

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SITUAÇÃO DO FAMILIAR QUE ACOMPANHA UM PACIENTE  
ADULTO INTERNADO EM UM HOSPITAL GERAL

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA CATARINA PARA A  
OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFER  
MAGEM

MARIA CELSA FRANCO

FLORIANÓPOLIS  
SETEMBRO/1988

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: SITUAÇÃO DO FAMILIAR QUE ACOMPANHA UM PACIENTE ADULTO  
INTERNADO EM UM HOSPITAL GERAL

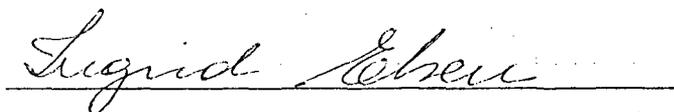
Submetida a Banca Examinadora para obtenção do  
Grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

POR

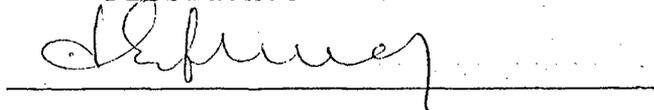
MARIA CELSA FRANCO

APROVADA EM 01/09/88



Dra. Ingrid Elsen

Presidente



Dra. Joelle Stefani

Examinador



Dra. Olga Rosária Eidt

Examinador

Aos meus pais e irmãos:  
pelo dom de um lar construído  
com amor e fortalecido pela  
solidariedade de todos, nos  
momentos mais difíceis.

Aos meus filhos:  
Jorge, Magnus e Márcia,  
pela tolerância durante  
minhas ausências, a vo  
cês o meu amor.

Ao meu esposo Ronaldo (in memoriam):

Que embora hoje ausente fisicamente, teve uma grande participação nesse trabalho. Os seus exemplos de vida e incentivo ao meu crescimento profissional resultaram, com o seu desaparecimento precoce, numa força transcendental, capaz de me manter perseverante até o término do mesmo. Portanto a minha vitória também é sua.

A você, o meu reconhecimento e eterna gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Realizar uma investigação científica na linha qualitativa, para quem não possui e nem teve oportunidade de desenvolver a habilidade dos grandes pesquisadores, constitui uma tarefa bastante árdua que, em alguns momentos, parece não ter fim. A alegria de concluí-la, no entanto, é uma experiência por demais gratificante, pois representa, acima de tudo, uma vitória em relação às nossas próprias limitações, tanto pessoais quanto profissionais. É nesse momento que percebemos quantas pessoas estiveram envolvidas e contribuíram para o desenvolvimento do estudo. A todas essas pessoas, que direta ou indiretamente me auxiliaram, quero expressar a minha profunda gratidão.

Em especial, quero agradecer:

A Professora Dra. Ingrid Elsen, pela orientação segura, pelo estímulo constante durante todo o processo de pesquisa e, sobretudo, pelo crédito dado ao meu trabalho.

Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela contribuição para a concretização desse momento.

À Universidade Federal do Piauí, pela oportunidade que me foi dada de realizar o curso.

À Direção e a Equipe multiprofissional do Hospital, onde foi realizado o estudo, bem como aos informantes do mesmo, pela colaboração que me foi prestada.

À Secretária do Curso de Mestrado em Enfermagem, Rosa Maria Pereira Martins, pela atenção dispensada no decurso deste trabalho.

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo sobre a experiência de acompanhar um familiar adulto internado em um hospital geral. Como metodologia básica de pesquisa, foi adotada uma minietnografia, segundo o modelo proposto por LEININGER (1985). Foi desenvolvido em um hospital geral do Sul do Brasil, com uma população constituída de acompanhantes, pacientes e integrantes da equipe multiprofissional.

O processo de coleta de dados foi desenvolvido no período de abril a novembro de 1986, através da observação-participante tendo como referência os passos preconizados por LEININGER (1985). Utilizou-se também outras fontes de obtenção de dados, como a documentação do hospital, entrevistas abertas, semi-estruturadas, visita domiciliar e participação nas atividades diárias do grupo em estudo. Os dados foram analisados concomitantemente à coleta, seguindo-se os quatro níveis de análise em espiral, conforme PARSE et alii (1985).

Foram encontrados os seguintes temas: 1) "estar junto", 2) misto de sentimentos de sofrimento e gratificação pessoal, 3) marginalização e 4) discriminação. Como proposições hipotéticas, foram identificadas: o acompanhante é uma fonte de conforto e segurança para o paciente; um elo de ligação entre o paciente e equipe; um fator de melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente; um transtorno para a equipe hospitalar; um potencial de ajuda na assistência ao paciente e uma oportunidade de educação para saúde do familiar.

## ABSTRACT

This is a qualitative study of an experience in accompanying an adult member of a family under hospital care. As our basic research methodology, we utilized a mini-ethnography along the lines of the model proposed by LEININGER (1985). The research was carried out in a general hospital in the South of Brazil. Its population consisted of patients along with their companions and the multi-professional staff members.

The data-gathering process was done through participant-observation over a period from April to November of 1986. Other sources for obtaining data were also utilized, such as hospital records, open and semi-structured interviews, home visits and participation in the daily activities of the study group, according to LEININGER'S orientation (1986). The data were analyzed as they were being gathered following the levels of spiral data analysis according to PARSE et alii (1985).

The following themes were found to be significant: 1) togetherness, 2) mixed feelings of suffering and personal satisfaction, 3) marginalization and 4) discrimination. The following hypothetical propositions were identified: the companion serves as a source of comfort and security to the patient, a link between the patient and hospital staff, a contributing factor in the qualitative improvement of hospital assistance to the patient, but also a source of disturbance to the hospital staff;

## SUMÁRIO

|      |  |     |
|------|--|-----|
| I.   | INTRODUÇÃO .....   | 1   |
| II.  | METODOLOGIA .....  | 9   |
|      | . Tipo de estudo .....   | 9   |
|      | . Local de estudo .....  | 10  |
|      | . Amostra do estudo .....  | 11  |
|      | . Proteção dos direitos humanos dos informantes .....                              | 12  |
|      | . Coleta de dados .....  | 13  |
|      | . Registro dos dados .....   | 16  |
|      | . Análise dos dados .....  | 17  |
|      | . Rigor do estudo .....  | 21  |
|      | . Facilidades e dificuldades em relação à metodologia.                             | 23  |
|      | . Facilidades .....  | 23  |
|      | . Dificuldades .....   | 24  |
| III. | RESULTADOS .....   | 26  |
|      | . Hospital: sua organização e funcionamento .....                                  | 46  |
|      | . O Serviço de Enfermagem e sua Organização .....                                  | 49  |
|      | . O Hospital e o Atendimento ao Acompanhante .....                                 | 54  |
|      | . O Acompanhante: suas Características e Atributos <u>Pe</u><br><u>soais</u> ..... | 64  |
|      | . Motivos para Acompanhar um Familiar Internado .....                              | 75  |
|      | . O Papel do Acompanhante .....  | 86  |
|      | . Necessidade de apoio e orientação .....  | 91  |
|      | . A Experiência de ser Acompanhante .....  | 97  |
|      | . Fases do processo de acompanhar .....  | 102 |
|      | . Relacionamento com a equipe e sua percepção sobre <u>es</u><br><u>ta</u> .....   | 104 |
|      | . Relacionamento com o paciente .....  | 110 |

|   |     |
|---|-----|
| . O "acompanhar" visto pelo paciente .....                        | 116 |
| . O "acompanhar" do ponto de visto da equipe hospita<br>lar ..... | 122 |
| IV. ANÁLISE TEMÁTICA .....  | 143 |
| V. CONTRIBUIÇÕES .....  | 164 |
| VI. RECOMENDAÇÕES .....   | 167 |
| VII. BIBLIOGRAFIA .....   | 170 |
| A N E X O S .....   | 179 |

## I. INTRODUÇÃO

O progresso das ciências e avanço tecnológico tem contribuído de forma decisiva para o desenvolvimento da área da saúde, permitindo aos hospitais brasileiros melhorar a qualidade técnica dos serviços oferecidos aos seus usuários. Refletindo sobre a evolução da assistência hospitalar como um todo, observa-se, no entanto, que alguns aspectos mais diretamente relacionados com o atendimento às necessidades psicossociais do paciente e família não têm apresentado igual progresso. Este aspecto não tem merecido o devido destaque que a situação requer em nosso meio, principalmente considerando ser a sociedade brasileira caracteristicamente afetiva, sob o ponto de vista social e familiar, conforme afirmam alguns autores como D'ANDREA (1962) e REGEANINI (1973). A exemplo disso, pode-se citar a questão do acompanhante do paciente adulto, cuja presença a nível hospitalar não está institucionalizada, tampouco definido o seu papel, a despeito de ser o mesmo encontrado invariavelmente nas Unidades de Internações (UI) de pacientes particulares e, eventualmente em algumas UI previdenciárias. Por outro lado a sua participação não está integrada na dinâmica das atividades desenvol

equipe multiprofissional junto ao paciente adulto.

A hospitalização, em si mesma, tem sido considerada por vários autores como um "evento estressante", dada as circunstâncias nas quais ela ocorre, geralmente motivada por doença ou acidente. TESK (1976), por exemplo, refere-se à doença e hospitalização como uma agressão ao indivíduo, agravada pela separação dos familiares e amigos. Ao ser retirado de seu habitat natural, o indivíduo encontra no hospital um ambiente completamente adverso, onde "normas e rotinas rígidas controlam e determinam suas ações" (p.351), dando origem a um sentimento de insegurança emocional. Isto agrava-se com a conscientização de sua vulnerabilidade e impossibilidade de controle da situação. Para GONÇALVES (1979), a hospitalização constitui um fator de insegurança, não apenas pelo medo do desconhecido, como também pelo medo de algum acidente de tratamento, dúvidas em relação a competência das pessoas responsáveis pelos seus cuidados, sentimento de solidão, impessoalidade do ambiente hospitalar, medo de sentir dor, de ser manuseado, cortado, de tornar-se um dependente e dar trabalho às pessoas, além do medo da morte. Reforçando tais afirmações, estudiosos sobre segurança emocional referem-se ao impacto da doença e hospitalização sobre o paciente como uma ameaça ao seu eu existencial. Frente a essa situação, o indivíduo (mesmo adulto) reage com regressão emocional a um estado de dependência e abandono, assemelhando-se às reações da infância (REGGANINI, 1973).

Não obstante a literatura rica em trabalhos, demonstrando a influência dos aspectos psicossociais sobre a saúde do ser humano e estudos científicos comprovando as reações emocionais comuns à maioria dos indivíduos que se hospitalizam, observa-se que as instituições hospitalares em nosso meio não têm demons-

trado, na prática, sua capacidade de intervir a nível de prevenção dos distúrbios emocionais a que estão sujeitos estes pacientes e respectivos familiares. Como medida preventiva dos problemas relacionados mais especificamente à integridade psicossocial do indivíduo hospitalizado, TESCK (1976) sugere a permanência de familiares junto ao paciente. Para a autora, cabe ao enfermeiro exercer o papel de advogado do paciente e família, no sentido de assegurar-lhe esse direito, isto é, o direito de optarem pela permanência de um familiar com o paciente, de forma constante ou esporádica, durante o seu período de hospitalização. Tal sugestão baseia-se na crença de que o adulto, quando enfermo, tende a aumentar seu nível de dependência e apego aos familiares, carecendo, portanto, ter junto a si alguém em quem ele tenha confiança e sintá-se à vontade para exprimir suas necessidades no plano social e afetivo.

A presença do acompanhante requerida pelo paciente parece expressar uma necessidade de segurança emocional, cujo apoio busca entre os familiares e/ou pessoas amigas. E tem relação com o que descreve REGGANINI (1973), em seu artigo sobre o "acompanhante hospitalar", quando afirma tratar-se de um hábito cultural próprio dos países onde os recursos econômicos e tecnológicos são escassos. O mesmo não ocorre, segundo refere a mesma, nos países onde existem recursos suficientes para suprir os hospitais em termos de equipamento, material e pessoal, em quantidade e qualidade necessárias, tornando-se dessa forma merecedores de confiança de seus usuários. Outra variável indicada pela autora como fator influente nesta situação, refere-se ao aspecto educacional, caracterizando-se nos países desenvolvidos por um preparo progressivo da criança para sua independência. Isto geralmente não ocorre nos países em desenvolvimen

to como o Brasil, cuja relação de dependência do indivíduo quanto à assistência a sua saúde, a nível curativo, é reforçada não apenas no meio familiar, como também no âmbito governamental, através das Instituições de Saúde, em detrimento do seu preparo para promoção da saúde, de forma espontânea e independente. Por outro lado, a enfermagem contemporânea tem-se identificado teoricamente, como uma profissão comprometida com a assistência global ao paciente, família e comunidade. No entanto, observa-se pela vivência diária que, na prática, pelo menos a nível hospitalar, isto não se tem concretizado conforme preconizam os teóricos.

Ao passar pela experiência pessoal como acompanhante de alguns familiares, em diversas ocasiões, foi possível sentir mais especificamente a magnitude e complexidade do problema do acompanhante hospitalar. Em determinadas instituições, percebe-se claramente o indiferentismo e até mesmo uma certa resistência por parte da equipe multiprofissional, face à presença do acompanhante na unidade de internação.

Mais tarde, como aluna do curso de mestrado, surgiu a oportunidade de desenvolver um estudo preliminar sobre a questão do acompanhante. O mesmo visava a prestar uma assistência de enfermagem ao acompanhante fundamentada em um marco referencial, tendo-se optado pela teoria do alcance dos objetivos de KING (1981). Apesar das limitações mencionadas no próprio trabalho, principalmente considerando o reduzido número de sujeitos participantes do estudo, observou-se alguns aspectos que vale mencionar, por suas implicações de ordem social, humanística e técnico-administrativa. Os problemas mais citados e/ou identificados em nossa prática foram:

- manifestação de ansiedade por parte do acompanhante, quando decisões importantes eram tomadas pela equipe de saú

- de em torno do plano terapêutico do paciente, sem que fosse solicitada a sua participação;
- sinais de insatisfação e conflitos expressados pelo paciente e acompanhante sempre que os objetivos da equipe de saúde divergiam dos seus;
  - carência de infra-estrutura para acomodação e atendimento das necessidades básicas dos acompanhantes de pacientes previdenciários;
  - passividade do acompanhante do paciente previdenciário quanto à aceitação das responsabilidades que lhe eram atribuídas em torno dos cuidados do paciente, sem um preparo prévio adequado;
  - restrições explícitas mediante resolução interna do hospital, quanto aos direitos do familiar do paciente previdenciário ter assegurado um mínimo de condições para cumprimento dos deveres inerentes ao papel de acompanhante;
  - manifestação recíproca da necessidade do paciente e acompanhante permanecerem juntos na Unidade de Internação, independentemente da existência de condições de infra-estrutura adequadas para isto.

Tais resultados contribuíram para reforçar o interesse em ampliar e aprofundar o estudo sobre o assunto, haja vista as multifacetadas dos problemas identificados. Os mesmos suscitarão vários questionamentos, cujas respostas não se obtiveram por meio da bibliografia consultada. Por outro lado, através de um levantamento bibliográfico abrangendo os últimos 20 anos, constatou-se que há vazios de conhecimento no que se refere às experiências vivenciadas pelos familiares de paciente adulto hospitalizado em nosso meio e à forma de atendimento pela equipe

multiprofissional. Apenas a área de Pediatria tem-se desenvolvido nesse sentido, o que se pode comprovar pelo razoável número de trabalhos científicos que abordam a problemática da criança hospitalizada e seu afastamento dos pais. Resultados de experiências sobre assistência à criança em colaboração com os pais, na qualidade de acompanhantes, são citados por JAY (1978), SMITHERMAN (1979), NEIRA HUERTA (1984), MADEIR (1984), entre outros. Com relação aos trabalhos supracitados, vale ainda ressaltar que os mesmos referem-se a estudos desenvolvidos segundo uma metodologia quantitativa de pesquisa e em sua maioria com enfoque dedutivo, a partir de esquemas teóricos definidos 'a priori'.

Atualmente, percebe-se na literatura de enfermagem a tendência em enfatizar a proposta de uma assistência holística ao indivíduo. Na prática, contudo, isto será inviável, se não houver um esforço para envolver seus familiares como parte integrante desta assistência. Por conseguinte, faz-se mister que se conheça o quadro referencial em que os familiares do paciente internado interpretam suas crenças, valores, sentimentos e ações. Esta área de conhecimento, no entanto, encontra-se descoberta. Pouco se sabe sobre a experiência adquirida pelo acompanhante do paciente adulto, quando da sua permanência no hospital com o seu familiar. Seus sentimentos, angústias e expectativas têm sido relegados. Igualmente, pouco se sabe o que a equipe de saúde e o próprio paciente pensam a respeito dessa questão.

Considerando a importância de preencher a lacuna de conhecimento detectada, o presente estudo visa a obter a compreensão do verdadeiro significado da presença do acompanhante junto ao paciente adulto hospitalizado, sob o ponto de vista do próprio acompanhante, do paciente e da equipe multiprofissional. Para

tal estudo, fez-se necessário uma metodologia qualitativa, uma vez que esta propicia uma ampla compreensão do quadro referencial, no qual se situa o acompanhante. Desta forma, este estudo pretendeu investigar o seguinte problema:

- A situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral

Dentro deste contexto, questões menores foram investigadas, tais como:

- A experiência do familiar do paciente adulto internado sobre o ser acompanhante, suas atividades, expectativas e sentimentos.
- A percepção do paciente adulto hospitalizado face a presença do acompanhante.
- A percepção da equipe multiprofissional quanto a presença do acompanhante no hospital.

### Pressupostos teóricos

Os pressupostos que serviram como base para direcionar o presente estudo, foram fundamentados em LUDCK & ANDRÉ (1986) e SPRADLEY (1980) e constam de:

1. Os familiares dos pacientes internados têm uma cultura\* em comum, a qual é influenciada pelo contexto em que se situam.

2. Os conhecimentos da vivência do acompanhante, para serem autênticos, devem ser buscados no próprio local onde ocorre o fenômeno, isto é, no hospital, onde se encontra o acompa

---

\* Cultura segundo SPRADLEY (1980:6), refere-se ao conhecimento adquirido que as pessoas usam para interpretar suas experiências e gerar comportamentos.

nhante, o qual deve corresponder à principal fonte de dados e o pesquisador, o seu principal instrumento de coleta de dados.

3. O estudo qualitativo deve ser predominantemente descritivo, de forma holística, vendo o indivíduo como um todo e não reduzindo-o a variáveis ou desvinculado de seu contexto sôcio-cultural.

4. O pesquisador deve assumir o papel de aprendiz, procurando aprender com as pessoas e a partir de seus pontos de vista e não o de estudar as pessoas.

## II. METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Optou-se por uma pesquisa de campo, qualitativa, considerando que esse tipo de estudo oferece uma perspectiva mais ampla para exploração dos conhecimentos que se deseja adquirir em relação ao tema exposto. Por metodologia qualitativa de pesquisa compreende-se um modelo alternativo de investigação científica. Segundo LEININGER (1985), não se trata de uma teoria ou método que tenha o poder de anular outros métodos já conhecidos. Ela visa, essencialmente, a documentar e interpretar a totalidade do que está sendo estudado em um contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas (LEININGER, 1985). Isto inclui, segundo a autora, a identificação, estudo, análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a conhecer o mundo interno e externo das pessoas, através não apenas da ótica do pesquisador, mas, essencialmente, dos informantes como co-participantes das informações adquiridas e co-autores dos conhecimentos produzidos.

Como metodologia básica de pesquisa, adotamos uma mini-

etnografia, conforme o modelo proposto por LEININGER (1985). Mi nietnografia, segundo a autora, é um método de pesquisa que per mite uma visão ampla do modelo de vida de pequenos grupos ou do fenômeno que esteja sendo estudado. Considerada mini não por ser um estudo resumido ou superficial, mas pelo fato de este fo calizar apenas uma breve passagem do indivíduo, enquanto acompa nhante. A escolha do referido método se deu em virtude de este permitir um enfoque indutivo, no qual se pode detectar, documen tar e analisar, através da observação participante, os dados re ferentes ao meio em que vive o acompanhante com seus padrões par ticulares de comportamento, seus valores, crenças, sentimentos, hábitos e costumes, assim como seu relacionamento pessoal com o paciente e a equipe hospitalar.

A pesquisa etnográfica, segundo LEININGER (1985), não se limita à identificação do conhecimento, mas busca inclusive a compreensão dos valores, atitudes e comportamentos de um gru po, através de um exaustivo processo de observação, discussão, questionamentos e validação. O pesquisador visa com isto, a re gistrar o mundo do grupo em estudo, como eles o concebem. Todos os estudos etnográficos têm um objetivo abrangente, que é o de "ENTENDER" os significados culturais que as pessoas usam para organizar e interpretar suas experiências (SPRADLEY, 1980:93).

### Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em um Hospital de grande por te, de economia mista e caráter geral, de uma cidade do Sul do Brasil. Este serviço visa a atender essencialmente os pacientes previdenciários do Estado e, em menor percentual, os conveniados e particulares. A escolha do local foi motivada pelo fato de en

contrar-se neste hospital acompanhantes de dois grupos distintos de pacientes: particulares e previdenciários, em número razoável, cuja média diária chega a trinta acompanhantes. Outra razão foi a facilidade de acesso ao local e a abertura do campo para estudantes da área de saúde, bem como o apoio oferecido pela direção e lideranças de enfermagem aos propósitos da pesquisadora.

### Amostra do estudo

A amostra foi constituída por três diferentes grupos de participantes: os acompanhantes, a equipe e os pacientes. Os acompanhantes foram representados por trinta e cinco familiares que se encontravam nas unidades de internações particulares e previdenciárias das clínicas médica e cirúrgica. O segundo grupo constou de vinte e dois pacientes internados em clínicas médicas e cirúrgicas, masculinas e femininas, cujos acompanhantes faziam parte do estudo.

A equipe multiprofissional participante deste estudo foi composta de três categorias, a saber: três diretores - o geral, o técnico e o administrativo - cujo poder decisório exerce influência sobre a situação do acompanhante, no ambiente hospitalar; oito médicos e a equipe de enfermagem, constante de quarenta participantes, dentre os quais enumeram-se: doze enfermeiros, cinco técnicos, nove auxiliares, dez atendentes e quatro escriturários de enfermagem, os quais têm alguma ligação com o familiar, ao prestar algum tipo de assistência ao paciente.

Não houve preocupação com a obtenção de números homogêneos de participantes entre as diversas categorias ou em cada

uma destas, mas com a aquisição de informações que retratassem fielmente a realidade daquela população. O critério adotado para inclusão de novos informantes baseou-se na "saturação teórica dos dados" (WILSON, 1977), isto é, quando as informações se tornavam repetitivas, não mais encontrando dados novos ou adicionais em determinado grupo, buscaram-se outros participantes.

Do total de trinta e cinco acompanhantes, com quatro destes não foi possível realizar os contatos subsequentes, por motivo de transferência ou alta antecipada do paciente, ou por revezamento com outros familiares, limitando-as à entrevista inicial. Com os demais, realizamos um seguimento, desde a sua entrada no hospital, até a sua saída com o paciente, ou para dar lugar a outro membro da família.

#### Proteção dos direitos humanos dos informantes

Para não identificar o Hospital em estudo, foram mudadas algumas de suas características e atribuídos outros nomes aos entrevistados. Para que os participantes sentissem segurança em prestar informações honestas, procurou-se esclarecer-lhes sobre quem era a pesquisadora, os objetivos da investigação, tipo de colaboração que desejava receber, liberdade de recusar-se a participar ou desistir em qualquer fase de sua participação no estudo, modo como os dados seriam registrados e usados para publicação. Além disso, estabelecemos um compromisso formal em assegurar-lhes o sigilo e anonimato, tomando todos os cuidados para não dar margem a possíveis associações à sua pessoa. Teve-se também o cuidado de guardar todo o material referente às anotações e gravações em local seguro, cujo acesso era restrito apenas ao pesquisador.

## Coleta de dados

Os dados foram obtidos, no período de abril a novembro de 1986, através da observação participante, a qual permitiu a utilização de observações gerais, consulta e documentação do hospital, entrevistas abertas e semi-estruturadas, visitas domiciliares,\* participação das atividades diárias do grupo em estudo e notas de campo. Teve-se como referência o modelo proposto por LEININGER (1985:52), que prevê quatro fases de observação, a saber:

1. Observação primária: nesta fase o objetivo central era conhecer e compreender o contexto no qual se situa o acompanhante. E o papel principal de pesquisador foi o de observar, procurando ver e ouvir tudo o que se relacionava ao assunto, desde os aspectos de seu ambiente físico, consulta a documentos, como o regimento do hospital, normas de serviço e ata das reuniões da subdivisão de enfermagem, modo de desempenho do papel do familiar enquanto acompanhante, suas reações e tipo de relacionamento pessoal com o paciente e com a equipe.

A observação envolveu, portanto, a maior parte do nosso tempo durante as três primeiras semanas. Nesta oportunidade, ao mesmo tempo em que íamos conhecendo cada grupo participante, também nos tornávamos conhecida, principalmente da equipe hospitalar, aumentando o grau de confiança dos informantes.

---

\* A visita domiciliar foi utilizada nos casos em que houve interrupção na cadeia de comunicação entre o pesquisador e os informantes, por alta (não prevista) do paciente, ou revezamento entre os familiares do paciente.

2. Observação com alguma participação: nesta fase, a observação continuou sendo o foco principal. Após as primeiras entrevistas abertas com os diretores (geral, administrativo e técnico) e lideranças de enfermagem (sub-diretora e enfermeiros chefes das unidades de internação), foram-se introduzindo, paulatinamente, entrevistas semi-estruturadas, visando a esclarecer pontos obscuros e aprofundar as questões de maior interesse. O mesmo procedimento foi adotado em relação aos demais componentes da equipe multiprofissional, acompanhantes e pacientes. Também tentou-se nesta oportunidade participar de alguma forma do convívio diário de cada grupo, frequentando o hospital nas diferentes jornadas de trabalho, isto é, nos turnos da manhã, tarde e noite.

Quando era admitido um paciente com seu respectivo acompanhante, procurava-se com eles interagir e seguir os funcionários envolvidos no processo de admissão. Daí por diante, geralmente ficava com estas mesmas pessoas, caso aceitassem participar do estudo, até a alta do paciente. No convívio com o acompanhante, pacientes e funcionários, compartilhava-se de algumas de suas atividades rotineiras com os pacientes, mas com o cuidado de manter uma conduta de aprendiz, de modo a não intervir e visando apreender os diferentes significados de sua experiência em cada situação.

3. Participação mais efetiva do pesquisador: à medida que o pesquisador foi-se familiarizando com os componentes de cada grupo, conquistando a sua confiança, aumentava a sua participação. Tivemos a oportunidade de compartilhar da visita médica, visita de senhoras do corpo de voluntárias ao paciente e familiar, visitas sociais de familiares ou amigos, reuniões da equi

pe de enfermagem, momentos do lanche ou cafezinho, execução de tratamentos, cuidados oferecidos ao paciente, encaminhamento para realização de exames, preparo para refeições do paciente, entre outros. O interesse em participar desses eventos, visava a compreender como o familiar se inseria em cada situação. Para evitar o risco do pesquisador envolver-se completamente com os pacientes, nesta fase, em detrimento de uma observação mais acurada, após cada turno de 2 ou 3 horas de atividades, promovia-se um intervalo, possibilitando oportunidade de auto-avaliação e preservação de sua visão crítica.

4. Observação reflexiva: correspondeu a última fase do processo de coleta de dados, oportunidade em que o pesquisador se recolhia para refletir sobre as ocorrências, tentando compreender os seus significados, Vale ressaltar que as quatro fases descritas estão intimamente relacionadas, requerendo em alguns momentos retornos a qualquer das fases anteriores, com o objetivo de esclarecer pontos obscuros ou aprofundar questões de contraste. E o principal papel do pesquisador foi o de observação, o qual se estendeu por todo o período de investigação, que durou oito meses.

Além disso, utilizou-se como estratégia para realização das entrevistas, a formulação de três tipos de questões sugeridas por SPRADLEY (1979). São elas: 1) questões descritivas - designadas para expandir as informações dos participantes as quais foram usadas através das diferentes fases do estudo; 2) questões estruturais - são aquelas que procuram compreender não somente o que as pessoas fazem, mas como elas organizam o que sabem. Elas complementam e expandem os dados descritivos, à medida que descobrem a organização semântica da cultura; e 3) ques-

tões contrastes - têm por objetivo comparar, para mostrar diferenças. As mesmas têm por foco identificar como os símbolos diferem uns dos outros. Elas eram formuladas quando o pesquisador percebia diferenças na forma como o informante descrevia os símbolos.

### Registro dos dados

Os dados resultantes da consulta à documentação do Hospital, das entrevistas, gravações e observações do pesquisador, foram registrados em duas vias e organizados em forma de "Notas de Campo". Ao mesmo tempo, foi adotado o "Diário do Pesquisador", onde se anotavam as suas ações planejadas e/ou realizadas, suas reflexões e auto-avaliações, permitindo uma visão crítica de seu desempenho durante o estudo. Com o propósito de evitar distorções das informações obtidas, tornando-as tanto quanto possível fidedignas, utilizou-se o mesmo estilo de linguagem expressada pelos informantes.

Considerando as dificuldades em gravar as entrevistas e em registrar todos os dados fornecidos, no local e momento de sua ocorrência, devido aos bloqueios ou constrangimento que estas práticas poderiam causar aos informantes, foram utilizadas algumas estratégias de registro proposto por BOGDAN & TAYLOS (1975), como sejam:

1. Durante as entrevistas, anotavam-se apenas as palavras chaves comentadas pelos informantes;
2. Sempre que se completava uma observação ou entrevista, saía-se em busca de local apropriado (geralmente usava a Biblioteca do Hospital), para registrar to

dos os dados obtidos, sem perigo de perda de sua au  
tenticidade;

3. Procurava-se não passar de uma observação para ou  
tra, sem ter completado o relato da primeira;
4. Não se discutiam com outras pessoas as observações  
efetuadas, sem antes registrá-las;
5. Ao relembrar, dias ou semanas depois, uma ocorrência,  
e constatar que a mesma não fora relatada, esta era  
feita em registro adicional.

### Análise dos dados

Os dados foram analisados simultaneamente à coleta de dados, conforme o modelo preconizado por PARSE et alii (1985), Este inclui quatro níveis de análise que se desenvolve em uma espiral de complexidade crescente e não em um continuum linear. São eles: análise de domínios, taxonômica, componencial e temá  
tica, além da identificação de proposições hipotéticas. (Fig.nº 1) À medida que se sobe, através dos vários níveis, na espiral, novas dimensões de compreensão são descobertas e novas questões emergem, expandindo e dando sentido aos resultados.

Categorias conceituais -  
proposições hipotéticas - re-  
latório do estudo

Possibilidade de retor-  
nar ou não ao campo com to-  
dos os tipos de questões  
etnográficas.

Verificação e validação  
das taxonomias, através de  
questões contrastes.

Prosseguimento com ques-  
tões descritivas e estrutu-  
rais.

Expansão e verificação  
dos dados através de ques-  
tões descritivas e estrutu-  
rais, visando à identifica-  
ção de relações semânticas,  
(estas são) categorizadas  
de acordo com o esquema lin-  
guístico universal.

Expansão dos dados atra-  
vés do uso de questões des-  
critivas.

Observações iniciais  
e  
(questionamentos

Seleção do projeto

4º nível de  
análise

- . Análise temática (visa à descoberta de temas culturais, isto é, de contextualização que conectam os domínios, dando uma visão holística ao estudo).

3º nível de  
análise

- . Análise componencial (visa a descobrir o significado dos componentes de um domínio).

2º nível de  
análise

- . Análise taxonômica (visa a identificar relações semânticas).

1º nível de  
análise

- . Definição de domínios (categorização simbólica que pode envolver outras categorias menores).

Início da análise

- . Procura inicial de domínios.

1. Análise de domínio - é o primeiro nível de análise, efetuada a partir de observações gerais e questões descritivas. Com isto pretendeu-se uma busca inicial de domínios. Domínio, segundo a autora, é uma categoria simbólica que envolve outras categorias menores.

2. Análise taxonômica - este nível de análise visa a descobrir relações semânticas dentro de um domínio, isto é, identificar a organização interna de um domínio. À medida que se procurava descobrir relações semânticas entre os termos usados pelos informantes, descobriam-se padrões de relação, que ajudavam o pesquisador a formular questões descritivas adicionais e estruturais, isto é, questões que procuravam compreender não somente o que as pessoas faziam, mas como elas organizavam o que sabiam.

Os padrões de relação foram, portanto, categorizados de acordo com um esquema lingüístico. O mais usado é o esquema universal de relacionamento semântico, composto das seguintes relações: espacial, inclusão, atributo, estágios, meio-fim e racional (SPRADLEY, 1980).

Os domínios foram então examinados para formação de sub-conjuntos, com base na descoberta das relações semânticas, conforme Quadro nº 2, 3 e 4.

3. Análise componencial - teve como objetivo descobrir componentes de significados dentro de um sistema. Isto foi feito ao examinar as anotações etnográficas, procurando visualizar as diferenças entre os símbolos da linguagem dos informantes que permitiram formular questões contrastes para validação com os participantes neste processo.

Exemplo de duas reflexões baseadas nas notas de campo

demonstrando isto:

Domínio - tipo de reações apresentadas pelo acompanhante

Atributo - sentir medo.

O acompanhante sente medo durante sua permanência no hospital. No entanto, ele distingue o medo que sente devido às condições de saúde do familiar internado, da assistência de enfermagem e do tratamento executado pelo médico. Da enfermagem ele teme represálias, caso ele próprio ou paciente se queixe muito. Ele também teme que, ao sair, o pessoal possa deixar o paciente cair da cama ou o amarrar no leito, não controlar o soro, e não atender à campainha. No caso dos previdenciários, há ainda o medo que retirem sua licença para permanecer junto ao paciente. Em relação ao médico, os medos de acompanhante são mais específicos. Ele teme o desinteresse deste pelo paciente ou a sua incompetência para lidar com o caso, ou ainda que use o paciente como caso de estudo.

Domínio - características do acompanhante

Atributo - permissão para permanecer como acompanhante.

A permissão para ser acompanhante de paciente particular difere daquela do previdenciário. O primeiro tem sua permissão garantida pelo simples pagamento de uma taxa na tesouraria do hospital, quando da admissão do paciente. Esta permissão é dada pela administração geral e está referendada nas diretrizes do hospital. A permissão para o acompanhante do paciente previdenciário depende da autorização do enfermeiro mesmo para os casos de solicitação do médico responsável ou da administração central. A mesma está também condicionada à aceitação das regras determinadas pelo serviço de enfermagem e à execução de cuidados junto ao paciente.

4. Análise temática - é o nível de análise que visa à descoberta de temas culturais, isto é, de conceitualizações que conectam os domínios, dando uma visão holística ao estudo.

No presente estudo, foram identificados, basicamente, quatro temas. Uma vez identificados e as anotações revistas em toda sua extensão, procurou-se identificar proposições hipotéticas. Segundo PARSE (1985), o pesquisador chega a proposições hipotéticas a partir da análise temática. Isto representa uma mudança no nível de abstração, dentro do conteúdo dos dados obtidos. Os dados foram então sintetizados em proposições hipotéticas, representando as conceitualizações do pesquisador sobre a cultura estudada, com base na realidade dos participantes. São apresentadas seis proposições hipotéticas como resultantes desse nível de análise.

#### Rigor do Estudo

Os critérios para que uma pesquisa qualitativa seja aceita pela comunidade científica como válida e confiável, segundo Guba & Lincon (SANDELOWSKI, 1986), não podem ser os mesmos utilizados nas pesquisas quantitativas, uma vez que os pressupostos em que cada uma se baseia são diferentes. Conforme os autores referidos, em pesquisa qualitativa as estratégias para assegurar o rigor referem-se aos cuidados desenvolvidos durante o estudo, visando à garantia de sua qualidade quanto aos seguintes aspectos: veracidade ou credibilidade; adequação ou aplicabilidade; consistência ou possibilidade de fazer auditoria e neutralidade ou possibilidade de ser confirmado.

Para assegurar a qualidade do presente estudo adotou-se

uma série de cuidados, com base nos critérios propostos por Guba e Lincon (SANDELOWSKI, 1986), envolvendo cada fase do processo de pesquisa, de modo que os resultados e interpretações sejam possíveis de credibilidade.

