

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ESTAR NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE:
VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rosiele Gomes Flores

Santa Maria/RS, Brasil

2012

ESTAR NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS

por

Rosiele Gomes Flores

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a Dr^a Margrid Beuter
Coorientadora: Prof^a Dr^a Marinês Tambara Leite

Santa Maria/RS, Brasil

2012

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Gomes Flores, Rosiele
Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros / Rosiele Gomes Flores.-2012.
101 p. ; 30cm

Orientadora: Margrid Beuter
Coorientadora: Marinês Tambara Leite
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2012

1. Enfermagem 2. Cuidadores 3. Cuidados de Enfermagem
I. Beuter, Margrid II. Tambara Leite, Marinês III.
Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

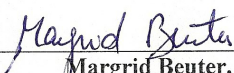
A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ESTAR NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE: VIVÊNCIAS DE
ENFERMEIROS**

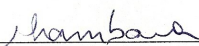
elaborada por
Rosiele Gomes Flores

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

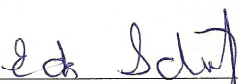
COMISSÃO EXAMINADORA:



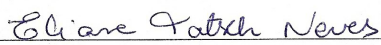
Margrid Beuter, Dra.
(Presidente/ Orientadora)



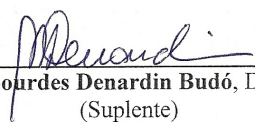
Marinês Tambara Leite, Dra. (CESNORS/UFSM)
(Coorientadora)



Eda Schwartz, Dra. (UFPeI)
(1ª Examinadora)



Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 27 de fevereiro de 2012

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Ruben e Rosália Flores pelo incentivo, força e dedicação. São pessoas extraordinárias.

Ao meu noivo/marido Fernando Tófoli Culau um companheiro, amigo e amor da minha vida.

A minha irmã Rubia Gomes Flores, amiga, uma riqueza para mim.

Dedico a essas quatro pessoas que me auxiliaram a superar minhas angústias e dificuldades e compartilharam comigo os momentos de alegria e superação.

E principalmente a Deus pela presença constante na minha vida.

Dedico esse trabalho como um exemplo de que com esforços constantes nossos sonhos podem ser transformados em realidade.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta magnitude jamais poderia ter sido realizado por uma única pessoa. Gostaria de agradecer a todos aqueles que estavam ou entraram em minha vida durante o tempo em que construí essa pesquisa:

A **Deus** por iluminar e guiar toda minha trajetória, me dando paciência, equilíbrio e sabedoria em todos os momentos.

Aos meus pais **Ruben** e **Rosália**, pela dedicação, amor e carinho incondicional, pelo apoio e incentivo aos meus estudos e em minhas escolhas. Pela compreensão da minha ausência, de muitas vezes não ir para casa e nem participar de eventos/acontecimentos. Obrigada pelas demonstrações de alegria e orgulho sobre o título que adquiri. Obrigada pelas orações, fé e palavras sábias. Enfim, obrigada por serem meus pais.

A minha **Mana**. Obrigada por dedicar seu tempo em me salvar e me ajudar sempre que preciso, ou melhor, sempre que você suspeita que eu esteja precisando. Pelo constante apoio, carinho, paciência e incentivo incondicional ao longo de minha vida e formação profissional.

Ao meu amigo, companheiro, noivo e futuro (daqui um mês) marido **Nando**, pela paciência em compreender minha distância, irritações e ansiedades. Obrigada pelas orações, força, apoio, motivação e ajuda que sempre, em todos os momentos me deu.

Aos meus sogros **Artur** e **Elenita**, pelo amor, paciência, apoio e incentivos, sempre com palavras de fé e sabedoria. Aos meus cunhados **Juliano**, **Flávio**, **Márcia** e sobrinha **Nathália** pela torcida e força.

As minhas orientadoras **Prof^a. Dr^a. Margrid Beuter** e **Marinês Tambara Leite** por terem acreditado em meu potencial, pelos valiosos ensinamentos, contribuições e incentivo constantes. Pela competência, paciência e sabedoria que me conduziram na construção desse trabalho. Também agradecer a minha outra orientadora, minha irmã **Dr^a. Rubia**, que mesmo sendo da área da engenharia ambiental sempre se esforçou muito para conhecer e compreender a pesquisa qualitativa e os termos técnicos da enfermagem, ao ler meu trabalho, revisando e sugerindo com muita dedicação e sabedoria.

As enfermeiras que integraram os sujeitos deste estudo e foram coprodutoras desse trabalho. Obrigada pelo carinho, disponibilidade e interesse em contribuir na minha formação. Aprendi muito com vocês.

As professoras (o), funcionários e colegas de turma do PPGEnf-Mestrado pelo conhecimento, aprendizado e troca de experiências/vivências no decorrer do curso.

As professoras **Eda Schwartz**, **Eliane Tatsch Neves**, **Maria de Lourdes Denardin Budó**, que participaram da banca examinadora pelo interesse e contribuições preciosas que fortaleceram esse estudo.

Às colegas do grupo de pesquisa que participaram na construção deste trabalho. Em especial a **Camila, Greice, Naiana, Arlete, Macilene, Franciele**, pela ajuda e apoio para a realização deste estudo.

A todos que participaram da construção desse trabalho, independente da forma e etapa que as fizeram. Que Deus os abençoe sempre!!!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado
Universidade Federal de Santa Maria

ESTAR NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE: VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS

AUTORA: Rosiele Gomes Flores
ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Margrid Beuter
COORIENTADORA: Prof^a Dr^a Marinês Tambara Leite
Local e Data: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2012

O hospital constitui-se em um espaço desconhecido para o paciente, o qual proporciona ambivalência de sentimentos. Ao necessitar de internação hospitalar, o indivíduo doente busca amparo, segurança e resolução para sua situação de saúde. Contudo, ao mesmo tempo, a hospitalização pode desencadear medo, insegurança, sofrimento e sensação de abandono. Essas condições, em qualquer indivíduo, parecem repercutir no seu estado emocional, já que o afastamento de seu meio, do cotidiano, do trabalho e de sua família produz, por si só, consequências importantes, como a perda, parcial ou total, da autonomia e da independência. Uma condição que pode minimizar essa situação é a presença de familiares acompanhantes no ambiente hospitalar. No entanto, o doente adulto não tem respaldo legal que lhe permita a presença de um cuidador durante a sua internação. Desse modo, ele fica refém das normas e rotinas das instituições que, de acordo com o profissional responsável, poderá ou não usufruir da presença de um familiar acompanhante. O enfermeiro é o profissional que pode promover a presença e a participação do familiar no cuidado ao paciente, pois, comumente, cabe a ele decidir qual paciente poderá ter um acompanhante, quando não há respaldo legal que garanta a sua permanência. O enfermeiro assume, frequentemente, o papel de mediador na relação entre equipe, paciente e familiar. Frente a esse contexto, constitui-se como objeto do estudo a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar. Os objetivos da pesquisa são descrever a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de paciente hospitalizado e analisar essa e suas possíveis repercussões na sua atuação profissional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiros que trabalham no Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, Brasil. Para a coleta e produção dos dados utilizou-se o Método Criativo e Sensível, teorizado por Cabral, por meio da realização de dois encontros com Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade do tipo “Costurando Estórias”. Para a interpretação dos dados foi utilizada a análise de discurso em sua corrente francesa. A partir da análise dos dados emergiu duas categorias desdobradas em temas e subtemas. Os resultados demonstraram que o conhecimento profissional das enfermeiras no momento de acompanhar um familiar internado provoca uma ambiguidade de sentimentos. Assim como manifestam sentimentos negativos em relação a ter conhecimento e saber das possíveis evoluções da condição de saúde do paciente, também sentem alívio em saber o que os familiares necessitam para, diante de tal situação, providenciar ajuda. Nesse sentido, o conhecimento profissional também ajuda na tomada de decisões e na reivindicação por assistência. O fato de a enfermeira estar trabalhando na mesma instituição em que o familiar estava internado possibilita diversas facilidades como, conciliar a atividade profissional com o cuidado prestado ao seu familiar; agilidade no processo da internação e um cuidado

diferenciado aos seus familiares. A vivência como familiar acompanhante repercutiu tanto na vida profissional quanto na vida pessoal das enfermeiras. Algumas circunstâncias vivenciadas levaram-nas a reavaliarem suas condutas profissionais.

Palavras-Chave: Enfermagem, Cuidadores, Hospitalização, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Degree Thesis
Health Sciences Department
Graduate Program in Nursing – Master's Degree
Universidade Federal de Santa Maria

BEING IN THE CONDITION OF FAMILY COMPANION: NURSES' EXPERIENCES

AUTHOR: Rosiele Gomes Flores
ADVISOR: Prof. Dr. Margrid Beuter
COADVISOR: Prof. Dr. Marinês Tambara Leite
Date and Place: Santa Maria, February 27th, 2012

The hospital is an unknown place for the patient, where it is provided feelings of ambivalence. When the person needs hospital admission, the sick person looks for protection, security, and resolution for their health situation. However, at the same time, being hospitalized may trigger fear, insecurity, suffering and helplessness. In any individual, these conditions seem to reflect in its emotional state, because the from their environment, their people, their work and their family produced by itself, important consequences such as of loss autonomy (partial or total), and independence. A condition that may minimize this situation is the presence of family caregivers in the hospital. However, the sick adult does not have legal backing that allows for the presence of caregiver during their hospitalization. Thus, the sick adult is a hostage of the rules and routines of the institutions that according to the professional responsible may or may not benefit from the presence of family caregivers. The nurse is a professional who can promote the presence and participation of family in patient care, thus it is usually up to a nurse who decides which patient may have a companion, when there is no legal backing to ensure its permanence. Nurse often assumes the role of mediator in the relationship among staff, patient and family. Considering this context, the object of study is the experience of nurses in the condition of family companion in the hospital. The following research aims to describe the experience of nurses as family companions of a hospitalized patient and to analyze this and its possible impact on their professional performance. It is a qualitative descriptive and exploratory study. The research subjects were nine nurses who work at the University Hospital of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil. For the collection and production of data it had been used the Creative and Sensitive Method, theorized by Cabral, through two meetings with Dynamics of creativity and sensitivity like "Sewing Stories." For the interpretation of the data, it had been applied French Discourse Analysis. From the data analysis has emerged two categories split into themes and subthemes. The results showed that nurses' professional knowledge at the time to be a family caregiver has created an ambiguity of feelings. As expressed negative feelings about having knowledge and knowing of the possible developments of the health condition of the patient, also feel relief in knowing that family members need to, before such a situation, provide help. In this sense, professional knowledge also helps in making-decision and claims for assistance. The fact that the nurse was working in the same institution in which the family was hospitalized provides several facilities as, to reconcile professional activity with the care provided to his family; flexibility in the process of admission and a special care for his family. The experience as a family companion reflected both in Professional life and in the personal lives of nurses. Some experienced circumstances led them to reassess their professional conduct.

Keywords: Nurses, Caregivers, Hospitalization, Nursing Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Quadro com a caracterização das enfermeiras..... **Erro! Indicador não definido.**
- Figura 2 - Diagrama demonstrativo dos desdobramentos das categorias, temas e subtemas. .42

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
APÊNDICE B – Roteiro do instrumento de caracterização sociodemográfica dos sujeitos....	98
APÊNDICE C – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa	99
APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade.....	100

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UFSM	94
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 Evolução histórica do hospital.....	21
2.2 O cuidado de enfermagem	24
2.3 O familiar acompanhante no ambiente hospitalar.....	27
3. CAMINHO METODOLÓGICO	31
3.1 Tipo de pesquisa	31
3.2 Cenário da pesquisa	35
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	35
3.4 Método de produção de dados.....	33
3.4.1 Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade.....	33
3.4.2 Dinâmica “Costurando Estórias”	32
3.5 Estratégias de desenvolvimento da pesquisa.....	32
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	38
3.7 Análise e interpretação dos dados no Método Criativo-Sensível	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	43
4.1.1 O conhecimento profissional	43
Ambiguidade de sentimentos gerados a partir da vivência	44
Ajuda na tomada de decisões.....	52
4.1.2 As facilidades na vivência em seu contexto de trabalho	55
Possibilidades de conciliar a atividade profissional e o cuidado com o familiar	58
O cuidado diferenciado.....	60
4.1.3 A culpa presente na vivência	62

4.1.4 O sentimento de responsabilidade como enfermeira é gerador de sobrecarga	65
4.2 REPERCUSSÕES DA VIVÊNCIA DE ENFERMEIRAS NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL	70
4.2.1 A reavaliação da conduta profissional.....	70
Preconceitos relacionados ao acompanhante e paciente.....	76
Crescimento pessoal e profissional	78
Flexibilização das normas da instituição	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	95
APÊNDICES	97

INTRODUÇÃO

Os aspectos relativos às vivências de enfermeiros na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar se constituem na temática do presente estudo. A realização deste trabalho foi motivada pela prática profissional da proponente, na qual constatou que as ações direcionadas para a inserção da família no cuidado hospitalar são frágeis e tênues, determinadas por iniciativas pessoais de alguns profissionais e não por meio de uma política institucional. Desse modo, o diferencial deste estudo foi de analisar o sujeito que vivenciou as situações, de ser profissional enfermeiro e ter acompanhado algum familiar internado, assim como descrever as possíveis repercussões na sua atuação profissional.

