n. 2, p. 301-8, Abr-jun. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/andressa/Downloads/A%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20PERMANENTE%20NO%20DESENVOLVIMENTO%20DE.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SCHMIDT, B., GABARRA L. M., GONÇALVES J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**, set.-dez. 2011 Vol. 21, No. 50, 423-430.

SILVA, L. W. S.; FIGUEIREDO, M. H. J. S. Cuidar a família - um compartilhar experiências In: **Conferência internacional de investigação em enfermagem** - investigar para melhor cuidar, 9, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2006.

VASCONCELLOS. M.J. Esteves de. **Pensamento Sistêmico**: O novo paradigma da ciência. 8ª Ed. Campinas, SP: Editora Papirus, 2009.

WATSON J. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Tradução: João Enes. Portugal: Lusociência, 2002.

WATSON Jean. Nursing: the philosophy and science of caring **Rev. ed. Published by the University Press of Colorado**, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2008.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavoni. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm** 2007;20(3):316-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a12v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a12v20n3.pdf). Acesso em: 08 abr 2009.



Artigo recebido em:  
30/7/2015  
Aceito para publicação em:  
9/12/2015