1. Utilização do diário de campo para auto-avaliação, visando a corrigir distorções relativas a tendenciosidades ("bias") do pesquisador.

2. Discussão com outros grupos do campo de pesquisa (equipe de enfermagem, médicos e assistente social), para avaliar as interpretações da autora e dizer o grau de coerência.

3. Cuidado com o relacionamento pesquisador e acompanhantes, procurando-se evitar um envolvimento demasiado, para não prejudicar a capacidade do pesquisador de distinguir suas próprias vivências no campo das experiências dos participantes, razão pela qual permanecia no campo apenas um turno de trabalho (manhã, tarde ou noite) para coleta de dados.

4. Discussão com os informantes, após o registro dos dados, a fim de receber o feed-back, isto é, checar suas informações e esclarecer pontos obscuros ou incongruentes.

5. Gravação de entrevistas, cuja utilização desse recurso técnico foi permitido pelos participantes, buscando ser o mais fiel possível no registro de suas informações.

6. Frequentes retornos aos dados originais ("brutos"), para verificar se as reflexões até então registradas os representam com clareza e fidedignidade.

→ 7. Combinação de várias técnicas de coleta de dados (entrevistas, observação, consultas à documentação da instituição, gravações e visitação domiciliar), visando a uma confrontação dos dados, de modo a detectar o grau de coerência entre as informações obtidas.

8. Tempo de permanência do pesquisador no campo, determinado com base nas necessidades de conhecimento e compreensão dos valores, atitudes e comportamentos do grupo em estudo e não por prazo pré-determinado.

9. Discussão com colegas (fora do campo) e com a orientadora sobre a análise dos dados, para avaliar o quanto o estudo retrata a realidade.

10. A validação das informações dos pacientes e seu familiar, era feita separadamente, a fim de assegurar maior fidedignidade.

## Facilidades e dificuldades em relação à metodologia

### Facilidades

Entre as facilidades do uso da metodologia, pode-se destacar a sua flexibilidade durante todo o processo de investigação, permitindo ampliar ou reformular o problema em estudo, além de possibilitar adaptações no planejamento, segundo as condições do local de pesquisa. Graças a esta abertura, durante o período de desativação das Unidades de Internações para desinfecção hospitalar, não houve solução de continuidade em nosso trabalho. Embora tivesse coincidido com o penúltimo mês da coleta de dados, continuamos com a clientela proveniente do Pronto Socorro, não prevista inicialmente, já que as admissões encaminhadas pelo ambulatório foram suspensas nesse período.

O fato de a pesquisadora não pertencer ao quadro de pessoal do hospital contribuiu para que os informantes ficassem à vontade para externarem seus sentimentos, sem o receio de provo-

carem ressentimentos ou sofrerem represálias. Por outro lado, o seu desconhecimento da situação do hospital também propiciou o seu desempenho no papel de aprendiz.

### Dificuldades

Inicialmente, a principal dificuldade foi abandonar os esquemas convencionais de trabalhos dedutivos, devidamente estruturados, para buscar adaptação a um trabalho indutivo. A pesquisadora já estava condicionada a entender pesquisa via aplicação de instrumentos de coleta de dados, que imaginava não saber o que fazer no campo sem dispor de algum roteiro. Por maior que fosse a orientação quanto à importância de chegar ao campo sem idéias pré-concebidas ou esquemas pré-determinados, ao elaborar o projeto de pesquisa para o presente estudo, sentiu-se a necessidade de definir critérios para seleção da amostra, decisão descartada somente na fase de observação, ao compreender as vantagens de sua utilização para o estudo.

Durante a fase de observação primária, as dificuldades decorreram em função da comunicação com os acompanhantes dos pacientes particulares, pelo fato de estes se encontrarem em ambiente fechado, isto é, em seus apartamentos, inviabilizando uma observação indireta (a distância) entre pesquisador e pesquisados. A porta fechada constituía uma barreira intransponível, pois não se sabia o que se ia encontrar por trás dela, se pessoas receptivas, ou aborrecidas pelo fato de ser incomodadas em sua intimidade com o paciente. Por outro lado, não tinha experiência com particulares. A imagem que se havia formulado desde o início da profissão, através de informações da equipe, era de pessoas auto-suficientes e exigentes quanto aos seus di

reitos. Tais razões levaram a imaginar que os mesmos não estariam dispostos a colaborar. Somente após enfrentar os primeiros contatos, percebeu-se que as dificuldades existentes partiam do próprio pesquisador, pois os particulares mostraram-se tão receptivos e carentes de atenção quanto os previdenciários.

Outra dificuldade foi separar os papéis de enfermeira e pesquisadora a fim de manter uma postura imparcial frente aos problemas detectados junto aos acompanhantes. Por exemplo, quando estes mostravam-se atrapalhados ao executar determinados cuidados do paciente, tais como: mudança de decúbito; transporte da cama para cadeira ou vice-versa e/ou para o banheiro; ou quando estes faziam interpretações distorcidas quanto aos cuidados a serem seguidos após alta do paciente. Além disso, a falta de condições de acomodação e de orientação dos acompanhantes previdenciários que permaneciam as 24 horas na Unidade de Internação determinavam muita ansiedade na pesquisadora. Nestes casos, surgia a impulsão de intervir com o propósito de evitar riscos ou danos à integridade psico-biológica do paciente e/ou acompanhante.

A observação do contexto geral no qual se situa o acompanhante propiciou uma visão ampla da realidade dos participantes. O contato com a problemática de alguns acompanhantes afetavam a pesquisadora de tal modo, que não conseguia manter-se como mera expectadora, talvez pela sua formação e experiência profissional mais ligada à área administrativa, sendo tentada a assumir o papel de enfermeira e agir em busca de resoluções para tais problemas.

### III. RESULTADOS

Para organizar a apresentação dos resultados procedeu-se, inicialmente, a um agrupamento das informações obtidas (dados brutos), dando origem a vários grupos de categorias e sub-categorias. Através da reunião destas, chegou-se à identificação de dezesseis domínios nesse estudo, tendo-se optado por aprofundar a análise da maioria dos domínios relacionados ao acompanhante, paciente e equipe, conforme o quadro 1 apresentado a seguir. Além disso, os quadros seguintes, numerados de 2 a 11, demonstram as demais fases da análise de dados em espiral de complexidade crescente, conforme o modelo proposto.

QUADRO Nº 1 - Domínios relativos ao acompanhante, paciente e equipe, selecionados para aprofundar a análise.

| Informantes     | Domínios  |
|-----------------|---|
| 1. Acompanhante | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Características pessoais do acompanhante</li> <li>. Razões para acompanhar o paciente</li> <li>. Atividades desempenhadas pelos acompanhantes</li> <li>. Expectativas e preocupações</li> <li>. Formas de aprender a cuidar</li> <li>. Sentimentos do acompanhante</li> <li>. Reações do acompanhante nas diferentes fases da sua experiência</li> </ul> |
| 2. Paciente     | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Percepção do paciente face a presença do acompanhante</li> <li>. Reações do paciente</li> </ul>  |
| 3. Equipe       | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Percepção da equipe face a presença do acompanhante</li> <li>. Expectativas da equipe</li> <li>. Papel do acompanhante segundo a equipe</li> <li>. Reações da equipe</li> <li>. Fatores que interferem no relacionamento equipe-acompanhante</li> </ul>  |

QUADRO Nº 2 - Sete domínios relativos ao acompanhante, representando cinco diferentes relações semânticas universais.

| Domínio  | Forma     | Relações semânticas  |
|--|-----------|--|
| 1. Características pessoais do acompanhante    | Atributos | . Sexo, idade, condições de saúde, parentesco com o paciente, disponibilidade de tempo, disposição e iniciativa para colaborar, nível de escolaridade e profissão.   |
| 2. Razões para acompanhar o paciente.          | Racional  | - ligados ao paciente:<br>. Aspectos psicobiológicos, psicossociais e afetivos.<br>- ligados às famílias:<br>. Necessidades afetiva, de comunicação, de controle e complementação da assistência ao paciente.<br>- ligados à equipe de saúde:<br>. Indicação médica, solução do enfermeiro e autorização do diretor.   |
| 3. Atividades desempenhadas pelo acompanhante. | Inclusão  | Cuidados com o paciente:<br>- Gerais<br>. Cuidados relativos à higiene ambiental e pessoal, cuidados na locomoção mecânica corporal, cuidados com a nutrição e eliminações do paciente.<br>- Específicos e terapêuticos<br>. Cuidados relativos ao diagnóstico, controle e tratamento.<br>. Cuidados preventivos de complicações ou acidentes.<br>- Psicossomáticos e espirituais<br>. Cuidados relativos à comunicação, cuidados afetivos, religiosos e de lazer. |
| 4. Expectativas e preocupações.                | Inclusão  | - Espécie de expectativas e preocupações do acompanhante:<br>. O ambiente hospitalar, o relacionamento pessoal com a equipe e a recuperação.   |

## Cont. do QUADRO Nº 2.

| Domínio   | Forma    | Relações semânticas   |
|---|----------|---|
| 5. Formas de aprender a cuidar.                                     | Meio-fim | - Meios do acompanhante aprender a cuidar:<br>. Observação, uso de experiências anteriores e tentativa de "en saios e erros".   |
| 6. Sentimentos do acompanhante.                                     | Inclusão | - Tipos de sentimentos do acompanhante:<br>. Gratidão, incerteza, medo e re ceios.  |
| 7. Reações do acompanhante nas diferentes fases de sua experiência. | Estágio  | . Fases experimentadas pelo acompa nhante: Sentimento de alívio, ten são, procura de ajuda, sentimento de desconforto, revolta, busca de conformação e desejo de paz e har monia. |

QUADRO Nº 3 - Dois domínios relativos ao paciente, representando duas diferentes relações semânticas universais.

| Domínios   | Forma    | Relações semânticas  |
|--|----------|--|
| 1. Percepção do paciente face à presença do acompanhante | Meio-fim | . Expectativas e sentimentos são meios do paciente perceber o acompanhante.  |
| 2. Reações do paciente                                   | Inclusão | Reações apresentadas pelo paciente:<br>. Sentimento de fragilidade, indefesa e dependência.<br>. Estreitamento de laços familiares, sentimento de ânimo frente aos problemas no anseio de uma recuperação mais rápida. |

QUADRO Nº 4 - Cinco domínios relativos à equipe representando duas diferentes relações semânticas universais.

| Domínios   | Forma    | Relações semânticas  |
|--|----------|--|
| 1. Percepção da equipe face a presença do acompanhante.            | Meio-fim | Forma de percepção da presença do acompanhante, do ponto de vista da equipe:<br>. Benefícios para o paciente e problemas para o hospital.  |
| 2. Expectativas da equipe.   | Inclusão | Tipos de expectativas da equipe, em relação ao acompanhante.<br>. Colaboração e obediência.  |
| 3. Papel do acompanhante segundo a equipe.                         | Inclusão | Tipos de funções do acompanhante:<br>. Ajuda ao paciente, colaboração com a equipe, garantia de realização de cuidados.  |
| 4. Reações da equipe.  | Inclusão | Tipos de reações da equipe:<br>. Queixas e elogios em relação aos grupos "A" e "B".  |
| 5. Fatores que interferem no relacionamento equipe - acompanhante. | Meio-fim | Meios de interferência no relacionamento equipe - acompanhante:<br>. Condições de infra-estrutura das unidades de internação previdenciárias, estrutura administrativa do hospital, nível sócio-cultural dos acompanhantes e o diagnóstico e estado geral do paciente. |

A partir do estudo das relações semânticas, foi organizada uma taxonomia com suas categorias e sub-categorias, conforme quadros nºs 5, 6 e 7.

QUADRO Nº 5 - Taxonomia relativos ao acompanhante, com suas categorias e sub-categorias.

| Domínios   | Categorias/Sub-categorias  |   |
|--|--|---|
| 1. Características pessoais do acompanhante (atributo) | . Sexo   | Grupo "A" - 95% feminino  |
|  |  | Grupo "B" - 90% feminino  |
|  | . Idade  | Grupo "A" - 16 à 77 anos  |
|  |  | Grupo "B" - 11 à 65 anos  |
|  | . Condições de saúde   | Grupo "A" - aparentemente satisfatórias, alguns portadores de doenças crônicas                      |
|  |  | Grupo "B" - distúrbios gastro-intestinais, dores na coluna, doenças crônicas, entre outras.         |
|  | . Parentesco com o paciente  | Grupo "A" - esposas em maior número   |
|  |  | Grupo "B" - esposas em maior número   |
|  | . Disponibilidade para permanecer com o paciente                       | Grupo "A" - turnos de 6,8 ou 12 horas, em revezamento com outros familiares até a alta do paciente. |
|  |  | Grupo "B" - a maioria em permanência de 12 ou 24 horas. Alguns, por conta própria, fazem rodízio.   |
|  | . Disposição e iniciativa para colaborar nos cuidados do paciente      | Grupo "A" - Maioria em colaboração voluntária.  |
|  |  | Grupo "B" - mediante compromisso formal de ajuda, como condição para ser autorizado.                |
| . Nível de escolaridade                                | Grupo "A" - predominância dos portadores de 2º grau maior (científico) |   |
|  | Grupo "B" - predominância dos portadores de 1º grau maior (ginásio).   |   |

Cont. do QUADRO Nº 5.

- . Profissão
- Grupo "A" - predominância das prestações de serviço.
- Grupo "B" - predominância das atividades primárias e secundárias.

2. Razões para acompanhar o paciente (racional) - Razões ligadas ao paciente

- . Aspectos psicobiológicos
- . Primeiros dias de pós-operatório
  - . Idade avançada, fraqueza geral
  - . Problemas de convulsões, vômitos frequentes, dispnéia, entre outros
  - . Pacientes acamados (vários motivos)
  - . Problemas de locomoção de pacientes com problemas de cegueira e hemiplegia
  - . Pacientes em estado grave.
- . Aspectos sociais e afetivos
- . Paciente emocionalmente descontrolado
  - . Agitação, nervosismo, choro ou depressão
  - . Sensação de insegurança, medo de ficar sozinho no quarto
  - . Manutenção do vínculo familiar e preservação da identidade do paciente
  - . Condição imposta pelo paciente para internar-se
  - . Paciente carente de apoio, conforto, força, coragem e carinho
  - . Paciente carente de estímulo na luta por sua recuperação
  - . Paciente carente de alguém na defesa de seus interesses e tomada de providências para o suprimento de suas necessidades.

- Razões ligadas ao acompanhante

- . Necessidade afetiva
- . Demonstração ao paciente do apoio e solidariedade da família.
  - . Transmissão de força e coragem
  - . Doação de proteção, conforto e segurança
  - . Defesa dos interesses do paciente.
  - . Demonstração ao paciente da sua importância para a família e do anseio desta por sua recuperação

## Cont. do QUADRO Nº 5

- . Impossibilidade de realização de qualquer tarefa, ou mesmo de "dormir" ou "alimentar-se", quando do seu distanciamento do paciente; maus pensamentos resultantes de sua intranquilidade.

. Necessidade de comunicação

- Na qualidade de receptor de informações quanto:
- à doença do paciente e a que tratamento será submetido;
  - às decisões médicas que estão sendo tomadas;
  - às reações do paciente à hospitalização e ao tratamento;
  - às ocorrências em torno do paciente.

- Na qualidade de informante:
- . sobre suas próprias observações quanto ao paciente
  - . na qualidade de porta-voz do paciente.

. Necessidade de controle e complementação da assistência

- . Na falta de pessoal, uma vez em quantidade insuficiente;
- . Como ajudante do doente, na realização de seus cuidados mais simples;
- . Como ajudante da equipe nos cuidados do doente;
- . Na chamada ao pessoal, em caso de emergência, ou para solução de problemas de difícil (ou impossível) resolução pelo acompanhante;
- . Nos cuidados com o doente, quanto a quedas da cama e a manutenção do soro na veia;
- . No controle dos horários dos remédios e os cuidados do doente;
- . Como precaução, em risco de amarração do doente na cama, ou mesmo de maus tratos.

- Razões ligadas à equipe

Por indicação médica

- . Para prevenção de quedas do paciente durante convulsões
- . Para proteção de menores em pós-operatórios de cirurgias oftálmicas.

## Cont. do QUADRO Nº 5.

- . Por solicitação do enfermeiro
  - . Na vigilância contínua em casos de pós-operatório de cirurgias de grande porte
  - . Na prevenção de problemas de pacientes agitados, nervosos, depressivos.
  - . Como colaboração nos cuidados de pacientes com muita dependência de cuidados simples.
- . Por autorização do diretor
  - . Em atendimento às solicitações de políticos ou pessoas amigas.

3. Atividades de sempenhadas pelo acompanhante (incluam)

## - Cuidados gerais

- . Cuidados na higiene ambiental e pessoal
  - . limpeza e organização das mesas de cabeceira e refeições;
  - . ajuda na higiene da boca, íntima, banho no leito ou de chuveiro;
  - . ajuda na troca de roupa de cama e do paciente.
- . Cuidados na locomoção e mecânica corporal
  - . transporte do paciente ao banheiro;
  - . ajuda ao paciente na mudança de posição no leito; no levantar-se da cama; no transporte para cadeira; na caminhada pelo quarto;
  - . ajuda ao paciente quanto a sua posição no leito, conforme indicação médica;
  - . ajuda ao paciente no exercitar-se;
  - . realização de massagem de conforto.
- . Cuidados com a nutrição e eliminações.
  - . ajuda ao paciente na alimentação;
  - . ajuda no servir da comida de outros pacientes;
  - . ajuda ao paciente na utilização de comadre e compadre.

## - Cuidados específicos e terapêuticos

- . Cuidados relativos ao diagnóstico, controle e tratamento.
  - . ajuda na identificação de anormalidades, ex.: presença de vômitos (nº de vezes, cor, quantidade); fezes (tipo, nº e evacuações e cor); urina (volume e cor); pele muito quente ou fria etc.

Cont. do QUADRO Nº 5.

- . observação de jejum para realização de exames de sangue, radiológicos ou cirurgias;
  - . ajuda na coleta de material para exames de fezes e urina;
  - . ajuda na realização de aspiração de secreções brônquicas;
  - . ajuda na alimentação pela gastrostomia;
  - . ajuda nos exercícios de reabilitação;
  - . ajuda na execução de nebulização e tapotagem;
  - . ajuda na administração da medicação oral e de uso tópico;
  - . controle no gotejamento de soro;
  - . ajuda na medida de diurese
  - . acompanhamento do paciente para realização de exame, na transmissão de força e coragem.
- . Cuidados preventivos de complicações ou acidentes
- . tomada de cuidado para o soro não sair da veia;
  - . observação do funcionamento de sondas e tomada de cuidados na manutenção destas;
  - . precaução quanto a quedas do paciente;
  - . vigilância contínua;
  - . identificação de situações de emergência e chamada do pessoal.

- Cuidados psicossociais e espirituais

- . Cuidados relativos à comunicação
- . funciona como elo de comunicação entre paciente-equipe de saúde e familiares;
  - . no atendimento a chamadas telefônicas e fornecimento de informações sobre o estado do paciente;
  - . na recepção de visitas e no fornecimento de informações;
  - . na chamada de pessoal de enfermagem, quando necessário;
  - . na comunicação de anormalidades para a equipe;
  - . na solicitação de cuidados necessários ao paciente.
- . Cuidados afetivos espirituais e lazer
- . na companhia ao paciente;
  - . na conversa com o paciente sobre sua evolução e planos futuros;
  - . no oferecimento de conforto moral e religioso;
  - . na oferta de solidariedade e companheirismo;
  - . no oferecimento de proteção e carinho;

## Cont. do QUADRO Nº 5.

- . como vínculo entre paciente e família
  - . nas orações com o paciente
  - . na leitura bíblica e outros tipos para o paciente
  - . na recepção de visitas
  - . na ligação de aparelhos, como rádio ou TV
  - . no passeio com o paciente pelo quarto.
4. Expectativas e preocupações (incluam)
- . Com o ambiente hospitalar
    - . Imagem ligada a dor, sofrimento e morte
    - . medo de tudo, das máquinas, dos aparelhos e dos outros doentes
    - . impressão de um local limpo, desinfetado e sem barulho
    - . estado de desorientação quando da sua chegada ao hospital
  - . Com o relacionamento pessoal com a equipe
    - . total atenção para o seu caso, na sua chegada ao hospital;
    - . maior atenção do pessoal com a família do doente, frente ao seu sofrimento junto a este;
    - . humilhação e sujeição às exigências do pessoal;
    - . dúvidas quanto ao tratamento do doente, em virtude do tratamento dado ao acompanhante.
  - . Com a recuperação do paciente
    - . não-admissão de sofrimento por maus tratos
    - . garantia de respeito por seus direitos
    - . a não-sensação de abandono e solidão
    - . anseio por breve recuperação
5. Formas de aprender a cuidar (meio-fim)
- . Por observação do pessoal durante a realização dos cuidados do paciente
  - . Com a utilização de experiências anteriores
  - . Por tentativa de "ensaios e erros".
6. Sentimentos do acompanhante (inclusão)
- . Gratidão
    - . A Deus e, abaixo dele, aos médicos, na salvação da vida de seu marido;
    - . Aos santos de sua devoção e aos invocados pela mãe (paciente);
    - . À atenção e dedicação do médico e dos enfermeiros, permitindo sua estada no hospital, como acompanhante;
    - . À direção deste hospital pela contribuição desta na sua qualidade;

Cont. do QUADRO Nº 5.

- . Aos médicos e enfermeiros pela dedicação e carinho dispensados a minha mãe;
  - . Aos enfermeiros e pessoal da copa pela bondade a nós dispensada.
- . Incerteza no que se refere:
- . À capacidade de resistência do paciente aos tratamentos ou exames, por eles considerados de alto risco, como: cateterismo arterial, colocação de marca-passo, drenagens, radioscopias e operações de "barriga aberta";
  - . Aos resultados de exames para diagnóstico de doenças graves como o câncer;
  - . À possibilidade de abreviação do tempo de vida do paciente, resultante da cirurgia;
  - . À perspectiva de recuperação completa do doente;
  - . Aos riscos do paciente quanto a complicações após alta do hospital, ou defeitos graves (sequelas);
  - . Ao sucesso no diagnóstico e tratamento do paciente;
  - . Ao cumprimento das ordens médicas do paciente pelo pessoal de enfermagem;
  - . À dedicação e boa vontade da equipe de saúde nos cuidados do doente;
  - . À limpeza e desinfecção do Hospital;
  - . À lealdade nas informações dadas pela equipe em torno da problemática de saúde do doente;
  - . À atenção dada ao doente;
  - . À vigilância do doente pela equipe.
- . Medo no que se refere:
- . À possibilidade de desprezo, aborrecimentos ou maus-tratamentos ao paciente, resultantes do cansaço da equipe de enfermagem;
  - . À ocorrência de problemas com o doente carente de cuidado imediato, e a ausência de alguém por perto para seu socorro;
  - . Aos riscos do doente, quanto à queda da cama, retirada do soro, sondas ou drenos instalados;
  - . À possibilidade de regresso do doente com vida para casa.

Cont. do QUADRO Nº 5.

- . A possibilidade de regresso do doente para unidade de tratamento intensivo, sem a companhia de familiares.

. Receio

- . da não possibilidade de acompanhamento ao paciente, até sua alta;
- . da possibilidade de permanência do paciente por mais tempo que o previsto e da dificuldade na conciliação entre o afastamento de casa e trabalho;
- . da extrapolação das despesas hospitalares além de suas reservas econômico-financeiras;
- . de o paciente sofrer quedas, ou da possibilidade de este ser amarrado, durante sua ausência.
- . da possibilidade de demonstração ao paciente de sentimentos como ansiedade, nervosismo, preocupações, quanto a seu problema de saúde;
- . de sua própria falta de habilidade na ajuda aos cuidados do paciente.

7. Fases que o familiar passa no processo de acompanhamento

- . sensação de alívio quando da chegada ao quarto do paciente;
  - . sentimento de propriedade;
  - . tensão quando da sensação de falta de apoio;
  - . sensação de ser ignorado;
  - . procura de ajuda;
  - . sensação de desconforto e cansaço, pelo desgaste físico e mental;
  - . sentimento de abandono e às vezes de revolta;
  - . procura de conformação;
  - . desejo de paz e harmonia.
-

QUADRO Nº 6 - Taxonomia relativos ao paciente, com suas categorias e sub-categorias

| Domínio   | Categorias/Sub-categorias                                 |  |
|---|---|--|
| 1. Percepção do paciente face a presença do acompanhante (meio-fim) | . Expectativas  | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Aquisição de força e coragem</li> <li>. Preservação de sua identidade pessoal</li> <li>. Garantia do seu vínculo familiar</li> <li>. Atendimento a suas necessidades afetivas</li> <li>. Atendimento a suas necessidades físicas e psicossociais</li> <li>. Localização</li> <li>. Confiança e tranquilidade</li> <li>. Conforto e segurança</li> <li>. Melhor compreensão</li> <li>. Minimização de trabalho para o pessoal</li> </ul> |
| 2. Reações do paciente (inclusão)                                   | . Sensação de fragilidade, dependência e falta de defesa. | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Demonstração de medo e insegurança</li> <li>. Exigência da presença do familiar de maior afinidade, como condição para internar-se</li> <li>. Maior dependência de ajuda</li> <li>. Maior exigência, quando do sexo masculino ou menor de idade</li> <li>. Estreitamento dos laços familiares</li> <li>. Sentimento de ânimo para superação dos seus problemas</li> <li>. Recuperação mais rápida e com menos sofrimento.</li> </ul>    |

QUADRO Nº 7 - Taxonomia relativos à equipe, com suas categorias e sub-categorias.

| Domínios  | Categorias/Sub-categorias |  |
|---|---------------------------|--|
| 1. Percepção da equipe face a presença do acompanhante (meio-fim) | Benefício                 | . Como elemento causador de benefícios para o paciente.  |
|   | Problema                  | . Como elemento portador de problemas para equipe e para o hospital.   |
| 2. Expectativas da equipe (inclusão)                              | Colaboração               | . na vigilância contínua do paciente;<br>. no atendimento às solicitações do paciente;<br>. na execução dos cuidados mais simples do paciente.   |
|   | Obediência                | . às orientações;<br>. às normas disciplinares.  |
| 3. Papel do acompanhante segundo a equipe (inclusão)              | Ajuda o paciente:         | . na mudança de decúbito;<br>. nos movimentos de levantar-se, sentar-se, passar da cama para cadeira e vice-versa;<br>. na realização de exercícios ativos;<br>. na deambulação;<br>. na alimentação;<br>. no banho;<br>. na troca de roupa pessoal e de cama;<br>. na higiene, no banheiro ou no leito, sempre que necessário;<br>. no deslocamento para o sanitário;<br>. na aceitação da hospitalização, tratamento e cuidados especiais;<br>. na administração de medicação oral;<br>. na realização de exercícios de reabilitação;<br>. na realização de nebulização;<br>. na observação dos cuidados com a bolsa de colostomia;<br>. no controle, manutenção e funcionamento de sondas ou drenos;<br>. no controle das infusões venosas, quanto ao gotejamento e cuidados para não sair da veia. |
|   | Colaboração com a equipe: | . na aplicação de medicação de uso tópico;<br>. no controle a dieta;<br>. na prevenção de acidentes, como quedas, retiradas de curativos, sondas ou soros;   |

## Cont. do QUADRO Nº 7.

- . Garantia ao paciente
- . apoio moral e psicológico;
- . intercâmbio de comunicação entre paciente e equipe;
- . manutenção do vínculo familiar;
- . Execução de cuidados pelo paciente
- . na comunicação ao médico e enfermagem de qualquer anormalidade observada;
- . na alimentação na boca do doente;
- . na utilização de comadre e compadre;
- . no atendimento a solicitações do doente;
- . na realização de massagem de conforto,
- 4. Reações da equipe (inclusão)
- . Queixas
- . quanto aos acompanhantes dos pacientes particulares:
  - exigência e, em alguns, intransigência;
  - pouca colaboração;
  - pouca recepção às orientações para ajudar nos cuidados do paciente;
  - muitas cobranças.
- . quanto aos acompanhantes dos pacientes previdenciários:
  - pouca escolarização;
  - preguiça;
  - pouca higiene;
  - indisciplina em relação a horários de silêncio, respeito à dieta do paciente e uso de roupa do hospital;
  - mais embaraço (e perturbação) do que propriamente ajuda;
  - incompreensão na atração de problemas de casa para o paciente e criação de outros no próprio hospital, devido a namoros e até prática de relação sexual com outros pacientes na unidade.
- . Elogios
- . Referentes ao Grupo "A":
  - compreensíveis
  - reconhecidos
- . Referentes ao Grupo "B":
  - colaboradores
  - humildes
- 5. Fatores que interferem no relacionamento equipe-acompanhante
- . Infra-estrutura das unidades
- . Desfavorável no setor previdenciário, prejudicial no relacionamento
- . Difícil relacionamento devido ao número excessivo de leitos nas unidades

Cont. do QUADRO Nº 7.

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. Estrutura administrativa</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Pouco flexível, pouco estimulante a melhorar as relações com o acompanhante</li> <li>. Carente de recursos humanos e materiais, inviável quanto a qualquer esforço para melhoria do relacionamento</li> <li>. Sobrecarregada de trabalho, difícil na garantia de orientação e supervisão dos acompanhantes.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. Nível sócio-cultural</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Melhor relacionamento com o grupo "A", devido ao seu nível sócio-cultural mais elevado</li> <li>. Problemas de ajustamento na unidade de internação previdenciária com os acompanhantes de nível sócio-cultural mais elevado.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. Diagnóstico e estudo geral do paciente.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Relacionamento equipe-acompanhante proporcionais à complicação do caso.</li> </ul>   |

Os quadros de números 8, 9, 10 e 11 mostram alguns exemplos de questões contraste, focalizando as diferenças existentes entre o atendimento ao acompanhante do grupo "A" (particulares) e grupo "B" (previdenciários).

QUADRO Nº 8 - Formas de atendimento ao acompanhante.

| Tipos de prerrogativas descritas | Dimensões de contraste      |                         |   |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---|
|                                  | Fazer exigências            | Fazer reclamações       | Fazer avaliação do serviço                              |
| Acompanhante do grupo "A"        | Sempre que achar necessário | Quando achar necessário | Escrita mediante questionário padronizado pelo hospital |
| Acompanhante do grupo "B"        | nenhuma                     | não                     | não   |

QUADRO Nº 9 - Características do atendimento ao acompanhante.

| Características do atendimento ao acompanhante | Dimensões de contraste            |   |                         |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------|
|  | Apresentação individual da equipe | Tipo de relacionamento com o acompanhante | Atendimento da campanha |
| Acompanhante do grupo "A"                      | É feita nos primeiros contatos    | Amistoso                                  | Mais rápido             |
| Acompanhante do grupo "B"                      | Não é feito de rotina             | Autoritário e vertical                    | Demorada                |

QUADRO Nº 10- Formas de atendimento ao acompanhante.

| Direitos assegurados      | Dimensões de contraste                          |                                  |  |                             |
|---------------------------|---|----------------------------------|--|-----------------------------|
|                           | Entradas e saídas                               | Número de acompanhantes          | Colaborar na execução dos cuidados do paciente | Tempo de permanência        |
| Acompanhante do grupo "A" | livres  | a critério do paciente e família | quando desejar                                 | a critério dos interessados |
| Acompanhante do grupo "B" | controlada mediante critérios pré-estabelecidos | apenas um                        | compromisso formal                             | determinado pelo enfermeiro |

QUADRO Nº 11 - Características das condições de infra-estrutura oferecidas ao acompanhante.

| Condições de infra-estrutura | Dimensões de contraste           |                          |  |   |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|---|
|                              | Espaço disponível                | Mobiliário específico    | Roupa de cama e alimentação                                  | Recursos humanos  |
| Acompanhante do grupo "A"    | Suficiente para uma cama ou divã | Divã e Cadeira estofada  | Fornecido diariamente roupa de cama, banho e cinco refeições | Pessoal suficiente para escala de 6 horas de trabalho         |
| Acompanhante do grupo "B"    | Não foi previsto                 | Cadeira comum de madeira | Proibido uso de roupa do hospital e de refeições             | Carência de pessoal inviabiliza turnos de 6 horas de trabalho |

Com base na identificação dos domínios, foram selecionados os seguintes tópicos para descrição: o hospital, sua organização, e funcionamento, o acompanhante (suas características e atributos) motivos para acompanhar um familiar internado, o papel do acompanhante, a experiência de ser acompanhante, reações apresentadas pelo acompanhante nas diferentes fases de sua experiência, o paciente e sua percepção face a presença do acompanhante.

## O Hospital: sua organização e funcionamento

O hospital, objeto deste estudo, é governamental, de grande porte, de caráter geral, que visa a atender, essencialmente, pacientes previdenciários, destinando apenas 15% de seus leitos à clientela particular. Como uma empresa vinculada ao poder público, o Hospital não visa a interesses econômicos. Segundo o Regulamento em vigor, sua manutenção é feita através de orçamento próprio, composto por fontes diversas. As mesmas são constituídas por subvenções anuais do Governo Estadual; pela arrecadação de convênios com INAMPS, FUNRURAL, IPESC, MEDSAN, PATRONAL; pela renda proveniente de donativos particulares; pela prestação de serviços efetuados com recursos por ele proporcionados e, especialmente, com a internação de pacientes particulares. Também são considerados fonte de renda os acompanhantes de pacientes particulares, uma vez que o Hospital cobra, com uma "certa margem de lucros", suas diárias, correspondentes às despesas com os serviços de apoio que lhe são oferecidos, tais como: hospedagem, roupas de cama e banho, refeições (em torno de cinco) e extensão telefônica no apartamento.

Os acompanhantes dos pacientes previdenciários, ao contrário dos particulares, contribuem para aumentar a despesa hospitalar, considerando que sua permanência na Unidade de Internação implica maiores gastos com os serviços de apoio, especialmente roupa de cama, banho e alimentação. Isto tem constituído um "problema de difícil solução" — queixava-se o Diretor Administrativo — uma vez que o Hospital já convive com uma defasagem em torno de 50% das despesas efetuadas com o paciente previdenciário, as quais não são complementadas pela Previdência

Social.

Quanto à estrutura física, o Hospital reflete uma aparência moderna e agradável. Embora sendo um Hospital de grande porte, este já não atende satisfatoriamente à demanda de pacientes que o procuram; especialmente a de particulares. Isto se deve à carência de leitos destinados à clientela particular nos hospitais da capital, conforme afirma o Serviço Social em seus dois últimos relatórios anuais.

As Unidades de Internações apresentam uma planta física padronizada. São compostas de: Posto de Enfermagem, Sala de Serviço, Sala de Exame e Curativos, Sala de Expurgo, Conjunto Sanitário para funcionários e visitantes, Rouparia, Sala para biombo, macas e cadeiras de rodas. Os quartos têm espaço para dois leitos e dispõem de conjunto sanitário individual.

O número de leitos nas Unidades de Internações varia conforme o tipo de clientela a que se destina, previdenciária ou particular. Nas primeiras, existem dois leitos em cada quarto, perfazendo um total de 34 a 36 leitos por Unidade. Nas unidades particulares os quartos são individuais, o que reduz sua capacidade de lotação em 50%, ou seja para 17 leitos. A redução do número de leitos nas unidades particulares permite assegurar ao acompanhante espaço físico adequado à colocação do mobiliário necessário à sua acomodação, isto é, um divã e cadeira estofada. O mesmo não ocorre nas unidades previdenciárias, cujo espaço em cada quarto encontra-se preenchido pelos leitos, mesas de cabeceira e armário destinados aos pacientes. Quando coincide dos dois pacientes do mesmo quarto necessitarem de acompanhante ao mesmo tempo, a situação tende a se agravar com a disputa da área de circulação entre os dois leitos, pelos

pacientes, acompanhantes e equipe hospitalar.

O hospital não dispõe oficialmente de uma filosofia que possa nortear a equipe multiprofissional, quanto ao compromisso assumido por esta Instituição com a sociedade, no que se refere às ações de saúde a que se propõe oferecer. No entanto, em seu regulamento há referências quanto às ações que o Hospital deve implementar, os quais guardam similaridades com o regulamento dos demais hospitais do Brasil. Assim, no Capítulo das Finalidades lê-se:

- "I - O desenvolvimento de atividades de Medicina integral em seus aspectos previstos e de atenção Médico-Hospitalar à população do Estado, segundo a política de saúde formulada pela Secretaria;
- II - Servir de campo de aperfeiçoamento para médicos e outros profissionais da Saúde Pública e Hospitalar;
- III - Servir de campo de ensino e treinamento para estudantes de enfermagem, de nutrição, de serviço social, de administração hospitalar e de elementos relacionados com a Saúde Pública;
- IV - Servir de campo e proporcionar meios para pesquisa;
- V - Contribuir para educação sanitária do povo;
- VI - Proporcionar meios para reabilitação."