Diversas condições de adoecimento levam o paciente à internação hospitalar. O hospital é uma instituição que tem a finalidade de proteger e manter a vida, nos limites da doença e dos recursos tecnológicos disponíveis, em que ainda há mais valorização do corpo doente, do que do ser que vivencia a doença (MOTTA, 2002).

O hospital constitui-se em um espaço desconhecido para o paciente, o qual proporciona ambivalência de sentimentos. Ao necessitar de internação hospitalar o indivíduo doente busca amparo, segurança e resolução para sua situação de saúde. Contudo, ao mesmo tempo, a hospitalização pode desencadear medo, insegurança, sofrimento e sensação de abandono. Essas condições, em qualquer indivíduo, parecem repercutir no seu estado emocional, já que o afastamento de seu meio, do cotidiano, do trabalho e de sua família produz, por si só, consequências importantes, como a perda, parcial ou total, da autonomia e da independência.

Uma condição que pode minimizar as consequências negativas da hospitalização é a presença de familiares acompanhantes. Estudos evidenciam a relevância da participação da família na recuperação do indivíduo que se encontra doente, incluindo os profissionais de saúde que reconhecem a importância da presença do familiar acompanhante/cuidador no ambiente hospitalar (SQUASSANTE, 2007; SZARESKI, 2009).

No hospital os familiares, comumente, desenvolvem ações de cuidado. O cuidado está presente nas diferentes fases da vida, mesmo antes do surgimento das profissões. Ainda que a enfermagem empregue a palavra “cuidado” para descrever a si própria e à sua prática, não significa que essa tarefa seja exclusivamente sua, ela é um dever de humanidade, isto é, de qualquer ser humano, não importa a relação que mantenha com o doente.

Para Torralba (2005), o ser humano necessita cuidar de outro ser humano para realizar sua humanidade e, da mesma forma, necessita do cuidado de outros para alcançar sua plenitude e superar as dificuldades da vida humana. Desse modo, compreende-se que cuidar é mais do que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2004).

Conforme Torralba (2009), o cuidado deve ser singular, integral, pluridimensional, contemplar a liberdade da pessoa, portanto, não deve ser unicamente físico, pois a pessoa é um ser metafísico. Nesse sentido, cuidar de alguém é estar com ele, caminhar com ele, respeitar suas escolhas e ritmo.

Frente às concepções de cuidado, compreende-se que todo paciente hospitalizado tem direito a atendimento atencioso, respeitoso e com preservação de sua dignidade pessoal. Assim, o paciente deve ser informado sobre a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento, de forma clara e acessível, tendo este o direito de recusar o tratamento, desde que orientado sobre as consequências dessa opção (CHAVES, COSTA e LUNARDI, 2005).

Com a humanização da assistência, a enfermagem tem se deparado, cada vez mais, com a presença de familiares acompanhantes no ambiente hospitalar. Nessa direção, a presença do cuidador durante a hospitalização da criança e do jovem até 18 anos está assegurada pela Lei nº 8.069/90, assim como a Lei nº 10.741/03 também possibilita um acompanhante ao idoso. No entanto, o doente adulto não tem respaldo legal que lhe permita a presença de um cuidador durante a sua internação. Desse modo, ele fica refém das normas e rotinas das instituições e, de acordo com o profissional responsável, poderá ou não usufruir da presença de um familiar acompanhante (SQUASSANTE, 2007).

Destaca-se que a Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, torna obrigatório que as instituições viabilizem a permanência e a garantia de recursos financeiros para a acomodação do cuidador de doente idoso (BRASIL, 1999). No entanto, percebe-se a falta de um ambiente próprio para o familiar acompanhante e seus objetos pessoais, uma vez que passa a ocupar o espaço inerente ao trabalho da equipe de enfermagem, o que pode causar conflitos, queixas por parte do familiar e irritação por parte da equipe, que vê tomado o seu espaço de atuação (SQUASSANTE, 2007). A falta de infraestrutura para inserir o acompanhante no ambiente hospitalar traz repercussões físicas e psicológicas para o familiar. Familiares acompanhantes manifestaram sensação de desconforto físico devido às condições inadequadas do quarto, dotado de pouca infraestrutura, conforto e comodidade, ao terem que dormir sentados em uma cadeira, por longos períodos. O desconforto é agravado pela

preocupação com o doente, os aparelhos à sua volta e os ruídos do ambiente hospitalar (SZARESKI, BEUTER e BRONDANI, 2009).

A permanência do familiar acompanhante do doente hospitalizado tem provocado uma nova situação na prática assistencial da enfermagem. Essa situação exige transformações na assistência de enfermagem por meio da inclusão do familiar como um sujeito participante do cuidado. A equipe de enfermagem necessita vencer o desafio da mudança de atitude e de postura e oferecer maior flexibilidade na participação do acompanhante no cotidiano do cuidado para uma atuação conjunta com os familiares (SZARESKI, BEUTER e BRONDANI, 2009).

Nesse sentido, é possível observar que essa nova realidade repercutiu na relação de cuidado entre a equipe de enfermagem e o paciente com o surgimento do cuidador, por meio da criação de uma tríade de relações no cuidado, composta pelo enfermeiro/equipe, paciente e cuidador (PENA e DIOGO, 2005).

Assim, percebe-se a necessidade de a equipe de enfermagem adotar uma nova prática que promova a humanização dos cuidados no âmbito hospitalar. De acordo com Barbosa e Silva (2007), para caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde é preciso perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados. Para cuidar de forma humanizada, o enfermeiro deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam seu fazer. Ao seguir a política de humanização, o enfermeiro deverá considerar a individualidade e a subjetividade do usuário/paciente, possibilitando a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, viabilizando um atendimento humanizado.

Um dos princípios norteadores da política do Humaniza SUS (Sistema Único de Saúde)¹ é a valorização e a promoção da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, aumentando, com isso, o grau de corresponsabilidade no processo de gestão. Embora a política do Humaniza SUS tenha sido implantada desde o ano de 2003, não é possível perceber mudanças significativas na adequação das instituições hospitalares, com o intuito de, entre outros ajustes, oferecer acomodações para o familiar acompanhante (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

¹ Humanização deixou de ser vista como um programa, mas como Política Transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Passou a ser chamada de Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde.

A atuação da equipe de enfermagem e do familiar acompanhante necessita ser revista e reconsiderada, no sentido de buscar meios que favoreçam a compreensão mútua, a comunicação e a cooperação de ambos, visando o bem-estar do paciente e do próprio familiar. A participação do familiar acompanhante pode ser favorecida no processo de cuidar a partir de sua inclusão no planejamento, na tomada de decisão e na avaliação do cuidado.

O levantamento bibliográfico realizado na literatura nacional e internacional sobre os familiares acompanhantes de pacientes em ambiente hospitalar demonstrou que as publicações têm focado as vivências e/ou percepções dos pacientes, familiares acompanhantes e profissionais da saúde no espaço hospitalar. Esse estudo foi realizado junto à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), acessando a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha, a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), nas quais encontraram-se 52 trabalhos. A busca do material ocorreu no mês de maio de 2010, utilizando-se como descritor “acompanhantes de pacientes” e a palavra-chave “familiar”. Nos dados analisados não foram encontradas produções que abordassem a vivência do enfermeiro na condição de familiar acompanhante de doente em internação hospitalar.

Nesse sentido, entende-se que, ao realizar pesquisa com enfermeiros que tenham vivenciado a condição de familiar acompanhante, tem-se a expectativa de contribuir com dados que demonstrem o modo como essa experiência repercute na vida pessoal e profissional do enfermeiro e as implicações para sua atuação em campo de prática. Isto porque, entre as atribuições do enfermeiro estão: elaborar e implementar rotinas e normas da instituição; prestar cuidados; gerenciar as atividades; coletar informações; estabelecer e ajudar a alcançar objetivos mútuos, tanto para a enfermagem quanto para o paciente e sua família, assim como, muitas vezes, controlar a liberação de um acompanhante ou não na unidade de internação.

Desse modo, entende-se que o enfermeiro tem responsabilidade na presença e na participação ou não do familiar no cuidado ao paciente, pois, comumente, cabe a ele a decisão de qual paciente pode ou não ter um acompanhante, quando não há respaldo legal que garanta a sua permanência, e também, frequentemente, o enfermeiro é o mediador na relação entre equipe, paciente e familiar. Portanto, o enfermeiro, ao determinar a presença do acompanhante e auxiliar na inserção deste no cuidado, tem como parâmetros a condição de dependência e gravidade do paciente, e pode ser também influenciado por sua vivência na condição de ter sido familiar acompanhante.

Frente a este contexto, constitui-se como **objeto** deste estudo a **vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar**.

A partir dessas colocações, tem-se como questão norteadora do estudo: Como foi a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar?

Para responder à questão apresentada foram formulados os seguintes **objetivos**:

- Descrever a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de paciente hospitalizado.
- Analisar a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante e as possíveis repercussões na sua atuação profissional.

Para tanto, a dissertação foi organizada em capítulos. O primeiro compõe-se da apresentação e construção do objeto de estudo, evidenciando a problemática e as contribuições do estudo. O segundo capítulo apresenta os conceitos e considerações teóricas relacionadas ao hospital, cuidado de enfermagem e familiar acompanhante no ambiente hospitalar que fundamentam o estudo. O terceiro capítulo descreve o caminho metodológico em que constam o método de produção e análise dos dados, o cenário e a caracterização dos sujeitos participantes, bem como as considerações éticas do estudo.

O quarto capítulo discute os temas e subtemas que emergiram nos discursos dos participantes, estruturados em duas categorias temáticas: a vivência de enfermeiras na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar; e as repercussões da vivência de enfermeiras na condição de familiar acompanhante na atuação profissional. O quinto capítulo apresenta as reflexões e considerações do estudo relacionadas a familiares acompanhantes, bem como as contribuições e recomendações do estudo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este tópico aborda os principais conceitos e considerações teóricas que fundamentam esta dissertação, os quais estão relacionados com a enfermagem e o familiar acompanhante no ambiente hospitalar.

2.1 Evolução histórica do hospital

As primeiras organizações hospitalares surgiram na Idade Média e tinham caráter de hospedar doentes e peregrinos. Visto que, até o século XVII, o hospital era destinado aos pobres e aos indivíduos que ameaçavam a sociedade por serem portadores de doenças contagiosas ou considerados loucos, os quais eram mantidos confinados até a morte, a fim de salvar as suas almas. As pessoas que realizavam o cuidado eram as religiosas e as prostitutas, que utilizavam técnicas simples de cuidados, como: a higiene do paciente; cuidados com feridas; preparo de chás e alimentações; lavagem de roupas e cuidados com o ambiente. Estas eram ações desenvolvidas com o objetivo de trazer alívio à alma do doente, pois a doença era considerada um castigo divino por algum erro cometido (PITTA, 2003).

No final do século XVIII, surge a instituição hospitalar como espaço terapêutico e de intervenção médica sobre a doença, instalando-se o modelo biomédico. O objetivo do hospital deixa de ser a salvação das almas e passa a centrar-se na organização do espaço para que o médico possa intervir sobre a doença, com a finalidade principal de restaurar o corpo como força de trabalho e devolvê-lo para a sociedade (CAPRA, 1993; OLIVEIRA et al., 2009).

Desse modo, o modelo clínico do final do século XVIII emerge paralelo ao surgimento do capitalismo, num movimento social de transformação do hospital, este como local e instrumento de cura. As transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuidava como para quem era cuidado, pois se constituía numa força de trabalho (LUCENA et al., 2006).

Ainda com a ideia de atender à necessidade capitalista, surge, na segunda metade do século XIX, a divisão do trabalho, entre o trabalho intelectual *versus* o trabalho manual, modelo proposto por Florence Nightingale, na Inglaterra. Assim, também passa a existir uma enfermagem com seu trabalho estratificado e hierarquizado, com divisão de tarefas. As atividades de cuidados são distribuídas para diversos agentes, cada um responsável por uma parte, desconsiderando o paciente na sua totalidade, e o doente passa de sujeito a objeto do cuidado (MATOS e PIRES, 2006). Nesse contexto, os progressos da biologia no século XIX

foram acompanhados pela tecnologia médica, com novos instrumentos de diagnóstico e tratamento, ao mesmo tempo em que a atenção do médico se transferia do paciente para a doença, iniciando-se assim as especializações, as quais atingem seu auge no século XX (CAPRA, 1993).