Tendo em vista a amplitude do capítulo acima, não fica claro o propósito da Instituição quanto a política de atenção à família do paciente sob sua responsabilidade, incluindo-se nesta o acompanhante.

Como o Regulamento não explicita uma Filosofia própria da entidade, o Serviço de Enfermagem se orienta através da Filosofia preconizada pela Coordenação Central de Enfermagem, que integra as Unidades Hospitalares ligadas à Rede Estadual de Saúde. Esta ressalta como um dos seus princípios fundamentais,

a crença de que "o homem deve ser reconhecido como um ser livre, com igualdade de direitos, devendo ser aceito, respeitado e compreendido como pessoa pela equipe de enfermagem". Na prática diária no entanto, vários são os obstáculos que dificultam a viabilização destes postulados. As próprias condições de internação oferecidas aos pacientes particulares e previdenciários divergem entre si. Como exemplo, citam-se as acomodações dos pacientes particulares em apartamentos privados e os previdenciários em quartos coletivos, conforme o referido acima, além de algumas normas institucionais, como a visita de familiares aos pacientes internados. Segundo as normas vigentes, os pacientes particulares podem ser visitados diariamente em qualquer horário, no período das 8:00 às 22:00 horas, sem limites do número de visitantes. Algumas vezes, entram familiares e amigos ao mesmo tempo, chegando a superlotar o quarto do paciente. Os pacientes previdenciários têm previsto o seu horário de visitas diárias das 15:00 às 16:00 horas, sendo limitada a apenas um visitante por vez e vedada aos menores de 12 anos.

### **O Serviço de Enfermagem e sua Organização**

A estrutura organizacional do Hospital compreende a Direção e três grandes divisões: Médica, Técnica e Administrativa. O Serviço de Enfermagem está subordinado a Divisão Técnica, juntamente com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME); Serviço Social (SS); Serviço de Nutrição e Dietética (SND) conforme organograma a seguir:

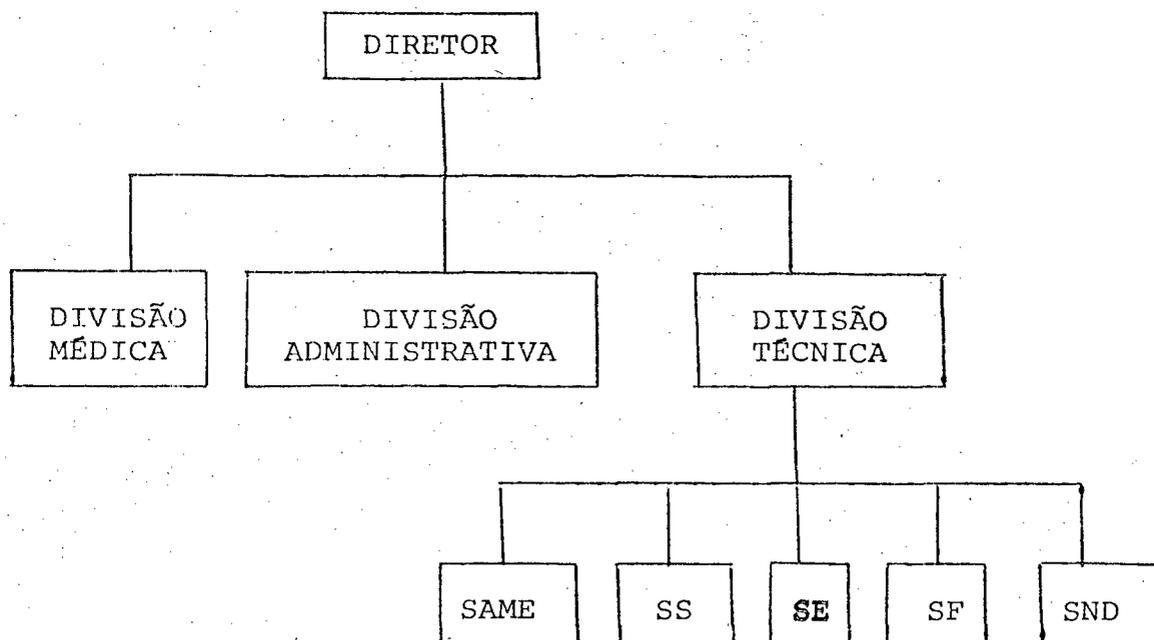


Fig. 2 - Posição do SE no Organograma do Hospital.

Segundo relatório de um grupo de enfermeiros servidores desse Hospital (1984), a posição designada à Enfermagem, na atual organização, não condiz com o volume de trabalho sob sua responsabilidade, uma vez que 60% das ações desenvolvidas na Instituição são da sua competência. A desproporção entre responsabilidade e autoridade, na opinião do referido grupo, poderia ser diminuída, caso o Serviço de Enfermagem fosse promovido a nível de Divisão, com igual autonomia conferida às demais.

Quanto às finalidades do SE, em seu Regimento Interno está previsto:

- "prestar assistência integral ao doente, visando-o no seu todo bio-psicossocial e espiritual, em situações que requeiram medidas relacionadas com a promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de incapacitados; alívio do sofrimento e promoção do ambiente terapêutico;

- promover a elevação do padrão de assistência de enfermagem através do desenvolvimento de pesquisas científicas, aplicação de metodologia de trabalho, promoção do ensino e implantação de programas de educação, visando a preparar o pessoal não habilitado e promover atualização dos que se acham em exercício."

Os objetivos do Serviço de Enfermagem não estão explicitados formalmente, mas se percebe que, em relação aos acompanhantes, existem diferenças entre particulares e previdenciários. Observa-se que a presença dos primeiros visa a atender uma exigência tradicional do paciente e família. Já os acompanhantes dos pacientes previdenciários são aceitos, visando a assegurar ao paciente vigilância contínua e colaboração em seus cuidados.

O Serviço de Enfermagem atua diretamente nos setores de Ambulatório, Unidades de Internação, Emergência, Educação em Serviço, Unidade de Terapia Intensiva e Coronária. As competências e atribuições de seu pessoal encontram-se especificamente definidas por setores.

O Regimento Interno do Serviço de Enfermagem, suas normas, rotinas e resoluções não refletem toda a complexidade relativa aos valores, crenças e hábitos pessoais inerentes às ações de cada servidor. Existem situações para as quais não foram definidas e institucionalizadas as diretrizes que devem nortear a equipe, levando-a a agir em determinadas circunstâncias, por conta própria, ou segundo regras convencionais. As questões relativas ao acompanhante particular constituem exemplo disso, isto é, são situações resolvidas segundo critérios pessoais, já que formalmente não existe nenhuma diretriz que oriente a equipe em como agir. Mesmo nas unidades previdenciárias existem situa-

ções para as quais não se dispõe de orientação específica. Como exemplo, pode-se citar o caso dos dois pacientes menores (9 e 14 anos), cujos acompanhantes também eram menores. Ambos os pacientes tinham problemas de dependência física e dificuldades em contar com a presença de sua genitora, a não ser por curtos espaços de tempo. Por esta razão, a equipe hospitalar aceita informalmente a ajuda dos mesmos.

O planejamento para composição da equipe de enfermagem e distribuição de seu pessoal nas Unidades de Internações e demais setores sob sua responsabilidade seguem o modelo de cálculo de pessoal, segundo FELDMAN & GELAIN (1979). Através de um levantamento de recursos humanos realizado por um grupo de enfermeiros do Hospital em estudo, em maio de 1984 e atualizado em junho de 1986, foram identificados as necessidades e déficit de pessoal por categoria profissional, as quais estão apontadas na tabela a seguir:

TABELA 1 - Levantamento dos recursos humanos de enfermagem, seu déficit e necessidades atuais (1986).

| Categoria               | Pessoal de Enfermagem |                  |               |
|-------------------------|-----------------------|------------------|---------------|
|                         | existente<br>nº       | necessário<br>nº | déficit<br>nº |
| Enfermeiro              | 15                    | 22               | 07            |
| Técnico de enfermagem   | 34                    | 44               | 10            |
| Auxiliar de enfermagem  | 47                    | 97               | 50            |
| Atendente de enfermagem | 139                   | 146              | 07            |
| Auxiliar administrativo | 20                    | 26               | 06            |
| <b>TOTAL</b>            | <b>256</b>            | <b>335</b>       | <b>80</b>     |

FONTE: Relatório do grupo de Enfermeiros do Hospital em estudo.

Além do déficit de pessoal de enfermagem demonstrado na tabela 1, os enfermeiros queixam-se do elevado número de absentismo, agravado com os afastamentos por férias e/ou licenças de funcionários. Isto faz com que a distribuição dos recursos humanos pelos vários setores não siga as recomendações previstas no modelo de cálculo de pessoal adotado por seus organizadores, resultando numa certa desproporção de pessoal na escala de serviços das Unidades de Internações.

As unidades particulares, no entanto, têm sido mais beneficiadas, possibilitando-lhes inclusive organizar turnos de 6 horas diárias de trabalho. Tal medida, segundo o chefe da Subdivisão de Enfermagem, é mais vantajoso do que as 12/36 horas anteriores, tanto para a clientela assistida, como para equipe. Por outro lado é inviável a extensão deste mesmo benefício às Unidades de Internações previdenciárias, já que isto requer maior número de pessoal. Por esta razão, a equipe continua apelando para colaboração dos acompanhantes na execução dos cuidados do paciente previdenciário, como uma forma de suprir em parte a carência de pessoal de enfermagem.

No que se refere aos recursos materiais e equipamentos, embora não haja uma política definida nesse sentido, normalmente sua distribuição é feita com base nas necessidades apresentadas pelas Unidades de Internações. Em caso de escassez de algum produto, como medicamentos, sondas, seringas ou bolsas descartáveis, entre outros, ou mesmo roupas para pacientes, as prioridades são determinadas (informalmente) em função das unidades particulares.

## O Hospital e o Atendimento ao Acompanhante

Embora não haja uma política explícita de atenção ao acompanhante, ela pode ser percebida na forma como estes são atendidos nas unidades particulares e previdenciárias. Observou-se a existência de dois grupos distintos de acompanhantes: grupo "A" - constituído pelos que utilizam os apartamentos; e o grupo "B" - compostos pelos que ficam nas Unidades de Internações previdenciárias, em quartos com dois pacientes.

A autorização para permanecer como acompanhante na Unidade de Internação ocorre de modo distinto, dependendo do local de internação do paciente. O grupo "A" tem acesso automático ao recinto do paciente e sua permissão depende do pagamento da caução exigida no ato da internação do paciente. O grupo "B" prescinde de autorização expressa pelo enfermeiro e é permitido apenas em casos de dependência física total do paciente ou de dependência emocional.

Em termos de infra-estrutura necessária à acomodação do acompanhante, apenas o grupo "A" dispõe de condições satisfatórias. O grupo "B" enfrenta dificuldades relacionadas não apenas com a falta de espaço físico, como também com a falta de mobiliário adequado ao sono e repouso, pois dispõem apenas de uma cadeira comum para seu descanso, ao invés de divã ou cama. Além disso, não têm direito de receber refeições no Hospital, não dispõem de facilidades para efetuar sua higiene pessoal na própria unidade e são proibidos de usar as roupas de cama e banho do Hospital.

O tempo de permanência do acompanhante e número de fami-

liares com o paciente também diferem segundo o grupo a que pertence. Na unidade não há limites para o grupo "A", ficando a critério dos interessados, ou seja, paciente e família determinam o turno e período que julgarem necessários, segundo as circunstâncias (da situação) e suas próprias conveniências. Geralmente estes organizam escalas de rodízio de 8, 12 ou 24 horas, entre as pessoas mais íntimas do paciente, as quais são mantidas até que o paciente receba alta. Em caso de paciente que exija cuidados mais complexos e/ou intensivos, a família pode contratar pessoal de enfermagem particular (pertencente ou não a equipe hospitalar) para colaborar nos cuidados do paciente. O grupo "B" ao contrário, tem determinado o período e turnos que devem permanecer com o paciente. Estes podem, eventualmente, ser prorrogados, dependendo da necessidade do paciente e consenso entre os interesses dos familiares em continuar com o paciente e do enfermeiro em autorizar. O grau de dependência física e/ou psicológica do paciente previdenciário constitui um fator decisivo na avaliação do enfermeiro quanto a esta prorrogação.

A questão da liberdade de ação e expressão dos acompanhantes divergem quanto à categoria a que pertencem. Aos acompanhantes do grupo "A" é assegurado o direito de entrar e sair na Unidade de Internação quando desejarem; ter o número de acompanhantes que lhes convier; repousar ou dormir quando sentirem necessidade; colaborar ou não na execução dos cuidados do paciente e expressar seus sentimentos, expectativas, queixas ou reclamações para equipe hospitalar. Isto pode ser efetuado de maneira informal ou formalmente, através de um questionário padronizado pelo Hospital, o qual visa a avaliar o grau de satisfação do paciente e acompanhante quanto a assistência ofereci-

da pelo Hospital.

Embora não haja nada regulamentando os direitos e prerrogativas do grupo "A", acima mencionados, isto tem sido respeitado e atendido regularmente por toda equipe hospitalar, consagrando-se como normas convencionais. Por outro lado, os integrantes do grupo "B", ao receberem a autorização de acompanhantes, são advertidos de que isto se trata de uma "concessão" feita pelo Hospital a poucos pacientes, considerando a falta de condições em lhes assegurar qualquer conforto na unidade. Por essa razão, devem assumir o compromisso de atender às exigências formais que regulamentam a questão, tais como: autorização para uma só pessoa da família acompanhar o paciente. Devem também preencher os seguintes requisitos: "ser preferencialmente do mesmo sexo do paciente, a fim de que sua presença no quarto (do paciente) não seja motivo de constrangimento para o paciente vizinho" - justificam os enfermeiros, "ser uma pessoa lúcida, sadia, consciente, calma e parente mais próximo do paciente". Além disso, o acompanhante do paciente previdenciário tem sua entrada e saída controlada na portaria do Hospital, mediante comprovante de autorização do enfermeiro da unidade e deve observar algumas proibições, como a de "não fumar e de não fazer cama no chão". Uma vez aceitas as condições acima referidas, são ainda aconselhados a não fazer reclamações sobre as carências sofridas em torno da situação.

Os acompanhantes do grupo "B" são esperados para desenvolver certas funções junto ao paciente. Entre estas, salienta-se as seguintes: permanecer no quarto ao lado do paciente, em vigilância constante; colaborar na manutenção da limpeza do paciente e do quarto; colaborar no conforto e cuidados do pacien-

te com relação à soroterapia, alimentação, eliminações, mudança de decúbito", entre outros. O não cumprimento de tais responsabilidades e conduta disciplinar previstas pode resultar em suspensão da autorização de acompanhante. Informalmente, são também delegados ao acompanhante alguns cuidados de rotina do paciente ou controle, tais como a administração de medicamentos por via oral ou tópica, especialmente aqueles cujos horários são muito frequentes (exemplo aldrex, de 2/2 horas), ou requeiram mais tempo para sua aplicação, como as aplicações frias ou quentes e nebulizações. Os controles mais comumente assumidos pelo acompanhante referem-se a infusões, diurese, dietético e prevenção de acidentes.

Tendo em vista as discrepâncias detectadas quanto ao atendimento oferecido pelo Hospital aos dois grupos de acompanhantes, procurou-se junto à equipe de saúde e Direção do Hospital saber suas opiniões a esse respeito. As reações dos entrevistados foram surpreendentes, ao revelarem com muita naturalidade que tais diferenças eram compreensíveis e praticamente inevitáveis, considerando o atual contexto dos serviços de saúde, não apenas a nível hospitalar, mas numa dimensão maior, isto é, no contexto sócio-político, econômico e cultural de saúde do país. Até mesmo os informantes do grupo "B" demonstraram perceber as diferenças como um evento normal, uma vez que estes também reconhecem as prerrogativas asseguradas ao grupo "A", como um direito exclusivo dos particulares, isto é, "dos que pagam para isto". O Diretor Administrativo tentando justificar tais diferenças, assim se expressou:

*- Este Hospital, na verdade só foi estruturado para atender adequadamente acompanhantes de pacientes particulares. Tem-se aberto exceção para alguns*

*previdenciários, segundo critérios pré-determinados, para não serem considerados radicais. Mas não temos condições de assumir mais esse ônus, tem sido uma preocupação de nossa parte a busca de outras formas alternativas de solução para esse problema.*

Desta forma percebe-se que a "concessão" feita a alguns pacientes previdenciários, permitindo que estes sejam acompanhados, visa, essencialmente a assegurar-lhe uma vigilância constante que a equipe não tem condições de lhes garantir, e obter colaboração na realização dos seus cuidados. Por outro lado, o direito assegurado ao grupo "A" de ter automaticamente o seu acompanhante visa a atender normas culturalmente aceitas pela sociedade, conforme justifica uma senhora deste mesmo grupo:

*- Sempre que se interna uma pessoa da família, já é tradição acompanhá-la por todo o período que ela fica no hospital. Se isto não ocorre, o doente naturalmente sentirá uma sensação de abandono. E o pessoal do serviço pode pensar que a família o abandonou ou não dá importância para ele.*

Com base no exposto, as características do atendimento dispensado ao acompanhante, segundo sua condição de particular (grupo "A"), ou previdenciário (grupo "B"), podem ser resumidas conforme quadro a seguir.

QUADRO 12 - Características do atendimento ao acompanhante de pacientes particulares (grupo "A") e previdenciários (grupo "B") segundo diferentes situações.

| SITUAÇÃO  | CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO  |   |
|---|---|---|
|   | GRUPO "A"   | GRUPO "B"   |
| 1. Forma de entrada para Unidade de Internação.                             | - Acesso automático à Unidade de Internação na admissão de um familiar, mediante pagamento de uma caução exigida pelo Hospital.   | - Concessão feita a alguns pacientes considerados casos especiais, mediante autorização do enfermeiro.  |
| 2. Estrutura física e lotação.  | - Quartos individuais com espaço físico necessário à acomodação do acompanhante.  | - Quartos com dois leitos para pacientes; inexistência de espaço adequado para acomodação do acompanhante.  |
| 3. Manutenção.  | - Responsabilidade por suas despesas com os serviços de hotelaria a eles oferecidos.  | - Não-pagamento de despesas com acompanhante pela Previdência.  |
| 4. Condições de infra-estrutura.  | - Provisão de equipamento (divã, mesinha para refeições e cadeira estofada) e serviço de apoio a eles assegurados.  | - Disponibilidade de apenas uma cadeira comum para descanso.  |
| 5. Filosofia adotada pelo Serviço de Enfermagem (implícita e/ou explícita). | - Indefinição de uma política formal de atenção ao acompanhante.<br><br>- Presença do acompanhante com objetivo de atender às normas culturalmente aceitas pela sociedade.<br><br>- Liberação de saídas na Unidade de Internação. | - Indefinição de uma política formal de atenção ao acompanhante.<br><br>- Presença do acompanhante tida como garantia de vigilância constante ao paciente e na obtenção de ajuda na execução de seus cuidados.<br><br>- Entradas e saídas da Unidade de In- |

Cont. do QUADRO Nº 12.

| SITUAÇÃO                            | CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO   |  |
|-------------------------------------|--|--|
|                                     | GRUPO "A"  | GRUPO "B"  |
|                                     |  | ternação controla das na portaria do Hospital, através do comportamento de autorização de acompanhante.  |
|                                     | - Número de acompanhantes no quarto do paciente a critério da família.   | - Autorização para um só acompanhante.   |
|                                     | - Permanência com o paciente durante o período e turno que melhor lhes convier.  | - Pré-determinação do período e turnos de permanência com o paciente.  |
|                                     | - Liberdade de expressão na exigência ou reclamação, de maneira informal ou formal, através de um questionário de avaliação oferecido pelo Hospital. | - Compromisso firmado, no ato do recebimento da autorização para acompanhamento, da impossibilidade de efetuação de qualquer reclamação.   |
|                                     | - Possibilidade de contratação de pessoal de enfermagem particular no auxílio aos cuidados do paciente.  | - Autorização para permanência com o paciente destinada apenas a uma pessoa da família.  |
|                                     | - Liberdade quanto ao horário de repouso ou dormida.   | - Inviabilidade no atendimento às suas necessidades de sono e repouso, em razão do compromisso na manutenção da vigilância do paciente e falta de infra-estrutura na unidade.                    |
| 6. Normatização (formal e informal) | - Utilização de normas convencionais tomadas por base na receptividade e disposição de cada um no auxílio à execução dos cuidados do paciente        | - Definição por Norma interna do Serviço de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>. critérios para seleção e autorização de acompanhante;</li> <li>. requisitos pessoais</li> </ul> |

Cont. do QUADRO Nº 12.

| SITUAÇÃO                         | CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO  |   |
|----------------------------------|---|---|
|                                  | GRUPO "A"   | GRUPO "B"   |
|                                  | ente, por falta de diretrizes regulam <sup>en</sup> t <sup>en</sup> tares das açõ <sup>es</sup> desse grupo.  | soais quanto aos atributos, caracte <sup>r</sup> ístic <sup>as</sup> físicas e psicológic <sup>as</sup> do acompanhante; deveres em termos de funções e condu <sup>t</sup> a disciplinar. |
|                                  |   | - Delegação informal de cuidados de ro <sup>u</sup> tina e controle do paciente.  |
| 7. Recursos Humanos e Materiais. | - Disponibilidade de pessoal neces <sup>s</sup> ário para a or <sup>g</sup> anização de tur <sup>n</sup> os de 6 horas diárias de traba <sup>l</sup> ho na unidade. | - Permanência do tur <sup>n</sup> o de trabalho 12/36 e inviabilidade da formação de 6 horas diárias de trabalho, em virtu <sup>d</sup> e da carênci <sup>a</sup> de pessoal na escala.   |
|                                  | - Inexistência de uma polític <sup>a</sup> de material.   | - Proibição do uso de roupas do Hospi <sup>t</sup> al para uso pes <sup>s</sup> onal do acompanh <sup>an</sup> te.  |

A forma pela qual são atendidos os acompanhantes no sistema hospitalar, conforme sua categoria de particular ou previdenciário reflete a filosofia de trabalho (implícita) da equipe de saúde. Apesar das diferenças existentes entre os dois grupos, em termos de objetivos, direitos, deveres e tratamento que lhes é oferecido, não se observam maiores repercussões entre as pessoas envolvidas neste processo. Isto leva a crer, seja pelo fato de esta situação estar tão arraigada ao sistema hospi-

talar, como parte do seu dia-a-dia, que não lhes constitui motivo de preocupação. Mesmo a clientela diretamente afetada — o paciente e acompanhante previdenciários — demonstram aceitar com uma certa naturalidade tal situação. Diante das exigências da equipe, no que concerne ao desempenho do papel do acompanhante, poucos são os que se queixam das limitações de condições básicas para exercê-las. Suas respostas aos questionamentos nesse sentido baseiam-se no pressuposto de que "estão de favores", portanto nada podem reclamar ou exigir.

Os aspectos que tornam distintos, grupo "A" (particulares) e grupo "B" (previdenciários) estão, portanto, ligados principalmente às diferenças sócio-econômicas do paciente e respectivo acompanhante, já que a atual política de assistência assegurada ao paciente pela Previdência não inclui despesas com o acompanhante hospitalar. O Hospital, por sua vez, não considera os serviços prestados pelo acompanhante previdenciário junto ao paciente como parte do pagamento das possíveis despesas originadas com a sua estada na Unidade de Internação, além de não poder cobrá-las em espécie, diretamente dos interessados.

A situação do acompanhante previdenciário é, portanto, delicada, considerando que ele "existe de fato" como um "arranjo", como uma "concessão" feita pelo Hospital, mas não de "direito", como algo que possa ser reivindicado e reclamado sempre que o paciente ou família julgar necessário. Inclusive estes demonstram conceber a idéia de que "ter acompanhante é um direito de quem pode pagar". Daí a razão da sua humildade e inibição, levando-os a se submeterem às condições impostas pela Instituição e decisões da equipe hospitalar, em troca da oportunidade de estar junto ao paciente, enquanto hospitalizado.

Os particulares, por sua vez, talvez pelo seu próprio nível sócio-econômico e educacional mais elevado, têm o seu espaço definido e respeitado. Têm direito a vez e voz, isto é, a se manifestarem, reivindicando ou reclamando os seus direitos, sempre que julgarem oportuno. Nada lhes é cobrado, além do pagamento de suas diárias no Hospital.

## O Acompanhante: suas Características e Atributos Pessoais

Em princípio, qualquer pessoa pode acompanhar um paciente hospitalizado. No entanto, isto só é válido se o paciente estiver em uma Unidade de Internação particular. Caso contrário, isto é, se previdenciário, o interessado deverá atender a alguns requisitos formais e informais em termos de atributos pessoais, tais como: sexo, idade, condição de saúde e parentesco com o paciente. Esses são explicitados de maneira formal, no documento que define os critérios para autorização de acompanhante. Informalmente, exige-se também disponibilidade de tempo para dedicação exclusiva com o paciente.

Embora aos componentes do grupo "A" não seja feita nenhuma exigência de qualquer pré-requisito, procuramos identificar tais características entre os dois grupos ("A" e "B"). Com o intuito de conhecê-los com maior profundidade, foram também investigados os dados referentes à escolaridade, profissão, religião e procedência de ambos os grupos. Quanto ao sexo, os acompanhantes são constituídos, predominantemente, por mulheres, tanto um quanto outro grupo. Elas perfazem um total de 95% dos acompanhantes particulares (grupo "A") e 90% dos previdenciários (grupo "B"). Na opinião dos entrevistados, isto se deve à preferência dos pacientes por um familiar do sexo feminino, com o qual ele tenha maior afinidade. Além disso, argumentam alguns:

*- A mulher é mais **jeitosa** para lidar com doentes, além de ser mais **disponível** quando solicitada; mesmo as que trabalham fora de casa sempre encontram um jeitinho para ficar com o doente.*

O caso de dona Mary é um exemplo do exposto, pois apesar de trabalhar em tempo integral em uma empresa de arquitetura e lecionar no turno da noite na Universidade de seu Estado, no Centro-Oeste do País, dispôs-se a suspender temporariamente todas as suas atividades para vir ao Sul acompanhar seu pai que se encontrava internado no Hospital em estudo.

Os homens mostram-se "mais ocupados" e demonstram maiores dificuldades em se afastar de seus locais de trabalho para esse fim. Tais argumentos parecem fazer sentido para a enfermagem que, a despeito do pré-requisito de que os acompanhantes do grupo "B" sejam "preferencialmente" do mesmo sexo do paciente, em muitos casos aceitam mulheres para acompanhar em unidades masculinas, dadas as dificuldades em conciliar esta exigência com as reais condições de organização da família do paciente. Daí a predominância do sexo feminino, inclusive entre os componentes do grupo "B" (previdenciários); a discreta diferença de 5% menos que o grupo "A" corresponde a alguns casos especiais de previdenciários que conseguiram atender ao referido pré-requisito, isto é, ter um homem para acompanhar o paciente em enfermarias masculinas.

No que se refere à idade, não existem limites de idade mínima ou máxima estabelecida para o grupo "A", sendo que a faixa etária predominante varia entre 16 a 77 anos. O grupo "B" situa-se numa faixa etária em torno de 11 a 58 anos. Embora a autorização seja fornecida apenas para adultos, existem casos em que o indivíduo, ao receber autorização de acompanhante, por alguma razão pessoal, é levado a dividir ou mesmo transferir para outros membros da família, inclusive menores, a responsabilidade de ajudar nos cuidados do paciente. Os pacientes dos quartos

412, 602, 613 e 706, são exemplos típicos desta situação. O primeiro tinha uma neta de 12 anos acompanhando-o durante o dia, somente à noite sua filha (adulta) assumia a responsabilidade pelo paciente. O segundo, uma paciente de 11 anos, era acompanhada às 24 horas por uma amiguinha de 13 anos, com a justificativa de que sua mãe era faxineira diarista em várias casas, ficando impossibilitada de acompanhar a filha. O terceiro paciente era acompanhado por um irmão de 14 anos, em revezamento com sua genitora, enquanto o último paciente tinha por acompanhante uma sobrinha de 16 anos, a qual revezava com outros familiares.

A resistência dos enfermeiros em autorizar pessoas aparentemente muito idosas (com mais de 60 anos) e a dificuldade da família dispor de outros adultos em condições de colaborar no revezamento da função de acompanhante faz com que esta recorra aos filhos menores para ajudá-los. Tais fatores contribuem para que o grupo "B" seja constituído por pessoas mais jovens que o grupo "A". A questão da exigência de idade mínima ou máxima nas Unidades de Internações previdenciárias prende-se mais à capacidade da pessoa que se propõe acompanhar, em colaborar na execução dos cuidados do paciente. Caso esta demonstre um bom potencial de trabalho em termo de força, vigor e senso de responsabilidade para ajudar nos cuidados do paciente, geralmente é aceita. Este foi o caso dos menores acima citados e de dona Espedita, que apesar de seus 74 anos, apasentou ter 55 anos, mostrando muita disposição e interesse em ajudar nos cuidados do filho, vítima de traumatismo crânio-cefálico.

A avaliação das condições de saúde do acompanhante constitui um dado bastante subjetivo e, portanto, difícil de ser ava-

liado. Para obtê-lo, utilizamos a mesma estratégia adotada pelos enfermeiros ao fornecer a autorização de acompanhante previdenciário, isto é, com base na observação geral das condições de saúde aparentemente manifestadas pelos grupos "A" e "B" e através de uma entrevista aberta com os acompanhantes sobre a percepção que eles tinham de sua própria saúde.

À primeira vista, são satisfatórias suas condições de saúde, inclusive porque alguns, temendo que isto possa interferir em sua permissão para ficar com o paciente, procuram esconder seus problemas. Somente ao aprofundar a interação pesquisador X informante, foi possível registrar algumas queixas sobre distúrbios de saúde de ambos os grupos, como sejam:

#### Grupo "A"

- *Passar as noites nesse divã tem sido um martírio, porque afeta muito minha coluna.*
- *Depois que estou aqui como acompanhante passei a ter insônia, pois não consigo dormir com o barulho desse Hospital, felizmente meu filho dorme bem.*
- *Tenho problema de diabete e pressão alta, isso não chegava a ser um problema sério porque eu controlava direitinho com tratamento médico, mas agora, com a doença do marido, não tenho andado bem.*

#### Grupo "B"

- *Minha cabeça não parou mais de doer depois que falaram em operar meu marido, são as crises de enxaqueca que voltaram a me perturbar.*
- *Sofro de varizes e eczema, minhas pernas agora estão inchadas, depois de ficar duas noites nessa cadeira com elas penduradas.*
- *Meu problema é no estômago, quando fico nervosa, sinto dores insuportáveis; com a doença e internação de minha filha isso tem-se tornado muito frequente.*

Além dos depoimentos acima, foram detectadas queixas de problemas crônicos já diagnosticados, como: diabetes, hipertensão arterial, asma brônquica, entre outros. Estas, garantem os informantes, se agravaram ao assumir a responsabilidade de acom-

panhar o familiar internado. Somam-se a estas queixas mais comuns referentes a mal-estar geral, angústia, nervosismo, insônia e desarranjo intestinal.

- Já estou há 5 (cinco) dias aqui, mas não consigo me adaptar, sinto um mal-estar geral, parece que tudo cheira mal, tenho a impressão que tudo está contaminado.

- É muito duro depender de Hospital, a gente sofre estresse desde que interna o doente, até vê-lo sair de alta.

- Faço tudo para não demonstrar pra mulher a minha angústia com o sofrimento dela, com os resultados dos exames e tratamento que está fazendo, só Deus sabe...

- Não sei se é devido a alimentação irregular, na base de lanche no barzinho, ou se devido ao nervosismo ao enfrentar o problema de doença e internação de minha irmã, vivo com dor de barriga e desarranjo.

De um modo geral, percebe-se que o indivíduo que acompanha em qualquer das Unidades de Internações, particular ou previdenciária, torna-se bastante vulnerável aos problemas de saúde, especialmente os que já têm predisposição a determinados transtornos de saúde. A falta de condições de infra-estrutura para acomodação dos integrantes do grupo "B" pode ser considerada como um dos fatores predisponentes ou agravantes dos seus problemas de saúde, especialmente os relacionados aos distúrbios nervosos, de coluna e gastro-intestinais (dores no estômago, desarranjo intestinal, ou prisão de ventre).

Percebe-se que a responsabilidade de acompanhar geralmente recai sobre a pessoa mais ligada afetivamente ao paciente. Portanto, o maior percentual de acompanhantes em ambos os grupos ("A" e "B") é constituído pelas esposas; seguida pela ordem encontram-se: os filhos, irmãos, noras, entre outros. O in-

teresse dos familiares em acompanhar o paciente é claramente demonstrado pelos integrantes dos grupos "A" e "B". No entanto, existem alguns casos que, por problemas de ordem pessoal, seus familiares encontram-se impossibilitados de atender o paciente, deixando-o sozinho, apesar de este ocupar um apartamento, ou dispor de autorização para ser acompanhado. Os pacientes dos leitos 302 e 608 são exemplos do exposto. Pelas mesmas razões, existem também os que são acompanhados por parentes mais distantes, amigos e até por menores de idade, em substituição ao responsável direto pelo paciente durante sua internação.

Quanto à disponibilidade de tempo, os acompanhantes do grupo "A" ficam livres para planejar a forma de acompanhar o paciente, de modo a conciliar suas responsabilidades de casa, trabalho e hospital. Em geral se revezam com outros membros da família, em turnos de 6, 8, 12 ou 24 horas, segundo suas conveniências, e de modo a não haver solução de continuidade na vigilância do paciente. Além de ser uma responsabilidade dividida entre os familiares, pode acontecer que, em caso de paciente muito dependente, a mesma seja delegada a pessoal de enfermagem contratado por seus familiares. Os pacientes dos quartos 303 (vítima de traumatismo crânio-cefálico) e 702 (convalescente de acidente vascular cerebral) são exemplos dessa situação.

O mesmo não se pode dizer em relação ao grupo "B", pois este deve seguir as diretrizes do serviço, que prevêem dedicação exclusiva do acompanhante. Seu afastamento da unidade ou revezamento, portanto, dependem de autorização do enfermeiro do setor. Por iniciativa própria, alguns recorrem a soluções alternativas, conforme a problemática de saúde do paciente e suas condições de colaborar para resolvê-la.

Os exemplos abaixo podem ilustrar o exposto:

Dona Eugênia, acompanhante oficial de seu pai, condifenciou:

*- Mandei tirar duas cópias da minha autorização porque não tenho condições de ficar dia e noite no Hospital, tenho que trabalhar e dar conta da minha casa, então combinei com uma irmã para ela ficar com o pai uma noite e eu outra, e minha sobrinha durante o dia.*

Dona Leocádia, em pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, só dispunha de acompanhante no turno da noite, e assim justificou:

*- É que minha filha é muito ocupada, está fazendo o último ano da Faculdade, daí só pode vir à noite, que é o horário que mais preciso; durante o dia tem muita gente a quem se pode pedir ajuda, as enfermeiras estão sempre passando, e as companheiras de quarto fazem com que a gente não se sinta tão sozinha.*

Senhor Nonato, vítima de trombose cerebral, tinha autorização para acompanhante às 24 horas, mas sua nora só comparecia no horário das refeições, alegando:

*Tenho um filho de 2 meses, ainda estou amamentando, não dá para eu ficar mais tempo com ele; venho apenas no horário das refeições, porque ele não está se alimentando direito, é preciso muita paciência para fazê-lo aceitar algumas colheradas e os funcionários são muito ocupados, não podem perder muito tempo com ele para isso, não é?*

Dependendo da avaliação do enfermeiro quanto à necessidade de ajuda nos cuidados do paciente, tais condutas adotadas pelos acompanhantes poderão ser toleradas pela equipe e até oficializados pelo enfermeiro da unidade. Ao contrário, se este julgar um ato de indisciplina por parte do acompanhante (do grupo "B"), o paciente pode ter suspensa a autorização que lhe

fora concedida. O caso dos pacientes dos quartos 215 e 604, podem servir como exemplo do exposto. O primeiro refere-se a uma paciente que só aceitava tomar banho quando sua filha chegava, recusando-se a ir para o banheiro com qualquer outra pessoa. Em respeito ao desejo da paciente, o enfermeiro oficializou (no comprovante de autorização) esta concessão. Com o segundo caso se deu o contrário, isto é, o paciente teve sua autorização suspensa, com a justificativa de que o acompanhante só comparecia nos horários de visita e à noite (para dormir com a paciente), quando já não havia quase nada para fazer; "não atendendo, portanto, às necessidades requeridas pela paciente".