Nos anos de 1980, ocorre a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que surge com uma proposta de superação do modelo biomédico hegemônico vigente, como um sistema plural que possui, por diretrizes básicas, a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária. As modificações nas práticas da assistência que ocorreram nos cenários hospitalares, nesse período, representam uma mudança de modelo associado à humanização e ao atendimento integral do paciente hospitalizado, tendo forte influência dos movimentos políticos no Brasil e de novas práticas assistenciais que começam a ser adotadas em outros países (DIBAI e CADE, 2007).

Nesse cenário, o hospital, atualmente, ainda ocupa uma posição central, responsabilizando-se por tarefas complexas, sendo um local de tensões, conflitos, disputas e negociações. A enfermagem, por sua vez, caminha na busca de referenciais que a instrumentalizem para o trabalho com os pacientes em uma perspectiva de cuidado mais coletiva que inclua também as famílias (GOMES; ERDMAN, 2005). No entanto, o uso de equipamentos cada vez mais sofisticados no ambiente hospitalar leva o profissional a preocupar-se mais com os aparelhos do que com o doente, com o seu conforto, com suas dúvidas e os seus receios. Com isso, aspectos como a sensibilidade, o envolvimento e a solidariedade no cuidado são negligenciados, esquecidos e substituídos pelas rotinas, rigidez, hierarquização e normatizações da instituição (GOMES e ERDMAN, 2005). O hospital reproduz a filosofia capitalista, preocupa-se em minimizar custos e maximizar lucros. Torna-se um ambiente tenso, principalmente para as enfermeiras, que são requeridas a realizar atividades técnicas e burocráticas com atenção e êxito, impedindo a reflexão sobre a forma de cuidado, tornando-o robotizado e não humanizado, como é relatado por uma enfermeira no estudo de Beuter (2004).

O hospital constitui-se em um local destinado ao atendimento de doentes internados, no qual há garantia de atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência permanente prestada por uma equipe de saúde. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas; serviços de laboratório e radiologia; serviço de cirurgia e/ou parto; bem como registros médicos organizados para rápida observação e acompanhamento dos casos (SILVA, 2002).

A instituição hospitalar incorpora em sua estrutura traços do modelo organizacional e burocrático comuns às empresas, mas não é uma organização qualquer, pois lida com um elemento extremamente valioso – a vida das pessoas. Portanto, é imprescindível que o hospital seja regido por princípios éticos (ANUNCIACÃO e ZOBOLI, 2008).

O Ministério de Saúde (2003) definiu o conceito de hospital, como:

[...] parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 2003).

O ambiente hospitalar geralmente causa sofrimento para os pacientes, por ser um local desconhecido, onde eles perdem sua autonomia, devido às normas e rotinas existentes nesse tipo de instituição. Além disso, essa situação é agravada pelo fato do doente ser afastado de seu convívio familiar e social. Beuter (2004) descreve que a instituição hospitalar pode influenciar os pacientes tanto de forma positiva, auxiliando na sua recuperação, quanto de forma negativa, na medida em que torna-os ansiosos, angustiados e deprimidos, frequentemente por não oferecer um cuidado humanizado.

O trabalho no campo da saúde é marcado pela existência de relações interpessoais entre os profissionais e usuários. Constitui-se em um trabalho reflexivo e dependente de saberes distintos, como: científico, técnico, derivados de experiências de trabalho e, ainda, sociais e de valores ético-políticos. As atividades na área da saúde também diferem pela sua complexidade e heterogeneidade, devido à variedade de processos de trabalhos coexistentes e pela fragmentação conceitual do pensar e fazer (LEITE, 2007).

As diferentes funções que o hospital tem desempenhado ao longo de sua história, como curativa, preventiva, educativa, entre outras, têm dificultado a tarefa dos que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais (PITTA, 2003). Atualmente, o usuário dos serviços de saúde está consciente de seus direitos, protagonista de sua história, requer um cuidado já previsto em políticas públicas. Essas políticas visam uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, através do acolhimento, de uma postura ética de respeito ao usuário, entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (GRÜDTNER et al., 2010).

2.2 O cuidado de enfermagem

Antigamente o trabalho nos hospitais era despendido de modo generoso, por caridade ou penitência, sem qualquer remuneração, por pessoas com vocação religiosa e humanitária. Era uma tarefa tipicamente feminina, por meio da qual as mulheres buscavam melhorias de ordem moral e espiritual. Com o passar do tempo foram substituídas por profissionais de enfermagem (PITTA, 2003).

Assim, a enfermagem era desenvolvida como prática religiosa. Os valores que pautavam essa prática eram fortemente marcados pelos princípios de solidariedade humana e altruísmo. A enfermagem exercida era alicerçada no amor, na compaixão e na disponibilidade (GRÜDTNER et al., 2010).

O trabalho hospitalar era basicamente desenvolvido por freiras com o objetivo de dar conforto à alma do paciente. Entretanto, a consolidação da enfermagem como profissão só ocorreu a partir de sua desvinculação das práticas religiosas e consequente articulação hierarquizada à prática médica (OLIVEIRA et al., 2009).

As transformações sociais provenientes do capitalismo, no final do século XVIII, influenciaram na mudança de concepção do hospital, para um local de cura, e na do corpo humano, como fonte de lucro e força de trabalho. As ideias de Florence Nightingale emergem em meio a essas transformações sociais, do modo de vida e concepções políticas e econômicas da época. Nesse período, durante sua atuação na Guerra da Crimeia, ela buscou maneiras de organizar o trabalho de enfermagem e de estabelecer intervenções capazes de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como contribuir para garantir a vida de muitas pessoas (LUCENA et al., 2006).

Esse fato marcante caracteriza o surgimento da Enfermagem Moderna e o rápido abandono da enfermagem domiciliar, anteriormente predominante, para o ambiente hospitalar. A partir disso, a enfermagem passa a organizar-se no sentido de também buscar maneiras para desenvolver um corpo de conhecimentos próprios que, ainda hoje, sofre a influência do modelo clínico (ELIAS e NAVARRO, 2006).

A partir do momento em que o hospital é concebido como um ambiente de cura, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar, e a enfermagem subordinada e obediente a essa classe. Em contrapartida, no que se refere às relações de poder da enfermeira junto à equipe de enfermagem, verifica-se uma alternância de papéis, isto é,

estas assumem atitudes de autoridade, responsabilidade e exigência no cumprimento dos deveres, semelhantes às daquelas dos médicos (FOUCAULT, 1982 apud PADILHA, 1997).

Com o passar do tempo, a enfermagem foi buscando conhecimento e conquistando seu espaço, construindo uma nova práxis profissional. Nesse novo contexto da atuação profissional, a enfermagem emprega a criatividade, a sensibilidade e a intuição, além da cognição e da habilidade manual. Tendo como seu objeto de trabalho o cuidado, ela reflete sobre o cuidar para além de técnicas rotineiras, na perspectiva de um processo interativo, existencial, estético e transformador (WALDOW, 2004).

Atualmente, fala-se em humanizar a saúde e a assistência hospitalar, tendo o cuidado como foco unificador nessas relações. É por meio do ato de cuidar que o ser se humaniza. Segundo Minayo (2006, p. 26), a humanização na saúde “significa um movimento instituinte do cuidado e da valorização da intersubjetividade nas relações”, sem, contudo, relegar a competência e avanços técnico-científicos.

Entende-se, com a humanização da assistência, possibilitar um cuidado que atenda às necessidades humanas do usuário, respeitando sua dignidade, permitindo-lhe o protagonismo de sua própria história, diminuindo o sofrimento tanto deste, de sua família, quanto do servidor da saúde.

O usuário dos serviços de saúde almeja ser atendido com dignidade, ter seus sentimentos e individualidade considerados, e não ser tratado de forma massificada ou indiferente. Um dos aspectos humanos do cuidado inclui o ouvir, permitindo com que os pacientes exponham seus sentimentos de forma que a empatia seja estabelecida entre o profissional da saúde e o paciente, integrando o aspecto técnico-científico com o psico-socio-espiritual (WALDOW, 2004).

Historicamente, nos diversos ambientes em que prestavam cuidados à saúde e em alguns cursos de enfermagem, os enfermeiros não podiam demonstrar suas emoções nos cuidados prestados, criando, com isso, uma cultura de que os enfermeiros deveriam ser apáticos, não deixando transparecer seus sentimentos, sensibilidades, fragilidades e limitações no cotidiano de trabalho. Atualmente, são notáveis as mudanças em relação a esse pensamento, entendendo-se que o enfermeiro é um ser de sensibilidade, que se coloca no lugar do outro, inclusive como uma extensão deste, que dele depende, naquele mundo do cuidado (BECKER e CROSSETTI, 2007).

Assim, é necessário lembrar que o objeto da enfermagem é o cuidado à pessoa como um todo, holisticamente. Ao cuidar é necessário considerar as questões biológicas, culturais, sociais e espirituais relacionadas ao indivíduo, que tem potencial para aprender, desenvolver-

se, conduzir-se e de autocuidar-se. Nessa perspectiva, se interpreta que o cuidado de enfermagem deva ser prestado com enfoque integral e holístico e não de forma fragmentada (LEITE, 2007).

Becker e Crossetti (2007) afirmam que, quando o cuidador reflete sobre seu ser/viver, expande seu conhecimento pessoal, ético e estético, aumentando a consciência de suas limitações e possibilidades, e, dessa forma, amplia suas oportunidades de melhoria no cuidado com o outro. Portanto, é na ação do cuidado que o cuidador inventa um modo de fazer que seja singular, adapta a realidade à necessidade que o encontro de cuidado lhe impõe, e realiza, assim, a arte da enfermagem. Segundo Dal Pai; Schrank e Pedro (2006), o padrão estético é um dos pilares de conhecimento da enfermagem, sendo conceituado pela arte da percepção. Então, ao compreender as necessidades do ser cuidado, o profissional de enfermagem cria uma ação de cuidado referente à subjetividade e singularidade do cuidador.

Programas de humanização ajudam a despertar na consciência dos profissionais de enfermagem ações voltadas para o cuidado humanístico. Percebe-se, com isso, que tanto o paciente como o cuidador devem ser respeitados em suas singularidades (BECKER e CROSSETTI, 2007).

Iniciativas de ações de cuidado por parte dos funcionários no ambiente hospitalar são, muitas vezes, individuais e particulares, e não fazem parte das políticas hospitalares. Os enfermeiros, nesse ambiente, encontram limites institucionais, como regras e normas (BEUTER, 2004). Nesse espaço, os enfermeiros com cargo de gestores têm maior possibilidade e acesso para efetuar mudanças no sistema de prestação do cuidado. Esses profissionais podem promover novas políticas de cuidado que possibilitem aumentar a satisfação e qualidade no trabalho. Estas políticas geradas por grupos multiprofissionais têm o objetivo de fazer com que os trabalhadores possam descobrir juntos novas formas de exercer o cuidado humanizado.

Dentre as responsabilidades e atividades dos enfermeiros estão o gerenciamento das unidades, planejamento e distribuição de tarefas, enfim, eles administram o cuidado a ser executado. O contato próximo com os pacientes irá possibilitar o acompanhamento de suas condições físicas, psicológicas, emocionais e avaliar como estão se sentindo em relação ao cuidado prestado (WALDOW, 2004).

A atuação do enfermeiro contempla orientações e supervisões junto à equipe, ao paciente e seu familiar, e possibilita a assimilação da necessidade do acompanhante no ambiente hospitalar. Com isso, o enfermeiro pode identificar os benefícios dessa prática, tanto para o paciente quanto para a família (LEITE, 2007).

2.3 O familiar acompanhante no ambiente hospitalar

Historicamente, a enfermagem procurou integrar a família em seus serviços, desde quando assistia os doentes em suas casas, envolvendo seus membros nos cuidados (WRIGHT e LEAHEY, 2002). Com a transição da prática de enfermagem das residências para os hospitais, a inclusão dos familiares foi dificultada e, em alguns lugares, até excluída. Observa-se, atualmente, que a prática de inserção da família no processo de cuidar está sendo retomada, por meio de políticas públicas que têm buscado o reconhecimento de sua importância. Portanto, é preciso ter uma compreensão do significado de família, pois é ela, na figura dos familiares, que está presente durante a hospitalização de um de seus membros.

Existem várias definições de família, tais como a de Elsen (2004), que a conceitua como um sistema de saúde para os seus membros, constituído de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações para a promoção da saúde, e a prevenção e o tratamento da doença. A família vive em diversos níveis de aproximação em um determinado ambiente, interagindo com outras pessoas e famílias, com direitos e responsabilidades.

Ao definir família, Grüdtner (2004) a considera como aquela que fomenta o enfrentamento das crises através do diálogo, que ajuda seus componentes a construir seu sentido de vida, o qual os impulsionará nos momentos favoráveis, assim como nos de pressão, solidão e sofrimento. Para Delgado (2004), a família é o núcleo no qual se irradia o cuidado, o cenário onde se aprende o cuidado, o cuidar e o cuidar-se.

Para Wright e Leahey (2002), ao avaliar uma família é preciso examinar sua estrutura, ou seja, quem faz parte dela, qual o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. Portanto, é preciso encontrar uma definição de família que ultrapasse as limitações tradicionais de membro restrito, utilizando critérios de consanguinidade, adoção e matrimônio. Essas autoras definem família como todos aqueles que os seus membros dizem que são. Sendo assim, respeitam as ideias dos membros individuais da família, no que diz respeito aos relacionamentos significativos e experiências de saúde e doença. Segundo as autoras, essa definição é fundamentada em crenças familiares e não em quem mora na casa.

Ao considerar a família uma estrutura que possui vínculos afetivos e de proximidade, quando acontece a hospitalização de algum membro da família ela deseja permanecer junto ao doente por diversos motivos, como: interesse no paciente, insegurança diante da situação,

sentimento de corresponsabilidade pela sua recuperação, oportunidade de aprender os cuidados prestados, respeito pelo doente e simplesmente para estar junto (SILVA e BOCCHI, 2005).

No ambiente hospitalar, o foco da atenção do cuidado é prioritariamente dirigido ao doente, no entanto compreende-se que a enfermagem não pode ficar indiferente à presença do familiar acompanhante, pois este é coparticipante no processo de cuidado do doente. Desse modo, a enfermagem deve estar sensível à presença de familiares no hospital, que buscam, muitas vezes, superar as próprias dificuldades e limitações, compreendendo as múltiplas situações imbricadas à hospitalização, facilitando a expressão de diferentes sentimentos e favorecendo a troca de informações (BEUTER, et al., 2009).

A presença de familiares acompanhantes tem a finalidade de amenizar o impacto da hospitalização da pessoa doente e contribuir na sua recuperação. A presença de acompanhantes pode também possibilitar a capacitação destes, para darem sequência no cuidado ao doente no ambiente domiciliar, após a alta hospitalar (LEITE, 2007; SZARESKI 2009).

Portanto, a responsabilidade e o vínculo afetivo familiar são fatores que poderão contribuir para o restabelecimento da situação de saúde do doente. A família, por sua proximidade e convivência com o doente, apresenta maiores condições de acompanhar o processo de saúde/doença de seus membros do que os próprios profissionais. Por sua familiaridade, os membros desse grupo são capazes de identificar sinais de alteração clínica do doente que poderiam passar despercebidos por outras pessoas (GOMES e ERDMANN, 2005).

Para ser acompanhante, a pessoa deve estar em boas condições físico-psicológica e disposta a auxiliar no cuidado do paciente, em suas necessidades afetivas e quando solicitado. Beuter (2004) menciona que tanto o paciente como o familiar/acompanhante encontram-se fragilizados no processo de hospitalização e necessitam de atenção da enfermagem para sentirem-se cuidados. O suporte familiar ao paciente é importante para que ele auxilie o doente a encontrar estabilidade emocional e psíquica.

Os pacientes que legalmente têm direito a um acompanhante no ambiente hospitalar são as crianças e adolescentes até 18 anos, os idosos a partir de 60 anos e as parturientes, ou seja, o paciente adulto não recebe respaldo legal para tanto. No entanto, os familiares de pacientes adultos hospitalizados podem assumir o papel de familiar visitante ou de familiar acompanhante como modalidades de suporte, condicionadas à instituição.

O familiar recebe autorização para ser acompanhante de doente adulto hospitalizado nas situações em que os pacientes são considerados mais dependentes de cuidados de enfermagem e desde que um integrante da família tenha disponibilidade de se afastar de suas atividades diárias para assumir esse papel. O familiar permanece como visitante em situações em que não pode deixar as suas atividades para assumir o papel de acompanhante ou quando o doente não exterioriza a necessidade de um suporte familiar constante (SILVA e BOCCHI, 2005).

Nesse momento, o familiar descobre que, dentre os profissionais de saúde, a equipe de enfermagem, liderada pelo enfermeiro, é quem detém o poder de consentimento e de controle para que as normas institucionais sejam cumpridas. Na busca de permanecer com o paciente, muitas vezes, os familiares transcendem as barreiras, como não obedecer aos horários estabelecidos para visitas ou esconder-se nas dependências hospitalares. Assim, os familiares acabam sendo advertidos pela equipe de enfermagem, ao reconhecê-los como transgressores das regras institucionais (SILVA e BOCCHI, 2005).

Diante desse cenário, a família não se sente acolhida pela equipe de saúde. Por outro lado, quando o enfermeiro avalia o paciente e este preenche os critérios estabelecidos para a presença de um familiar acompanhante (ser mais dependente de cuidados de enfermagem e o familiar ter disponibilidade), a família se sente satisfeita com a oportunidade a ela concedida (SILVA e BOCCHI, 2005).

O enfermeiro pode representar para a família uma barreira ao seu livre movimento entre o papel de visitante e de acompanhante, revestido de uma autoridade institucional, legítima e normativa. É por essa razão que, quando o familiar quer se tornar acompanhante e não preenche os requisitos, ele interpreta as atitudes da enfermagem como hostis (SILVA e BOCCHI, 2005). Além disso, as instituições hospitalares oferecem poucas condições para a permanência do familiar acompanhante. A estrutura física hospitalar, a equipe de saúde pouco acolhedora, a falta de atenção repercutem em um processo de intenso sofrimento para os familiares. Entretanto, muitos acompanhantes se sentem gratificados com as condições de estrutura física e psicológica oferecidas pela instituição (SILVA e BOCCHI, 2005).

É importante que o enfermeiro ofereça suporte aos membros da família do doente hospitalizado. Uma vez que estes encontram-se cercados de objetos, rotinas e pessoas estranhas ao seu cotidiano durante o período da hospitalização. O apoio da equipe de enfermagem aos sujeitos envolvidos na hospitalização ajuda a tranquilizá-los frente à experiência em que o cuidado é compreendido como adjetivo de humanização (SILVA; BOCCHI e BOUSSO, 2008).

A equipe multidisciplinar e a organização hospitalar vêm buscando condições para oferecer assistência integral ao indivíduo, inclusive ao acompanhante, partindo do princípio de que a família é importante para a recuperação do paciente, e sua evolução clínica tende a ser mais rápida quando o familiar está próximo (MORENO, 2007).

Portanto, a presença do familiar junto ao doente pode auxiliar para que ele aceite e se adapte à condição de estar internado no hospital, diminuir a angústia e favorecer a formação do vínculo com os integrantes da equipe de saúde (GOMES e ERDMANN, 2005).

O acompanhante, pela sua proximidade com seu familiar, conhece suas preferências, medos e desejos. Com ele, o doente sente-se à vontade e tranquilo para expor suas necessidades, sabendo que tem uma pessoa de confiança por perto, em período integral. Os doentes que não possuem acompanhantes, por sua vez, normalmente demonstram insegurança, por estarem em local desconhecido, longe de sua família e dos amigos, e não terem uma pessoa para expor seus sentimentos. Observa-se que os doentes, que ficam sozinhos, muitas vezes, não aceitam o tratamento, tornando-se apreensivos, o que dificulta sua adaptação no ambiente hospitalar e, conseqüentemente, a sua recuperação (SQUASSANTE, 2007; SZARESKI, 2009).

O programa de humanização é considerado uma oportunidade de resgatar o sentido real da prática, através do aprimoramento e da busca pelas relações que os profissionais estabelecem entre si, com os usuários, com a administração, e com o hospital e a comunidade, valorizando a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos do cuidado (SILVEIRA et al., 2005).

A fim de evitar atitudes descomprometidas e insensíveis, que acabam inviabilizando o cuidado humanizado, deve-se investir, primeiramente, na sensibilização da equipe, para que todos trabalhem com o mesmo objetivo, buscando manter o respeito ao doente e à família que o acompanha, praticando diariamente a humanização do cuidado (PINHEIRO et al., 2011).

Considera-se, quanto ao exercício da humanização no contexto hospitalar, que cabe à enfermagem comprometer-se em praticá-lo e estimular os funcionários para que o desenvolvam. É dever desta compreender as reações e os estranhamentos da família diante da internação e inseri-la no projeto terapêutico do paciente. No momento em que a família se distancia do paciente, a enfermagem pode e deve mediar as relações e oferecer ajuda emocional para o enfrentamento da situação, por meio da comunicação e do relacionamento interpessoal.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo são descritos o tipo de investigação, o cenário, os sujeitos participantes, o método para produção e análise dos dados e os aspectos éticos para a realização desta pesquisa.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, descritiva e exploratória. Para Gil (2002), as pesquisas descritivas objetivam a descrição de características de uma determinada população ou fenômeno, e/ou o estabelecimento das relações entre variáveis. Conforme Minayo (2006), a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, relações humanas, atitudes, crenças e valores, explorando uma realidade que não pode ser captada através de dados quantitativos.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo desenvolveu-se no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado no centro do Estado do Rio Grande do Sul, fundado em 1970, sendo referência em saúde para essa região. Um fator que ressalta a importância do HUSM é o fato de ser um dos únicos hospitais da região centro que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Como um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a instituição HUSM se caracteriza como hospital de ensino, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

É um hospital público, federal, de alta complexidade, de grande porte, que possui 303 leitos em funcionamento². Os leitos estão distribuídos em seis clínicas: clínica médica para internação de adultos, com 89 leitos (incluindo pronto socorro, unidade de tratamento intensivo e unidade coronariana intensiva); clínica cirúrgica, 59 leitos (incluindo as salas de recuperação); clínica pediátrica, 44 leitos (abrangendo pronto socorro e unidades de terapia intensiva); clínica toco-ginecológica, 41 leitos (incluindo o centro obstétrico); clínica psiquiátrica, 37 leitos (incluindo pronto socorro e o Serviço de Recuperação de Dependentes

² Dados obtidos no setor de estatística do HUSM em outubro de 2010.

Químicos – SERDEQUIM); e clínica de hemato-oncologia, com 23 leitos (incluindo o Centro de Transplante de Medula Óssea – CTMO).

O HUSM dispõe de 191 profissionais enfermeiros, em regime estatutário e 10 temporários contratados pela Fundação de Apoio à Tecnologia e Ciência (FATEC), distribuídos nos diversos setores de atendimento³.

A escolha do HUSM como cenário da pesquisa ocorreu pelo fato de a instituição disponibilizar diferentes locais de atuação de enfermeiros, em que estes têm a possibilidade de interagir com diferentes sujeitos do cuidado nas diversas especialidades e níveis de complexidade.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que trabalhavam no HUSM, nas diversas áreas de atuação. O critério de inclusão dos participantes no estudo foi ter necessariamente vivenciado a condição de familiar acompanhante de paciente em internação hospitalar.

O convite para participar da pesquisa se deu através da técnica “bola-de-neve” (*snowball technique*), onde a amostra é constituída de modo intencional, por meio de referências feitas por pessoas que compartilhem ou conheçam outras que possuam as características de interesse da pesquisa. O acesso a tais populações requer o conhecimento de pessoas que possam localizar indivíduos que contemplem os critérios previstos no estudo (BIERNACKI e WALDORF, 1981).

O contato com a primeira convidada aconteceu de forma natural, pois eu tinha conhecimento prévio sobre a experiência da enfermeira como acompanhante de um familiar internado em ambiente hospitalar e a partir desta se desencadeou a técnica “bola de neve”. Após sua aceitação, a mesma informou três possíveis participantes. Posteriormente realizou-se contato com as outras pessoas e assim sucessivamente.

Desse modo foram selecionados e convidados os participantes da pesquisa, aos quais se solicitou que indicassem outro(s) enfermeiro(s) que atendessem à exigência de inclusão. Assim, cada participante imediatamente indicou outro(s) para fazer parte do grupo.

Muitos enfermeiros convidados não aceitaram participar da pesquisa, justificando que o assunto traria lembranças de sofrimentos, outros recusaram por motivos pessoais, como indisponibilidade de horários. Quando os enfermeiros convidados não concordavam em

³ Dados obtidos junto ao Setor de Recursos Humanos do HUSM em novembro de 2010.

participar ou não se encaixavam nos itens de inclusão, o próximo era escolhido intencionalmente, como o primeiro convidado, e assim sucessivamente.

Os convidados eram informados do objetivo do estudo. Apenas o número de participantes foi delimitado, pois cada encontro poderia ter no máximo a participação de 10 enfermeiros. Foram realizados dois encontros com a dinâmica Costurando Estórias e nas duas dinâmicas realizadas foi utilizada a técnica “bola de neve”. Salienta-se que a cada encontro eram convidados novos integrantes.

Para o primeiro encontro oito enfermeiras confirmaram sua participação, sendo que seis compareceram. Duas tiveram imprevistos de última hora. No segundo encontro, sete enfermeiras confirmaram sua participação, mas apenas três compareceram no dia da dinâmica. Obteve-se um número total de nove participantes nas duas dinâmicas.