O nível de escolaridade dos acompanhantes tem sido apontado pela equipe de saúde como um dos fatores preponderantes na atitude e desempenho do seu papel. No levantamento efetuado junto ao grupo "A" (particulares) e "B" (previdenciários), foram identificados os seguintes dados:

QUADRO 13 - Nível de escolaridade dos grupos "A" e "B", segundo sua condição de acompanhante de paciente particular e previdenciário.

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE           | GRUPO "A" | GRUPO "B" |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Semi-analfabetos                | 0         | 2         |
| 1º grau menor (1a. a 4a. série) | 2         | 4         |
| 1º grau maior (5a. a 8a. série) | 3         | 5         |
| 2º grau                         | 8         | 3         |
| 3º grau                         | 3         | 1         |

A existência de um número significativo de particulares como o 2º e 3º graus ratifica as afirmações da equipe de saúde

de que o nível sócio-educacional deste grupo é mais elevado, comparando-o com os previdenciários, cuja maioria só cursou o 1º grau. Isto tem sido colocado pela enfermagem como um fator positivo no relacionamento interpessoal do acompanhante particular, bem como na "eficácia" do desempenho de seu papel. Ao contrário, o baixo nível educacional dos previdenciários é considerado um obstáculo no relacionamento interpessoal e colaboração nos cuidados do paciente. Daí a existência de colocações como esta:

*O baixo nível educacional dos previdenciários dificulta qualquer tentativa de orientação para melhorar a qualidade de seu desempenho.*

As informações da equipe de enfermagem revelam uma certa inconsistência quanto ao nível educacional dos acompanhantes dos grupos "A" e "B" respectivamente, na medida em que ressaltam as vantagens em lidar com os primeiros, por serem dotados de um "nível melhor", e dificuldades no relacionamento com o segundo, cujo grau de escolaridade seja superior. Neste caso os acusam de "exigentes e contestadores", chegando a fazer a seguinte afirmação:

*- Quanto mais elevado o nível sócio-educacional do acompanhante e paciente, maiores serão os problemas e dificuldades de eles se ajustarem na Unidade de Internação previdenciária.*

Entre as profissões exercidas pelos acompanhantes, predomina a de dona de casa ("Do Lar") tanto no grupo "A", como "B", conforme quadro a seguir:

QUADRO 14- Profissão exercida pelos grupos "A" e "B", segundo sua condição de acompanhante de pacientes particular ou previdenciário.

| PROFISSÃO              | GRUPO "A" | GRUPO "B" |
|------------------------|-----------|-----------|
| Dona de casa (Do Lar)  | 7         | 8         |
| Professor              | 3         | 1         |
| Comerciário            | -         | 2         |
| Técnico de Enfermagem  | 1         | -         |
| Auxiliar de Enfermagem | 1         | -         |
| Telegrafista           | 1         | -         |
| Agricultor             | -         | 1         |
| Operário de Indústria  | -         | 2         |
| Arquiteto              | 1         | -         |
| Garçon                 | -         | 1         |
| Religiosa (freira)     | 1         | -         |
| Cabeleireira           | 1         | -         |

Os integrantes do grupo "A" exercem, predominantemente, atividades terciárias, enquanto os do grupo "B" estão ligados também às atividades primárias e secundárias. Os que trabalham fora de casa mencionam dificuldades em conciliar suas responsabilidades no emprego, em casa e como acompanhante. Isto ocorre principalmente com os acompanhantes de paciente previdenciários, por ser exigido tempo integral com o paciente na maioria dos casos. O depoimento de dona Elvira (B 13) pode ilustrar o exposto:

*- Já fiz de tudo para não faltar com meu marido que vem sofrendo há 3 meses, com duas internações nesse Hospital e ao mesmo tempo não perder meu emprego. A primeira vez, tirei férias, depois fi-*

*quei trocando turno de trabalho, isto é, trabalhava 24 horas duas vezes por semana, para ficar com ele o restante do tempo; quando não estava mais suportando esse ritmo, entrei de licença e agora tenho que voltar. Minha casa e meu filho de 3 anos, a essa altura, não me pergunte como andam; tive que deixar aos cuidados da minha sogra.*

Dona Inácia também externou sua preocupação em deixar o filho de 8 meses com o mais velho de apenas 10 anos, para participar da escala de acompanhante do seu pai.

Em ambos os grupos de acompanhantes predomina o catolicismo. A influência da religião pode ser percebida através de atitudes simples, como a decoração da mesinha de cabeceira do paciente com os Santos de sua devoção, crucifixo e flores e nas expressões espontâneas durante a conversação com a pesquisadora.

Exemplo:

- *graças a Deus e a Virgem Maria, o pior já passou.*
- *fiz tantas promessas com os Santos de minha devoção, para meu marido se recuperar, que não sei como vou pagá-las.*

A fé católica parece um sentimento muito forte para a maioria dos acompanhantes. No entanto, observa-se que poucos participam da missa diária celebrada na Capela do Hospital. As justificativas de alguns para o fato, foram:

- *Tenho receio de sair deixando o pai sozinho, prefiro rezar aqui mesmo.*
- *Não costumo assistir missa com muita frequência, mas tenho rezado demais nesta fase de doença de meu marido.*

Outros afirmam preferir comparecer à Capela em horários menos movimentados, a fim de realizar suas preces ou pagar promessas. Nestas ocasiões, costumam também acender velas, colocar flores ou fitinhas nos altares junto às imagens.

Quanto à procedência dos acompanhantes, tanto em relação ao grupo "A", quanto ao "B", é mais ou menos proporcional o número daqueles provenientes da capital e interior do Estado, inclusive de alguns Estados vizinhos. Isto demonstra a solidariedade existente entre os familiares dos que se hospitalizam, cuja distância do local onde residem não constitui empecilho para oferecer seu apoio. Para os não residentes na cidade, a situação torna-se complicada se não tiverem acesso às unidades particulares, pois fora daí, não disporão das condições básicas para sua acomodação e atendimento de suas necessidades pessoais, como as descritas anteriormente.

#### **Motivos para Acompanhar um Familiar Internado**

Os acompanhantes, quando indagados sobre "por que acompanhar?", apresentaram várias razões que os levaram a permanecer com o paciente durante sua hospitalização. Considerando o grande número de respostas apresentadas nesse sentido por ambos os grupos, "A" e "B", foram transcritas apenas aquelas referidas com maior ênfase pelos informantes, ou colocadas por estes mais de uma vez, assim como as citadas por mais de um acompanhante.

Em princípio, todas as razões apresentadas convergem para o paciente. No entanto, ao aprofundar a questão, verifica-se que algumas estão mais especificamente ligadas aos pacientes, outras ao próprio acompanhante e, finalmente, aquelas relativas à equipe hospitalar.

Entre os motivos relacionados ao paciente e que motivaram os familiares a permanecerem no hospital estão os problemas ou

limitações físicas decorrentes do estado de saúde ou tratamento a que o paciente é submetido, como sejam: primeiros dias de operado (pós-operatório), idade avançada, ataques convulsivos; vômitos constantes, repouso no leito, cegueira, paralisia (paraplegia), cansaço respiratório (dispnéia), fraqueza geral e estado grave.

O nível de dependência do paciente para o atendimento de suas necessidades físicas constitui uma séria preocupação dos acompanhantes de ambos os grupos, "A" e "B", que a manifestam da seguinte maneira:

#### Grupo "A"

*Meu marido teve traumatismo de crânio e ainda está bobo, dependendo das pessoas para tudo. Não voltou a fase de consciência.*

*Minha mãe está acamada com fratura de bacia, urinando sangue e já é uma pessoa de idade, portanto não pode ficar dependendo só do pessoal do serviço.*

*Com esse problema de fraqueza geral e cansaço de meu esposo, devido ao enfisema pulmonar, não posso me afastar de seu leito, a todo momento ele está precisando de alguma coisa, até mesmo para lhe enxugar o suor.*

*Ao adoecer, os homens se comportam como se fossem crianças, querem tudo nas mãos; depois de operado, até para se alimentar meu marido quer ajuda.*

#### Grupo "B"

*Meu irmão estava dando uns ataques (convulsões), precisando de uma pessoa ao lado dele, para não deixá-lo cair da cama.*

*Minha esposa veio passando mal com náuseas e vômitos constantes, precisando de ajuda até para levantar a cabeça e, como não é possível ficar uma enfermeira só com ela, pedi para ficar de acompanhante até ela melhorar.*

*Meu marido não está bem e, como os médicos reconheceram isso, mandaram-me chamar para ficar com*

*ele, pois está em repouso absoluto; então a gente tem que fazer tudo por ele, da higiene à sua alimentação, estou assumindo com a ajuda do pessoal.*

*Depois que meu pai ficou cego, ele precisa de ajuda para se locomover em ambientes estranhos que nem este, para evitar que ele se acidente ou passe privações.*

Os aspectos de ordem emocional e afetiva, que estão presentes de forma tácita ou implícita na maioria das razões apresentadas pelos informantes e resultam em algum tipo de dependência do paciente também são razões apontadas pelos acompanhantes. Em alguns casos, a dependência afetiva se apresenta de forma tão acentuada que o paciente não consegue ficar tranquilo, sem a presença de um familiar, mesmo por pouco tempo. De um modo geral, para os acompanhantes, o paciente carece de: "apoio; conforto; força; coragem; carinho, comunicação; manutenção do vínculo familiar e preservação de sua identidade pessoal". Os depoimentos dos grupos "A" e "B" podem melhor esclarecer o exposto:

#### Grupo "A"

*Meu esposo ficou chocado com a notícia de hospitalização, então falou para o médico que só aceitaria qualquer tratamento se eu pudesse ficar junto.*

*Meu filho não ficaria sozinho, isolado nesse apartamento e nem eu teria tranquilidade de ir para casa, imaginando que ele poderia está precisando de mim, do meu apoio e afeto maternal.*

*A nossa presença (família) junto ao pai nesse momento considero imprescindível, como uma forma de preservar sua individualidade e interpretar suas reações e desejos, poupando-lhe maiores sofrimentos ao sair de seu cantinho para enfrentar pessoas e ambientes tão estranhos.*

*Por melhor que seja a assistência oferecida pela equipe, não basta para o doente que necessita também do apoio, amor e carinho de seus familiares e amigos.*

## Grupo "B"

*Meu marido estava muito nervoso, aliás depois que falaram que ele estava sofrendo do coração, acabou-se a coragem do homem; ele tem crises de choro que nem uma criança; só em pensar na possibilidade de me afastar dele, mesmo por pouco tempo, ele se apavora.*

*Para minha irmã sair desse estado (coma por AVC hemorrágico) entendemos, eu e minhas outras quatro irmãs, que precisamos oferecer-lhe todo apoio e conforto moral, para que ela reaja e perceba o quanto é amada e sua recuperação desejada.*

*Apesar de não suportar esse ambiente hospitalar, estou fazendo um sacrifício enorme para dar uma força a minha sogra, que é como se fosse uma mãe para mim. Nesse momento que ela precisa de tanto apoio e todo conforto para aliviar um pouco do seu sofrimento, eu não poderia deixar de atendê-la.*

*Dei graças a Deus deixarem eu ficar com o pai, pois ele não teria condições de superar sozinho tanta mudança ao mesmo tempo, doença, pessoas e ambiente estranho. Com a família ele já está acostumado, reage melhor.*

Os familiares do paciente também querem permanecer junto ao paciente por razões ligadas às suas próprias necessidades e interesse. Entre estas, é frequente a alegação de que necessitam demonstrar ao familiar doente seu interesse e apoio. Ao se confirmar a necessidade de hospitalização de um membro da família, quer seja particular ou previdenciário, todos os outros manifestam sua solidariedade e se propõem a qualquer sacrifício para ajudá-lo de alguma forma, conforme exemplos abaixo:

*- Embora sabendo que nesse Hospital os doentes são bem tratados, queremos ficar acompanhando a mãe para oferecer o apoio e conforto familiar, lacuna que o pessoal que trabalha aqui não pode preencher.*

*- Para ajudar a salvar a minha irmã dessa doença farei o que for preciso, mesmo me expondo em faltar ao emprego, sacrificando um pouco da atenção aos meus filhos e a minha casa. O mais importante agora é a recuperação dela.*

*- Ao saber que meu pai fora hospitalizado, suspen-*

*di no Rio de Janeiro todas as minhas atividades pessoais de dona de casa, esposa, mãe e profissional, a fim de vir dar-lhe o meu apoio e ao mesmo tempo adquirir tranquilidade, porque mesmo sabendo que ele está em boas mãos, com profissionais eficientes, eu não conseguiria ficar a distância. Preciso voltar logo, mas só o farei quando ele estiver fora de perigo.*

*- Para garantir o apoio e a força que meu marido precisa receber nesta fase tão difícil de sua vida, toda família se mobilizou para colaborar no pagamento das despesas cobradas pelo Hospital, a fim de que ele ficasse em apartamento com direito de ser acompanhado.*

Esta solidariedade, segundo alguns informantes, dão sentido à vida, contribuindo para preservar o interesse da pessoa enferma pela sua sobrevivência, levando-a a lutar com todas as forças em prol de sua própria recuperação. Em determinadas situações no entanto, as pessoas mais diretamente envolvidas com o paciente apresentam um nível de ansiedade muito alto, levando-as a perder o controle emocional e a agir segundo seus impulsos nervosos. Dona Adilma por exemplo, diz ter "explodido" com o pessoal do Pronto Socorro (PS), após 30 horas de espera (no corredor desta unidade) por uma vaga para internar seu esposo, vítima de hemorragia digestiva.

Este tipo de reação, evidentemente, em nada contribui para melhoria do estado do paciente, ao contrário, pode afetá-lo emocionalmente e prejudicar a evolução de seu processo de recuperação como um todo.

Os acompanhantes sentem também necessidade de comunicação. Não obstante tratar-se de uma necessidade comum, não apenas aos acompanhantes, como também ao paciente e a própria equipe envolvida na situação, esta não tem sido atendida de forma satisfatória. Ao entrar em contato com os familiares dos pacientes hospitalizados pode-se perceber sua ansiedade diante da neces-

cidade de comunicação com o paciente e equipe hospitalar. Seus questionamentos e a maneira pela qual solicitam informações sobre a situação do paciente, refletem um pouco de sua carência nesse sentido. São nas Unidades de Internações previdenciárias que o fato se faz sentir com maior intensidade. Ali, a equipe de saúde não costuma discutir com o paciente ou familiares sobre os aspectos referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução do estado de saúde do paciente, sendo, portanto, comum se encontram familiares nos horários de visita hospitalar, pedindo informações sobre o paciente a qualquer pessoa que lhe pareça da equipe de saúde. No entanto, nem sempre encontram a pessoa certa (médico ou enfermeiro da Unidade de Internação) para lhes prestar, nesse horário, os esclarecimentos desejados. Por outro lado, fora do horário de visita, a família não tem acesso à Unidade de Internação previdenciária. Por telefone, além das dificuldades de congestionamento das linhas do Hospital, não há telefone direto no quarto do paciente e através do Posto de Enfermagem as informações, quando oferecidas, "são superficiais e pouco esclarecedoras", queixam-se os informantes.

Carentes de comunicação com o paciente e equipe, alguns familiares de pacientes previdenciários insistem por uma oportunidade de permanecer no Hospital, acompanhando o paciente como uma forma de se cientificarem das ocorrências em torno do paciente e sua evolução.) Chamou-nos atenção o caso de uma paciente do quarto 613, em fase final de Ca., cujos familiares, impossibilitados de ficarem todos no quarto da paciente, se revezavam em seu automóvel estacionado ao lado da janela de seu quarto, na expectativa de receberem algum tipo de comunicação sobre o estado da paciente através de cada acompanhante que assumia sua vigilância. Com isto afirmam estar, também, assegurando seu apoio

a ambos, paciente e ao próprio acompanhante.

Além da necessidade de receber informações, o acompanhante demonstra necessidade de comunicar suas observações para a equipe de saúde, bem como esclarecer suas dúvidas e manter a família informada sobre a situação do paciente. Isto pode ser ilustrado com as seguintes declarações do grupo "B" (previdenciários), já que são estes os mais afetados em relação ao sistema de comunicação hospitalar.

*Permitirem que eu ficasse acompanhando meu marido foi a melhor coisa que aconteceu! Pois ele ficava nervoso, querendo que eu tomasse conhecimento de tudo que os médicos resolviam fazer sobre a sua operação (cardíaca), mas ficava difícil, porque só nos viamos no horário de visita. E eu já não estava mais suportando ficar em casa esperando a hora, sem saber como ele estava. Os dias que ele passou, sem que eu pudesse ficar junto, foram um sufoco, não tive paz de espírito; preocupada, não conseguia dormir, me alimentar e nem trabalhar direito; só pensava coisa ruim.*

*Sabe-se que o pessoal daqui não gosta muito de dar informação sobre a situação do doente, mesmo coisas simples como o resultado da pressão ou de algum exame, respondem sempre que só o médico pode informar. Por telefone, só dizem que está tudo bem. E como precisamos saber o que está realmente acontecendo com a mãe e daí informar as outras pessoas da família, tenho que ficar aqui.*

*É uma pena que os médicos e enfermeiras não entendam que a gente precisa de um pouco mais de atenção deles, não só para perguntar o que não entendemos, como também oferecer nossas informações; afinal a gente fica o tempo todo com o doente, e observa muita coisa que pode ser importante comunicar para eles. Mas parece que eles não têm tempo de ouvir a gente, ou pensam que já sabem tudo.*

*Os doentes impossibilitados de falar sobre os seus problemas ou mesmo de chamar alguém por essa campainha, que nem o pai, não têm condições de ficar sozinhos.*

Sintetizando, pode-se dizer que a necessidade de comunicação expressa pelos integrantes dos grupos "A" e "B" visa, sobre-

tudo, a saber como o paciente se sente; quais as suas preocupações, receios ou desejos; esclarecer dúvidas e servir de agente intermediário de comunicação entre o paciente X família e paciente X equipe de saúde.

Embora os informantes não cheguem a mencionar a palavra "controle", ao justificarem sua necessidade de "acompanhar o que está acontecendo com o paciente e de tomar providências para que não lhe falte nada", sugerem preocupação não só com a vigilância, como com o controle da qualidade da assistência prestada ao paciente. A vigilância e controle realizados por ambos os grupos, "A" (particulares) e "B" (previdenciários), referem-se, basicamente, à prevenção de riscos, estando portanto, relacionados à segurança do paciente, conforme depoimentos abaixo:

#### Grupo "A"

*Não posso deixar meu marido sozinho, afinal a gente não sabe o que pode de uma hora para outra acontecer com ele. Há poucos dias, quando voltávamos dos exames radiológicos, ele desmaiou, se não fosse eu dar alarme pedindo socorro, como o pessoal ia saber disso para prestar-lhe os cuidados a tempo de salvá-lo?*

*Temos uma responsabilidade muito grande com o doente que fica em apartamento, porque o pessoal daqui já está acostumado a deixá-lo por conta da família, e só vem ao quarto quando solicitado ou para realizar algum tratamento passado pelo médico.*

*Para que o pessoal se interesse e cuide bem do nosso doente, é importante que a família esteja sempre presente.*

#### Grupo "B"

*Só faz três dias que estou aqui com meu pai, mas já me sinto cansada, porque não consigo me desligar da preocupação com o soro, para não sair da veia e para ele não arrancar essa sonda do nariz.*

*Cada vez que vejo um doente amarrado na cama ou sofrendo nas mãos de algumas enfermeiras, me convenço de que não dá para deixar doentes como minha irmã, que não pode nem ao menos falar para pedir ou se queixar, sem uma pessoa da família acompanhando.*

*O doente ficando com alguém da família tem maiores possibilidades de ser mais bem atendido, de modo a não lhe faltar nada.*

A preocupação em não deixar o paciente "sozinho" chega a gerar conflito entre os previdenciários, diante da necessidade de se afastarem para resolver problemas externos, ou mesmo para tomar alguma refeição fora do Hospital, pelo receio de que algo "desagradável" possa acontecer ao paciente em sua ausência, como nos exemplos abaixo:

*Estão-me cobrando a guia de internação do INPS para minha esposa que entrou pela emergência, mas não posso sair, deixando-a sozinha nessas condições em que ela se encontra, tenho medo que ela sofra uma crise forte de vômitos e ninguém veja, ou não possa vir atendê-la de imediato.*

*Faz duas semanas que estou acompanhando meu marido, preciso ir em casa, deixei meus filhos pequenos só aos cuidados da mais velha (de 12 anos), mas tenho receio que, em minha ausência, deixem passar a hora dos remédios, ou que ele seja desprezado, ou mesmo amarrado, pelo fato de ele ainda estar muito irrequieto e dar muito trabalho.*

A preocupação em não se afastar da cabeceira do paciente não é exclusiva dos que acompanham os pacientes previdenciários, mesmo os familiares que contratam pessoal particular para colaborar nos cuidados do paciente internado em Unidade particular não se afastam do quarto do paciente. A esposa e a filha do paciente do apartamento 703, por exemplo, contavam com um Técnico de Enfermagem prestando serviço durante o dia e dois Atendentes se revezando nos plantões noturnos e, apesar disso, permaneciam ao lado do paciente às 24 horas em sistema de rodízio.

entre as duas.

A concepção expressa pelos familiares de alguns pacientes de que a assistência a estes oferecida é incompleta leva-os a se interessarem em participar da realização dos seus cuidados, visando não apenas a complementá-los, como também contribuir para melhoria de sua qualidade. Daí os seus argumentos:

#### Grupo "A"

*São quem conhece esse ambiente de hospital pode ter idéia do que significa deixar um doente só aos cuidados do pessoal..., eles são poucos para atender tantos doentes. Quando o pai ligava a campainha querendo fazer xixi, por exemplo, a gente tinha que atendê-lo, porque quando aparecia alguém, ele já nem se lembrava mais o que desejava.*

*Não sei se vou poder ajudar em algum cuidado da mãe, mas para isso, imagino que o Hospital tenha pessoal preparado, o importante é poder dar-lhe uma força e tomar providências para que não lhe falte nada.*

*A família precisa colaborar na assistência ao doente, porque o pessoal aqui é pouco, não dá conta de atender todas as solicitações dos doentes.*

*Aqui o pessoal é ótimo, todos têm muito boa vontade, mas se você quiser garantir uma boa assistência ao doente, a família tem que assumir parte de seus cuidados, os mais simples, ou contratar pessoal particular para isso, como nós fizemos para o pai.*

#### Grupo "B"

*Se o doente estiver precisando de ajuda com muita frequência, é necessário que fique uma pessoa da família com ele, pois o pessoal aqui, além de ser pouco, parece que já vive cansado, não liga muito; passam mais tempo na sala deles ou do lanche do que nas enfermarias, e alguns se aborrecem quando a gente vai chamá-los.*

*Sabemos que as enfermeiras são muito ocupadas, mal dão conta de aplicar os remédios aos doentes; é por isso que queremos ficar ajudando a cuidar dele, pois só assim podemos garantir que o mesmo*

*não sofra tanta privação.*

*Por mais que o pessoal se esforce para dar os cuidados completos aos doentes, acho que não consegue satisfazê-los totalmente, porque eles sentem falta de aconchego familiar. Meu marido, por exemplo, diz que só eu sei o jeitinho que ele gosta de ser cuidado.*

*Para um doente grave que nem minha irmã se recuperar só os remédios e a fisioterapia não são suficientes, é preciso também muito incentivo e apoio da família, a fim de adquirir forças para reagir.*

A carência de pessoal de enfermagem para assumir os cuidados do paciente foi uma queixa constante nas declarações dos informantes de ambos os grupos "A" e "B", ao justificarem a necessidade de complementação da assistência ao paciente, especialmente nos casos de demora ou não atendimento do pessoal de enfermagem às solicitações do paciente. Nesse sentido, particulares e previdenciários divergem apenas na forma pela qual um e outro grupo justifica sua necessidade de acompanhar. Os primeiros referem carência da assistência oferecida ao paciente justificando com o déficit de pessoal em serviço, enquanto os últimos fazem o mesmo tipo de queixa, insinuando, porém, um certo descaso da equipe hospitalar.

Entre as justificativas ao por que acompanhar, permeia a idéia de que a pessoa que se hospitaliza torna-se "frágil, indefesa e dependente", necessitando, portanto, de alguém ligado afetivamente a ela, para atender aos seus interesses relativos à assistência hospitalar.

Finalmente, há acompanhantes que estão junto ao familiar internado por solicitação expressa da equipe hospitalar, ou seja, do médico, do enfermeiro da Unidade ou a pedido da Direção do Hospital. Exemplo:

*Estou aqui porque o médico de meu irmão pediu que viesse alguém da família ficar com ele, até ele melhorar e não haver mais perigo de ele pular pela janela.*

*Vim para cá a pedido da enfermeira chefe, depois que meu marido foi operado, e estou torcendo para me deixarem ficar até a alta dele.*

*Como não foi possível conseguir um apartamento, falamos com o Diretor do Hospital e ele autorizou ficarmos com a mãe aqui mesmo nas enfermarias de INPS.*

Na opinião dos informantes supra citados, a solicitação da equipe visa a assegurar uma vigilância constante ao paciente, a fim de evitar acidentes e obter colaboração nos cuidados do paciente.

Apesar de muitas das respostas ao "por que acompanhar" serem comuns a ambos os grupos, "A" e "B", existem algumas colocações que retratam mais especificamente as condições em que se encontram cada grupo no contexto hospitalar. Enquanto os particulares expressam, por exemplo, maior preocupação com a qualidade da assistência prestada ao paciente, os previdenciários preocupam-se com a quantidade mínima necessária de atenção e cuidados assegurados ao paciente, de modo que estes "não sofram privações".

As razões que levam o indivíduo a acompanhar referem-se, portanto, às necessidades do paciente e do próprio acompanhante e família, assim como do serviço, que sofre a carência crônica de pessoal de enfermagem.

### **O Papel do Acompanhante**

Ao ingressar na Unidade de Internação, as pessoas que acompanhavam o paciente não demonstraram uma idéia muito exata

do papel que lhes cabe desempennar junto ao paciente hospitalizado. Quanto aos objetivos pelos quais foram levados a esta função, contudo, parece não haver dúvidas. Todos demonstraram o desejo de oferecer apoio integral ao paciente e contribuir para que este seja prontamente atendido em suas necessidades, independentemente da situação diagnóstica, estado geral e de sua classificação em particular ou previdenciário.

Embora os objetivos de ambos os grupos, "A" e "B", sejam comuns, apenas o grupo "B" tem suas funções definidas em normas internas da Subdivisão de Enfermagem, conforme descrito anteriormente. Os particulares vão agindo cada um ao seu modo, de acordo com seus objetivos e circunstâncias que requeiram sua ação imediata em benefício do paciente. A exemplo disso, uma jovem que acompanhava sua mãe desabafou:

*- ainda não sei bem o que devo fazer pela mãe, mas estou disposta a fazer tudo o que for possível para ela não se sentir sozinha e poder recuperar-se logo.*

Entre outras funções que, na opinião dos informantes, o acompanhante é impulsionado a desenvolver, foram selecionadas as declarações abaixo, pelo fato de terem sido estas mencionadas por mais de um participante, embora com expressões diferentes, mas com igual sentido.

#### Grupo "A"

*- Acho que minha função aqui é mais de dar apoio e conforto moral a meu pai, mas a gente termina fazendo quase tudo que ele necessita, porque, ao chamar o pessoal, eles demoram tanto para atender, que não dá para esperar.*

*- O ano passado, meu marido esteve internado em outro Hospital e lá não deixavam eu fazer nada por*

ele. Mas aqui o pessoal não se incomoda, ao contrário, acho que gostam que eu ajude, pois muitos cuidados deixam por minha conta, como o banho dele no chuveiro, alimentação na boca, botá-lo para andar e fazer nebulização.

- Ninguém me falou nada, mas entendo que o papel dos familiares aqui com o doente é mais no sentido de lhe dar uma força pelo nosso apoio e carinho, o que certamente resultará em maior segurança e tranquilidade para ele.

#### Grupo "B"

- Não sei o que o pessoal daqui espera de mim, mas nós (eu e o marido) estamos tão agradecidos por me deixarem ficar com ele que faço tudo que depender de minha ajuda, não só para meu velho, como também pelos que ocupam aquela cama vizinha.

- Vim para o Hospital pensando que ia só fazer companhia ao meu avô, mas querem que a gente faça tudo pelo doente; a gente não pode sair nem um pouquinho da enfermaria.

- Quase não ocupamos o pessoal daqui, pois em tudo de que meu pai precisa eu procuro atendê-lo, desde as coisas simples, como: dar água, ajudá-lo a vestir-se, levantar, sentar ou andar; alimentar-se e atender a suas necessidades com o papagaio ou comadre. Até mesmo o remédio de pingar nos olhos e uma pomada de passar nas costas dele ficam sob minha responsabilidade.

Embora não haja obrigatoriedade ou qualquer compromisso formal quanto ao cumprimento de atividades do acompanhante junto ao paciente particular, observa-se que, na prática, não existem diferenças significativas entre as funções de um ou outro grupo. Tendo em vista a escassez crônica de pessoal de enfermagem nas Unidades de Internações em geral, os particulares (grupo "A") por força das circunstâncias, assumem quase as mesmas responsabilidades do grupo "B".

A propósito, uma senhora insinuou em tom de brincadeira:

- Vou sugerir que não cobrem nada referente às mi-

*nhas diárias aqui, pois estou trabalhando para eles ganharem.*

No ANEXO I, onde foram registradas pelo próprio acompanhante as atividades por eles desenvolvidas, em um período de 24 horas, pode-se ter uma idéia do exposto.

Contudo, existem algumas atividades exercidas mais especificamente pelos que acompanham os pacientes previdenciários, como as de limpeza pessoal e ambiental do paciente. As demais atividades diferem apenas quanto à frequência com que são realizadas. São os familiares dos pacientes previdenciários os que mais colaboram nos cuidados de enfermagem, mas, paradoxalmente, este é o grupo cuja presença tem sido rejeitada ou ignorada por muitos profissionais, lembrados apenas quando se comenta sobre os problemas que estes ocasionam nas Unidades de Internações.

Os cuidados com o paciente em soroterapia e/ou sondagens em geral refletem uma grande preocupação dos acompanhantes de ambos os grupos, assim como os aspectos relativos à alimentação e segurança do paciente. Exemplos de algumas situações nesse sentido:

Uma senhora idosa costumava dormir todas as manhãs no divã do acompanhante, indiferente ao movimento e barulho da Unidade naquele horário; ao indagar ao seu esposo sobre o que havia com ela, ele a chamou carinhosamente, dizendo: "minha velha, já são onze horas e temos visita". Despertando, ainda sonolenta, esta foi logo se justificando:

*- Parece que fui picada pela mosca, pois estou sempre com sono. Mas o problema é que tenho passado as noites acordada vigiando esses soros (dois frascos em um mesmo equipo) e esta sonda que sai do pulmão dele. Tenho medo que termine o líquido e ninguém veja, ou mesmo que ele adormeça e estas coisas saiam do lugar. Durante o dia não me incomodo porque ele está acordado e tem pessoal sempre passando nos corredores.*

Outra senhora comentou sobre as dificuldades que sofrera ao solicitar autorização de acompanhante e questionou:

*- Não entendo porque ainda não liberaram a entrada de acompanhante para todos os doentes que têm problemas sérios que nem meu pai, que não consegue se alimentar sozinho e aquele senhor do lado fica amarrado o tempo todo para não arrancar o soro e esse canudo do nariz (sonda nasogástrica), dá uma pena! O pai, se não fosse a gente ter lutado para conseguir permissão de vir dar a comida dele na boca, não estaria melhorando tão rápido, porque sem alimento a pessoa não pode se recuperar, não acha? Mas isso exige paciência e dedicação, a gente sabe que as enfermeiras são poucas, por isso não podem passar muito tempo com um só doente, tem que se dividir com os outros, por isto deviam abrir mão para os que precisassem de ajuda da família.*

Na falta de um programa de orientação dirigido ao acompanhante, para exercer suas funções conforme descritas, a forma de aprendizagem utilizada por ambos os grupos, ocorre, geralmente, por "imitação", isto é, através da observação direta de como o funcionário desenvolve os cuidados com o paciente, ou por experiências anteriores com pessoas enfermas. Alguns afirmam ter recebido da "enfermeira" (auxiliar de enfermagem) apenas recomendações quanto ao controle do soro para não sair da veia do paciente e manter o gotejamento, assim como para avisar a enfermagem sobre o término do líquido ou qualquer anormalidade com o mesmo.

Somente um acompanhante do grupo "B" informou que a enfermeira da Unidade havia-lhe ensinado realizar os exercícios de reabilitação de sua irmã que sofrera hemiplegia em consequência de um acidente vascular cerebral; também uma senhora do grupo "A", que fazia tapagem em seu esposo, afirmou ter aprendido com o médico do paciente.

Mesmo sem uma orientação dirigida ao acompanhante, alguns chegam a desenvolver cuidados especializados que, além de exigirem maior responsabilidade, requerem uma certa habilidade para executá-la, como por exemplo: aspiração de secreção brônquicas; ali

mentação por sonda, nebulização, entre outros.

Quando indagados se gostavam de realizar aquelas tarefas, os acompanhantes apresentaram diferentes respostas; uns afirmaram:

- Acho bom, porque é uma forma de passar o tempo mais rápido.

- É importante a gente ir-se envolvendo com os cuidados do doente, pois se precisar continuar em casa, já não vamos ter muita dificuldade, não é?

- Alguns cuidados a gente faz porque não tem outro jeito, mas não é nada agradável, como lutar com comadre, dar comida ao doente por esta sonda, ajudar o doente a cuidar da colostomia etc.

- Gosto de ajudar, faço tudo que for preciso, estando ao meu alcance, mas não concordo que o pessoal se aproveite deixando todos os cuidados do doente por conta do acompanhante.

### Necessidade de apoio e orientação

Para desempenhar satisfatoriamente o seu papel, os acompanhantes necessitam de apoio e orientação. Os informantes dos grupos "A" e "B" foram unânimes em afirmar ser imprescindível não só o apoio da equipe, como também de seus familiares, com os quais necessitam dividir suas preocupações e responsabilidades. E oferecem alguns exemplos:

- O momento de maior aflição que passei nessa experiência não foi o acidente em si, porque não me pareceu grave; o pior foi a entrada de minha irmã no Hospital, entregue àquelas pessoas estranhas que não me davam nenhuma satisfação. O indiferentismo daquela gente só aumentava minha preocupação. Ao me mandarem esperar lá fora pelo resultado do RX, senti-me totalmente desolada. Enquanto aguardava, tentei desesperadamente telefonar para alguém da família, a fim de que viessem nos dar uma força; quando

o primeiro chegou, já pude me sentir mais aliviada.

- Passei por um grande sufoco no dia em que vim ficar com minha sogra em substituição à filha dela, que estava muito cansada. Nesse dia ela teve uma hemorragia; daí o médico resolveu operá-la de novo; fiquei muito perturbada, não podia ficar com aquela responsabilidade só comigo, principalmente porque, da primeira vez, só abriram e fecharam a barriga dela, dizendo que era câncer. Dei graças a Deus quando apareceu uma irmã dela, que também ficou sabendo de tudo e concordou com a decisão do médico.

- Nessas ocasiões tão difíceis, principalmente para quem nunca passou por essa experiência, é importante a compreensão e ajuda do pessoal do serviço e também da família, pois fica muito pesado para quem assume o tempo todo sozinha; nesse ponto, felizmente, minha família é muito legal.

- Imaginava que, ao chegar aqui, vindo do interior com meu marido para se internar, todos iam nos dar atenção; mas só depois de muito penar, falando com um e outro foi que chegamos ao Doutor e ele mal leu o bilhete que trazíamos do médico de lá, disse que era caso de internação e mandou a gente agir, até chegar aqui. Não imagina o que sofremos.

Em relação ao apoio que o acompanhante requer da família, todos os participantes do estudo demonstraram ter sido correspondido. Alguns ressaltaram o grande sentimento de solidariedade familiar aos seus apelos ou do paciente. Mesmo os que residem mais distante diziam não medir sacrifícios para dar a sua colaboração no encargo de acompanhar o paciente. Assim, Dona Jacinta ("B"), por exemplo, diz ter pedido "auxílio" para viajar de Santos (SP) até aqui, a fim de acompanhar sua mãe, que fora hospitalizada, vítima de um acidente vascular cerebral. Dona Estelita, aos 77 anos, se deslocou do Rio Grande do Sul para acompanhar um irmão, portador de um carcinoma de próstata.

Em caso de hospitalização, observa-se que a família canaliza suas atenções em torno da pessoa enferma. A maioria procura não só visitá-lo, como também se manter informada de sua evolu-

ção, através de telefonemas ou mesmo de uma comunicação fortuita pela janela. Um exemplo é o caso de dona Marcolina, uma grande queimada. Suas filhas, impossibilitadas de visitá-la, vinham para o pátio do Hospital e ficavam horas nos bancos da praça, na expectativa de obterem notícias (pela janela), através de uma irmã que ficara como acompanhante.

A atenção da família pode chegar até a alterar o ritmo de vida do acompanhante no hospital. Visitando o apartamento 713, tive dificuldades de entrevistar a acompanhante, devido às constantes interrupções desta, para atender ao telefone. A mesma desabafou:

*- Desculpe as interrupções, mas é incrível como nos sa família se envolve e se preocupa com a recuperação do pai. Todos querem receber notícias diárias, mesmo sabendo que estou aqui e qualquer problema lhes comunicarei.*

A necessidade de orientação do acompanhante quanto ao seu papel pode ser percebida ao observá-lo alguns momentos após a sua chegada ao quarto do paciente. Ele procura, por iniciativa própria, reunir as informações de que necessita junto aos componentes da equipe hospitalar, ou com outros acompanhantes. Com isto visa a compreender alguns aspectos relacionados à dinâmica de funcionamento hospitalar, para melhor se familiarizar ao ambiente. É comum se encontrar em acompanhantes previdenciários no Posto de Enfermagem em busca de orientação quanto ao horário de visita médica, datas e horários da realização de exames do paciente, horário de refeições e de visita social, entre outras. As respostas aí obtidas nem sempre os satisfazem completamente, levando-os a recorrer aos companheiros mais experientes da Unidade, ou aos vizinhos de quarto que possam melhor esclarecer suas dúvidas.

As únicas orientações realmente oferecidas aos acompanhantes de pacientes particulares referem-se à localização do Posto de Enfermagem, Copa e como utilizar a campainha para qualquer necessidade do paciente. Os acompanhantes dos pacientes previdenciários são orientados sobre as limitações da autorização que lhes é concedida e as exigências disciplinares a serem observadas na Unidade de Internação. Exemplo de um auxiliar de enfermagem conduzindo um paciente recém-admitido e respectivo acompanhante ao setor particular:

*- Meu nome é Anita, este é o seu quarto, aqui fica o banheiro, aqui a campainha para quando desejarem se comunicar com a enfermagem, quando precisarem de alguma coisa. O Posto de Enfermagem, como os senhores viram, fica ao lado do rol de entrada dos elevadores e a Copa, em frente. Qualquer necessidade, use a campainha e qualquer dúvida, estamos à sua disposição.*

No setor previdenciário, o enfermeiro da Unidade é quem geralmente faz a entrega da autorização do acompanhante, e procede mais ou menos assim:

*- Senhora Uchoa, esta é a autorização para Senhora acompanhar seu marido. A sua função aqui será a de colaborar nos cuidados de seu paciente, portanto não deve ausentar-se do quarto, a não ser em caso de extrema necessidade. O único conforto que o Hospital oferece ao acompanhante é uma cadeira comum, mas não será permitido o uso da cama dos pacientes. Guarde com cuidado esse documento, porque sem a apresentação deste aos porteiros e ascensoristas não será permitida a sua entrada. Entendeu?*

A carência de orientação pode levar o acompanhante a ser surpreendido, quando o paciente sofre intercorrências clínicas. Por não estar ciente das possíveis complicações que o paciente está sujeito, quando isto ocorre, pode afetá-lo ao ponto de desestruturar-se emocionalmente, caso não tenha passado anteriormente por experiências semelhantes. O caso do paciente do quar-

to 502 constitui um exemplo típico do exposto. Em uma das ocasiões, sua esposa tentava ajudá-lo a levantar-se da cama (no 6º dia de pós-operatório), quando ocorreu uma deiscência de parede, com perda de grande quantidade de líquido ascítico, mais secreção sero-sanguinolenta pela incisão cirúrgica. Assustada com o quadro, esta entrou em pânico e posteriormente revelou:

*- Fiquei apavorada quando vi que a operação dele estava-se abrindo, nem sei como o larguei na cama e sai gritando pelos corredores pedindo socorro! Quando o Enfermeiro veio olhar, só fez cobrir com o curativo que estava caído e disse que ia chamar o médico, e que era assim mesmo. O médico chegou, falou umas coisas que não entendi, disse também que já esperava isso e que não adiantava costurar de novo, porque não iam segurar os pontos.*

Nenhum programa de orientação sistematizada dirigida aos grupos "A" e "B" foi desenvolvido durante o período de coleta de dados. Em outras palavras, não tem sido viabilizada atividades em nenhum dos setores particular ou previdenciário.

Em entrevistas com dezenove acompanhantes, oito do grupo "A" e onze do grupo "B", cujos pacientes haviam recebido alta por ocasião das visitas às unidades de internação, constatou-se que todos tinham alguma dúvida quanto a problemática de saúde do paciente. As dúvidas se referiam especialmente ao diagnóstico conclusivo, continuidade de seu tratamento e cuidados, quando do seu retorno ao ambiente familiar. Os acompanhantes dos pacientes particulares, apesar de considerados "mais esclarecidos," demonstraram praticamente as mesmas necessidades de orientação, inclusive alguns acompanhantes de pacientes crônicos tinham conceitos errôneos ou dúvidas a esclarecer. A senhora Irilene, por exemplo, já estava com a receita do esposo, convalescente de uma trombose cerebral e não tinha recebido esclarecimentos quanto ao modo de usar a medicação prescrita e

ainda tinha dúvidas quanto a dieta, tipo de exercícios físicos e vida sexual que o marido poderia ter dali por diante.

Além disso, poucos tinham conhecimento do que fora realizado com o paciente durante a internação, do porquê e para quê. Outros não tinham idéia de como ocorre o processo de alta do paciente e ficavam aguardando até os últimos instantes pela oportunidade de receber alguma orientação mais específica, através do médico ou enfermeira, o que, em geral, não ocorre, a menos que haja uma solicitação especial do paciente ou acompanhante.

Quando interrogados sobre que tipo de orientação desejariam ter recebido, os mesmos apresentaram sugestões. Entre estas incluíram: conhecer o pessoal que trabalha na unidade de internação onde permanecem com o paciente, ser informado sobre o tipo de doença do paciente, sua evolução e perspectiva de cura; tipo de tratamento e cuidados de que ele necessita, tipo de colaboração que podem oferecer ao paciente e à equipe; modo de realizar alguns cuidados mais complexos e cuidados a serem observados após a alta do paciente. Exemplos:

- *A gente fica um pouco desorientada ao chegar aqui, seria ótimo se nos apresentassem o pessoal do local aonde ficamos com o doente; afinal tem tanta gente de branco, a toda hora entra uma cara diferente, daí não dá para saber quem é quem, pois nem crachá usam.*

- *Achei muito ruim os médicos terem decidido operar meu marido sem terem explicado direito o problema dele; nós sabíamos que ele sofria dos rins, e o médico só falou que com a operação ele teria chance de ficar bom, mas isso não aconteceu. Por isso é bom que o doente e a família sejam conscientizados sobre a verdadeira doença e chance que ele realmente tem de ficar bom.*

- *A gente nota que o pessoal não gosta de dar muita satisfação sobre o que faz com o doente. Mas seria importante se fossem explicando direitinho cada tratamento ou cuidado realizado, digo pelo menos àqueles que devem ser continuados em casa, a fim de que não tivéssemos medo ou dificuldades em ajudar o doente.*

- O pessoal só espera que a gente faça tudo pelo doente, mas nem chegam a falar em que podemos colaborar; fazemos alguma coisa porque temos boa vontade e não se pode ficar só na dependência do pessoal, que é muito ocupado.

## A Experiência de Ser Acompanhante

Ser acompanhante é uma "experiência sofrida", segundo os familiares dos pacientes internados. Porém todos a reconhecem como importante para o bem-estar e recuperação do paciente.

Para os integrantes do grupo "A" significa:

- A experiência de ser acompanhante é muito sofrida, porque a gente compartilha dos mesmos sentimentos do doente, com um envolvimento muito profundo, por ser parte do nosso sangue, mas é também uma forma de garantir um atendimento satisfatório ao doente.

- Para o doente é muito bom, porque terá a presença constante de um rosto familiar e uma mão amiga que lhe garantirá o apoio necessário. Para quem assume também é bom porque atende a uma necessidade pessoal, mas não deixa de ser sofrido.

Os do grupo "B" consideram:

- Acompanhar a mãe, sinto que é uma coisa boa para ela, por isso estou aqui, a despeito de todas as dificuldades que tive de enfrentar, como conseguir a permissão do enfermeiro para isso, as noites mal acomodadas e cansaço geral. Acho que vale a pena qualquer sacrifício para tentar ajudá-la a vencer mais esta fase difícil de sua vida.

- Quando os acontecimentos são esperados e o doente está bem, acompanhar não é problema, mas quando surgem complicações, como aconteceu com o marido, é uma barra; é preciso muito nervo para a gente também não se desequilibrar.

- É sofrer junto com o doente, mas compensa porque a gente fica informada do que está acontecendo e vai lutando para que não lhe falte nada.

- Está sendo uma experiência muito dura ficar dia e noite, nessas condições, sem nenhum conforto; tenho suportado porque sinto o quanto é importante para minha irmã ficarmos aqui ao seu lado. Acho

*que a gente passa energia positiva para ela. E isso me contenta.*

Como se observa, ambos os grupos compartilham as mesmas idéias, cada um, naturalmente, dentro de uma dimensão específica. A experiência é retratada como uma prova difícil, porém muito importante para o paciente, para si e demais familiares. Isto porque, segundo sua concepção, a presença de um familiar junto ao paciente hospitalizado, além de refletir apoio e segurança, representa um fator de melhoria da qualidade da assistência que lhe é prestada.

O acompanhante, durante sua permanência no hospital, desenvolve uma série de sentimentos e experiências que envolvem expectativas, ansiedade, preocupações, incertezas e receios.

A decisão de acompanhar um familiar que se hospitaliza constitui motivo de grande expectativa e ansiedade em torno da situação, principalmente em relação ao ambiente hospitalar.

A sua chegada à Unidade de Internação para admissão do paciente, em princípio, corresponde a um certo alívio de suas tensões, alegam os informantes. Isto porque equivale ao término de uma longa trajetória destes, pelos ambulatórios, laboratórios e consultórios (médico, serviço social e enfermagem), ou mesmo aguardando, no Pronto Socorro, um leito vago. Uma vez em seu quarto, ambos desenvolvem um sentimento de segurança e de propriedade de seu território, conforme declaram:

*- Agora parece que chegamos a um Porto Seguro, já não suportávamos mais tanto vai-e-vem até chegar aqui. Esperamos que, daqui por diante, o que precisar para o pai, seja realizado por aqui mesmo.*

*- Ô senhora, que alívio chegar aqui, depois de passar 30 horas de espera no corredor do Pronto Socorro, com minha mãe em cima de uma maca e eu de pé ao seu lado, aguardando um leito vago, é como se saíssemos do inferno para o céu.*

Com o passar do tempo, os acompanhantes, especialmente os pertencentes ao grupo "B", começam a sentir os reflexos da carência de recursos necessários à sua permanência dioturnamente na Unidade de Internação. Passam então a se queixarem sempre que têm oportunidade.

A imagem que cada acompanhante possui do ambiente hospitalar tem grande influência em sua adaptação e, conseqüentemente, em sua contribuição para o ajustamento do paciente. As impressões de ambos os grupos, conforme as expressam abaixo, revelam suas percepções acerca do hospital, geralmente negativos.

- Acho que não há quem não tenha medo de Hospital. Eu, pessoalmente, de tanto ouvir minhas clientes (do salão de beleza) contarem histórias tristes dos Hospitais, com casos de imperícia e falta de calor humano do pessoal que ali trabalha, fiquei perturbadíssima ao ser confirmada a necessidade de internação de meu marido. Procurei, no entanto, não deixar transparecer para ele o meu receio e, felizmente, estamos vencendo as primeiras barreiras.

- Quando se fala em Hospital, creio que, para muitas pessoas como eu, vem logo a idéia de dor, sofrimento e morte. Vivi um pesadelo ao providenciar a internação de minha mãe. Esforcei-me o máximo para não contagiá-la com os meus grilos, mas só depois de alguns dias aqui, pude relaxar e conversamos sobre isso numa boa.

- Eu não tinha boa impressão de nenhum Hospital, para mim, eram todos sujos (contaminados) e barulhentos. Mas, felizmente, agora posso testemunhar que não é bem assim; pelo menos aqui nos apartamentos a limpeza é rigorosa. E se não fosse a proximidade com o Quartel do Exército, não percebíamos nenhum barulho.

- A gente não pode reclamar, mas é uma tristeza. O problema do silêncio que é violentamente quebrado pelos funcionários que batem as portas e conversam alto, em flagrante desrespeito aos enfermos; sem contar com falta de condições para que precisa permanecer com o doente, que nem eu.

- No início a gente estranha tudo, principalmente o convívio com outros doentes, o automatismo e até a cara feia de algumas pessoas que trabalham aqui, mas com o tempo, a gente acostuma e sente que foi tudo útil e muito oportuno, por não deixar o cuidado do doente só nas mãos de estranhos.

A forma pela qual ocorre a hospitalização do paciente também interfere de maneira significativa em seu ajustamento e equilíbrio emocional, isto é, se programada para um tratamento eletivo, ou através de uma internação de urgência. No primeiro caso, ele não é pego de surpresa e tem tempo para se preparar psicologicamente para tal. Portanto, o seu nível de ansiedade geralmente não chega a provocar grande estresse, possibilitando-lhe um controle mais racional de suas emoções:

*- É muito difícil a situação de quem acompanha uma pessoa doente na família porque a gente não compreende direito o que acontece com o doente, então só pensamos coisa ruim. Mas o certo é que, se ele não contar com a nossa ajuda e confiança, ele pode sofrer muito mais.*

O mesmo não ocorre quando a internação é de urgência. Em tais circunstâncias, as pessoas que acompanham tendem a descontrolar-se emocionalmente, dependendo naturalmente da gravidade do caso e da estrutura psicológica do acompanhante.

Exemplo de experiências nesse sentido:

*- Agora que tudo passou, dá para comentar o sufoco que a gente sofre quando tem de acompanhar um ente querido que adoece de repente, como aconteceu com minha mãe.*

A competência profissional da equipe hospitalar corresponde a uma preocupação de ambos os grupos de acompanhantes. Os particulares, no entanto, revelam maior preocupação com a qualidade dos serviços médicos prestados a seu familiar, na medida em que procuram ser atendidos por médicos conhecidos da família e de sua confiança. E quando ocorre de pegarem um desconhecido, buscam informações sobre a opinião dos que o conhecem, quanto a sua maneira de atender os doentes e familiares, bem como sobre a sua experiência e habilidade profissional. A exemplo disso,

uma senhora comentou que seu marido estava sendo assistido por uma equipe médica altamente credenciada, composta de três diferentes especialistas (pneumologista, cardiologista, endocrinologista) dos quais, apenas um não lhe era conhecido, mas que já tinha adquirido "ótimas referências a seu respeito".

Os acompanhantes de pacientes previdenciários, por sua vez, demonstram maior preocupação com o resultado final, isto é com a recuperação do paciente. E chegam a exprimir:

*- Só peço a Deus que meu marido saia dessa, no mais, seja feito o que Deus quiser, a gente tem que passar por isso mesmo, não é?*

*- Espero que meu pai esteja em boas mãos e que dê certo a operação dele.*

Na medida em que aumentava o nível de confiança entre informantes e pesquisador, maiores contribuições eram oferecidas em torno de suas preocupações com o desempenho da equipe que assiste o seu parente. Daí os desabafos:

*- Temo que estejam se aproveitando do caso de meu marido para aprenderem nele; ouvi dizer que é a primeira experiência com esse tratamento no Hospital.*

*- Não digo para eles saberem, mas perdi a confiança no médico do meu marido, desde o dia que ele veio desentupir a sonda de urinar e rompeu a bexiga dele; daí teve que operá-lo às pressas, pela segunda vez. É por isso que não gostam que a gente fique com o doente no Hospital, para não testemunhar nem reclamar suas falhas.*

*- Tenho tanto receio do pai pegar aquele anestésico que deixou paralítico o nosso vizinho de casa.*

A incerteza quanto ao sucesso do paciente ao submeter-se a exames ou tratamentos por eles considerados "muito delicados" os assusta. Os mais temidos são: o cateterismo arterial, biopsias, colocação de marca-passo, radioscopia, anestésias geral e raqui e operações de "barriga aberta".

A expectativa em relação às condições de alta do paciente também os preocupava. A esposa de um paciente submetido a uma cirurgia cardíaca chegou a comentar esta questão, fazendo uma retrospectiva de sua experiência.

*- É incrível como, depois de surgir um problema de doença em casa, as preocupações não param mais. Primeiro foi o susto com a revelação da doença, depois, o suspense com a operação e recuperação dele. E agora, que ele está em vias de alta, a gente fica com medo de que ele não possa mais levar uma vida normal.*

Quanto aos receios manifestados pelos informantes foram destacados: medo de não lhe deixarem ficar com o paciente até sua alta; possibilidade de prorrogação de sua permanência com o paciente, o que poderá resultar em problemas com seu afastamento do trabalho e de casa; probabilidade das despesas no Hospital extrapolarem os recursos econômicos-financeiros da família; dúvida quanto a lealdade dos médicos, ao informar sobre a problemática de saúde do paciente e em não deixar transparecer sua ansiedade e nervosismo para o paciente.

### Fases do processo de acompanhar

Os familiares dos pacientes internados passam por um processo que, segundo observações do autor, constitui-se de três fases distintas, embora intimamente inter-relacionadas. A primeira fase corresponde ao período de ajustamento ao ambiente hospitalar. O familiar tem que se adaptar rapidamente, não só ao local, como às pessoas - usuários e funcionários do serviço - e às coisas que estão ao seu redor. Por essa razão ele se encontra reservado, ansioso - temendo o que poderá acontecer com

o paciente e consigo mesmo, apresenta respostas evasivas e cautelosas, simula que está tudo bem. Procura situar-se, observa tudo ao seu redor, tenta descobrir pontos de apoio para as horas de maior necessidade. Com a sensação de ser ignorado, de que as pessoas, em sua pressa, entram e saem e não o percebem ou "ligam para ele", então ele se retrai em seu mundo de dúvidas, incertezas e fantasias. Estas são as características correspondentes aos dois primeiros dias de experiências no hospital. Na segunda fase, o acompanhante já se sente mais relaxado, mais familiarizado ao hospital, caracterizando-se por sua espontaneidade ao expressar seus sentimentos, entre eles, o medo de represálias da equipe sobre o paciente, por algum motivo relativo às suas atitudes que não sejam do agrado da equipe. Após 36 ou 48 horas ininterruptas de vigília junto ao paciente, estes começam a manifestarem sinais de cansaço físico e psicológico, com tendência a se desligarem de tudo e repousar. Isto, no setor particular, é perfeitamente viável, mas no previdenciário não há condições para tal, primeiro porque não é permitido, segundo porque não dispõem dos recursos adequados (cama ou divã). Por esta razão recorrem a qualquer alternativa que possa minimizar seu déficit de sono e repouso, então apelam para divisão do leito com o paciente, uso de cama ou maca que encontram desocupadas, ou mesmo para o uso do "leito chão". Tais comportamentos, segundo os critérios estabelecidos para as unidades previdenciárias, não são permitidos, podendo resultar em punição por indisciplina. Dependendo da evolução do paciente, o mesmo pode manifestar sinais de tensão e angústia ou de tranquilidade. É evidente o esforço realizado pelos familiares para não se deixarem abater, de modo a dar força ao paciente. Nesta fase intermediária, sua contribuição em termos de cuidados ao paciente é maior (caso ele

tenha conseguido se recuperar), pois agora já sabe como cuidar. Contudo pode haver desentendimentos com a equipe, quando surgem posicionamentos contrários. A terceira fase corresponde aos últimos dias que antecedem a alta do paciente, período que o acompanhante procura desenvolver um relacionamento amistoso com a equipe, independentemente do tipo de alta. Sua conduta caracteriza-se pela alegria de uma alta curada ou melhorada do paciente, ou ainda pelo trauma de uma alta piorada ou por óbito do familiar. De qualquer modo, ele prefere esquecer qualquer queixa ou mágoa, decepção ou revolta que tenha sofrido. Seu desejo agora é ficar bem com todos, portanto, toma a iniciativa de desculpar os que não corresponderam às suas expectativas e pedir desculpas pelos seus momentos de reações indesejáveis.

Relacionamento do acompanhante com a equipe hospitalar e sua percepção sobre esta

A ansiedade dos acompanhantes de ambos os grupos, "A" e "B", sobre o seu relacionamento com a equipe de saúde é facilmente percebida em qualquer diálogo que envolva seus sentimentos como acompanhante. Entre os componentes da equipe de saúde, o médico representa a figura central, para a qual convergem todas as atenções, não apenas do paciente, mas também do acompanhante. Trata-se de um profissional inconfundível na equipe; geralmente os acompanhantes o identificam pelo próprio nome e lhes conferem uma posição de destaque, passando a ser o mais esperado, respeitado e obedecido por estes.

Exemplo de expressões que refletem o exposto:

*- Estamos supercontentes porque o Dr. Joaquim prometeu que até amanhã dará a alta do marido, ele já está fazendo a contagem regressiva. Mas tem uma coi*

sa de que ele precisa saber: daqui por diante eu vou controlar a saúde dele exatamente como o médico recomendou.

- O pai hoje não está muito bem porque ontem não viu o Dr. Pedro e até agora (11:15) ele não veio. Mas está tudo bem, a questão é que quando o médico falta, o doente fica desassistido, porque até um remédio pra dor depende do médico para receitar.

Os demais integrantes da equipe de saúde, no entanto, dificilmente são distinguidos por suas funções. Na equipe de enfermagem por exemplo, são considerados enfermeiros todos os que vestem branco. E verbalizam isto, ao referir-se: "a enfermeira da medicação, a enfermeira dos curativos, a enfermeira chefe" e assim por diante". Exemplo:

- Gosto de todos os enfermeiros mas aquele de bigodinho (atendente de enfermagem), que leva os doentes para o RX, é mais dado com a gente.

- Os enfermeiros que fazem as camas (atendente de enfermagem) e dão banho nos doentes (auxiliar de enfermagem), são mais atenciosos com a gente. Com eles temos mais chance de conversar o que desejamos, embora haja algumas grosseiras, que parecem já chegar ao serviço cheteadas.

As declarações de satisfação pela correspondência de suas expectativas, quanto ao relacionamento com a equipe como um todo, são freqüentes entre os acompanhantes do grupo "A". Exemplo:

- Aqui estamos em família, pois os médicos todos pertencem ao nosso círculo de amizades, os que não foram meus colegas de bancos escolares, foram meus alunos ou freqüentam o mesmo meio social.

- Já temos tantas entradas nesse Hospital para tratamento de minha filha que nos consideramos "prata de casa" todos se tornaram nossos amigos.

Ao lado destes, embora em número reduzido, existem também alguns particulares que afirmam estarem decepcionados com a atenção médica recebida. Isto se deve por não ter o médico cor-

respondido às suas expectativas, e devido às dificuldades do mesmo em desenvolver uma relação mais aberta e franca com o acompanhante e o próprio paciente.

*- Se contar lá fora, ninguém vai acreditar, mas já faz duas semanas que tentamos falar com o médico, (meu marido e eu), mas não temos conseguido, ele não tem hora certa para vir e só entra aqui às carreiras; não dá chance de a gente falar o que deseja.*

*- Alguns médicos se deixaram envolver tanto pelo progresso tecnológico, outros pelo mercenarismo, que esqueceram que lidam com gente, que sofre a espera de um resultado ou de uma simples satisfação sobre a situação do doente. Eles preferem ignorar isto e se omitem em dar as informações de que a gente precisa.*

Em relação a equipe de enfermagem, as poucas queixas apontadas pelo grupo "A" referem-se à demora no atendimento às chamadas pelas campainhas. Mesmo assim, são geralmente seguidas por argumentos, tais como:

*- O pessoal de enfermagem tem o máximo de boa vontade para atender bem, mas são poucos, não conseguem dar conta de tanto trabalho, então a gente tem que ter paciência e ajudar naquilo que esteja ao nosso alcance.*

*- A maior dificuldade aqui é ser atendido através dessa campainha, pois a gente liga e, quando aparece alguém, você nem se lembra mais o que desejava, pois a necessidade já passou, ou você mesma já atendeu o doente.*

Ao contrário do grupo "A", o número de acompanhantes do grupo "B" que se diz decepcionado com o relacionamento pessoal da equipe de saúde é maior do que aqueles que declaram estarem satisfeitos.

Em relação aos médicos, houve os seguintes desabafos:

*- Não gostei da maneira como os médicos tratam os doentes previdenciários e a família, é como se a*

gente fosse um bando de indigentes, e eles estivessem fazendo favor; às vezes passam medicamento lá mesmo da sala deles, sem nem olhar para o doente. Fizera minha irmã tomar um remédio de que não precisava mais, até formou um |fecaloma|. Esquecem que o pagamento que recebem da Previdência é tirado do nosso bolso.

- Os médicos não dão importância às queixas dos doentes e ignoram a nossa presença; é como se já soubessem de tudo, que nem precisam olhar para o doente. Tenho pena de meu marido que cada dia fica ensaiando o que dizer e perguntar ao seu médico e, quando ele chega, é uma decepção! Não dá chance para ele falar o que deseja.

- Quando os médicos vêm aqui, falam muitas coisas entre eles, mas não explicam para a gente entender; só pegamos algumas coisas por alto.

- O médico não gostou quando falei que achava muito errado colocarem as prioridades em função dos médicos e não dos doentes.

Referindo-se especificamente ao seu relacionamento com a equipe de enfermagem, alguns integrantes do grupo "B" afirmam existir o lado positivo (gratificante), conforme as seguintes expressões:

- Independentemente de qualquer coisa que possa não nos agradar, não podemos esquecer a bondade e compreensão da chefe, autorizando a gente ficar aqui como acompanhante.

- Apesar de tudo, reconheço que as enfermeiras daqui são muito legais; só em permitirem que a gente fique aqui mesmo sem pagar nada, já é muita vantagem.

- Tem alguns enfermeiros aqui que são delicados por natureza, só a presença deles já faz bem a gente.

- Como não posso retribuir de outra forma, mesmo quando sair daqui vou continuar rezando para as enfermeiras deste Hospital, que foram muito dedicadas, fazendo tudo para meu pai recuperar-se.

Mas também apontam os aspectos negativos, como sejam:

- O pessoal de enfermagem, ao meu ver, não gosta de familiares com o doente, porque a gente fica apontando os problemas e solicitando providências para resolvê-los; isto naturalmente os incomoda.

- Agora sei porque no Hospital o acompanhante não é visto com bons olhos: é para não incomodar o pessoal e não testemunhar as suas falhas.

- Acho que os enfermeiros pensam que o nosso interesse em ficar com o doente no Hospital é para fiscalizar o trabalho deles, mas na verdade, o que desejamos é dar apoio ao doente e ajudar em sua recuperação.

- Há funcionários que são maravilhosos com os doentes e conosco, mas ha outros que a gente não consegue se entrosar bem, ficando difícil pedir-lhes algum favor.

Além das queixas acima, o grupo "B" (previdenciários) aponta ainda problemas de "insensibilidade e indiferentismo" de alguns "enfermeiros" às solicitações e necessidades do paciente, como por exemplo:

- Se acontecer de algum doente precisar das enfermeiras na hora do lanche, é um vexame, porque elas costumam ir todas ao mesmo tempo para aquela salinha e não gostam de ser incomodadas.

- Tenho a impressão de que o pessoal daqui, de tanto lutar com gente doente, morte e sofrimento, não sente mais os problemas dos doentes, pois não dá muita importância às queixas destes.

- Não tenho paciência de ver um doente chamar tanto por uma enfermeira e não ser atendido, termino sempre indo lá e faço o que posso.

Por outro lado, expressam o receio de que o pessoal possa, por algum motivo, se aborrecer com o acompanhante ou até mesmo com o paciente e aplicar-lhes represálias:

- Apesar do pouco tempo que estou aqui (uma semana), já notei que se a gente quiser conviver bem

*com as enfermeiras, tem que se humilhar e se sujeitar ao que elas querem. Não adianta reagir ao que você não está gostando, pois podem se aborrecer e dificultar as coisas pra gente, ou mesmo se vingar no doente.*

Não obstante as queixas acima referidas, é interessante observar, ao aproximar-se a alta do paciente, como os acompanhantes tendem a mudar o seu relacionamento com a equipe. Mesmo aqueles que tiveram problemas ou mágoas de algum membro da equipe passam a adotar uma atitude diferente, num esforço para esquecer os acontecimentos desagradáveis e demonstrar que "está tudo bem; e o que passou, passou", dizem.

Uma senhora cujo esposo faleceu em um dos seus retornos à UTI, entre lágrimas e soluços, desabafou:

*- Eu alimentava tantas esperanças ao chegar aqui! Mas, com o passar do tempo (17 dias), a situação foi-se complicando e, com ela, meu desespero aumentando; sentia que muita coisa não estava certa, cheguei a me indispor com algumas pessoas; mas agora que o caso está sem jeito, não quero confusão com ninguém.*

Outro caso semelhante ocorreu com um senhor, cuja esposa foi vítima de infecção hospitalar após uma hermioplastia, razão pela qual teve que prorrogar o seu tempo de permanência no Hospital. Revoltado com o sofrimento da paciente, este ameaçava denunciar os responsáveis por tal intercorrência e pedir punição para quem de direito. Ao se confirmar a alta do paciente, o acompanhante agora parecia outra pessoa, desculpando-se, agradecendo e dizendo que preferia esquecer tudo, queria paz!

Não obstante os momentos de tensão e sofrimento, ao superá-los os acompanhantes procuram demonstrar seu reconhecimento e gratidão à equipe.

Os integrantes do grupo "A" costumam demonstrar com ações concretas o seu sentimento de gratidão à equipe de saúde oferecendo-lhes flores, frutas, bolos, tortas, chocolates, lembrancinhas regionais ou bebidas (uisque, vinhos etc.). Há quem prefira dar em dinheiro os seus presentes, este de forma mais discreta, pois existe uma norma ética que orienta a equipe a não receber "propinas".

Enquanto os do grupo "B", não dispendo de recursos para tal, tentam algumas vezes repartir com aqueles a quem se afeioam o seu próprio lanche ou artigos pessoais, tais como: brincos, pingentes, cachecol, entre outras. Ao lado destes, existem também os que, dispendo ou não de recursos financeiros, preferem agradecer com palavras e/ou orações. Exemplo de algumas expressões nesse sentido:

*- Graças a Deus e ao meu médico que cuidou da mãe, hoje vamos para casa.*

*- Não sabemos como agradecer às pessoas que foram tão legais conosco, principalmente o médico que salvou meu marido e os enfermeiros que cuidaram de le com tanto carinho.*

### Relacionamento com o paciente

Finalmente, um aspecto que merece destaque na experiência do acompanhante é a sua relação com o paciente. Aparentemente, ela sugere ser harmoniosa, ocorrendo em um clima de solidariedade e compreensão. No entanto, investigando mais detalhadamen-

te sobre os sentimentos de cada participante desta relação, percebe-se que existem alguns atritos. Estes variam com o tipo de enfermidade e/ou estado geral do paciente, com a idade, sexo e estado civil do mesmo, assim como com o tempo de permanência do acompanhante no Hospital e de sua capacidade de empatia com o paciente. Os depoimentos abaixo, demonstram a influência dessas características e atributos no tipo de relacionamento entre acompanhante e paciente de ambos os grupos "A" e "B".

#### Grupo "A"

- A mãe parecia uma pessoa forte e corajosa, mas agora com esta doença, parece criança, não quer ficar sozinha nem por um instante, acho que além da doença, a idade (68 anos) a está afetando.

- Cada dia fica mais difícil lidar com meu marido devido a sua teimosia em não aceitar as limitações que a doença e o tratamento lhe impõem.

- Preciso ir em casa, mas meu marido não quer que eu me afaste daqui por muito tempo; tudo dele é comigo, diz que só eu sei o jeitinho de que ele gosta.

- Estou pedindo a Deus para minha filha (14 anos) se recuperar logo, pois não aguento mais o cansaço; devido às dores; ela pede para a gente mudá-la de posição a todo momento, mas só quer que eu faça isso.

Portanto são considerados mais intransigentes, em seu relacionamento com o acompanhante, os pacientes mais jovens (adolescentes), os homens casados, os portadores de enfermidades crônicas e os mais idosos. Corroborando com estas afirmações, uma jovem paciente (13 anos) portadora de "anemia falciforme", com lágrimas no rosto, desabafava:

- Ô Deus, tenha piedade! Não suporto mais esse sofrimento, minha mãe não tem mais paciência para cuidar de mim.

A mãe, por sua vez, se queixava de que a filha tinha chegado ao auge da "exigência e irritabilidade", acrescentando:

*- Não sei mais o que fazer, compreendo que minha filha está sofrendo demais! A cada crise ela tem sido hospitalizada, mas dessa vez, a complicação foi maior, já vamos com dois meses aqui e não vejo melhora. Estou me sentindo completamente esgotada sem paciência para atender às suas exigências; estou apelando para as enfermeiras ficarem um pouco mais com ela, enquanto eu vou em casa pelo menos aliviar a cabeça. O problema é que o pessoal é muito ocupado, não tem tempo.*

Durante os oito meses de nossa observação nas Unidades de Internações, tivemos oportunidade de identificar outras situações conflitantes mais ou menos semelhante à dessa senhora, sem que houvesse qualquer providência no sentido de garantir-lhe o apoio necessário. O argumento da equipe perante esta situação é o de que o pessoal é insuficiente para atender o volume de trabalho e a grande demanda de solicitações dos pacientes.

Os homens segundo os enfermeiros, quando acompanhados por suas esposas, mostram-se mais exigentes que os demais pacientes. O caso do Sr. Nilo, de 65 anos, no pós-operatório de uma cirurgia cardíaca é um exemplo. Ele estabeleceu como condição para internar-se, a de ser acompanhado pela esposa. Embora esta fosse portadora de diabetes e hipertensão arterial crônica, as constantes solicitações do esposo para mudar de decúbito, sentar, andar, alimentar-se, eliminar e higienizar-se não diminuíram. Isto levou a mesma a descompensar-se, agravada também pela dificuldade de manter, no Hospital, sua dieta específica. Por este motivo, foi levada ao Pronto Socorro, onde permaneceu 24 horas em repouso e tratamento, a fim de reconduzi-la ao equilíbrio homeo-dinâmico. Outro caso semelhante foi com o Sr. Pedro, de 38 anos, aos 26 dias de pós-operatório, também de uma cirurgia cardíaca. Ele permaneceu, durante todo este período, com a espo-

sa o acompanhando, acomodada em uma cadeira comum, inclusive durante a noite. O paciente confessava que, apesar de sentir o desconforto da mesma, não podia abrir mão de sua companhia, por considerá-la imprescindível para sua sobrevivência e recuperação.

O tempo de permanência do acompanhante junto ao paciente também influi no seu relacionamento, principalmente quando o acompanhamento é feito de forma contínua, sem revezamento com outros familiares. No início da hospitalização, mostram-se geralmente dedicados e carinhosos, atentos a todas as solicitações e ao conforto do paciente. À medida que o tempo passa, contudo, percebe-se a ocorrência de alguma mudança em sua conduta, tornam-se mais lentos e, às vezes, até omissos em atender a determinadas necessidades do paciente, não apenas as que exigem iniciativa própria, como também aquelas solicitadas pelo paciente.