Nos dois encontros aplicaram-se a mesma dinâmica e questão geradora de debate, assim, foram convidados novos participantes para os encontros. As Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) possibilitam que os sujeitos que as compõem sejam diferentes, e isso se deve ao fato de que o grupo possui uma homogeneidade (são enfermeiras do HUSM), o que torna cada sujeito representativo do grupo maior.

O convite aos participantes do estudo foi feito de forma verbal, numa visita nas suas unidades de atuação profissional no HUSM, com intuito de estabelecer contato mais próximo com eles. Também nesse momento procurou-se esclarecer o dia e horário mais propício para a realização dos encontros, conforme disponibilidade dos participantes. Próximo ao dia do encontro foi feito novo contato para confirmar a participação de cada enfermeira ou a substituição de alguma. Os encontros aconteceram em horários para favorecer a participação das enfermeiras e esta ocorreu mediante a aceitação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As participantes da pesquisa eram todas do sexo feminino, assim, será utilizado o termo “enfermeiras” ao referir-se a elas. Construiu-se um quadro (Figura 1) para caracterizar as enfermeiras do estudo que vivenciaram a condição de ser familiar acompanhante de algum (uns) membro (s) da família durante o período das hospitalizações. Duas enfermeiras trouxeram para discussão situações de dois familiares que acompanharam, e outra participante também acompanhou dois familiares, sendo que um destes familiares teve duas internações. A faixa etária das participantes variou de 26 a 56 anos de idade, sendo que cinco eram casadas, duas separadas e duas solteiras. Quanto à prática religiosa, seis denominaram-se católicas, duas espíritas e uma evangélica.

Caracterização da enfermeira familiar acompanhante	Familiar que acompanhou	Tempo que acompanhou	Tipo de acompanhante	Diagnóstico do familiar	Evolução do familiar
(E1) Enfermeira há 10 anos. Trabalha no HUSM há 8 anos.	Avó	01 mês	Secundária	Complicação Pulmonar	Óbito
(E2) Enfermeira há 25 anos. Trabalha no HUSM há 17 anos.	Mãe	01 mês	Principal	Oclusão Intestinal	Alta
(E3) Enfermeira há 23 anos. Trabalha no HUSM há 15 anos.	Irmã	10 meses	Principal	Câncer Uterino	Óbito
(E4) Enfermeira há 34 anos. Trabalha no HUSM há 30 anos.	Mãe	40 dias	Secundária	Linfoma	Óbito
	Irmã	02 dias	Secundária	Parto	Alta
(E5) Enfermeira há 23 anos. Trabalha no HUSM há 15 anos.	Irmã	04 anos	Principal	Diabetes Melitus Insuficiência Renal Crônica	Óbito
(E6) Enfermeira há 30 anos. Trabalha no HUSM há 27 anos.	Mãe	05 dias	Principal	Sepse	Óbito
	Filha	02 dias	Principal	Parto	Alta
(E7) Enfermeira há 14 anos. Trabalha no HUSM há 9 anos.	Avó	01 mês	Secundária	Câncer de Bexiga	Óbito
(E8) Enfermeira há 8 anos. Trabalha no HUSM há 6 anos.	Pai	02 dias	Principal	Acidente Vascular Cerebral	Óbito
	Mãe	10 dias	Principal	Pneumotórax	Alta
		08 dias	Principal	Infarto Agudo do Miocárdio	Óbito
(E9) Enfermeira há 4 anos. Trabalha no HUSM há 3 anos.	Pai	02 dias	Principal	Câncer de Próstata	Alta

Figura 1 - Quadro com a caracterização das enfermeiras familiares acompanhantes do estudo, familiar acompanhado, tempo e tipo de acompanhamento, diagnóstico e evolução do familiar. Santa Maria/RS, 2011.

Para preservar o anonimato das enfermeiras participantes, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 2005), elas foram identificadas com a letra “E” seguida do número cardinal em sequência crescente, conforme foram expondo sua produção artística durante a realização das dinâmicas.

3.4 Método de produção de dados

Para a produção dos dados utilizou-se o Método Criativo Sensível (MCS), por meio da realização de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS). O MCS utiliza dinâmica interna do processo grupal conduzido pela criação de produções artísticas, análise coletiva e a pedagogia do método de ensino crítico-reflexivo de Paulo Freire (CABRAL, 1998).

No MCS o grupo é organizado intencionalmente, sem fins terapêuticos, mas privilegia a espontaneidade total dos sujeitos. Essa modalidade de pesquisa permite que o investigador participe das atividades em forma de dinâmica de criatividade e sensibilidade do grupo investigado, enquanto que os grupos colaboram com o investigador para elucidar o problema gerador do objeto de estudo.

As DCS apresentam, especialmente quando se trabalha em grupos, uma sistemática em que estão implícitos alguns aspectos relevantes da produção de dados da pesquisa qualitativa, dentre os quais se destacam: a combinação de diferentes dispositivos de coleta de dados (observação, processo grupal, entrevistas); a relação dialógico-dialética que se estabelece entre o sujeito e o pesquisador; a possibilidade de validação dos dados no espaço das dinâmicas; e a manutenção da singularidade de cada participante do grupo que coletiviza suas experiências (CABRAL, 1998).

As dinâmicas permitem a operacionalização do MCS e têm como eixo norteador a questão de base, a qual é discutida, porém o método admite que o participante socialize questões ocultas e particulares. O tema se desdobra e mostra outras facetas escondidas no tema original (CABRAL, 1998).

3.4.1 Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade

Para a produção dos dados foram desenvolvidos dois encontros com a dinâmica “Costurando Estórias”, utilizada por Beuter (2004) e Szareski (2009). As dinâmicas foram realizadas em dias distintos, e cada uma teve a duração média de 90 minutos. Após análise preliminar dos dados da primeira DCS, foi possível desvendar que para o alcance dos

objetivos era necessário outra DCS “Costurando Estória” com participantes diferentes. Sendo que a temática discutida na primeira dinâmica teria que ser complementada com a repetição da questão geradora de debate em sujeitos diferentes.

As DCS foram realizadas nos meses de março e junho de 2011, sendo os encontros agendados previamente e com consenso do grupo. Os encontros ocorreram em espaços próximos ao local de trabalho dos sujeitos. Esses locais foram escolhidos por possuírem uma infraestrutura que oferece conforto e a privacidade necessária para a realização do encontro, e também para facilitar o deslocamento dos sujeitos. A maioria das participantes estava saindo de seu turno de trabalho, uma enfermeira participou da pesquisa durante seu turno de trabalho e outra veio de sua residência.

Segundo Cabral (1998), as DCS devem acontecer em cinco momentos, os quais foram seguidos pela pesquisadora. O primeiro momento foi destinado à preparação e organização do ambiente, quando as participantes foram recebidas pela pesquisadora e pelos auxiliares de pesquisa. As enfermeiras foram convidadas a ler e, após, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e autorizaram a gravação dos depoimentos nas dinâmicas e os registros fotográficos das produções artísticas. Em seguida os auxiliares colocaram em cada participante um crachá com um pseudônimo escolhido por elas. Também auxiliaram no preenchimento dos dados do instrumento (APÊNDICE B) que teve por objetivo conhecer as características sociodemográficas dos sujeitos.

O segundo momento correspondeu à apresentação e interação das participantes do grupo, onde foi utilizada uma técnica de relaxamento (pela proponente). Informou-se os objetivos do estudo e a operacionalização da dinâmica que foi desenvolvida com a enunciação da questão geradora de debate.

O terceiro momento correspondeu à realização do trabalho individual embasado na questão geradora de debate, resultando na elaboração de um texto escrito de acordo com a dinâmica adotada. Foram disponibilizados aos participantes materiais para construção de suas produções artísticas.

No quarto momento, houve a apresentação das produções artísticas individuais, cada participante socializou com o grupo o que foi produzido, aconteceu a análise coletiva em que os temas geradores foram codificados, discutidos coletivamente e decodificados em subtemas. No quinto momento, ocorreram a síntese e validação dos dados, com a recodificação dos temas e subtemas.

3.4.2 Dinâmica “Costurando Estórias”

Na dinâmica “Costurando Estórias”, as participantes foram convidadas a se reportarem a situações que vivenciaram como familiar acompanhante de paciente internado. Seguiram-se, em ordem, os cinco momentos descritos por Cabral (1998). Assim, após a explicação da dinâmica, foi enunciada a questão geradora de debate: **Como foi sua vivência como familiar acompanhante na internação hospitalar de seu familiar?**

As enfermeiras tiveram à sua disposição folhas de papel A4 e canetas, para descreverem suas histórias em relação à sua vivência como familiar acompanhante, em forma de texto. Após, foram apresentadas verbalmente ao grupo as produções artísticas e discutidas coletivamente. Ao final realizaram-se a síntese coletiva e a validação dos dados.

3.5 Estratégias de desenvolvimento da pesquisa

No espaço grupal da produção dos dados no momento das DCS, as enfermeiras acompanhantes de familiares participaram ativamente de todo o processo, de forma interativa, expressando suas concepções de mundo, experiências e vivências. Para tanto, foram adotadas algumas estratégias que possibilitaram alcançar o resultado deste estudo.

Após a autorização institucional junto ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) para o desenvolvimento da pesquisa, bem como a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, iniciou-se a aproximação com os sujeitos da pesquisa.

Essa relação inicial com os participantes se deu no hospital, onde foi exposto o objetivo do estudo e seus procedimentos. Foram convidados os enfermeiros do HUSM por meio de visitas às unidades, primando pelo contato pessoal para divulgação da pesquisa, momento em que se buscou estabelecer o dia e horário mais propício para a realização das dinâmicas, conforme disponibilidade dos participantes. Nos dias anteriores à realização das dinâmicas realizou-se contato telefônico para lembrar e confirmar a participação. Assim, houve a participação de um total de nove enfermeiras acompanhantes de familiares, após os dois encontros realizados. Os dados produzidos na segunda dinâmica complementavam os dados obtidos na primeira dinâmica. A produção dos dados foi interrompida no momento em que os objetivos deste estudo foram contemplados.

Dispôs de cinco auxiliares de pesquisa, sendo que duas participaram da primeira DCS e três da segunda. Essas auxiliares foram devidamente orientadas e treinadas quanto aos

objetivos da pesquisa e suas funções no decorrer das DCS. Todas as auxiliares de pesquisa possuíam certificado de Capacitação para o MCS. A realização desse curso trouxe subsídios e maior segurança para o desenvolvimento das dinâmicas.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido a uma Comissão Examinadora em banca de Qualificação e depois encaminhado à apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM – DEPE, obtendo a aprovação para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE C). Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), sendo aprovado sob o Protocolo número 23081.020161/2010-42 (ANEXO A). O início da pesquisa ocorreu após as autorizações dessas comissões examinadoras, conforme prevê o Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSM.

É importante salientar que essa metodologia obedeceu aos aspectos éticos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Para tanto, foi focalizado o ponto que trata especificamente da responsabilidade do pesquisador na utilização dos dados coletados para estudos, incluindo a possibilidade de publicação, sendo os sujeitos da pesquisa identificados por códigos.

Garantindo a privacidade e segurança dos dados, estes ficarão de posse da pesquisadora responsável, após a análise, no Departamento de Enfermagem, por um período de cinco anos; decorrido esse tempo, serão destruídos. As informações sobre os possíveis riscos e benefícios que pudessem ocorrer aos participantes estão descritas no TCLE (APÊNDICE A), que foi apresentado em duas vias, ficando uma cópia para cada participante do estudo e outra com a pesquisadora, constando a assinatura de ambos.

Foi anexado um Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D) ao projeto, no qual o pesquisador se responsabiliza pela ciência dos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos. Também foi solicitada aos participantes a autorização para gravação, em um dispositivo eletrônico de áudio MP4, dos depoimentos nas dinâmicas, e também para registros fotográficos das participantes, com o intuito de registrar integralmente as falas e assegurar material mais rico e fidedigno para a análise.

3.7 Análise e interpretação dos dados no Método Criativo-Sensível

Os depoimentos e produções artísticas de cada integrante, gerados nas dinâmicas de criatividade e sensibilidade, e as observações do pesquisador e seus auxiliares compuseram as fontes primárias de dados da pesquisa.

Tanto os sujeitos como o pesquisador atuaram ativamente na análise e interpretação do conhecimento construído pelo grupo, diminuindo, assim, as chances de interpretações errôneas do pesquisador em relação às experiências e pensamentos dos sujeitos. Segundo Cabral (1998), o conhecimento torna-se interpretável quando sujeito e pesquisador são parceiros do seu processo de construção.

Para análise dos dados trabalhou-se com o princípio da codificação/descodificação de situações problemas emergentes do universo cultural dos sujeitos, inserido na pedagogia crítico-reflexiva de Freire (1980). Sintetizaram-se as situações representadas pelas produções artísticas, de onde foram extraídos os temas e também a enunciação dos discursos (CABRAL, 1998).