O caso da Senhora Josefina, vítima de acidente vascular cerebral, constitui um exemplo típico do exposto. Ao ser admitida, estava acompanhada por uma filha. A mesma se mostrava incansável nos três primeiros dias de hospitalização, realizando massagem de conforto, exercícios passivos, mudança de posição e estímulos à conversação com a mãe. Além disso, ocupava-se de cobrir a paciente cada vez que esta levantava toda sua roupa, pois estava mentalmente confusa. Após o terceiro dia consecutivo de vigilância, sua conduta mudou; vencida pelo cansaço, já não demonstrava mais preocupação que a mãe ficasse com suas roupas levantadas, deixando-a assim permanecer, apesar de não se encontrar em quarto individual. Agora faltava-lhe disposição para cuidados elementares, como limpeza da boca da paciente após refeições ou administração de medicamentos como hidróxido de alumínio.

Observou-se que os acompanhantes que se revezam diariamente, após turnos de 6 ou 12 horas, apresentam maior disposição e um relacionamento mais afetivo. Como o caso de dona Ilnã, também convalescente de um acidente vascular cerebral, a qual era acompanhada por seis irmãs e uma cunhada que diariamente se revezavam, a cada 12 horas, ficando dois plantões semanais por participantes. Isto lhes permitia repousar o suficiente para readquirir ânimo e disposição para retornar ao Hospital e se dedicarem carinhosamente ao conforto da paciente.

Os acompanhantes dos pacientes particulares rotineiramente costumam se revezar. Embora existam aqueles que permanecem continuamente com o paciente, em geral contam com outros familiares ou pessoal de enfermagem contratado especialmente para colaborar na vigília e cuidados do paciente. Desta forma, dificilmente chegam a se estafar e, portanto, não afetam seu relacionamento com o mesmo.

Entre os pacientes que têm acompanhantes, é notória a relação de dependência que se desenvolve entre paciente e acompanhante. Alguns chegam a manifestar atitudes típicas de regressão. A Senhorita Mary, por exemplo, apesar da limitação de movimentos por ela sofrida naquela fase se restringisse apenas aos membros inferiores, só se alimentava se a mãe desse a comida em sua boca.

Alguns pacientes, apesar da melhoria de seu estado geral, continuam demonstrando carência afetiva, na medida em que exigem do acompanhante atenção exclusiva para si. Como a Senhora Fany, portadora de mal-asmático, enquanto em estado considerado "crítico", seu filho lhe dedicava atenção plena; superada esta fase, a paciente se queixava:

*- Meu filho parece que está-se cansando de mim, pois a atenção e carinho que me oferece ultimamente já não é a mesma do início.*

Na verdade o filho não mudara seu sentimentos em relação à mãe, apenas procurava ser racional, conciliando seus afazeres no trabalho com as visitas, agora menos demoradas, ao Hospital.

Considerando as circunstâncias estressantes em que ocorre o relacionamento acompanhante - paciente, é compreensível que haja momentos de tensão, cujas reações do acompanhante podem não ser favoráveis a um relacionamento harmonioso. Contudo, percebe-se que isto é ocasional e passageiro; para a maioria dos pacientes, ele representa a sua fonte de segurança.

Em resumo, ser acompanhante, para os grupos "A" e "B", significa vivenciar um misto de experiências que lhe conferem gratidão e sofrimento ao mesmo tempo. Consideram a experiência gratificante pela oportunidade que lhes é dada de: assegurar o seu apoio, solidariedade, conforto, carinho, força e coragem ao seu familiar internado; de ser-lhe útil, atendendo às suas solicitações, auxiliando-o em suas dificuldades e colaborando na execução de seus cuidados, além de compartilhar com o paciente suas dores e alegrias.

Por outro lado, o acompanhante sofre pelos transtornos emocionais e desgastes físicos a que são expostos, na maioria dos casos, devido às circunstâncias estressantes provocadas pela própria enfermidade e hospitalização na família, dificuldades em conciliar suas responsabilidades de casa, família e trabalho, preocupações com os resultados dos exames, tratamentos e perspectivas de recuperação do paciente e, finalmente, pelo fato de passarem mais de 24 horas lidando com o paciente, sem os intervalos necessários ou condições adequadas para repouso.

## O "acompanhar" visto pelo paciente

Como já era previsto, nas unidades particulares os pacientes tinham acompanhantes, enquanto nas previdenciárias o percentual varia em torno de 10 a 15% de pacientes acompanhados.

A presença de um familiar corresponde ao desejo da grande maioria dos pacientes entrevistados de ambas as categorias, particular e previdenciário. Em suas informações, expressam a importância da presença do acompanhante, suas expectativas acerca do papel do acompanhante, tipo de preocupações e medos sofridos. E, finalmente, referem-se às suas relações interpessoais com o acompanhante, conforme os seguintes depoimentos:

### GRUPO "A"

- *Eu não me teria internado, se minha mulher não me tivesse acompanhado. Abaixo de Deus e do meu médico, agradeço a ela já estar me recuperando.*

- *Acho que todo doente deveria ter este direito, se desejasse ser acompanhado, ficando a seu critério opinar sobre quem e por quanto tempo.*

- *Já é uma tradição e todo doente que se interna em apartamento fica acompanhado; eu não gostaria de ser exceção.*

### GRUPO "B"

- *Ficar com o meu marido nos primeiros dias em que cheguei passando mal foi minha salvação, pois, eu não tinha condições nem de virar a cabeça para vo mitar.*

- *É bem mais tranquilo você contar com quem o pode ouvir, compartilhar suas dores, dúvidas e temores, diferente de uma visita para quem a gente se esforça em demonstrar uma cara alegre, mesmo estando sofrendo.*

- Até para dormir, a gente sabendo que tem alguém em quem você confia o vigiando é mais fácil. Durante o período em que minha mulher só podia vir durante o dia porque trabalhava à noite, eu não conseguia dormir (quando ela não estava), tinha medo de tudo, de arrancar o curativo, o soro, de cair da cama e mesmo de morrer.

A idéia expressa por alguns acompanhantes de que o paciente é "frágil, indefeso, inseguro" e por isso "dependente", é aqui validada pelos pacientes, conforme seus depoimentos acima. Ao entrevistar alguns pacientes previdenciários que não estavam acompanhados, estes também revelaram o desejo de ter esta oportunidade, argumentando:

- No meu entender, pelo menos os doentes que não podem andar, falar, ou estão passando mal deviam ter direito a um acompanhante.

- Acho que não é direito largar o doente aqui, isolado de seus parentes, quando ele mais precisa de seu apoio.

Aprofundando a investigação questionou-se: por que você precisa de acompanhante? Se a equipe hospitalar lhe garantisse melhor assistência, consideraria dispensável a presença do acompanhante? Suas respostas constituem uma complementação e/ou reforço sobre a importância de ter acompanhante. Exemplo:

#### GRUPO "A"

- Quando me senti fora de perigo, em franca recuperação, imaginei que podia ficar sem acompanhante, e os dispensei para poupar-lhes tanto trabalho. Mas me dei muito mal, não conseguia dormir, o tempo não passava, só me ocorriam pensamentos negativos, era uma sensação horrível! Dois dias depois pedi que os mesmos voltassem a ficar comigo.

- Para não sofrer de solidão e de problemas que podem ser evitados com a ajuda da pessoa de nossa confiança.

## GRUPO "B"

- Preciso de acompanhante não só para me ajudar a andar, para me fazer companhia e defender os interesses da gente no Hospital. Quem não tem quem fale por si, não tem vez, não é?

- Para não ocupar o pessoal que já é pouco, para atender a tudo de que a gente precisa, como pedir água, ou ajuda para levantar, sentar ou ir ao banheiro.

O paciente necessita, portanto, de um familiar para expor dificuldades, receios e conflitos interiores, evitando dessa forma maiores problemas de ordem emocional. E, ao mesmo tempo, para ajudá-lo na execução de seus cuidados mais simples, já que a carência de pessoal de enfermagem é uma constante em suas declarações.

Referindo-se às suas expectativas em torno do papel do acompanhante, os pacientes de ambos os grupos praticamente reportaram-se às atividades anteriormente registradas pelo acompanhante como parte de suas funções. Exemplo:

## GRUPO "A"

- O acompanhante deve prestar apoio àqueles que por por algum motivo deixam o seu meio social e familiar para enfrentar esse ambiente de hospital que não é nada acolhedor.

- Entre as funções mais importantes do acompanhante, ao meu ver estão o conforto moral, o carinho e proteção que ele oferece ao doente.

- Meus filhos têm prestado um grande serviço não só a mim, mas também ao Hospital, pois assumem uma vigilância constante e muitos cuidados que estão ao seu alcance, poupando assim o pessoal que já é muito sobrecarregado.

## GRUPO "B"

- Ajudar o doente a vencer suas dificuldades, sem que precise ficar na dependência da disposição e boa vontade do pessoal em serviço.

- Minha mulher faz tudo de que preciso; as enfermeiras s3o t3em o trabalho de me dar os rem3edios e fazer o curativo; o restante 3e com ela.

- Para n3ao incomodar o pessoal, meu marido tem feito quase tudo que seria por eles realizado, se eu estivesse sozinha, como andar comigo pelo quarto; me levar ao banheiro, ajudar no meu banho, controlar o tempo e desligar o aparelho da nebuliza33o, entre outros.

Entre as preocupa33es de ambos os grupos de pacientes, mas principalmente dos previdenci3rios, destaca-se o receio de que o seu familiar esteja sofrendo em consequ3ncia do desconforto de sua acomodaa3o no quarto, entre dois pacientes. Preocupam-se tamb3m em estar dando muito trabalho ao acompanhante e 3a equipe hospitalar. Al3m disso, queixam-se da inconveni3ncia e medo de ficarem s3s, quando o acompanhante se afasta por algum motivo.

Exemplos de declara33es nesse sentido:

- Acho aqui maravilhoso! Se n3ao fosse esse problema de minha filha ficar t3o mal-acomodada nessa cadeira dura a noite inteira, eu n3ao teria de que me queixar.

- Fico constrangida em solicitar com tanta frequ3ncia as Irm3es (Freiras) que me acompanham; se houvesse pessoal de enfermagem suficiente para atender a gente, n3ao lhes daria tanto trabalho.

- Tenho sofrido muito, porque minha filha s3o vem ficar comigo um dia e outro n3ao, devido ao seu trabalho na Maternidade; sei que isto a deixa muito sobrecarregada, mas no dia em que ela n3ao vem, eu me aperto muito, porque a gente chama e o pessoal demora demais para atender, pensam que 3e manha.

Alguns pacientes particulares tamb3m apresentaram queixas semelhantes:

- Tenho pena de meu filho que trabalha o dia inteiro e 3a noite vem ficar comigo, nesse desconforto, n3ao tenho nem coragem de lhe pedir nada, j3a dou gra3as a Deus por ele estar comigo.

- Para mim, ter acompanhante 3e imprescindivel, mas

*nem sempre as pessoas que gostaríamos que nos acompanhassem estão disponíveis. Cada um tem seus interesses e ocupações programadas; isto exige que o doente se ajuste às circunstâncias, conforme elas se apresentam, ou seja, que aceitemos a companhia da pessoa que se encontra disponível e não propriamente a que desejaríamos.*

As relações interpessoais paciente e acompanhante geralmente são amistosas e interdependentes, face a afetividade existente entre estes. Além da questão afetiva que os favorecem, são beneficiados também por alguns fatores comuns, que ao mesmo tempo os afetam e estimulam a uma maior integração, a fim de enfrentar as dificuldades próprias da situação de doença e hospitalização. Entre estes, podem ser citados: ambiente estranho; pessoal desconhecido, equipamento e material que cercam o paciente; os quais os assustam e ameaçam, conforme declarações abaixo:

*- Se não fosse minha tia ter-se proposto a me acompanhar até a Sala de Operações e Recuperação, não teria suportado o medo que sentia quando cheguei aqui. São em ver aquelas máquinas e o pessoal encapuzado dá pavor na gente.*

*- Quando a gente chega ao Hospital geralmente tem medo de tudo e de todos, mas com o tempo a gente acaba se acostumando ao ambiente e às pessoas; a presença de minha mulher foi muito importante para eu vencer essa primeira fase e sentir coragem de lutar pela minha saúde.*

O acompanhante passa, portanto, a representar o esteio, a tábua de salvação para o paciente. Por outro lado, a sua presença constitui uma forma de contribuir para o preenchimento do vazio experimentado pela maioria dos pacientes e para minimizar a insegurança que lhe é peculiar, independentemente de sua condição de particular ou previdenciário.

As preocupações dos pacientes de ambos os grupos, particu-

lares e previdenciários, relacionam-se de alguma forma com o seu conforto e segurança, enquanto hospitalizados. A propósito, uma paciente particular sugeriu os seguintes aspectos a serem observados pelo Hospital, ao aceitar a entrada de acompanhante:

- orientar para que a família dê oportunidade ao paciente escolher seus acompanhantes, sempre que possível;

- assegurar orientação geral e preparo específico para os que assumem as funções de acompanhante, tornando-o extensiva até mesmo aos visitantes, a fim de não cometerem abusos como: fumar no quarto do paciente, falar alto, falar sobre problemas domésticos ou de serviço, comentar sobre doenças graves, morte ou outras coisas desagradáveis que deixam o doente mais deprimido

Outras contribuições de diferentes pacientes dos grupos "A" e "B", no que concerne principalmente aos cuidados para não os prejudicar em relação ao sono, repouso, horário de refeições e higienização, foram acrescentadas:

#### GRUPO "A"

- Ficar em apartamento tem muitas vantagens, principalmente porque a gente pode ter acompanhante, mas também tem o inconveniente de não se ter disciplinado o horário das visitas sociais, as quais podem ocorrer a qualquer hora, não sendo, portanto, respeitados os horários de higienização, refeições ou repouso do doente.

#### GRUPO "B"

- Eu sei que há doente que precisa muito de acompanhante, mas às vezes incomodam o outro doente vizinho ao ficarem conversando, com luz acesa ou fazendo barulho. Outras vezes, vêm mulheres ficar de acompanhante no quarto dos homens e a gente fica sem privacidade.

## O "acompanhar do ponto de vista da equipe hospitalar

Os depoimentos da equipe hospitalar\* quanto à presença do acompanhante nas unidades de internação abordam os seguintes aspectos: significado da presença do acompanhante, imagem do acompanhante, papel ou função do acompanhante, preparo e orientação do acompanhante, relacionamento interpessoal equipe-acompanhante e fatores que interferem no relacionamento, sentimentos, expectativas e queixas da equipe hospitalar.

Comentando sobre o significado da presença do acompanhante nas unidades de internação a equipe hospitalar faz referência aos vários elementos que participam diretamente do processo de hospitalização do paciente, ou seja, o próprio paciente, o acompanhante, e equipe de saúde, argumentando que, para cada um ele representa algo diferente, e justificam com alguns exemplos:

*"Para o paciente, ter alguém exclusivamente ao seu dispor, nada melhor; mas para a equipe, é um problema a mais, com a superpopulação nas enfermarias e mais alguém dependendo de nossa já escassa disponibilidade para orientação e supervisão".*

O papel\*\* do acompanhante hospitalar do paciente adulto no Hospital em estudo, varia segundo a unidade de internação, onde este se encontra, isto é, em setor particular ou previdenciário. Segundo o Chefe da Subdivisão de Enfermagem, faz parte de suas próximas metas de trabalho, uma atualização da norma que

---

\*Como equipe hospitalar, consideramos além dos profissionais de nível universitário da área de saúde e administração, as categorias de nível técnico, médio e elementar que integram a equipe de enfermagem hospitalar.

\*\*Entende-se aqui, por papel, as funções ou atividades desenvolvidas pelo acompanhante.

trata das funções do acompanhante na unidade previdenciária e definição do papel dos que vão para as unidades particulares.

Alguns profissionais argumentam que é dispensável a determinação das funções do acompanhante particular, considerando que, ao contrário dos previdenciários, estes já pagam para não se preocuparem com a execução dos cuidados do paciente. Um exemplo dos depoimentos da equipe nesse sentido é o seguinte:

*- Entendo que o acompanhante particular não tem obrigação nenhuma de ajudar a enfermagem a cuidar do paciente, pois ele não assume nenhum compromisso nesse sentido, o previdenciário sim, é aceito com esta condição, isto é, para colaborar nos cuidados do paciente. Só que depois de estarem aqui, alguns não querem ajudar em nada, ficam chamando a enfermagem para as coisas mais simples, como colocar ou retirar uma comadre.*

O agrupamento dos dados obtidos nas entrevistas com a equipe de saúde, dão uma idéia geral sobre o papel do previdenciário, além de contribuírem com outras informações, destacando algumas características a estes atribuídas, as quais foram categorizadas conforme o aspecto abordado, resultando no seguinte perfil:

#### Acompanhante dos pacientes particulares

*- Nível social, intelectual e educacional é geralmente elevado, propiciando-lhes melhor compreensão das coisas;*

*- São exigentes e alguns intransigentes, acham-se com o direito de dar ordens, alguns tratam o pessoal auxiliar como se fossem escravos;*

*- Fazem muitas cobranças à enfermagem, mas até certo ponto eles têm razão, porque só assim suas solicitações serão atendidas conforme desejam;*

*- Estão sempre atentos às ocorrências; querem saber tudo, quem somos, o que vamos fazer com o paciente e o que setem previsto para os horários seguintes.*

## Acompanhantes dos pacientes previdenciários

- *Pessoas simples, humildes, carentes, de baixo nível sócio-educacional, não sabem pedir ou agradecer;*
- *Ajudam a realizar os cuidados do paciente, mas também solicitam muito da enfermagem;*
- *Muito importante para o paciente porque terá quem lute por ele, para pedir, reclamar, exigir, cobrar uma assistência adequada, do contrário ninguém se incomoda;*
- *São curiosos, gostam de passear, pelas enfermarias, estão sempre especulando tudo por todo o Hospital.*

Comentando com alguns enfermeiros das unidades de internações sobre esta visão da equipe de saúde, estes não só corroboraram com o perfil por ela traçado, como acrescentaram a sua opinião de que os particulares costumam apresentar rejeição em participar formalmente dos cuidados do paciente conforme desejariam orientá-los. E que os acompanhantes dos pacientes previdenciários, com honrosas exceções, são "preguiçosos e indisciplinados".

Este posicionamento da equipe condiz com as declarações do Diretor Administrativo, ao externar sua opinião:

*Acho que o acompanhante particular só traz benefícios para o doente, que recebe a sua ajuda; a equipe também pode receber muita colaboração na assistência ao doente. E o Hospital, por sua vez, adquire algum lucro com a cobrança de suas diárias, ao mesmo tempo em que se torna mais conhecido na comunidade. Em relação ao previdenciário, tem sido um problema, porque são muitas as solicitações e o Hospital não tem infra-estrutura para recebê-los. Além do mais, estamos empenhados em colaborar para diminuir a superpopulação nas Unidades de Internações.*

De uma forma ou outra, todos demonstram reconhecer a importância de o paciente ser acompanhado por um familiar, assim

como os seus benefícios para o próprio acompanhante. No entanto, percebe-se uma tendência destes em ressaltar as dificuldades para garantir-lhes este direito, principalmente em relação aos previdenciários, em detrimento dos benefícios que possam advir para o paciente e família. Tentando justificar o seu posicionamento, uma enfermeira assim se expressou:

*- São inegáveis as vantagens do paciente ter acompanhante; ao mesmo tempo, a presença deste na unidade de internação traz tantas inconveniências que anulam em parte as vantagens. Isto porque contribuem para aumentar a super-população nas Unidades de Internações, a sujeira no quarto do paciente, a infecção hospitalar, os gastos com roupa, água e alimentação, assim como o volume de trabalho para a enfermagem.*

A imagem do acompanhante formulada pela equipe reflete as diferenças existentes entre os grupos de acompanhantes de pacientes particulares e previdenciários. Foi a equipe de enfermagem que contribuiu com maior número de informações nesse sentido:

*- A presença de um familiar pode ser importante para manutenção da identidade pessoal do paciente e pode até contribuir para sua maior segurança, dependendo do nível de compreensão e equilíbrio emocional de quem acompanha. Mas para o médico é mais problema do que ajuda, devido às suas interferências em nosso trabalho.*

*- O acompanhante pode colaborar para maior tranquilidade do paciente, mas também pode atrapalhar o trabalho da enfermagem, se for uma pessoa nervosa ou indisciplinada.*

*- Não há paciente que não queira ser acompanhado e mesmo se queixando de cansaço ao ficar muito tempo com o paciente, os acompanhantes não gostam de se afastar da enfermaria. Alguns dão muito em cima da enfermagem, investigando e controlando o nosso trabalho.*

*- É uma boa o paciente ter seu acompanhante, é sinal que não lhe faltará nada porque, além de ajudar, ele também cobra o que precisa para o paciente.*

Vista por este prisma, a imagem do acompanhante por eles projetada é constituída de vantagens e problemas, cujos benefícios maiores são para o paciente, além de corresponder a um desejo de seus familiares. Em outras palavras, toda a equipe reconhece que a presença do acompanhante resulta em benefícios para o paciente, embora alguns façam ressalvas ou coloquem tais vantagens sob condições. Outros enfatizam mais os problemas de ordem técnica, psicológica, ou disciplinar decorrentes da presença do acompanhante, que, segundo eles, afetam o seu trabalho de alguma forma.

Ao mencionar as funções que, na sua opinião, deviam fazer parte do papel do acompanhante, alguns membros da equipe de saúde fazem referência a uma série de atividades mais ou menos compatíveis com as citadas pelos próprios acompanhantes. Elas divergem apenas em algumas questões relativas à delegação de cuidados gerais nas eliminações e higienização do paciente e do ambiente, além de certos cuidados específicos como medir diurese, coletar material para fezes, urina e alimentação por sonda, os quais comumente não são referidos como atividades delegadas aos acompanhantes. Observa-se, no entanto, que alguns (esposas ou mães), inclusive do grupo "A", tomam a iniciativa de assumir espontaneamente tais cuidados, argumentando que "não dá para ficar na dependência do pessoal do serviço que é pouco", ou porque acham "melhor do que ficar sem ter o que fazer".

A equipe de saúde demonstra reconhecer que o acompanhante realiza cuidados gerais e específicos no atendimento às necessidades do paciente. Entre os cuidados gerais, é citada a ajuda ao paciente nas seguintes situações: "mudança de decúbito, passagem da cama para cadeira e vice-versa, realização de exercícios ativos e passivos, deambulação, alimentação, banho no

chuveiro, troca de roupa pessoal e de cama". Um outro tipo de cuidado geral é o de assegurar ao paciente vigilância contínua, apoio moral, psicológico, servir de vínculo familiar e intercâmbio de comunicação entre paciente e equipe.

No que se refere aos cuidados específicos referentes ao tratamento do paciente que podem ser prestados pelo acompanhante, conforme opinião da equipe, foram citados: "ajudar o paciente a tomar a medicação oral, a usar medicação tópica (pomadas, colírios), controlar a manutenção e funcionamento de sondas, controlar infusões venosas quanto ao gotejamento e cuidados para não sair da veia, controlar jejum ou dieta e prevenir acidentes, como quedas, retirada de curativos, sondas ou soros.

A diferenciação de expectativas da equipe em relação aos papéis do acompanhante do paciente particular e previdenciário revela uma filosofia de trabalho que distingue direitos e deveres de ambos, segundo sua condição de pagantes e não pagantes. Enquanto permitem, por exemplo, que os primeiros ajam livremente participando dos cuidados do paciente se assim desejarem e quando desejarem, os últimos são cobrados pelo cumprimento de tarefas pré-determinadas em norma interna do serviço de enfermagem. Com esse espírito de trabalho, uns criticam, outros os elogiam pelo desempenho do seu papel, segundo seu status de particular ou previdenciário. Exemplo:

*- A acompanhante do apartamento três é maravilhosa! Só chama a gente para os problemas que ela não consegue resolver; até o banho do paciente, quando o encarregado chega lá, ela já realizou.*

*- Não sou contra o acompanhante previdenciário, mas se ele não se dispõe a ajudar nos cuidados do paciente, não tem por que estar aqui. Já tem gente de mais; é melhor que fique em casa, pelo menos não estará criando problemas para enfermagem.*

Em um dos nossos retornos para discutir com os representantes da Subdivisão de Enfermagem (chefe e sub-chefe), sobre os resultados da análise parcial dos dados, questionamos sobre o hábito de a equipe delegar muitos dos cuidados do paciente sob sua responsabilidade, ao acompanhante, sem uma orientação ou preparo prévio adequado, tendo estes justificado:

*- Já foi determinado (em reunião) que o papel do acompanhante é colaborar na execução dos cuidados do paciente, mas não assumi-los; se isto está acontecendo é por comodismo da equipe auxiliar que querem se aproveitar da presença do acompanhante para ajudá-la. Mas não têm condições de orientá-los para tal.*

Apesar da cobrança realizada pela equipe, quanto ao cumprimento de atividades delegadas (formal e informalmente) ao acompanhante hospitalar, não existe um programa de avaliação que permita estimar a amplitude do seu conhecimento em relação a problemática do paciente, nem uma proposta de apoio e orientação que vise a suprir suas carências e melhorar o desempenho do seu papel. Se algum profissional inclui em suas funções qualquer iniciativa dessa natureza, o faz de forma isolada e por conta própria, sem que o acompanhante esteja devidamente informado sobre a pessoa a quem poderá recorrer, em caso de necessidade de orientação. Ao abordar esta questão inicialmente com os enfermeiros das Unidades de Internações particulares, os mesmos comentaram:

*- Este é um problema crônico, para o qual não temos encontrado solução, e que se deve principalmente à dificuldade de envolver todos os acompanhantes numa sistemática de orientação programada, visto que eles se revezam muito; cada vez que você entra em um apartamento, encontra caras novas.*

*- Os acompanhantes particulares, com raras exceções, acham, que, pelo fato de estarem pagando, não devem fa*

*zer nada. Pelo contrário, querem também ser servidos, daí a dificuldade em estimulá-los a participar dos cuidados do paciente, sob nossa orientação. Apenas aos familiares que demonstram interesse em se inteirar sobre os cuidados do paciente, visando a sua continuidade após alta hospitalar, oferecemos todo apoio e a orientação necessária.*

Quanto ao acompanhante previdenciário, os enfermeiros das várias unidades de internações, garantem que os orientam, por ocasião do fornecimento de formulário de autorização para acompanhante. Nesta oportunidade, explicam sobre o que se espera dele em termos de ajuda nos cuidados do paciente e qual deve ser sua conduta segundo as normas vigentes do hospital. Orientações subseqüentes são dadas só em casos de pacientes com problemas de dependência em cujos cuidados o acompanhante pode dar sua contribuição. Como exemplo, cita-se o pós-operatório de cirurgias de grande porte, problemas crônicos como Acidente Vascular Cerebral e Diabetes, entre outros. Mesmo nestes casos, observou-se que não são considerados os conhecimentos prévios do acompanhante resultantes de experiências anteriores; oferecem suas orientações sem a preocupação de se informarem sobre o que este já sabe em torno do assunto.

Segundo os Diretores Técnicos e Administrativos, são os enfermeiros os mais indicados para orientar os acompanhantes, considerando que:

*o pessoal auxiliar de enfermagem apresenta muita dificuldade nesse sentido, além da tendência a distorcer as informações.*

A autorização de acompanhante assinada pelo enfermeiro, pode, eventualmente, ser entregue pelo auxiliar ou técnico. Ao segui-los por ocasião da entrega da referida autorização, observou-se que a questão dos pré-requisitos, condições de acomoda-

ção oferecidas pelo Hospital ao acompanhante, nas unidades de internações previdenciárias, e exigências disciplinares são os aspectos mais enfatizados pelo enfermeiro e/ou auxiliares e técnicos de enfermagem. Na prática, parece que ninguém se preocupa ou tem tempo de dar atenção ao acompanhante. Todos do grupo de enfermagem estão preocupados com os pacientes, ao ponto de esquecerem que os acompanhantes, assim como os pacientes, também sofrem tensões e angústia.

O tipo de relacionamento entre a equipe e o acompanhante varia em função da frequência, durabilidade, e profundidade dos contatos interpessoais mantidos. O pessoal de enfermagem, pela própria natureza de seu trabalho mantém com estes contatos mais próximos e duradouros. Talvez por isto, alguns enfermeiros tenham insinuado ser a enfermagem a categoria profissional mais vulnerável aos problemas de relacionamento pessoal com o acompanhante. Nesse sentido, o chefe e subchefe da subdivisão de enfermagem respectivamente, declaram:

*- Com os pacientes não temos problemas em nos relacionar; o ponto nevrálgico refere-se aos seus familiares que geralmente agem sob emoção, em consequência dos transtornos causados pela própria doença e hospitalização de um membro da família; daí não compreendem porque agimos racionalmente.*

*- Alguns acompanhantes são compreensivos e colaboradores, contribuindo de maneira decisiva para a recuperação do paciente. Outros, porém, têm predisposição para se estressarem e estressar o paciente, chegando, em alguns casos, a tumultuar o ambiente.*

Há, no entanto, os que negam a existência de obstáculos em seu relacionamento com o acompanhante, insistindo em afirmar que suas relações são "harmoniosas" e, portanto, "satisfatórias". A exemplo disso, uma auxiliar de enfermagem declarou:

- Acho que os acompanhantes aqui não têm muito do que se queixarem, a maioria mantém um ótimo relacionamento com a enfermagem, muitos até procuram manifestar isto de forma material, oferecendo-nos presentes de flores, tortas, ou lembrancinhas mais personalizadas.

Na Clínica Cirúrgica, um enfermeiro chama atenção para as diferenças individuais no relacionamento entre a equipe e o acompanhante:

- É muito relativa esta questão do relacionamento pessoal com o acompanhante, pois alguns são delicados e gentis, contribuindo para uma relação cordial, enquanto outros mostram-se intratáveis, dada a sua grosseira e agressividade com aqueles que trabalham mais próximo deles, como o pessoal de enfermagem resultando, portanto, um relacionamento conflitante.

Na opinião de um enfermeiro chefe de unidade, o relacionamento enfermagem e acompanhante nas Unidades de Internações particulares é considerado mais amistoso. No entanto o classifica como:

- Superficial e influenciado pelas exigências do acompanhante, o qual conta com o apoio da direção do Hospital diante de qualquer reclamação. Esta constitui uma das razões da equipe de enfermagem atendê-los bem neste setor, sob pena de ter o seu nome incluído entre as queixas levadas à direção pelos particulares insatisfeitos com o tratamento que lhes é oferecido.

Um técnico de enfermagem com vasta experiência de trabalho nos setores particulares e previdenciários, declarou:

- Temos até medo quando percebemos que os problemas de um paciente particular são mal resolvidos ou não resolvidos, porque a família tende a descarregar suas frustrações na enfermagem, mesmo que esta não tenha culpa.

Embora alguns enfermeiros não aceitem que existam dife-

renças em seu relacionamento com o acompanhante, segundo o setor em que este se encontra, outros assumem tranquilamente o fato, como sendo uma decorrência do sistema de organização hospitalar em que vivem, no qual está inserida a divisão de paciente por classe sócio-econômica.

O pessoal médico, por sua vez, assume claramente as suas dificuldades em interagir com o acompanhante, alegando falta de tempo para uma maior aproximação com o mesmo. Nesse sentido, o médico Coordenador da comissão de controle de infecção hospitalar declarou:

*- Questiono até que ponto a equipe de saúde, na qual me incluo, encontra-se preparada para enfrentar o desafio de uma relação mais profunda com os familiares do paciente. Daí a preferência por uma postura mais técnica (formal e distante), como uma forma de fugir ao difícil relacionamento face a face.*

Segundo os informantes, vários são os fatores que interferem em seu relacionamento com o acompanhante. Entre estes, inclui-se: os administrativos, cuja organização rígida são desfavoráveis, as condições inadequadas de infra-estrutura em que o acompanhante desempenha suas funções, nível sócio-educacional do acompanhante e quadro clínico do paciente. Para o pessoal de enfermagem, o número de leitos por Unidade de Internação foi enfatizado como um dos fatores influentes em seu relacionamento com o acompanhante previdenciário. Tomando por base o que ocorre no setor particular, cujo limite máximo de leitos é de 16 por Unidade, os previdenciários estão em desvantagem, pois chegam a 36 leitos. Isto contribui, segundo eles, para maior dificuldade de relacionamento interpessoal com o paciente e seus familiares, exigindo que os funcionários se desdobrem para dar atenção a todos.

As condições de infra-estrutura em que o acompanhante do paciente particular desenvolve suas atividades são consideradas satisfatórias não só pelos enfermeiros, como pelos próprios acompanhantes. Isto porque cada um dispõe do mínimo indispensável para atender a suas necessidades individuais de sono, repouso, alimentação, comunicação, entre outros, enquanto os acompanhantes dos pacientes previdenciários não dispõem de iguais condições para o desempenho de seu papel, exercendo suas funções impulsionados pela necessidade afetiva de "estarem juntos" ao paciente, para ajudá-los enquanto hospitalizados.

A falta de condições de acomodação para os que permanecem por mais de 24 horas no setor previdenciário não tem sido considerada pela equipe como fator predisponente aos problemas de relacionamento entre si. No entanto, percebe-se a dificuldade de estes suportarem prolongados períodos de vigília com o paciente, sem que venham à tona suas reações naturais de exaustão, as quais são motivos de atritos entre equipe e acompanhante, por serem confundidas com atos de indisciplina do acompanhante, principalmente a divisão do leito com o paciente, ou a improvisação de cama no chão para seu descanso noturno. Uma enfermeira com experiência, também em atividades docentes, declara:

*Muitos acompanhantes não se queixam porque não sabem qual será a reação da pessoa acusada e temem represálias.*

O chefe do setor de educação em serviço parece expressar bem os sentimentos da equipe quando diz;

*- A situação do acompanhante nas Unidades de Internações previdenciárias é um arranjo autorizado pela Direção deste Hospital em que, apesar dos benefícios dela resultantes, principalmente para o paci-*

*ente, ocorre concomitantemente uma série de dificuldades, cujos meios para resolvê-los não dependem só da equipe, muito menos do acompanhante. Isto é muito desgastante para os enfermeiros, ter que conviver com tais problemas e nada poder fazer; daí a razão de alguns se mostrarem insensíveis ao que está ocorrendo neste sentido, ou ainda buscarem o caminho da fuga, por ser o mais cômodo.*

Percebe-se, também, que alguns enfermeiros, diante da impossibilidade de prevenir os problemas mais sérios de suas unidades, tentam, com soluções paliativas, minimizar a situação. Assim, por exemplo, solicitam ao serviço de Nutrição o fornecimento de refeições ("por baixo do pano") para os previdenciários que apresentam maiores dificuldades de conseguí-las fora do Hospital.

Na opinião de dois escriturários de Unidade de Internação, quanto mais elevado o nível sócio-econômico do acompanhante, maiores serão as atenções a ele dispensadas:

*- Veja, por exemplo, o que está ocorrendo no apartamento 741; parece que todas as atenções estão mobilizadas prioritariamente para aquele paciente, apesar do seu estado geral ser relativamente bom; só se justificando o fato pelo status que aquele paciente ocupa no Governo do Estado.*

Coincidentemente, este caso apontado como exemplo surgiu por ocasião de uma crise entre funcionalismo público e Governo Estadual, com ameaça de greve por questões de melhoria salarial. Isto, provavelmente, pode ter influenciado a relação da equipe com o paciente e seus familiares.

No setor previdenciário são freqüentes as queixas da enfermagem quanto ao "baixo nível educacional" dos acompanhantes, argumentando que isto dificulta qualquer esforço para melhorar suas relações interpessoais. Mas há também os que dizem preferir trabalhar com esse grupo, por serem pessoas "humildes, sim-

ples e carentes".