Segundo Cabral (1998), há uma flutuação da individualidade para a pluralidade emergente do processo grupal, no interior das DCS. A individualidade compartilhada coletivamente por meio do diálogo é que permitiu a codificação e descodificação de modo compreensível, mas não da mesma maneira, porque os sujeitos da pesquisa eram diferentes. Após, geraram-se a recodificação e a construção de novos significados.

Para a interpretação dos dados no MCS, foi utilizada a Análise de Discurso (AD) em sua corrente francesa, fundamentada em Michel Pechêaux e sistematizada no Brasil por Orlandi (2009), na qual não se deve procurar o sentido "verdadeiro", mas o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica.

A AD visa compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, e para isso o analista deve ser capaz de compreender, analisar e interpretar os gestos dos participantes. Orlandi (2009) considera os gestos como atos no domínio simbólico, pois eles intervêm no real do sentido.

As falas não são apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos que são produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz, deixando vestígios que o analista tem que compreender. Entender os sentidos produzidos, colocando em relação o dizer e sua exterioridade, utilizando o dito e também o não dito (ORLANDI, 2009).

Orlandi (2009) realça o fato de que o analista de discurso trabalha a possibilidade de descrever/interpretar um funcionamento discursivo “lidando/operando” com dispositivos analíticos como a paráfrase, a polissemia, o interdiscurso e a metáfora. Sendo que a paráfrase e a metáfora são suportes analíticos de base. No entanto, a paráfrase e a polissemia são um jogo entre o mesmo e o diferente, em que os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém; a paráfrase está do lado da estabilização, ao passo que, na polissemia, o que acontece é uma ruptura de processos de significação (ORLANDI, 2009).

O interdiscurso é chamado de memória discursiva, aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. É todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determina o que dizemos. E metáfora é a tomada de uma palavra por outra, através de um mecanismo de transferência que estabelece o significado das palavras (ORLANDI, 2009). Portanto, a análise do discurso busca compreender e interpretar a linguagem do sujeito numa relação com seu mundo social e histórico, ou seja, numa articulação entre o dito e não dito, utilizando os objetos simbólicos de sentido.

Segundo Orlandi (2009), existem etapas de análise, um percurso que passa do texto ao discurso, no contato com o *corpus*, o material empírico. A primeira etapa a ser considerada foi o estabelecimento do *corpus* de análise, constituído pelos relatórios das DCS. Esse material foi submetido a uma primeira análise, chamada de análise horizontal, que objetivou dar materialidade ao texto, construindo um objeto discursivo, o qual torna visível o relacionamento do que foi dito com o que não foi dito, e com o que poderia ser dito (ORLANDI, 2009). Para melhor objetivar os movimentos dialógicos dos enunciadores, utilizaram-se as formas linguísticas descritas a seguir:

Underline (_) _ para indicar o início de uma enunciação dialógica.

Travessão (–) _ para indicar a mudança de interlocutor num diálogo.

Reticências ... _ para indicar uma pausa no pensamento ou pensamento interrompido, o não dito.

Reticências entre parênteses (...) _ para indicar que foi recortada uma parte do diálogo.

Aspas (“ ”) _ para indicar a reprodução de falas e diálogos desvinculados de um diálogo com a pesquisadora.

Na segunda etapa, chamada de análise vertical, o pesquisador aprofunda a análise do objeto discursivo, buscando o processo discursivo (ORLANDI, 2009). Nesse momento, procura-se compreender como se constituem os sentidos das palavras, empregando, nesta

análise, as ferramentas analíticas como a metáfora, paráfrase e a polissemia, que mostram como se deu o processo discursivo e os efeitos de sentido que derivam do mesmo.

As dinâmicas foram organizadas em quadros analíticos que apresentaram as situações existenciais cujos discursos das enfermeiras permeavam a vivência de ser familiar acompanhante no ambiente hospitalar. Essas situações existenciais surgiram nas discussões grupais no interior das dinâmicas, representando o movimento discursivo das enunciações das enfermeiras.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação do método criativo-sensível na produção de dados da pesquisa, associada à análise do discurso das enfermeiras, as coprodutoras de dados, resultou no desenvolvimento de duas categorias de análise onde, a partir do processo de codificação, decodificação e recodificação temática, foram desvelados temas e subtemas ilustrados na Figura 2.

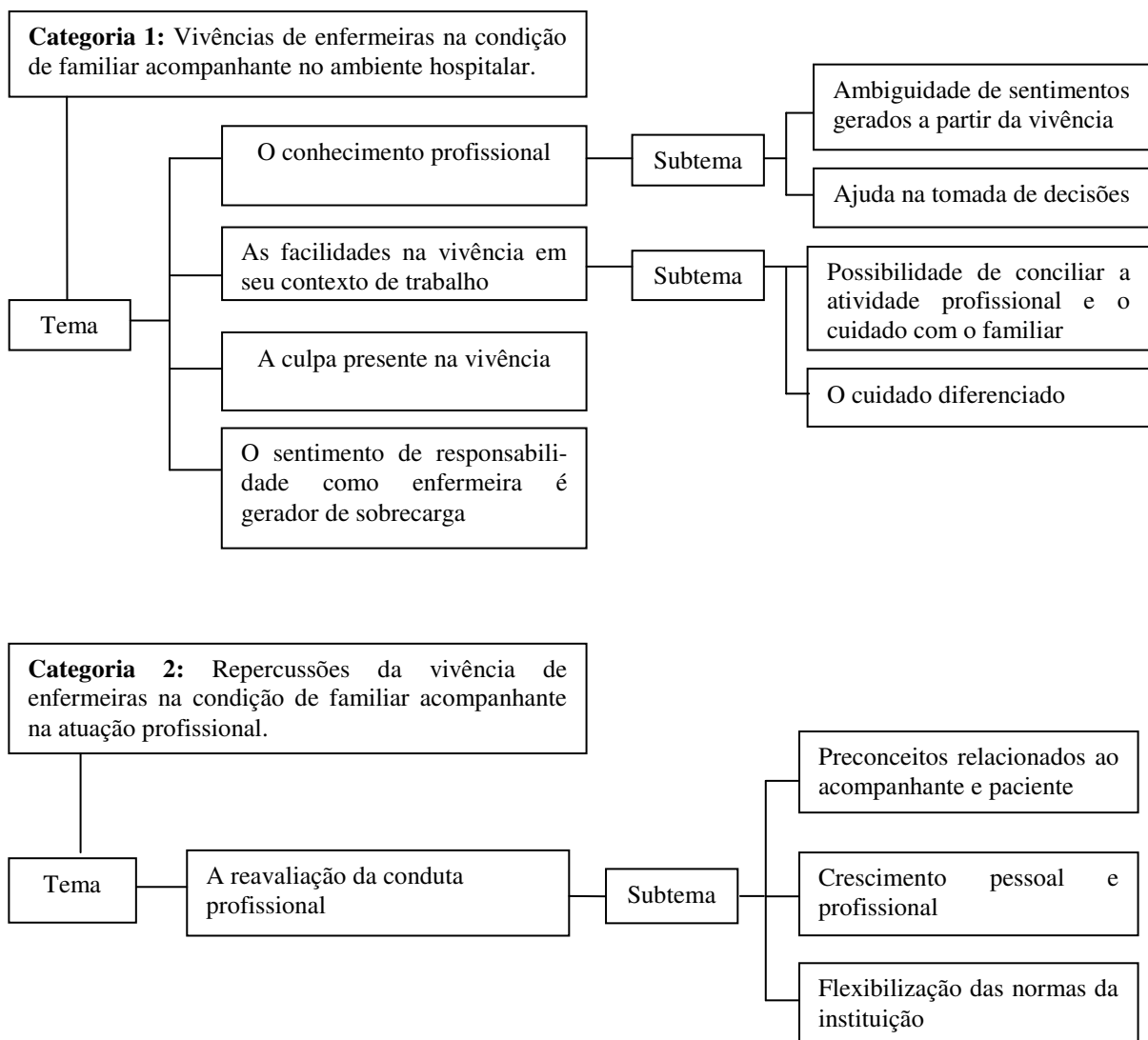


Figura 2 - Diagrama demonstrativo dos desdobramentos das categorias, temas e subtemas
Adaptado: Beuter (2004, p. 50).

4.1 VIVÊNCIAS DE ENFERMEIRAS NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Nesta categoria foram descritas as vivências de enfermeiras na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar. No espaço dialógico das dinâmicas, as enfermeiras refletiram e discutiram suas vivências e experiências como acompanhantes de seus familiares. Neste movimento no interior das DCS, as enfermeiras foram desvelando sua vivência na condição de familiar acompanhante, codificando os temas e subtemas.

4.1.1 O conhecimento profissional

Pode-se observar na enunciação dialógica das participantes, no interior da dinâmica “Costurando Estória”, a influência do conhecimento profissional na vivência das enfermeiras na condição de familiar acompanhante no ambiente hospitalar, conforme os discursos a seguir:

_ (...) Tu ser acompanhante não é fácil e principalmente ser acompanhante sabendo, do que vai acontecer na evolução, com a patologia, aquela. É um familiar teu! (E5)

_ (...) Quando o meu pai internou... Se tentou fazer tudo que tinha para se fazer e não deu. Nessa hora, que a gente vê como é ruim a gente saber das coisas e não poder fazer, né? (E6)

As enfermeiras relatam como é difícil ser acompanhante de algum familiar tendo conhecimento profissional na área da saúde, sabendo da patologia e de sua possível evolução. A enfermeira E6 menciona que fez tudo para a melhora de seu familiar, porém seu conhecimento não ajudou para favorecer um prognóstico positivo, isso faz com que ela conclua que é ruim ser familiar e ter conhecimento profissional.

Segundo Domingues e Chaves (2005), é possível perceber na prática do enfermeiro, ao cuidar de pacientes, independente dos modelos assistenciais escolhidos por eles, individual ou coletivamente, que esta assistência em última instância se manifesta como expressões fenomênicas de um sistema de crenças e valores relativos à saúde, à doença, à vida, à morte e a vários outros temas que lhes são concernentes.

O discurso a seguir reforça a ideia da influência do conhecimento profissional na condição de familiar acompanhante:

_ (...) Questão respiratória, complicando tudo. A gente sabia que o quadro dela estava se agravando, mas foi me angustiando, porque ela precisava daquele procedimento. _ (...) Ela tinha que eliminar líquido, ela estava retendo, estava com edema e tudo, já estava... Tinha que ter feito aquela sondagem, e..., né? (E1)

A enfermeira E1 demonstra que tinha conhecimento do quadro clínico de seu familiar, da necessidade do procedimento e das possíveis repercussões se ele não fosse realizado. O conhecimento acerca dessa situação gerou angústia e preocupação, pois ela percebeu a piora da condição clínica de seu familiar e a realização do procedimento necessário não ocorria.

Para Domingues e Chaves (2005), quando as enfermeiras referem-se ao conhecimento como um valor necessário para o seu agir, consideram no seu cotidiano o conhecimento científico advindo unicamente da esfera biológica. Portanto, é necessário adquirir conhecimentos das ciências humanas e sociais para ampliar a compreensão da natureza humana e dessa maneira qualificar a assistência.

Na concepção de Barbara Carper, os padrões fundamentais de conhecimento da enfermagem são compostos por quatro tipos de conhecimentos: o empírico ou ciência da enfermagem, o estético ou a arte de enfermagem, o ético e o conhecimento pessoal. O conhecimento empírico busca descrever, explicar e prever os fenômenos. O estético leva em conta a expressão da singularidade e da subjetividade. Já o padrão ético vai além do conhecimento do código de ética profissional, pois envolve as escolhas que os profissionais devem adotar frente ao cuidado destinado aos pacientes. Por fim, o conhecimento pessoal preocupa-se em entender o autoconhecimento que possibilitará uma relação autêntica e genuína com os outros seres humanos (COELHO et al., 2010). Nesse sentido, ao cuidar da pessoa doente é preciso considerar os diferentes tipos de conhecimentos, pois o cuidado envolve atitudes, comportamentos, sentimentos, valores, crenças, tanto do profissional quanto do paciente e de sua família.

No movimento dialógico/dialético gerado no interior das dinâmicas, as enfermeiras desvelaram o subtema ambiguidade de sentimentos gerados a partir da vivência.

- Ambiguidade de sentimentos gerados a partir da vivência

O conhecimento profissional das enfermeiras, no momento de acompanhar um familiar internado, provoca sentimentos como: angústia, preocupação, esperança, medo, insegurança e impotência, pois elas sabem como a doença normalmente evolui e que fatores podem agravar a condição de saúde do paciente. Na fala a seguir observa-se essa questão.

_ A vivência que eu tive foi com a minha mãe, né? O ano passado ela fez uma cirurgia... duas cirurgias... Foi uma vivência assim, de angústia, de preocupação, mas também de esperança, né? Porque em relação a... como ela iria fazer uma cirurgia... Então angústia, preocupação, do que... iria acontecer com ela, né? (E2)

A enfermeira E2 revela angústia, preocupação e também esperança no momento em que sua mãe ia ser submetida a um processo cirúrgico. Esses sentimentos aconteceram pelo fato de ela ter conhecimento em relação ao que poderia acontecer com sua familiar.

Segundo Simsen e Crossetti (2004), os enfermeiros se sentem satisfeitos e realizados com a boa evolução dos doentes, pois acreditam nas suas ações de cuidado, e que o envolvimento deles com os pacientes são ingredientes indispensáveis à humanização do cuidar.

Prosseguindo na discussão grupal, o discurso a seguir destaca que esses sentimentos de angústia e medo superam o conhecimento:

_ Eu coloquei aqui que às vezes esse medo, essa angústia, ela supera esse conhecimento. Tu colocas por terra... porque tu sabes e é a insegurança que é em função de tu teres esse conhecimento. Então tu esqueces tudo porque tu tens... (E9)

_ (...) nós vamos até um ponto do conhecimento, daqui a pouco tu começa, o emocional e tudo mais vem, entra tudo junto aí. (E7)

O discurso da enfermeira E9 revela que o conhecimento profissional é superado pelos sentimentos de medo e angústia, trazendo insegurança e esquecimento em relação às atitudes de cuidado que deveriam ser tomadas em relação ao seu familiar. Para a enfermeira E7, a profissional age com conhecimento até certo ponto, depois o emocional toma conta das atitudes e o cuidado passa a ser sentimental.

O cuidado torna-se um fenômeno na consciência, mostra-se na experiência e é moldado na prática. Nesse sentido, não se trata de pensar e falar sobre o cuidado como objeto independente, mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido. O cuidado é um modo de ser do homem e da mulher, além disso, sem o cuidado o amor não acontece. Então, para amar é preciso cuidar verdadeiramente (BOFF, 2004).

Por outro lado, a impossibilidade de cuidar do paciente, de se aproximar dele em momentos nos quais a presença seria fundamental, pois poderia minimizar a ansiedade vivida pelo enfermo, leva as participantes da pesquisa à frustração e à sensação de não terem cumprido seu papel como enfermeiras, embora estivessem na condição de familiares acompanhantes. A enfermeira E6 traz essa questão no discurso abaixo:

_ (...) Ele faleceu por sepses... (...) A gente se sente muito impotente... Porque todo mundo fez tudo, né? E a gente não pode fazer... Apesar, que a gente sabe que a morte é uma coisa que não tem... Não tem culpado, né? (E6)

A enfermeira E6 refere-se à impossibilidade de atender a todas as necessidades de seu familiar, a sensação de não poder contribuir favoravelmente para a recuperação da saúde dele leva a uma situação de impotência. O profissional da saúde, no seu contexto de trabalho, vivencia esta sensação de impotência diante da terminalidade, porém esse sentimento se torna mais forte quando existe um vínculo afetivo envolvido. É uma dualidade vivenciada, como enfermeira e familiar que perdeu seu ente querido. Vivenciar a morte é uma situação difícil para qualquer ser humano. Porém, ao cuidar do outro, tem-se a intenção de preservar a vida. A morte de um paciente/familiar faz com que o profissional tenha certeza do limite que ele possui diante da finitude (ALBUQUERQUE, GONDIM e SOUZA, 2009).

A fala da enfermeira E6 corrobora com os autores Albuquerque, Gondim e Souza (2009), quando mostram que os enfermeiros expressam uma dualidade de sentimentos que permeia o seu cuidar. Sentimentos estes que os gratificam e os fazem realizados profissionalmente, mas, também, que os levam à frustração.

A morte, apesar de inevitável em algum momento da vida do ser humano, não é uma questão simples de ser discutida, uma vez que, dependendo da cultura, é representada pelo pavor e pela não aceitação. O homem tende a não encarar abertamente o fim de sua vida no plano terrestre, o que pode eventualmente ocorrer quando sua vida encontra-se ameaçada por certa doença, existindo um receio intenso em lidar com a morte (SOUSA et al., 2009).

As enunciações dialógicas das participantes a seguir denotam que prefeririam acompanhar seus familiares na internação hospitalar sem ter conhecimento profissional, pois assim acreditavam que seria mais tranquilo e menos angustiante.

_ (...) Mas essa é a vó materna, uma pessoa muito presente. Então a gente queria fazer tudo que pudesse, né? O máximo que pudesse... É, e tu fica mais angustiada! Melhor não ter conhecimento de causa, porque daí... (...) Que é normal, que a enfermeira pode vir daqui a seis horas, entendeu? Fazer uma sondagem... (E1)

Nas falas abaixo, a enfermeira E2 reforça a fala de E1:

_ É, e daí fica achando que é assim mesmo... (E2)

_ Para as pessoas que são leigas é mais fácil. (E8)

_ Mas quando é uma coisa mais grave e a gente, com a nossa experiência como profissionais, acho que a gente acaba... Ah! Tu já sabes o que vai acontecer. (E9)

As enfermeiras E1, E2 e E8 relatam como seria melhor não ter o conhecimento da área da saúde, assim não se preocupariam com a demora de um procedimento e aceitariam as explicações oferecidas pelos profissionais. As participantes acreditam que para os leigos o acompanhamento é mais fácil, pois permanecem com confiança nos esclarecimentos dos profissionais. Ao contrário delas, que sabem dos riscos de uma doença, e sofrem com uma perspectiva desfavorável da evolução clínica. Entretanto, a enfermeira E9 entra com um discurso polissêmico, no dito e no não dito, referindo que, em caso de gravidade da situação, a experiência profissional ajuda.

Certas patologias revestem-se de incógnitas, causam previsões futuras que se constituem de uma infinidade de sofrimentos: idas e vindas aos hospitais, desamparo dos familiares e paralisação de suas atividades profissionais. Enfim, de angústia, desespero e negativismo, predominando o medo e o descontrole emocional, desencadeados pelo fato de o paciente ter intenso impacto e sensação da morte iminente (SOUSA et al., 2009).

A enfermeira E6 acompanhou seu pai, durante a internação, e considera sua experiência como ruim pelo fato de ter conhecimento acerca da possível evolução da doença.

_ Eu só vejo assim, quando vocês falam: que é bom... como é bom a gente não saber muito, né? Porque a gente sabe, o que vai acontecendo... _ (...) Assim, oh! Tudo, eu não posso dizer assim, oh! Que eu tive experiência ruim, né? Talvez ruim, por saber o que é que pode acontecer. (E6)

O discurso ressalta que a experiência foi ruim pelo fato de ter o conhecimento profissional e saber o que poderia acontecer com seu familiar. Esta é uma situação difícil porque o enfermeiro consegue ter uma perspectiva sobre os riscos que podem ocorrer. Outro discurso segue nessa mesma direção:

_ (...) Ser acompanhante é... Tu te tocas assim... Tu queres ajudar... Tu queres fazer o máximo pelo teu familiar ali. Ou, de quem tu estás cuidando... E ao mesmo tempo, te passas todas as coisas... Tu queres que melhore... mas tu sabes que a evolução... Infelizmente não vai evoluir melhor. Tu queres então... Tu te sentes num dilema dentro de ti, sabe? E nesse momento, ter conhecimento é muito difícil, é muito ruim... Não é melhor tu teres conhecimento. (E5)

A enfermeira E5 também faz menção sobre a ambiguidade de sentimentos vivenciados pela condição de ser familiar acompanhante. Ela acompanhou seu familiar em diversas internações, devido à doença ter se prolongado durante quatro anos, relatou que viveu um dilema interior, ao mesmo tempo em que queria fazer tudo para seu familiar, desejar a melhora dele, ela, conhecendo o desfecho da situação, desacreditava em um prognóstico

positivo. Pensando assim, afirmou ser melhor não ter conhecimento da área da saúde ao acompanhar um familiar internado, desse modo não sofreria tanto por conhecer a gravidade do caso.

Ao permanecer junto ao doente hospitalizado, o acompanhante é exposto a uma série de eventos que causam medo, angústia e insegurança. Ele sofre por não saber o que pode acontecer, pelas incertezas quanto à doença e ao tratamento, e por temer a possibilidade de alguma coisa dar errado e ela perder o seu familiar (OLIVEIRA e ANGELO, 2000).

Os fatos vivenciados e o significado atribuído ao estar doente e ser hospitalizado levam a família a manifestar diversos sentimentos e ações que refletem a dificuldade para lidar com tal situação, tais como: nervosismo, choro incessante, andar constante pelo hospital, falta de apetite e outras alterações comportamentais de seus membros (PINTO, RIBEIRO e SILVA, 2005). Tais fatos repercutem na inserção do familiar acompanhante no processo de cuidar do doente hospitalizado.

Seguindo essa linha de pensamento, os discursos abaixo relatam como é complicado ser acompanhante e as enfermeiras afirmam que pensam em “fugir” dessa situação.

_ É... Eu acho complicado ser acompanhante. Para mim é uma situação que... que eu podendo fugir... Quando é familiar meu mesmo... eu escapo! (risada). (E1)

_ E eu coloquei também que foi uma experiência difícil, ao mesmo tempo a gente sabe da gravidade, mas a gente não quer saber, a gente quer fugir, eu queria fugir da situação, negar o conhecimento daquele caso. (E7)

Nos enunciados podemos observar que as enfermeiras acham melhor distanciar-se da situação, preferem não ter conhecimento, porque essa experiência causa sofrimento. A enfermeira E7 afirma que foi uma experiência difícil, que sabia da gravidade do caso, mas gostaria de não saber, não queria se envolver.

Nesta ambiguidade de sentimentos, as enfermeiras deixam transparecer que elas já conhecem o ambiente hospitalar, seu dia a dia, percebendo o sofrimento dos acompanhantes, e agora vivenciam esses papéis. Então, diante dessa situação, procuram distanciar-se para suportar essa condição em que se encontram.

A enfermeira E8 comenta como foi diferente e difícil sua vivência, demonstrando uma dubiedade de sentimentos, ora afirma ter conhecimento, ora refere não ter conhecimento sobre a situação de saúde de seu familiar.

_ Eu coloquei que foi muito diferente e difícil porque no momento eu era familiar além de profissional, né! E profissional a gente sabe ser, gosta, adora ser... e, como familiar é diferente, tu tá sendo profissional e tá mexendo contigo, são os teus

[familiares]. E na hora a gente fica burra! Geralmente é assim, pede ou não quer saber, às vezes, tu não entendes, mas, mesmo assim, tu sabes! Não precisa ninguém te dizer, né? Tu convives, tu sabes isso. Eu coloquei que ninguém precisava me falar nada, sabia o que estava acontecendo, fazia parte do dia a dia, pois trabalhava na época em UTI. Meu pai teve morte cerebral, a minha mãe enfartou, então era o que eu fazia todos os dias! (...) A gente... o diagnóstico... nossa! Não precisa falar mais nada. A gente sabe (...) Fica burra porque geralmente os médicos subentendem que você sabe tudo, que nem eles precisam te dizer! E nesse momento tu não és uma enfermeira, tu não és um profissional de saúde. Tu és a filha! Tu queres ouvir tudo. Tu queres que eles te digam, sabe, “A” mais “B”, que te tratem como leiga, porque a gente emburrece! (E8)

_ (...) eu também coloquei, que eu deixei de pensar e agir como enfermeira. _ (...) E horas de espera e ninguém dava uma notícia, né! E eu sabendo que o procedimento era simples, né! O conhecimento científico me dizia isso, mas eu angustiada que não tinha uma notícia! Meu Deus! Fica calma que tá tudo bem, né! Eu dizia isso pra mim mesma e a minha mãe junto comigo. (...) Mas acho, assim, que o medo, a espera por notícias faz com que a gente esqueça tudo, né! (E9)

Revela-se que, além dos sentimentos de satisfação descritos em relação a ser enfermeira, a fala de E8 revela uma grande aflição quando precisou lidar com a situação de doença e internação de um familiar. Ela afirma que ser enfermeira e ao mesmo tempo estar na condição de familiar acompanhante gera muito sofrimento, pois ninguém precisa dizer o que está acontecendo, porque ela sabe do estado do paciente. Porém, ao dar continuidade ao seu discurso, ela relata que gostaria que outro profissional referendasse seu conhecimento, porque sendo familiar ela prefere ser tratada como leiga e não como enfermeira, acredita que “emburrece” diante dessa situação.

A enfermeira E9 expressa que deixou de pensar e agir como enfermeira no momento de ser acompanhante, pois, mesmo sabendo cientificamente da simplicidade do procedimento, ficava angustiada, necessitava da confirmação de outros profissionais.