O diagnóstico, estado geral do paciente e seu prognóstico, são os três fatores citados pelos informantes como variáveis importantes no relacionamento equipe-acompanhante. Quando se trata de uma doença grave, cujos riscos e conseqüências o acompanhante tem consciência, o seu relacionamento com a equipe torna-se mais vulnerável. Qualquer indisposição entre estes pode resultar em conflitos. Um enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva acha que:

*- A hipersensibilidade dos familiares de pacientes graves, particulares ou previdenciários, é muito sintomática de quem está com problemas de consciência, por alguma negligência ou omissão de sua parte em relação ao atendimento preventivo à problemática do paciente.*

Da mesma forma que as doenças graves, o estado geral do paciente, quando se complica, pode gerar dificuldades no relacionamento equipe e acompanhante, "a menos que seja oferecida uma boa assistência psicológica ao acompanhante, condição pouco provável de ser efetivada", sustenta um dos enfermeiros informantes:

*- Não estamos preparados para atender a família do paciente, já vivenciei casos dramáticos em que não encontrei outra alternativa, senão a fuga. E isto não acontece só comigo, mas também com outros profissionais, principalmente o médico.*

Quanto ao prognóstico, depende do conhecimento do acompanhante sobre as conseqüências que a doença pode provocar no paciente, suas chances de sobrevivência e recuperação. As doenças súbitas, cardíacas e qualquer das formas de câncer, na opinião de um médico residente, provocam no acompanhante um estado de tensão e estresse emocional, variável com a estrutura psíquica

de cada um, interferindo, portanto, no relacionamento equipe e acompanhante.

Outro aspecto a ser considerado no relacionamento refere-se aos padrões de comportamento exigidos do acompanhante, os quais não condizem com as condições que lhe são oferecidas, em termos materiais e, principalmente, de apoio e orientação, sendo o acompanhante previdenciário o mais prejudicado neste sentido.

Abordar a questão do acompanhante e seu relacionamento com a equipe de saúde parece estimulá-los a falar de problemas pertinentes ao seu dia-a-dia no trabalho. Visando a retratar o posicionamento de cada grupo profissional a este respeito, foram selecionadas as seguintes declarações:

#### Médico

*- A presença de um familiar, em determinados momentos, é muito importante para o paciente e para a equipe, pois ele pode complementar algumas informações básicas sobre o paciente, além de ajudá-lo no atendimento de suas necessidades. Isto se forem pessoas bem informadas e equilibradas, do contrário, podem trazer sérios problemas, dando mais trabalho à equipe do que o próprio paciente.*

#### Enfermeiro

*- Acompanhante é bom para o paciente que fica com uma pessoa em disponibilidade exclusiva para si; o que não é possível conseguir através da enfermagem, que tem todos os outros pacientes para cuidar. Mas, para a equipe, é mais um encargo, com a sua orientação e supervisão.*

#### Técnico de Enfermagem

*- A presença do acompanhante não deixa de ser uma dificuldade para enfermagem, porque eles interferem muito no trabalho da equipe, não querendo que se mexa com o paciente, com medo de que agente possa mal tratá-lo, ou mesmo rejeitando algum cuidado ou tratamento considerado penoso para o paciente, como aspiração de secreções ou realização de curativos dolorosos, entre outras.*

### Auxiliar de Enfermagem

- Quando o paciente tem acompanhante, ficamos geralmente mais despreocupados, porque sabemos que qualquer problema nos será comunicado.

### Atendente de Enfermagem

- Para nós, tanto faz o paciente ter ou não acompanhante, trabalhamos da mesma forma, pois, embora alguns ajudem, também fazem muita cobrança.

### Escriturário de Enfermagem

- Ao tomar conhecimento de que o Hospital tem abertura também para receber acompanhante previdenciário, é interessante como todos querem ter este direito. E quando se interna paciente ligado a algum funcionário, mesmo os que não eram a favor de acompanhante passam a lutar por esta oportunidade.

Mesmo diante de tais contradições face a presença do acompanhante nas Unidades de Internações, e apesar de consciente de que o Hospital não desenvolve nenhuma programação que promova a sua participação nas atividades de diagnóstico, tratamento, reabilitação, conforto e bem-estar do paciente, a equipe demonstra alimentar expectativas quanto à contribuição que o mesmo possa oferecer para uma assistência mais efetiva ao paciente. Existem também aqueles mais céticos, cujas declarações têm como base a ocorrência de problemas vivenciados neste sentido; exemplo:

- É desagradável lhe dizer, mas para ser honesta, não sou favorável a presença de acompanhante nas Unidades de Internações previdenciárias. Primeiro, porque o Hospital não dispõe de infra-estrutura adequada para isto, a não ser nas Unidades de Internações particulares. Segundo, porque a clientela pertencente ao grupo interessado é muito sem princípios de educação, de higiene e moral, por isso criam mais problemas do que ajudam. Se dependesse só de mim decidir sobre essa questão, suspenderia as autorizações para acompanhante previdenciário, somente os pacientes de apartamento teriam direito a acompanhante.

- Como em todas as camadas sociais, entre os acom-

panhantes particulares e previdenciários encontramos os que gostam de colaborar, indo até além do que se espera deles; outros são exigem e cobram atenção da equipe.

- Depende muito da formação educacional e sócio-cultural do indivíduo que acompanha as perspectivas de se obter deste uma colaboração efetiva na assistência ao paciente. Existem os que não ajudam, mas também não atrapalham, e os que têm um poder fantástico de perturbar o paciente e o nosso trabalho.

A equipe auxiliar de enfermagem tem diferentes expectativas a esse respeito, conforme a unidade onde trabalha. O grupo do setor particular, por exemplo, tem a seguinte opinião:

- Se os acompanhantes aqui fossem bem orientados, teriam condições de oferecer uma grande ajuda na assistência ao paciente.

Os que atuam no setor previdenciário parecem mais pessimistas ao declarar:

- O mínimo que se pode esperar do acompanhante é que ele atenda às solicitações do paciente e ajude na execução dos seus cuidados mais simples. No entanto, isto não tem ocorrido, com algumas exceções; eles deixam o paciente urinar na cama, por exemplo, enquanto vêm procurar alguém da enfermagem para servir a comadre ao paciente.

Entre eles, também encontram-se os que têm opiniões favoráveis, como sejam:

- Quando o acompanhante participa dos cuidados do paciente, este tende a se recuperar melhor e mais rápido.

- Alguns acompanhantes são maravilhosos, educados, compreensivos, colaboradores, ajudando até o paciente vizinho ou em outras áreas, como copa e limpeza.

Os Diretores Administrativo e Técnico, por sua vez, declararam-se desfavoráveis à autorização de acompanhantes previdenciários, tendo em vista que o Hospital deve funcionar como uma empresa que visa, também, a gerir recursos próprios. Nesse sentido, são os particulares lhes conferem lucros, provenientes das diárias que lhe são cobradas.

Estão, portanto, divididas as opiniões da equipe, no que tange à presença do acompanhante na Unidade de Internação. De um lado, os que se dizem favoráveis a sua integração à equipe de saúde, embora sob condições, destacando-se, principalmente, a sua colaboração nos cuidados do paciente e observância das normas disciplinares durante sua permanência no hospital; de outro, os que alegam que o "acompanhante atrapalha mais do que ajuda", portanto preferem evitar a sua presença em seus locais de trabalho. Existem ainda os que se dizem confusos, portanto sem condições de se pronunciarem a favor ou contra a presença do acompanhante em todas as unidades de internação. Neste clima de ambigüidade, registram-se as queixas oriundas das várias categorias de enfermagem, face a presença dos acompanhantes de ambos os grupos, "A" e "B", como sejam:

#### Particular

- Pelo fato de pagarem suas diárias no Hospital, querem desfrutar das mordomias de um Hotel; alguns deitam-se no divã e ligam a campainha até para pedir água para o paciente. (Enf.)

- Alguns acompanhantes acham-se com o direito de dar ordens, como se fôssemos seus empregados. E nós temos que dissimular e dispensar muita coisa, porque o funcionário nunca tem razão. (Téc. Enf.)

- Há casos de acompanhantes nervosos e agressivos, capazes de armar um escândalo por qualquer insatisfação. Há poucos dias quase me crucificaram porque

*pensaram que eu estava maltratando o paciente quando rasguei a camisa dele (que era fechada), para facilitar a saída. (Aux. Enf.)*

*- Só acho que são uma classe muito exigente, e querem ser atendidos nas mínimas coisas, ligam a campainha até para pedir para fechar ou abrir uma janela. (At. Enf.)*

### Previdenciário

*- Quando vêm solicitar autorização se dizem em condições de atender a todos os pré-requisitos exigidos e aceitarem todas as normas disciplinares. No entanto, com pouco tempo começam a se descompensar, criando sérios problemas para si e para a Instituição. (Enf.)*

*- Seu nível educacional não ajuda, pois são porcos e relaxados; cospem pelas janelas, sujando as paredes, veja como estão marcadas de cima até embaixo. Com raras exceções, o quarto onde tem acompanhante é mais sujo, tem cinzas e pontas de cigarro pelo chão, cascas de frutas nos cestos, farelos de biscoitos nas mesinhas etc., não há quem consiga controlar. (Téc. Enf.)*

*- O problema é que esses acompanhantes vêm pra ajudar nos cuidados do doente, mas quando chegam aqui não querem fazer nada; deixam o paciente e vão passear pelo Hospital ou vão dormir. Às vezes acontece de o soro sair da veia, ou o paciente retirar sondas e até cair da cama, e o acompanhante não toma conhecimento. (Aux. Enf.)*

*- Os acompanhantes que mais reclamam são os que menos ajudam. São os de posição social mais elevada, mas que não podem pagar um apartamento. Então ficam falando que estão pagando o Instituto para ser bem atendidos; não entendem que a gente tem todos os outros pacientes para cuidar. (At. Enf.)*

Especificamente em relação aos acompanhantes dos pacientes previdenciários, há queixas de ordem disciplinar, tais como:

*- Desrespeitam o horário de silêncio, ficam conversando alto, ligam o som, rádio ou TV em alto volume, perturbando os outros pacientes.*

*- Desobedecem às orientações dadas - dividindo o leito com o paciente, ou improvisando cama no chão*

para dormirem, ao invés de manter a vigilância do paciente. Utilizam roupa do Hospital para forrar o chão quando querem repousar ou dormir, são capazes de retirar até a coberta do paciente, caso não encontrem outra alternativa.

- Alteram o planejamento alimentar do paciente influenciando-os negativamente com seus tabus alimentares, burlando a dieta ou jejum do paciente; oferecendo alimentos contra-indicados ou fora do horário permitido. Outros dividem as refeições do paciente consigo e, às vezes, até com outros familiares que aparecem na hora.

- Interferem nas decisões da equipe de várias formas: alterando o gotejamento do soro para mais ou para menos, fazendo xérox da autorização de acompanhante para mais de um familiar utilizá-la ao mesmo tempo; burlando o controle de entrada na portaria, onde se identificam como acompanhantes das Unidades particulares, para os quais a entrada é livre.

- Quando insatisfeitos por algum motivo, tumultuam o ambiente e deixam o paciente sob tensão.

Existem também os de ordem moral:

- O uso de roupas consideradas impróprias para entrar em Hospital, tais como shorts, mini-saia e camisola transparente.

- Namoro do acompanhante com outras pessoas na Unidade de Internação provocando ciúmes no paciente e até prática de relação sexual entre acompanhante e paciente no próprio quarto, banheiro ou outras dependências da Unidade de Internação.

Diante de tais problemas, os enfermeiros alegam não ter como resolvê-los, utilizando como única alternativa, para os casos mais graves, a suspensão da autorização de acompanhante e, em última instância, a "alta administrativa" para o paciente. Contudo, uma medida dessa natureza implica outras dificuldades, argumentam os enfermeiros.

- A suspensão de um acompanhante constitui um problema muito delicado, porque o paciente tende a en-

*trar em depressão e a família geralmente não aceita a suspensão; relutam até as últimas conseqüências para permanecerem com o paciente. Já houve casos em que, para tirar o acompanhante (suspensão) da Unidade de Internação, tivemos que recorrer ao guarda de polícia do Hospital. Então questiona-se o que isso tudo representa para o paciente.*

Outra queixa procedente dos enfermeiros das unidades de internações refere-se às suas dificuldades em tomar decisões quanto à seleção dos pacientes previdenciários que poderão se beneficiar da autorização de acompanhante. E declaram:

*- Os pacientes e seus familiares, ao tomarem conhecimento desta concessão feita pelo hospital, todos se acham com o direito de consegui-la. Não entendem que isto só é permitido para os casos especiais e tentam nos pressionar de todas as formas para consegui-la, inclusive com ameaça de nos denunciarem para a Direção e até de solicitarem nossa demissão.*

Ainda com relação a esse aspecto, os enfermeiros também se queixam da falta de apoio por parte da direção do Hospital, de modo a lhes permitir um posicionamento condizente com os critérios pré-estabelecidos para esse fim. Daí os ressentimentos manifestados com as seguintes expressões:

*- Formalmente, cabe aos enfermeiros a difícil missão de selecionar e autorizar os casos de paciente que necessitam de acompanhante, mas há tanta interferência política, não apenas proveniente dos pacientes e seus familiares, como da parte dos médicos que também se acham com o direito de autorizar seus pacientes, quando isto lhes convém. E não admitem que seus interesses sejam contrariados, sob pena de se estabelecer o caos. Como não contamos com o apoio necessário da Direção nestes casos, não temos como nos impor diante das pressões e ameaças externas e internas.*

#### IV. ANÁLISE TEMÁTICA

Com base no modelo de análise foram identificados prioritariamente, três temas principais, permeando as taxionomias e os domínios, quais sejam: "estar junto", sentimento de "sofrimento" e "gratidão" marginalização e um sub-tema deste, a discriminação. Estes são analíticos, pois embora estejam presentes de forma tácita nos dados, não chegam a ser expressados pelos informantes.

"Estar junto" é um tema que permeia todos os dados obtidos nas entrevistas com os familiares dos pacientes internados nos setores particular e previdenciário, independentemente da classe social ou econômica a que pertencem. O familiar deseja "estar junto" por várias razões, entre elas a questão da afetividade familiar e a noção de que o paciente, ao internar-se, torna-se "frágil, indefeso e dependente". Isto o leva a insistir pela oportunidade de permanecer com o paciente enquanto hospitalizado.

Conforme comentário inicial, na área de saúde do adulto existe um vazio de conhecimentos a respeito de estudos sobre o interesse da família e pacientes estarem juntos, apenas a área materno-infantil progrediu nesse sentido, com seus trabalhos sobre a hospitalização da criança, onde os autores reconhecem e

defendem a importância da presença da mãe junto ao filho. Embora não utilizem estes mesmos termos "estar junto", AUFHAUSER (1977) refere a necessidade que a criança tem de aconchego, intimidade e relacionamento contínuo com seus pais. E MAHAFFY (1974) comenta sobre os benefícios para criança internada permanecer com a mãe, a fim de atenuar o impacto da separação dos pais e o sentimento de abandono.

A hospitalização tem sido amplamente discutida na literatura nacional e estrangeira como um "evento estressante", razão pela qual os familiares mais próximos ao paciente desejam e sentem a responsabilidade de estarem juntos ao paciente, desde o momento de sua admissão até a alta hospitalar (TESK, 1976), MACKENZIE (1982).

Partindo do princípio de que a equipe de saúde, por mais bem preparada que seja, não substitui os pais ausentes, ISSNER (1972), defende a necessidade da presença da mãe durante a hospitalização da criança, visando a prevenir uma ruptura em seu relacionamento, com reações indesejáveis. No seu entender, a equipe tem a função de desenvolver cuidados que requeiram preparo profissional e dar condições aos pais para assumirem a sua parte em relação aos cuidados da criança.

Com os pacientes adultos a situação não difere muito, pois, embora inconscientemente, o medo e as fantasias de crianças persistem em cada um, vindo à tona nos momentos de crise e ameaça ao seu eu existencial (REGGANINI, 1973), levando-os a reagir com insegurança e dependência. ORLANDO (1978) também afirma que as reações do adulto quando enfermo, não diferem muito da criança, requerendo proteção e ajuda de alguém de sua confiança, a fim de que possa se sentir mais seguro. E AMORIM (1979) declara que o homem, quando adoece, modifica a sua maneira de ser e utiliza

como recurso de contestação as mais diversas formas de comportamentos e atitudes, que podem incluir: agressividade, timidez, indiferença, regressão, excitação, rebeldia, ironia, entre outros. Com alguns pacientes participantes desse estudo, constatamos atitudes de regressão, como crises de choro, solicitação de comida na boca, embora estando sem problemas nas mãos, e exagerada dependência de outros, mesmo para coisas simples.

O acompanhante, foco principal desse estudo, acredita que sua presença garantirá ao paciente um relacionamento íntimo freqüente, face a face, contribuindo para diminuir sua ansiedade, além de transmitir-lhe a mensagem de que ele é amado e sua recuperação desejada pela família. Nesse clima de atenção, amizade, apoio e confinação, imaginam dar ao paciente sentido a sua vida e ânimo para superar suas dificuldades decorrentes da situação. Os familiares não percebem esta meta como algo que possa ser delegado aos profissionais da saúde, uma vez que o relacionamento destes com o paciente, na sua opinião, é essencialmente técnico distante e sem um envolvimento afetivo. Com base nos estudos de SANTOS et alii (1986), são pertinentes as queixas e receios manifestadas pelos familiares, ao afirmarem que o paciente apresenta uma carência afetiva muito grande, decorrente de seu afastamento familiar, de seu contato com pessoas estranhas, pelo sofrimento imposto por seu estado patológico e pelo fato de enfrentar o ambiente hospitalar, cujo significado possui conotação negativa. Ainda segundo os referidos autores, o enfermeiro deveria, através de seu relacionamento com o paciente, suplantar em parte esta carência, no entanto seus encargos de coordenação da assistência de enfermagem e atividades administrativas o impedem de envolver-se diretamente com o paciente e seus problemas. De acordo com MAHAFFY (1974), o paciente carece da atenção e cuidados dos dois, familiar e enfermeiro, pois

cada um tem o seu papel específico junto ao mesmo. E HENSE (1986) afirma que a ausência da família, quando o paciente vai operar-se, é motivo de tristeza para este, mesmo nos casos em que existe justificativa para isto.

O desejo de "estar junto" também corresponde a uma necessidade de manter vigilância e controle da assistência prestada ao paciente. Com isso visam a assegurar que o paciente seja prontamente atendidos em suas necessidades relativas ao conforto, segurança e tratamento indicado, evitando dessa forma que o mesmo sofra "privações", ou outros problemas resultantes da negligência ou omissão do pessoal em serviço. Preocupados com o tipo de interpretação que o pessoal da equipe possa dar às suas intenções nesse sentido, alguns familiares justificam que seu objetivo não é "fiscalizar ou interferir no trabalho da equipe", mas "acompanhar de perto o que ocorre com o paciente e tomar providências para que nada lhe falte". As "providências" a que se refere pode resultar em: maior demanda das solicitações à equipe, de medidas relativas aos cuidados do paciente, ou na contratação de pessoal de enfermagem particular (a nível médio) para colaborar na assistência ao paciente, caso se encontre em apartamento particular, ou mesmo em assumir pessoalmente, na condição de acompanhante, os cuidados do paciente, caso esteja no setor previdenciário. É no setor particular que surgem com mais frequência as reivindicações de cuidados suplementares (não previstos), ou a cobrança do cumprimento do horário de cuidados de rotina.

A literatura não especifica este tipo de necessidade do acompanhante, de "estar junto", contudo faz referência às queixas da equipe quanto à interferência dos familiares em seu trabalho. TESCK (1976) comenta em seu estudo que alguns profissionais argumentam que a presença demorada de familiares na unida

de de internação interfere no serviço médico e de enfermagem. ALVES (1965) declara que nem todos os familiares encontram-se preparados para ajudar o paciente e que muitas vezes, apesar das boas intenções, podem falhar, por "ignorância ou por falta de orientação". Por outro lado, a percepção dos familiares do paciente internado de que a assistência prestada ao paciente deixa a desejar tem respaldo no estudo de SILVA (1979), quando afirma que "o enfermo é colocado numa cama em ambiente estranho, sem parentes ou amigos, sem companheiro de quarto ou sem ter sido a ele apresentado, muitas vezes sem saber usar a campainha, sem saber o nome de alguém a quem chamar, ou a quem se dirigir quando precisar". Tal percepção pode estar relacionada com a necessidade de "controle e vigilância" manifestada pelo acompanhante.

A prevenção de riscos e acidentes é outra razão para "estar junto". Chega a despertar uma grande preocupação no acompanhante, ao ponto de alguns não quererem se afastar do leito do paciente por um só instante, temendo que este possa sofrer "quedas, desmaios, crises de dores, retirada do soro, sondas ou curativos" ou outros problemas inesperados que possam agravar o processo saúde-doença do paciente que já está comprometido pela afecção que o levou a hospitalizar-se. De acordo com BIANCHI et alii (1986), os riscos que podem acarretar agravos à saúde dos pacientes hospitalizados estão ligados a alguns fatores intrínsecos à pessoa ou ao meio - compreendendo o ambiente físico, material, equipamento e pessoal. O acompanhante não tem uma conscientização de como isto ocorre, sendo que ele próprio pode ser um risco em potencial para o paciente, quando não orientado adequadamente; insiste, então, por uma oportunidade de permanecer junto ao paciente, com a convicção de que poderá contribuir

para evitar a ocorrência de riscos e acidentes com o paciente, nas situações acima.

A necessidade de se manter informado quanto ao diagnóstico e tratamento previsto para o paciente e, ao mesmo tempo, oferecer à equipe, informações resultantes de suas observações sobre a situação do paciente, assim como ser seu porta-voz e defender os interesses do mesmo são também razões alegadas pelos familiares para "estar junto" ao paciente internado. Isto demonstra o interesse desse grupo em participar do processo de comunicação, envolvendo o paciente e equipe hospitalar, por entenderem que a sua intermediação nesse processo é fundamental para que o paciente seja bem assistido. No entanto, a pouca receptividade da equipe e o tipo de relacionamento pessoal equipe-familiar não favorecem o alcance desta meta conforme desejam. CARNEIRO (1983), em seu estudo sobre comunicação, observou que o enfermeiro só se aproximava do leito do paciente quando era solicitado ou para executar procedimentos técnicos assistenciais, independentemente estarem ou não ocupados com outros pacientes. Isto torna-se mais incongruente, quando da constatação de que, quanto mais elevado o status do profissional, maiores as dificuldades de este se relacionar com o paciente e família, "tornando-se incapaz de uma aproximação ou de um sorriso" (SARANO, 1978). KRON (1978) afirma que a habilidade do enfermeiro em comunicar-se com o paciente e família dependerá o sucesso ou falha na interação enfermeiro-cliente e família e que um dos mais sérios problemas da enfermagem é a "inabilidade" do pessoal em compreender as idéias, sentimentos e atitudes do paciente.

Como uma razão maior para "estar junto" ao paciente internado, os familiares referem-se à necessidade de complementação da assistência oferecida ao paciente pela equipe. A idéia parte

inicialmente da noção de que o cuidado da pessoa enferma, independentemente da idade, é responsabilidade da família. Por outro lado, a questão afetiva e a constatação de que a assistência oferecida pela equipe é precária, devido à carência de pessoal necessário para atender a grande demanda de trabalho, os levam a uma auto-motivação para colaborar com a equipe e com o paciente na execução de seus cuidados relativos a: higiene individual, alimentação, exercícios e repouso, tratamento e controle do estado do paciente e promoção de seu conforto e bem-estar. Segundo ELDAR & ELDAR (1984), o envolvimento dos familiares e preocupação com o paciente internado é um hábito comum nos países em desenvolvimento, como o Brasil, diferente dos países desenvolvidos, onde as famílias transferem toda a responsabilidade do cuidado da pessoa enferma para os profissionais da saúde.

A imagem negativa que muitos têm sobre os hospitais, só recorrendo a este como último recurso para evitar a morte, também contribui para insegurança do paciente e família, reforçando a necessidade de estarem juntos.

A necessidade de "estar junto" é recíproca entre acompanhantes e pacientes. Segundo REGEANINI (1973), isto é próprio de culturas onde o indivíduo é mais dependente da família, nas instituições de saúde onde os recursos humanos e materiais são insuficientes em qualidade e quantidade, não inspirando, portanto, a confiança e segurança físico-emocional necessárias ao paciente e família. Por essa razão alguns pacientes chegam a apresentar como condição para interna-se a permanência de um familiar como acompanhante. Os pacientes, de um modo geral, demonstram reconhecer a importância do acompanhante como elemento de apoio, de localização e segurança. Além disso, reconhecem a contribuição deste, para que sua adaptação se processe de forma

mais rápida e menos sofrida. Reforçam, ainda, a necessidade de ajuda em seus cuidados, especialmente os de vigilância e controle, que exigem presença contínua, assim como aqueles considerados mais íntimos como: higienizar-se, trocar peças íntimas (calcinhas ou cuecas), cuidados com próteses, massagem de conforto, entre outros, e cuidados ligados aos aspectos psicossócio-espirituais: distrações com leituras, conversação, programas de rádio ou TV, recepção de visitas e realização de orações. Desta forma, paciente e acompanhante compartilham circunstâncias, crenças, valores e têm expectativas em comum. Validando o exposto, GARTON (1979) afirma que a presença de um familiar junto ao paciente hospitalizado contribui para que o ambiente se torne menos hostil para ambos, paciente e acompanhante, além de contribuir para que o tempo passe de uma forma mais rápida e agradável. O sentimento de incerteza quanto ao prognóstico do paciente contribui para aumentar os laços afetivos entre estes. Para o paciente a fase de transição de sua casa para o hospital e vice-versa é consideravelmente facilitado, se ele não for isolado da família durante o seu tratamento (ELDAR & ELDAR, 1984). A família, por sua vez, terá mais facilidade em ajudar o paciente, após alta hospitalar, se tiver participado de seus cuidados enquanto hospitalizado. FAGIM (1962) diz que os pais, quando devidamente orientados, podem auxiliar na prestação de cuidados aos seus filhos, permitindo aos enfermeiros se dedicarem aos cuidados de outras crianças mais carentes de assistência. AQUINO (1984) afirma que a efetiva participação da família no difícil processo de assistência à saúde contribui para o restabelecimento precoce do paciente.

O segundo tema que surge dos dados, refere-se a um misto de sentimentos de "sofrimento e gratificação pessoal" vivenciado

pelo acompanhante. Embora essa questão se configure como um tema, porque apresenta características específicas, ela está relacionada não só com o tema anterior, "estar junto", pois esses sentimentos resultam da convivência entre acompanhante e familiar internado, como também com o tema posterior, a marginalização, pois a existência desse problema contribui para aumentar o sofrimento do acompanhante.

O acompanhar, portanto, reflete as duas faces de uma mesma moeda. Isto é, de um lado, sofrem ao enfrentar as adversidades do ambiente hospitalar, o medo e a incerteza do que poderá acontecer com a paciente e consigo mesma. A decisão de acompanhar um familiar que se hospitaliza corresponde a um momento difícil, que se caracteriza por nervosismo e preocupação (HENSE, 1986). Quando a internação ocorre de urgência ou quando o paciente tem o seu estado agravado, o acompanhante tende a se desestruturar emocionalmente, chegando alguns a entrar em pânico. Buscam, então, apoio junto aos demais familiares e equipe ou entre os companheiros de unidade de internação. Contudo, a sua preocupação em não deixar transparecer esse sentimento para o paciente os levam a se esforçar para adquirirem auto-controle. O bem-estar do paciente é colocado em primeiro plano pela maioria dos que o acompanham. Isto pode ser constatado à medida que se observa cada um procurando superar sua falta de conforto, de apoio e de orientação por parte da equipe, além da falta de experiência de alguns em lidar com pessoas enfermas, e em circunstâncias que não lhe são familiares.

A idéia de deixar um parente em um ambiente estranho e ameaçador, onde o mesmo corre risco de vida, constitui um grande sofrimento para a maioria. Ainda segundo HENSE (1986), os momentos que antecedem uma cirurgia são dramáticos para a família do

paciente, às vezes alguns não suportam o alto nível de estresse e saem do hospital. Quando o paciente ou familiar tem amizade com alguma pessoa da equipe hospitalar, o seu sofrimento tende a ser atenuado. A doença e hospitalização de um familiar causam transtornos em toda a família, no entanto, aquele que assume o papel de acompanhante tem agravado o seu sofrimento com os desgastes físicos e emocionais a que são expostos, isto é, devido aos longos períodos em que ficam em atividade, atendendo o paciente em seus cuidados, sem descanso ou sem revezamento com outros familiares e, ao mesmo tempo, compartilhando as dores e angústias do paciente, especialmente quando este tem o seu quadro clínico agravado.

O relacionamento equipe-acompanhante, caracterizado como "frio e indiferente", também é considerado uma das causas de sofrimento do acompanhante, pois estes são vistos, com algumas exceções, como pessoas que perturbam e incomodam. SARANO (1978) comenta sobre o despreparo da equipe para encarar as "ciladas" de uma relação pessoal, levando seus integrantes a abreviarem sua relação com o paciente e/ou família. Como uma atitude de auto-defesa, consciente ou não, a equipe prefere esconder-se atrás de seu profissionalismo. FAGIM (1962) já afirmava que os pais eram vistos mais como "inimigos" do hospital e da própria criança do que como parte integrante da criança. Mesmo os que reconhecem e valorizam a presença do familiar como um fator positivo do paciente internado, deparam-se com dificuldades relativas à adoção de teorias administrativas autocráticas e bloqueadoras de uma assistência humanitária ao paciente e família, através da manutenção do seu vínculo familiar e afetivo, com sérias repercussões para o binômio paciente-família.

Além disso, os que ficam no setor previdenciário sofrem ao

serem cobrados por tarefas para as quais não foram devidamente preparados. ROY (1968) faz referência ao "dilema" sofrido pelas mães, por não saber como cuidar dos filhos, já que eram acostumadas a cuidar da criança em situação normal. Agora que esta se encontra hospitalizada, com suas atividades dirigidas por normas e rotinas que não lhe são nada familiares, sentem suas ações dificultadas. O pessoal da equipe não ajuda os pais a discernir quanto ao papel que lhes cabe desempenhar no hospital, enquanto acompanhantes, acrescenta a autora. Com o familiar do paciente adulto, esta situação se repete, dessa forma os acompanhantes sentem-se praticamente abandonados e confusos, não encontrando na equipe o seu ponto de apoio. Isto, para alguns, pode parecer natural, considerando que o pessoal se encontra tão ocupado com a problemática dos pacientes que não lhes sobra tempo para dar atenção aos familiares. Outros, porém, manifestam sua decepção e revolta com o desprezo da equipe, especialmente os que permanecem no setor previdenciário.

A outra face da moeda corresponde ao sentimento de gratificação pessoal, que é explicado não só pelo prazer de estar junto ao paciente, mas principalmente pela oportunidade de ser-lhe útil, de transmitir-lhe "energias positivas", de ajudá-lo a superar suas limitações físicas e emocionais, assim como pela satisfação de sentir que o paciente o percebe como a sua fonte de segurança e tranquilidade e, também, pela alegria de partilhar com o paciente as suas melhoras e restabelecimento. As afirmações de AQUINO (1984) e ORO (1979), de que os familiares estão sujeitos aos mesmos sentimentos e as mesmas reações emocionais do paciente, não apenas quanto aos aspectos negativos, mas também diante dos positivos, ratificam o exposto. Por esta razão e, apesar de tudo, consideram a experiência válida, "melhor que fi

car em casa sem notícias" e na dúvida, quanto ao que possa estar ocorrendo com o paciente, afirmam os entrevistados.

A literatura também não faz referência especificamente a esse misto de sentimentos manifestados pelos familiares dos pacientes internados. Os informantes do grupo "A", assim como os do grupo "B", ao abordarem esta questão, destinavam mais tempo comentando os problemas que os faziam "sofrer" do que para falar dos aspectos que lhes proporcionavam "gratificação pessoal". Todavia, não significa que o primeiro tenha uma dimensão maior, pois todos se preocupavam em demonstrar que a profundidade do seu sentimento de "gratificação" superava qualquer sofrimento ocorrido nesta experiência e que tais experiências só aumentavam os laços de amizade com o paciente.

Um outro tema que surge é a marginalização, definida por FERREIRA (1986), como: "por alguém à margem de..., impedir que participe de...". Embora os informantes não tenham usado este termo, os dados indicam isto. Ela está presente em vários sentidos: na própria organização administrativa da instituição, na filosofia de trabalho da equipe, no relacionamento interpessoal equipe-acompanhante, na divergência entre os objetivos da equipe e os do acompanhante, assim como na exclusão do acompanhante da dinâmica de trabalho da equipe.

A marginalização, a nível institucional, ocorre a partir da não-oficialização do acompanhante nas unidades de internação do hospital. Nem mesmo os acompanhantes dos pacientes particulares, cuja entrada e permanência constituem uma rotina no hospital, têm a sua presença referendada em qualquer documentação oficial (regimento interno ou regulamento hospitalar). Apenas o serviço de enfermagem dispõe de um documento que define os critérios de seleção e autorização de acompanhante para os pacientes previ

denciários, em casos especiais. Paradoxalmente, exato para este grupo não existem condições de infra-estrutura para recebê-los na unidade de internação, pois não foram previstos espaço físico e serviços de apoio para garantir a sua permanência junto ao paciente, com um mínimo de condições para atender a suas necessidades de sono, repouso e alimentação. Nem mesmo aqueles que ficam dioturnamente no hospital têm asseguradas essas condições, levando-os a repartir entre si as refeições oferecidas ao paciente, ou a improvisarem lanches (trazidos de casa ou na lanchonete da esquina) no próprio quarto do paciente. Conseqüentemente, isto não só repercute mal junto à equipe, como dá origem a uma certa desorganização e sujeira no ambiente; daí as queixas da equipe de que os mesmos são "sujos e indisciplinados".

Conforme TREVIZAN (1987), é possível verificar que a estrutura burocrática hospitalar prioriza os recursos valorizados pelo médico e pela administração, prioridade esta que, na maioria das vezes, não coincide com aquela indicada pelos pacientes e nem pelos enfermeiros.

A marginalização também está implícita na filosofia de trabalho da equipe, que não procura criar mecanismos que propiciem a participação efetiva do acompanhante em suas atividades assistenciais, incluindo-o no processo de tomada de decisões quanto aos cuidados do paciente. Com a formulação de uma filosofia de trabalho própria da instituição, acredita-se que esta contribuiria para diminuir a marginalização do acompanhante, desde que sejam traçadas as diretrizes básicas que possam nortear as ações da equipe multiprofissional, no que se refere à atenção ao acompanhante. Por outro lado, a adoção de uma filosofia serviria também de suporte para uma definição clara dos direitos e deveres do acompanhante, evitando-se não só o problema da margi

nalização, como também de discriminação social e econômica.

A marginalização também é decorrente do relacionamento pessoal equipe-acompanhante. O mesmo tem-se desenvolvido em um clima pouco amistoso, e pode-se dizer que este ocorre de forma vertical e autoritária, resultando em frustrações para ambos os participantes da relação, pois não atende às suas expectativas sendo as queixas recíprocas e, como consequência disso, a marginalização do acompanhante assume maiores proporções. Sentindo-se sem o apoio esperado da equipe, este apela para os companheiros ou paciente mais antigos no hospital, visando a obter as orientações desejadas, ou simplesmente para desabafar seus problemas. Segundo OLIVEIRA (1985), vivemos uma época difícil de transição, onde a pessoa humana não é considerada sêgundo seus padrões culturais e valores pessoais. Torna-se pois, um imperativo para os profissionais de saúde conhecer o quadro referencial dessa clientela, a fim de que possa melhor compreendê-las.

Entre as alegações da equipe, quanto ao seu difícil relacionamento com os familiares dos pacientes internados, consta que "os acompanhantes reagem mal diante de suas emoções e passam a nos agredir, como se fôssemos os culpados de algo que não está bem". Alguns acompanhantes conseguem interagir melhor com os auxiliares de serviços gerais (atendente de enfermagem), que também chamam de "enfermeiros que arrumam as camas ou tiram a temperatura e pressão". Os obstáculos que dificultam a aproximação enfermeiro-cliente e família são inúmeros, mas se sobressaem as queixas: "não tenho tempo, não posso me prender a isto" (SARANO, 1978).

A equipe mostra-se bastante contraditória em relação à presença do acompanhante, por um lado, demonstrando reconhecer a importância desse fato para o paciente, chegando inclusive a suge

rir ou solicitar a sua permanência na unidade, em caso de pa-  
 cientes muito dependentes de cuidados intensivos. Por outro la-  
 do, marginalizam-no, não validando a sua presença, não se aproxi-  
 mando para confirmar sua identidade, para lhe dar as boas-vin-  
 das ou para colocar-se a sua disposição para qualquer necessida-  
 de. Isso normalmente, não é feito por nenhum dos integrantes da  
 equipe, ao contrário, "tratam-lhes mais como presenças indesejá-  
 veis" em seus locais de trabalho do que como coadjuvantes da as-  
 sistência prestada ao paciente. Seus argumentos, nesse sentido,  
 referem-se às queixas de que estes, além de "incomodar, atrapa-  
 lham mais do que ajudam". Desta forma, a equipe não só bloqueia  
 as oportunidades de uma interação acompanhante-equipe, como tam-  
 bém se configura a marginalização do mesmo.

A divergência entre os objetivos (implicitamente) visados  
 pela equipe e os pretendidos pelo acompanhante também é motivo  
 de marginalização. Enquanto a equipe visa a obter a colaboração  
 do acompanhante na vigilância e cuidados do paciente; o acompa-  
 nhante visa, sobretudo, a atender a uma necessidade afetiva (co-  
 mum ao paciente e ao próprio familiar) e garantir a segurança  
 do paciente. Diante da não correspondência dos seus anseios, al-  
 guns integrantes da equipe passam, conseqüentemente, a margina-  
 lizá-los, tornando-se indiferentes aos seus problemas e necessi-  
 dades, enquanto outros chegam a manifestar sua insatisfação com a  
 presença do acompanhante que não se dispõe a colaborar na execu-  
 ção dos cuidados do paciente, chegando a comentar:

*Se não está disposto a colaborar, não precisa vir  
 para o hospital, aqui já tem gente demais.*

Para ELDAR & ELDAR (1984), os que não são favoráveis à pre-  
 sença de um familiar com o paciente, de forma contínua, durante  
 sua hospitalização, é porque temem, consciente ou inconsciente

mente, os olhos críticos das pessoas ligadas ao paciente.

Finalmente, a exclusão do acompanhante da dinâmica de trabalho da equipe corresponde a mais um fator de marginalização. Isto ocorre inicialmente com a demonstração de uma atitude de indiferença da equipe, por ocasião de sua entrada para a unidade de internação. Posteriormente, o próprio acompanhante percebe que é colocado à margem da programação de atividades da equipe, apesar de muitos cuidados do paciente ficarem por força das circunstâncias, sob sua responsabilidade, isto é, os cuidados mais simples como: mudança de posição, ajuda para sentar, levantar ou deitar, ajuda na alimentação e higienização pessoal dos pacientes que estão acompanhados vão sendo deixados por conta do familiar, sem um acordo prévio ou delegação oficial. Além disso, não os orientam quanto à maneira de fazê-los, mas são cobrados se deixam de realizá-los, ou seja, por suas ações e omissões. Entende-se que este tipo de orientação seria uma atividade específica do enfermeiro, embora os demais elementos da equipe não estejam isentos da responsabilidade de também colaborar na orientação do acompanhante, segundo sua área de atuação. Contudo, isto não tem sido viabilizado. A orientação, quando ocorre, é imediatista, só nos momentos em que surgem problemas ou por ocasião da saída do paciente ao receber alta, quando esta, segundo AQUINO (1984) e NEIRA HUERTA (1984), deveria ocorrer ao longo da hospitalização do paciente, para que fossem avaliados os resultados alcançados.

Alguns enfermeiros demonstram estar conscientes de seu papel de "educador" e de "advogado" do paciente e família. No entanto, argumentam que existem muitos obstáculos que dificultam a operacionalização destas funções, primeiro porque "os familiares dos pacientes particulares rejeitam as orientações que vi

sam a sua participação nos cuidados do paciente"; segundo, a queixa de que "os familiares dos pacientes previdenciários apresentam um nível muito baixo de escolaridade". Tais justificativas dão uma conotação de que esteja sendo oferecida pouca motivação para os familiares participarem de seus programas de orientação. Por outro lado, a baixa escolaridade, conforme GAUDERER (1988), é mais uma razão para o familiar ser preparado adequada e respeitosamente quanto à situação do paciente, seu diagnóstico, tratamento e avaliação, em termos de prognóstico, devendo, para isso, prepará-los psicologicamente e não apenas "dar-lhes a informação" (GAUDERER, 1988), especialmente em casos de doenças graves ou que tenham estigmas sociais. Com isto, é possível evitar que o familiar sofra duplamente, por não estar preparado para lidar com o problema e por estar envolvido emocionalmente.

Um terceiro obstáculo apresentado pela equipe refere-se à célebre queixa de "falta de tempo" para interagir com os familiares dos pacientes internados e desenvolver uma orientação sistematizada com os mesmos. Alegam, principalmente, a sobrecarga de trabalho em suas unidades, associada à elevada escassez de pessoal e predominância da mão-de-obra elementar. Essa questão carece de maior aprofundamento, para averiguar as possibilidades de os enfermeiros estabelecerem prioridades em suas ações, o que foge aos propósitos desse trabalho. MARX & SECAF (1985) fazem referência às queixas dos enfermeiros, quanto às barreiras que dificultam a integração dos familiares do paciente internado na instituição em que trabalham. Estas apontam a estrutura administrativa que não ajuda, o déficit de enfermeiros para orientar e supervisionar todos os que ficam sob sua responsabilidade e a falta de uma organização de trabalho que oriente suas atividades. No entanto nada fazem para mudar esta prática,

reconhecem os benefícios da integração da família em seu trabalho, mas recuam diante dos problemas existentes, comentam as autoras.

Ao assumir suas atividades administrativas na unidade de internação, por indicação de uma autoridade superior, segundo TREVISAN (1987), os "enfermeiros se investem de autoridade de corrente do regulamento e regimentos da instituição, através de delegação" e passam a priorizar mais o seu compromisso com a organização, isto é, aquilo que é de interesse para médico (por meio de ordens) e para administração hospitalar (através de normas e rotinas), em detrimento de seu compromisso em defender os interesses do paciente. Isto se torna mais comprometedor, quando consideradas as observações de AQUINO (1986), ao afirmar que a elaboração de normas e rotinas hospitalares são feitas em função da "eficiência da administração dos serviços", sem levar em consideração o ser humano como indivíduo.

Dentro do contexto de marginalização, conforme comentário anterior, permeia ainda a discriminação do acompanhante no setor previdenciário. As diferenças entre a atenção oferecida ao grupo de acompanhantes dos pacientes particulares e o grupo previdenciário são marcantes e vão desde a forma de entrada livre dos primeiros (grupo "A") ao efetuar o pagamento de uma caução referente às suas diárias no hospital, até o modo como são tratados pela equipe, que se distingue pela atenção e respeito aos seus direitos. O grupo "B", por sua vez, encontra-se numa situação incômoda, por eles considerada como "de favores", isto é, mediante uma concessão do hospital para alguns casos selecionados, segundo critérios pré-estabelecidos, entre os quais inclui-se limite de idade, sexo igual ao do paciente, entre outros. Sentem-se portanto, comprometidos com as exigências contratuais

que lhes são impostas pela equipe no momento de autorização, não lhes sendo permitido fazer qualquer reclamações em torno da situação enfrentada.

Os critérios estabelecidos para seleção dos pacientes que podem ser acompanhados e período de permanência do familiar são altamente influenciados por questões político-sociais e amizades pessoais da equipe. No entanto, os informantes, inclusive os próprios acompanhantes dos pacientes previdenciários, embora não satisfeitos com esta situação, não se sentem discriminado, acham muito natural o fato de quem pode pagar para exigir as prerrogativas que o dinheiro ou posição social lhes confere, e encaram isto com muita naturalidade.

As expectativas da equipe em torno do papel do acompanhante do paciente previdenciário também são abordados com naturalidade pelos informantes, sem que estes se apercebam do grau de responsabilidade que lhes cabe assumir, ao delegar parte de suas atribuições ao acompanhante (sobretudo para o previdenciário), completamente despreparado para tal. Esta questão se torna mais complexa e comprometedora na medida em que lhes são delegados importantes cuidados especializados, cuja execução exige conhecimento e habilidade profissional, como por exemplo, a aspiração de secreções pela traqueostomia, alimentação por sonda, nebulização, tapotagem, entre outros, sem que para isto seja assegurado o preparo mínimo necessário. A atitude da equipe nesse sentido é incongruente, pois, ao mesmo tempo em que marginalizam e discriminam o acompanhante do paciente previdenciário, ignorando a sua presença, não considerando a importância de assegurar a estas condições para o atendimento de suas necessidades básicas, exigem sua colaboração e deixam por sua conta cuidados da maior responsabilidade. Não se desconhece a importância de a

equipe oferecer oportunidade para o acompanhante participar dos cuidados do paciente em todas as fases do processo assistencial, que inclui diagnóstico, tratamento e recuperação do paciente, oportunidade esta que o próprio acompanhante afirma desejar compartilhar. O que se questiona é a maneira como isto vem sendo realizado, de forma discriminatória, não planejada, sem um acompanhamento por parte do enfermeiro e sem uma avaliação posterior, comprometendo os seus resultados, pelos riscos a que está exposto o binômio paciente-acompanhante.

Outra questão que evidencia a discriminação do acompanhante do paciente previdenciário refere-se à oportunidade de avaliar o hospital e sua equipe pelos serviços oferecidos ao paciente, conferida apenas aos particulares (através de um questionário padronizado). A direção do serviço e equipe hospitalar, ao dar explicações sobre esse fato, diz que isto se deve a uma série de dificuldades relativas ao baixo nível de instrução do pessoal que se utiliza dos serviços do setor previdenciário, associado à falta de interesse e colaboração do pessoal que trabalha diretamente na unidade de internação. Por outro lado alguns chegam a assumir que não se faz avaliação nas unidades previdenciárias porque já sabem que resultados poderiam obter, uma vez que a equipe tem consciência que ali existem muitos pontos que seriam negativos numa avaliação. Um dos diretores chegou a admitir que:

*Não estamos preparados para receber queixas, falta-nos maturidade para isto, costuma-se considerar uma ofensa pessoal, ninguém quer admitir que outras pessoas apontem suas falhas. Daí as dificuldades em avaliar todos os setores do hospital.*

Pelo exposto, os obstáculos existentes não só configuram um aspecto de discriminação, como também se observa o desperdício

de uma oportunidade de documentar o "feed-back", segundo os próprios usuários daquele setor.

Esse tipo de atitude da equipe revela o seu grau de incoerência, quanto a sua filosofia de trabalho, já que teoricamente defendem a importância de se proporcionarem iguais condições de assistência dessa clientela; na prática, no entanto, agem de forma contrária, discriminando-a segundo a classe sócio-econômica a que pertence.

Entendemos que isto é um reflexo do atual sistema brasileiro, caracterizado pela divisão de classes sociais que têm através dos tempos, influenciado a política nacional de saúde. E neste contexto, os hospitais, como parte integrante da sociedade, têm desenvolvido por meio dos serviços prestados aos seus usuários uma assistência calcada em valores sócio-econômicos, políticos e culturais. Conseqüentemente, a assistência oferecida ao paciente previdenciário e família é diferente e deixa a desejar, em relação àquela oferecida aos particulares. Para SARANO, (1978), o dinheiro e o status dos usuários dos serviços de saúde se interpõem entre o cliente e a equipe, como um elemento de discriminação.

Além dos temas acima descritos, prosseguindo a análise temática, foi possível identificar as seguintes proposições hipotéticas, onde o acompanhante é considerado:

1. Uma fonte de conforto e segurança para o paciente;
2. Um elo de ligação entre o paciente, a equipe e a família;
3. Um fator de melhoria da qualidade da assistência ao paciente;
4. Um transtorno para equipe hospitalar e para o hospital;
5. Um potencial de ajuda na assistência ao paciente; e
6. Uma oportunidade de educação para saúde do familiar.

## V. CONTRIBUIÇÕES

Espera-se, com o relato da experiência vivenciada pelo familiar do paciente internado estar contribuindo para o ensino, a pesquisa, a prática de enfermagem e para as instituições de saúde.

Contribuições para o ensino - essa pesquisa oferece um referencial teórico para o estudo sobre o acompanhamento do paciente adulto hospitalizado. Os conhecimentos nela contidos podem contribuir para melhor compreensão das reações e necessidades decorrentes da situação por este enfrentada. Espera-se, também, estar contribuindo com subsídios para o conteúdo curricular e experiências de ensino-aprendizagem que permitam desenvolver a formação de uma atitude mais receptiva em relação ao familiar do paciente internado, vendo-o não como um elemento que "incomoda e atrapalha" o serviço, mas como coadjuvante da assistência ao paciente. Por outro lado, abre-se um espaço para o estudo de estratégias que possibilitem uma ampliação do ensino de enfermagem, a nível hospitalar, visando a assistir não apenas o paciente isoladamente, mas estendendo sua atenção também ao fa

miliar que o acompanha como algo indissociável dessa prática.

Contribuições para a pesquisa - os resultados oferecidos servem como referência teórica para o desenvolvimento de futuras investigações que visem a testar as seguintes proposições hipotéticas sugeridas: 1) o acompanhante é fonte de conforto e segurança para o paciente; 2) o acompanhante é elo de ligação entre o paciente e equipe; 3) o acompanhante é um fator de melhoria da qualidade da assistência ao paciente; 4) o acompanhante é visto como um transtorno para equipe hospitalar; 5) o acompanhante constitui um potencial de ajuda na assistência ao paciente; 6) o momento de acompanhar corresponde a uma oportunidade de educação para saúde do familiar. Por outro lado, novas investigações podem surgir, focalizando diferentes ângulos não devidamente explorados ou aprofundados nesse estudo.

Contribuições para prática de enfermagem - a nível assistencial, este trabalho oferece uma visão holística para melhor compreensão sobre a situação em que se encontra o acompanhante, como indivíduo sensível e sujeito às mesmas reações emocionais apresentadas pelo paciente. Permite, desse modo, que a equipe reflita de maneira mais crítica sobre sua própria prática profissional no que concerne à atenção que vem sendo dispensada ao acompanhante e, em especial, aos enfermeiros que têm sob sua responsabilidade maiores encargos com a seleção e autorização de acompanhantes de pacientes previdenciários. Espera-se que a divulgação desse estudo possa também contribuir para uma mudança de atitude da equipe de enfermagem, no que tange ao seu relacionamento com o acompanhante, a fim de que se efetue, com base na compreensão dos sentimentos e expectativas deste, uma interação efetiva e, a partir daí, lhe seja assegurado o apoio necessário para o desempenho de seu papel.

Espera-se, também, que sejam desenvolvidos esforços no sentido de garantir ao acompanhante um programa de orientação sistematizada e a participação deste no planejamento e execução da assistência que se pretende prestar ao paciente, visando com isto a uma melhoria da qualidade da assistência oferecida ao paciente como um todo.

Contribuição para as instituições de saúde - esse estudo oferece aos responsáveis pela direção e liderança dos serviços diretamente envolvidos com a questão do familiar que acompanha o paciente adulto as informações que lhes permitirão reformular a estrutura administrativa do serviço, no que se refere ao acompanhante. Primeiramente, sugere-se a necessidade de institucionalizar a permanência do acompanhante nas unidades de internações particulares e previdenciárias; segundo, criar mecanismos que assegurem as condições de infra-estrutura mínimas necessárias à permanência do acompanhante, sem riscos de agravos à sua saúde, por falta de meios para atender a suas necessidades básicas; terceiro, definir claramente uma política de atenção ao acompanhante, através da formulação de uma filosofia própria da instituição, visando, com isto, a nortear as ações de equipe no que tange aos direitos e deveres do acompanhante, independentemente da classe econômica ou social a que pertença. Através dessas medidas, além dos benefícios que serão conferidos ao paciente e ao próprio familiar, a instituição também será mais bem reconhecida e aceita na comunidade.

## VI. RECOMENDAÇÕES

Considerando que a atual prática profissional da equipe de saúde deixa a desejar quanto à atenção oferecida aos familiares dos pacientes internados, inviabilizando assim a proposta de uma assistência holística ao paciente, na qual a família constitui parte integrante deste processo, e compreendendo que isto só será possível, a partir de uma reestruturação dos serviços de saúde e da forma de agir de seus profissionais, de modo a assegurar uma atenção mais humanizada não apenas aos pacientes, mas também aos familiares que o acompanham, sugerimos, para tal, a adoção das seguintes medidas:

1. A oficialização, a nível institucional, da permanência de familiares como acompanhantes nas unidades de internação particulares e previdenciárias, fazendo-a constar da documentação legal da instituição, ou seja, de seu regulamento e regimento interno dos serviços que se relacionam diretamente com este.
2. A definição de uma política clara de atendimento ao acompanhante, explicitando os seus direitos e deveres, sem distin

ção de classe social, política ou econômica.

3. A elaboração de uma filosofia de trabalho própria da instituição, determinando as diretrizes básicas que possam nortear as ações da equipe multiprofissional, no que se refere à atenção requerida pelo acompanhante.
4. O oferecimento, também, aos acompanhantes do setor previdenciário, das condições de infra-estrutura mínimas necessárias a sua acomodação, sem prejuízo no atendimento a suas necessidades, tais como: sono, repouso, alimentação e higienização.
5. O desenvolvimento de um sistema de apoio permanente ao acompanhante, de modo a promover o seu ajustamento ao ambiente hospitalar e prevenir desequilíbrios emocionais.
6. A promoção de estratégias pela equipe de enfermagem que permitam ao familiar do paciente internado sentir que ele é bem-vindo ao hospital, que sua presença é importante para o paciente e equipe, e não um elemento indesejável que perturba e incomoda.
7. A garantia de maior liberdade aos pacientes e seus familiares, permitindo-lhes optarem pela permanência de um ou mais familiares em horários e períodos previamente combinados com o enfermeiro da unidade de internação, com base na necessidade bio-psico-sócio-espiritual do paciente e condições gerais de seus familiares.
8. O desenvolvimento de um programa de orientação sistematizada e supervisão contínua, dirigido ao acompanhante, visando a aproveitar a sua disponibilidade e potencial de ajuda na execução dos cuidados do paciente, e assegurar a continuidade

de do tratamento e cuidados necessários ao paciente após alta hospitalar.

9. A definição do papel do acompanhante e o estabelecimento de mecanismos que propiciem a sua participação efetiva nas atividades relativas aos cuidados do paciente.
10. A introdução nos cursos de formação de pessoal de enfermagem em todos os seus níveis (médio, técnico e de 3º grau), de um espaço para discussão em torno da situação do acompanhante, visando à formação de uma atitude mais receptiva do alunado em relação ao mesmo e conseqüentemente a garantia de um relacionamento efetivo.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- ACHCAR, M.C.H. Humanização do hospital. Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, 1(5):16-22, maio/jun. 1979.
- ALVES, R.A. Visita no hospital. Rev. Paulista de Hospitais, São Paulo, 13:(1):227-30, 1965.
- AMARAL, M.L. Sentimentos e solicitações apresentadas pelas mães no momento da internação de seus filhos. São Paulo, EEUSP, 1981 (Dissertação de Mestrado), 82 p.
- AMORIM, M.J.A.B. Enfermagem: profissão humanitária? Rev. Bras. Enf., Brasília, 32:349-58, 1979.
- ANDRÉ, M.E.D.A. Texto, texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. Cad. Pesq., São Paulo, (45):66-71, maio 1983, 99 p.
- ANGELO, Margareth. Experiências das mães na visita aos filhos hospitalizados. São Paulo, EEUSP, 1982 (Dissertação de Mestrado), 70 p.
- AQUINO, G.S. Pacientes adultos hospitalizados. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1984, 78 p.

- ARANTES, E.C. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, 15:43-8, 1981.
- ARBOGAST, R.C. et alii. The family as patient: preliminary experience with a recorded assessment schema. J. Fam. Pract., 7(6):1235-8, Dec., 1978.
- AUFHAUSER, T.R. Parent participation in hospital care of children. Nurs. Outlook, New York, 15(1):40-2, 1967.
- BARNETT, J. et alii. Factors influencing patients' emotional reactions to hospitalization. J. Adv. Nurs., London, 3(3): 221-9, May 1978.
- BEARDEN, F.C. An interactional approach to hospital visiting. J. Psychiatr. Nurs., Thorofare, 10(4):16-7, July-August, 1972.
- BIANCHI, E.R.F. et alii. Fator de risco; enfoque na disciplina enfermagem em centro cirúrgico. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3):26-32, abr./set., 1986.
- BIRD, Brian. Conversando com o paciente. São Paulo, Manole, 1975.
- BOGDAN, R. & TAYLOR, S.J. Participant observation. In: Introduction to qualitative research methods; a phenomenological approach to the social sciences. John Wiley & Sons, New York, 1975. Cap. 2, p.25-78.
- BOEMER, M. Roseira. Funções da enfermeira e suas perspectivas. Enf. N. Dimens., 2(3):170-3, 1976.
- BURROWS, J.M. The child and his family. Nurs. Times, Liverpool, 69(39):1266-7, 1973.

- CAMPESTRINE, Selma. Alojamento conjunto e incentivo à amamentação. Curitiba, EDUCA, Univers. Cat. do Paraná, 1983, 98p.
- CAPRA, Fritzof. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo, Cultrix, 1987.
- CARNEIRO, Anamaria. Pacientes/enfermeiros. Falta diálogo nesta relação? Enfermagem Moderna, Rio de Janeiro, 1(1):6-8, jan./mar., 1983.
- CARVALHO, D.V. Territorialidade do paciente hospitalizado. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 17(1):81-2, 1983.
- CASTELLANOS, B.E.P. Algumas reflexões sobre nossa profissão; a enfermagem. Rev. Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2(2):42-4, nov./dez., 1982.
- CASTLEDINE, J. Involving the family in patient care. Nursing Mirror, Manchester, 14-15, Dec., 1978.
- CRANE, J.G. & ANGROSINO, M.V. Field projects in anthropology. A student handbook. Nova Jersey, General Learning Press, 1974.
- D'ANDREA, Flávio Fortes. Aspectos psicológicos da hospitalização infantil. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 5(10):417-22, 1962.
- DENZINK, Norman. The Research act. New York, Mc Graw-Hill, 1978.
- \_\_\_\_\_. Sociological methods. New York, Mc Graw-Hill, 1978.
- ELDAR, R. & ELDAR, E. A place for the family in hospital life. Int. Nurs. Rev., Switzerland, 31(2):40-2, mar./apr., 1984.

- ELSEN, Ingrid. Ações desempenhadas pelas mães durante a visita a seus filhos hospitalizados. Florianópolis, UFSC, 1979. (Dissertação de Mestrado)
- EYRES, P. The role of the nurse in family-centered nursing care. Nurs. Clin. North Amer., Los Angeles, California, 7(1):27-39, mar., 1972.
- FAGIN, C. Why not involve parents when children are hospitalized? Amer. J. Nurs., New York, 62(6):78-9, jun., 1962.
- FARIAS, J.N. de. Eventos estressantes da hospitalização. Florianópolis, UFSC, 1981. (Dissertação de Mestrado)
- FIELD, P.A. & MORSE, J.M. Nursing Research: the application of qualitative approaches. Maryland, An Aspen Publication, 1985.
- FELDMAN, A. & GELAIN, I. Administração de enfermagem. SBCS, São Paulo, 1979 (mimeogr.).
- FERNANDES, J.D. A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(1):43-8, jan./mar., 1985.
- FERREIRA, A.B.H. Novo Dicionário da língua portuguesa. 2.ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FUKUDÁ, F.M.K. Apoio como medida terapêutica no relacionamento enfermeira-paciente. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, (15): 43-8, 1981.
- FUKUT, Lea & BRUSCHINI, Cristina. Em crise a família? Cadernos de Pesquisas, São Paulo, (37):65-70, maio, 1981.
- GARTON, E.J. In praise of open visiting. Nurs. Times, London, 75(41):17-47, october, 1979.
- GAUDERER, E.C. Os direitos do paciente. Veja, Rio de Janeiro, 20(22):142, 1988.

- GONÇALVES, M.M.C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 5(1):31-6, 1979.
- HUGUETE, Teresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na Sociologia. Petrópolis, RJ, Vozes, 1987.
- HENSE, D.S.S. "Tendo que operar-se": a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Florianópolis, UFSC, 1987. (Dissertação de Mestrado)
- HILL, M.N. When the patient is the family. Am. J. Nurs., New York, 81(3):536-8, mar., 1981.
- HOSPITAL G.V.\* Relatório sobre o levantamento de recursos humanos de enfermagem. Florianópolis, jun., 1986.
- \_\_\_\_\_. \* Relatório anual do Serviço Social. Florianópolis, 1985.
- ISSNER, N. The family of the hospitalized child. Nurs. Clin. North Amer., Philadelphia, 7(1):5-12, march, 1972.
- JAY, S.S. Pediatric intensive care involving parents in the care of their child. Canadian Nurse, 74(5):28-31, May, 1978.
- KAMIYAMA, Y. & NAKAZAWA, C.K. Problemas sentidos por pacientes de um hospital particular de São Paulo. Enf. Novas Dimensões, São Paulo, 1(6):354-9, 1976.
- KING, I.M. A Theory for nursing: systems, concepts, process. New York, J. Wiley, 1981.
- KNAFL, K.H. and HOWARD, M.J. Interpreting and reporting qualitative research. Research in Nursing and Health, New York, 7,17-24, 1984.

---

\*Por motivo de sigilo da pesquisa, foi mudada a sigla do hospital onde foi desenvolvido o relatório.

- KRECH, Davi. O indivíduo na sociedade. 2.ed., São Paulo, Pioneira, 1973.
- KRON, Thora. Manual de Enfermagem. 4.ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- LASCIO, C.M.D.S. Di. Satisfação no desempenho profissional da enfermeira. Estudo sobre necessidades psicossociais. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 14(3):321-31, dez., 1980.
- LEININGER, M.M. Qualitative research methods in nursing. New York, Grune & Stratton, 1985.
- LERCH, Ir. E. Humanização no hospital. Enfoque, São Paulo, 11(1):7-11, mar., 1983.
- LEWINE, R.R. A dialogue among patients, families and professionals. Overview and reflections. Schizophr. Bull., 8(4):652-4, 1983.
- LISBOA, A.M. Programa de hospitalização conjunta mãe-filho. J. Pediat., Rio de Janeiro, 38(7-8):191-4, jul./ago., 1973.
- LÓLA, Maria Jurandy de Freitas. O ambiente da enfermagem atuando como fator terapêutico: uma dimensão da prática de enfermagem. Rio de Janeiro/EEA Neri, 1980. (Dissertação de Mestrado)
- LOYOLA, Cristina Maria Donat. Os doce(I)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro, Edição SR 2, UFRJ, 1987.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986. p.13-7
- MACKENZIE, F. Family health as a perspective assisting a family to cope with hospitalization. Nurs. Pap., New York, 13(1):18-23, 1981.

- MADEIR, L.M. Comportamento do pessoal de enfermagem na adm<sub>is</sub> são da criança ao hospital. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 18 (3):235-53, 1984.
- MAHAFFY, P. Nurse - parent relationships in living - in situations. Hurs. Forum, Hillsdale, 3(3):53-68, May 1964.
- MARX, L.C. & SECAF, V. Enfermeira: segurança para o paciente investimento para o hospital. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5 (2):65-7, abr./jun. 1985.
- NASCIMENTO, M.J. do. Participação dos pais na assistência da criança hospitalizada - opinião dos enfermeiros do Recife. São Paulo, EEUSP, 1981. (Dissertação de Mestrado), 126 p.
- NEIRA HUERTA, E. del P. Reflexões sobre o comportamento das enfermeiras perante as mães na unidade pediátrica. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 18(3):209-14, 1984. ,
- A experiência de acompanhar um filho hospitalizado: sentimentos, necessidades e experiências manifestadas por mães acompanhantes. São Paulo, EEUSP, 1984. (Dissertação de Mestrado), 217 p.
- OLIVEIRA, D.P. O "ser doente": dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo, Ed. Moraes, 1985, 81 p.
- ORLANDO, I.J. O relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente: função, processo e princípios. São Paulo, EPU, USP, 1978, 110 p.
- ORO, I.M. Doente grave e famílias percepção de seus problemas. Florianópolis, UFSC, 1981. (Dissertação de Mestrado), 80 p.
- PAIN, L. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessi dades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes. Rev. Bras. Enf., Brasília, 22:160-6, 1979.

- PARSE, R.R. et alii. Nursing research: qualitative methods. Maryland, Brady Communication Company, 1985, 207 p.
- PEARSALL, M. Participant observation as role and method in behavioral research. Nursing Research, New York 14 (1), Winter, 1965.
- RAMOS, T.A.G. & MORAES, E. Papel da enfermeira junto as mães de crianças hospitalizadas. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29 (29):45-55, abr./jun. 1976.
- RASIE, S.M. Meeting families' needs helps you meet I.C.U. patients' needs. Nursing, Portland, Connecticut, 10:32-5, july, 1980.
- REGGANINI, J.L. O acompanhante hospitalar. Rev. Paul. Hosp., São Paulo, 7 (21):337-8, 1973.
- ROY, C. Role cues for the mother of the hospitalized child. In: maternal and child health nursing. Ana Clinical Sessions, New York, Appleton-Century-Crofts, 1968, p. 199-206.
- SANDELOWSKI, M. The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, Maryland, 8(3):27-37, 1986.
- SARANO, J. O relacionamento com o doente. São Paulo, EUP, 1978.
- SCOFIELD, C. Parents in the hospital. Nurs. Clin. North Amer., Philadelphia, 4(1):59-67, mar. 1969, 82 p.
- SANTOS, R. et alii. Envolvimento emocional do academico de enfermagem com o paciente: reflexo dessa experiência na vida futura do profissional. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(1), jan./fev./mar., 1986.
- SILVA, I.D. Informações recebidas e desejadas no processo de admissão hospitalar. São Paulo, EEUSP, 1979. (Dissertação de Mestrado).

- SMITHERMAN, C.H. Parents of hospitalized children have needs too. American Journal of Nursing, New York, 79(8):1423-4, Aug. 1979.
- SPRADLEY, J.P. Participant observation. New York, Rinehart & Winston, 1980.
- TAKAHASHI, E.I.U. Visita de familiares a doentes infartados: análise de alguns parâmetros cardiovasculares. São Paulo, EEUSP, 1980. (Dissertação de Mestrado).
- TAKITO, C.A. Ambiente do paciente hospitalizado. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 3(4):133-36.
- TESCK, E.C.B. Um aspecto da responsabilidade da enfermagem na assistência integral ao paciente hospitalizado: a participação de familiares. Enf. Novas Dimens., São Paulo, 1(6):351-3, 1976.
- TINKLE, M.B. & BEATON, J.L. Toward a new view of science: Implication for nursing research. In: Advance in Nursing Science, Maryland, 5(2):27-36, jan. 1983.
- TRAMPOCH, E. Patient's families: how to make them a help, not a hidrance. Nursing Horshaam, 9(4):30-2, Apr. 1979.
- TREVIZAN, M.A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. In: SIMPÓSIO: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SOCIEDADE BRASILEIRA, Brasília, 1987, CEPEn, ABEn, p. 42-55.
- ULSAFER - VAN L. Nursing care: a view from the patient's family. J. Chart, Chicago, 80((1):4-6, Jan. 1983.
- WILSON, H.S. Limiting intrusion social control of outsiders in a healing community: an ilustration of qualitative comparative analysis. Nursing Research. New York, 26(2):103-11, 1977.

A N E X O

A N E X O I

QUADRO Nº - Atividades desenvolvidas pelo acompanhante junto ao paciente em um período de 24 hs. (\*)

| HORA | AÇÕES   | Caso "A"<br>Previd. | Caso "B"<br>Partic. |
|------|---|---------------------|---------------------|
| 6:30 | . "Troco os panos que forram o curati <u>v</u> o dele (em constante umidade, devi <u>d</u> o a drenagem de urina por uma fí <u>s</u> tula); | -                   | X                   |
| 6:45 | . Realizamos nossas primeiras orações;  | X                   | X                   |
| 7:00 | . Ajudo a escovar seus dentes, lavar o rosto e pentear os cabelos;  | X                   | X                   |
| 7:20 | . Ajudo a passá-lo da cama para uma cadeira poltrona;   | X                   | -                   |
| 7:25 | . Ajudo o doente da cama vizinha a le <u>v</u> antar-se;  | X                   | -                   |
| 7:30 | . Arrumo a cama dele e mesinha de ca <u>b</u> eceira;   | X                   | -                   |
| 8:00 | . Ajudo a servir o café;  | X                   | X                   |
| 8:45 | . Acompanho a visita médica;  | -                   | X                   |
| 9:00 | . Ajudo a fazer sua nebulização e tapo <u>t</u> agem;   | X                   | -                   |
| 9:30 | . Ajudo em seu banho no leito e troco sua roupa;  | -                   | X                   |
| 9:45 | . Ajudo no seu banho de chuveiro;   | X                   | -                   |
|      | . Saio do quarto no momento da lav. ve <u>s</u> ical, a pedido do atendente;  | -                   | X                   |

(\*) Registro realizado a pedido do autor, por duas Sras. que acompanhavam seus esposos: Casos "A" e "B". O primeiro refere-se a um pac. previdenciário em pós-operatório de uma cirurgia cardíaca, e o segundo no pós-operatório de uma prostatectomia na U.I. particular.

cont.

| HORA  | AÇÕES   | Caso "A"<br>Previd. | Caso "B"<br>Partic. |
|-------|---|---------------------|---------------------|
| 9:45  | . Lavo sua roupa íntima (na pia);   | X                   | -                   |
| 9:50  | . Projeto o novo curativo para não molhar a cama;                           | -                   | X                   |
| 10:00 | . Ajudo receber visita da família;  | -                   | X                   |
|       | . Recebo suas roupas particulares vindas de casa e as organizo no armário;; | -                   | X                   |
|       | . Dou a medicação que me foi entregue pela aux. de enfermagem;              | X                   | -                   |
|       | . Ajudo no seu lanche;  | X                   | -                   |
| 11:00 | . Leio um cap. da bíblia para ele;  | X                   | -                   |
| 11:30 | . Passeio com ele pelo quarto;  | X                   | -                   |
|       | . Vou ao Posto de Enfermagem comunicar que o soro está terminando;          |                     | X                   |
| 11:45 | . Recebo a bandeja de refeição e o preparo para almoçar;                    | X                   | X                   |
|       | . Ajudo a servir o almoço do doente vizinho;                                | X                   | -                   |
| 12:40 | . Ajudo a escovar seus dentes;  | -                   | X                   |
| 12:45 | . Ligo a T.V.;  | -                   | X                   |
|       | . Conversamos sobre a família;  | X                   |                     |
| 13:00 | . Ajudo a encontrar uma posição confortável para ele dormir;                | -                   | X                   |
| 14:20 | . Assistço à visita médica;   | X                   | -                   |
| 14:30 | . Troco os panos que protegem o seu curativo;                               | -                   | X                   |
|       | . Conversamos sobre sua evolução e nossos planos futuros;                   |                     | X                   |
| 15:00 | . Recebo visita de familiares;  | -                   | X                   |
|       | . Ajudo a fazer sua nebulização;  | X                   | X                   |

cont.

| HORA  | AÇÕES  | Caso "A"<br>Previd. | Caso "B"<br>Partic. |
|-------|--|---------------------|---------------------|
| 15:00 | . Ajudo a servir seu lanche;   | X                   | X                   |
| 16:00 | . Recebo visita de amigos e familiares;  | X                   | -                   |
|       | . Vou com ele ao RX para fazer umas radiografias;                              | X                   | -                   |
| 18:00 | . Dou a medicação entregue pelo aux. de enfermagem;                            | X                   | -                   |
|       | . Sirvo o seu jantar;  | X                   | X                   |
|       | . Ajudo a servir o jantar do vizinho;  | X                   | -                   |
| 19:00 | . Assisto à TV com ele;  | -                   | X                   |
|       | . Oro com ele;   | X                   | -                   |
| 19:40 | . Acompanho-o até o banheiro;  | X                   | -                   |
| 19:45 | . Passeio com ele pelo quarto;   | X                   | -                   |
| 20:00 | . Converso com o acompanhante do quarto vizinho;                               | X                   | -                   |
|       | . Atendo ao telefone no quarto;  | -                   | X                   |
| 20:30 | . Leio capítulo da bíblia para ele;  | X                   | -                   |
|       | . Peço um chá quente para ele;   | -                   | X                   |
| 21:00 | . Peço ao atendente de plantão para renovar o seu curativo e lavagem da sonda; | -                   | X                   |
| 22:00 | . Leio um pouco para ele dormir;   | -                   | X                   |
| 23:00 | . Peço remédio para ele aliviar as dores no local da operação;                 | -                   | X                   |
| 24:00 | . Vou pegar mais uma coberta para aquecê-lo melhor;                            | -                   | X                   |