Existe uma polissemia nos discursos das enfermeiras, porque, ao mesmo tempo em que elas pronunciam ter o conhecimento profissional, que não precisam de ninguém lhes falando sobre a situação de seu familiar, elas também expõem o desejo de serem tratadas como leigas, necessitando que outro profissional ratifique seu conhecimento.

Neste mesmo contexto, no interior das dinâmicas, os discursos a seguir reforçam o sofrimento em vivenciar a condição de ser profissional e ser familiar:

_ E eu sofro muito disso. É uma carga! Uma carga porque é uma linha muito assim... entre o profissional e o familiar. Tu queres ser fria, lidar com o dia a dia. Não que a gente seja fria no dia a dia. Não é isso! Mas o que eu vou ser agora: um familiar ou um profissional? O que eu vou ser agora? (E7)

_ No caso, eu agi com minha mãe como uma enfermeira, não como minha mãe no momento, mas depois caiu, sabe? Depois que cheguei lá e coloquei ela na cama e foi entubada e tudo, daí desabou! (E8)

A enfermeira E7 refere por meio de uma metáfora que ser profissional e familiar é uma “carga”, demonstrando que viver essas duas condições simultaneamente foi demasiadamente difícil e ela não sabia quando separar o lado profissional do familiar. Ressalta que no seu dia a dia profissional é mais tranquilo, não se envolve, diferente de quando, além de profissional, está sendo também familiar. No entanto, para a enfermeira E8, no momento em que precisou ajudar sua mãe, conseguiu agir como enfermeira, porém, depois, “desabou”, veio o sentimento de familiar. No momento da emergência E8 conseguiu agir profissionalmente e prestar assistência, porém, após, sentiu-se fragilizada, vieram à tona os sentimentos envolvidos com aquele familiar.

Os enfermeiros sentem-se gratificados em estar próximo ao paciente, em cuidar, em prestar uma assistência direta, em se envolver, em ajudar na melhora dele, em atender as necessidades, como também em realizar alguns desejos por eles expostos. Acrescentam que tudo isso deve ser feito com amor, pois do contrário não valeria a pena continuar na profissão (SIMSEN e CROSSETTI, 2004).

As enunciações dialógicas a seguir demonstram que há diferença de sentimentos no cuidado prestado quando o paciente é o próprio familiar.

_ (...) É teu familiar aí, tem sentimentos envolvidos, né! Então tu vais cuidar do paciente às vezes e não que a gente se esqueça ou que não sente que ele tenha familiares, pessoas por ele... mas a gente tem outro olhar, né! (...) A gente fica... eu não sei... é outro olhar! É outro cuidado, né! Quando é nosso familiar é outra preocupação. Não é que com os nossos pacientes a gente não se preocupe, mas é diferente. (E9)

_ Porque tu vais pra casa e teu familiar está aqui, tu vais pra casa, mas tu não desligas. A angústia tá aí, o medo da perda tá aí e isso não existe no profissional, essa coisa assim. Daí tu sabes que tu fez o teu papel, vai pra casa e tudo bem. Mas quando tem família envolvida... (E7)

_ Não tem... a gente age diferente! Tu até ajuda. Eu ajudei na parada, quebrei, machuquei dedo quebrando ampola de bicarbonato e tudo, assim. Mas depois, tu queres te afastar! Fui fria no momento de correr, de levar ela pra UTI na maca, assim, sabe! Porque daí tu tens a urgência contigo. (E8)

Os discursos parafrásicos das enfermeiras afirmam ser diferente o cuidado prestado aos seus pacientes, dos prestados a seus familiares. A enfermeira E9 relata que é um olhar diferente, mesmo cuidando, se preocupando com seus pacientes onde trabalha, quando é seu familiar é distinto. Quando você é a família daquele doente a preocupação muda.

A enfermeira E7 comenta que ela como profissional não tem medo da perda do paciente, porque faz bem seu trabalho e vai para casa tranquila, mas, quando a situação é com seu familiar, não consegue desligar, vai para casa com medo e angústia.

A enfermeira E8 relatou que conseguiu prestar assistência a seu familiar no momento da emergência, mas depois quis fugir da situação. Pontua que foi preciso ser neutra no atendimento a seu familiar no momento crítico, para conseguir ajudar. Entretanto, expõe ser diferente o cuidado prestado no seu período de trabalho, por não ter laços afetivos com o paciente. A enfermeira utiliza a metáfora de ter sido “fria” referindo-se a que, naquele momento de emergência, ela não podia dar vazão aos seus sentimentos de familiar, pois a teriam impedido de auxiliar no procedimento técnico.

No entanto, em relação a conseguir ter frieza no momento do atendimento aos pacientes, entende-se como apresentar-se de maneira mais técnica, mecânica, em relação aos procedimentos realizados, e isso não é visto como cuidado, embora o permanecer junto também seja cuidado.

Borges e Silva (2010), em seu estudo, apontam que há uma diferença para a enfermagem sobre os conceitos de cuidar e tratar. Frente à palavra “cuidar”, os sujeitos participantes do estudo evocaram, mais prontamente, as palavras “amor”; “atenção”; “dedicação” e “respeito”. Frente ao termo “tratar”, as palavras mais evocadas foram: “conhecimento” e “medicar”. Sendo assim, a prática da enfermagem se encontra num dilema entre cuidar e tratar.

Os resultados do estudo de Borges e Silva (2010) evidenciam que para os profissionais a representação de cuidar guarda uma relação estreita com a ética, a promoção da vida e a humanização dos cuidados de saúde, remetendo a uma forma complexa e integral na produção do serviço de enfermagem. Enquanto que a representação de tratar ancora-se no modelo biomédico, no qual a fragmentação do sujeito em partes privilegia a atenção à doença e resulta em uma tarefa parcelar, sem significado ou sentido para o sujeito doente e o sujeito que cuida.

O que é relevante destacar é que o ato de tratar, no contexto do cuidado de enfermagem, não precisa opor-se ao ato de cuidar; ao contrário, deve aliar-se a ele, pois as duas ações fundam os pilares das habilidades técnica e interpessoal requeridas no campo de competência do cuidar profissional (BORGES e SILVA, 2010).

Em síntese, adverte-se que o tratamento nunca poderá substituir o cuidado. Pode-se viver sem tratamento, mas não se pode viver sem cuidado. Logo, as ações de cuidado não podem ser postas à parte, ou mesmo excluídas do tratamento. O cuidado humano é um grande

desafio, pois requer do enfermeiro compromisso com o ser humano que está partilhando com ele naquele momento. Nesse sentido, o ato de cuidar não é somente preocupação, atitude ou boas intenções. Ele é amplo, complexo, e exige uma nova postura do profissional de saúde, permitindo-lhe manter relações sentimentais, empáticas e de compaixão com o outro (BOFF, 2001).

Pode-se observar, nas discussões no interior das dinâmicas “Costurando Estória”, que ser enfermeira e vivenciar a condição de familiar acompanhante gerou uma ambiguidade de sentimentos em todas as participantes da pesquisa. Assim como manifestaram o surgimento de sentimentos negativos em relação a ter conhecimento e saber das possíveis evoluções, também sentiram alívio em saber o que os familiares necessitavam diante de tal situação, e providenciavam ajuda. Nesse sentido, o conhecimento profissional também auxilia na tomada de decisões, desvelando, dessa forma, o subtema: “ajuda na tomada de decisões”.

- Ajuda na tomada de decisões

Segundo Fonseca (2006), as decisões são tomadas em resposta a algum problema a ser resolvido, alguma necessidade a ser satisfeita ou algum objetivo a ser alcançado. A decisão envolve um processo, isto é, uma sequência de passos ou fases que se sucedem. É um processo decisório que faz parte do dia a dia de qualquer indivíduo.

Pode-se observar nas enunciações dialógicas das participantes que o conhecimento profissional colabora na tomada de decisões. Os discursos a seguir mostram que o conhecimento das enfermeiras levou-as a interferir no cuidado prestado aos seus familiares.

_ Aí foi passando o período, “a metida” (ela) teve que se manifestar, né? E aí, eu me prontifiquei e disse: “Olha! se vocês não...” e me identifiquei, “Sou enfermeira. Me prontifico a passar (a sonda) já que vocês não estão localizando a profissional responsável.” – “Não! A senhora não pode! A senhora não pode porque é hospital militar. (...) Hospital militar não pode, tem hierarquia, tem...” – “Eu sei, então vocês providenciam para fazer o que tem que ser feito. Senão, eu vou tomar outras providências.” (E1)

_ Estava sem oxigênio e eu peguei o aparelho de pressão e olhei a PA (Pressão Arterial), tava 20 por 12. Daí o enfermeiro, que mais tarde veio a ser meu colega, disse que eu não poderia estar fazendo aquilo e eu disse que podia! Berrei!! Gritei com ele e disse que posso! “Vocês não estão fazendo nada com meu pai, ele tá avezando (AVC)!” e, quando as pessoas perceberam meu vocabulário, que eu tava entendendo o que estava acontecendo... (E8)

O conjunto do diálogo desvela que as enfermeiras não aceitam qualquer tipo de cuidado prestado aos seus familiares, se identificam como profissionais, mostram seu

conhecimento e tomam atitudes. Na primeira situação, a enfermeira E1 relatou que foi impedida de executar o procedimento, pois ela não era enfermeira do hospital, mas solicitou providências. No outro relato, a enfermeira E8 não respeitou as normas impostas pela instituição, interferiu na assistência prestada, executando atividades de competência dos funcionários da instituição. Comenta que nem precisou se identificar, só pelo seu vocabulário os funcionários entenderam que ela tinha conhecimento na área da saúde.

Sendo assim, ter conhecimento ajuda na tomada de decisão, na reivindicação por assistência. Por outro lado, as enfermeiras esqueceram que estavam lá, não como profissionais da instituição, e assim não poderiam assumir atividades de competência dos funcionários. A enfermeira E8 infringiu as normas da instituição movida pelo desespero e por dominar aquele conhecimento, não conseguiu esperar por um profissional que tomasse as devidas providências.

Queirós (2007) acredita que o saber profissional de enfermagem é um saber de ação. Não somente de execução ou de reprodução de atos. É a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos. Este fazer face às dificuldades imprevistas e poder de improviso, num contexto em que outros não fazem senão repetir gestos.

É difícil e complicado conhecer e considerar todos os aspectos relevantes para a decisão a ser tomada. Os seres humanos têm conhecimento restrito, capacidades limitadas para poder analisar as consequências do próprio saber que detêm. Há sérios limites para poder prever o futuro e as reações dos outros relacionados às suas decisões (FONSECA, 2006).

Fonseca (2006) traz que a decisão passa da simples forma de determinar o que deve ser feito para a complexa aquisição da resposta às necessidades do outro e reconhecer os próprios poderes e limitações.

O movimento dialógico no interior das dinâmicas realizadas possibilitou às acompanhantes descreverem circunstâncias críticas em relação à saúde de seus familiares e às decisões por elas tomadas.

_ (...) Até eles queriam entubar ele, e eu disse: “Não.”. Eu não quis que entubassem ele. (...) E na hora de entubar, eu disse: “Não, não quero, né?”. Porque, pra mais um ou dois dias, pra que, né? Então ele... Daí ele faleceu... (E6)

_ (...) E até, só teve uma situação que eu tive que decidir, quando iam tomar... que não tinha mais nada a fazer, daí eu pedi para eles que não... porque não tinha mais nada a fazer... (E4)

_ (...) Mas aquilo lá, pra mim eu sabia! Não queria levar meu pai pra casa sequelado, se ele já tava todo cianótico e a princípio com morte cerebral, não tinha o porquê, mas enfim... (E8)

_ É! Reduzir a dor! É o risco que a gente vai correr. Mas daí fica mais fácil porque tu usas uma linguagem mais... sei lá... com a tua família, tem uma linguagem mais... E a gente tomou a decisão, foi feito isso. A gente também não se arrepende de nada. (E7)

Nas falas, as enfermeiras deixam transparecer as suas experiências particulares sobre decisões tomadas em relação a acontecimentos críticos, ou seja, devido aos seus conhecimentos científicos, optaram por não prolongar mais o sofrimento de seus familiares. E7 referiu que não se arrependeu da decisão tomada, explicou para os demais membros da família a situação, com uma linguagem fácil e acessível, adotando juntamente com eles a melhor opção.

De acordo com Domingues e Chaves (2005), o conhecimento adquirido empiricamente pelas enfermeiras pode ser o meio pelo qual adquirem confiança em seu agir correto e seguro, ou seja, “confio no que vejo” sem grandes preocupações para sistematizar e controlar o que está sendo visto.

O depoimento da enfermeira E4 expõe que, com conhecimento, ela conseguiu decidir com segurança e tranquilidade acerca da atitude a ser tomada com seu familiar.

_ (...) Mas tem uma coisa assim, que nós como profissionais... até tu decidires, tomar uma atitude como não querer mais uma intervenção, sabe? De uma entubação, ou de um negócio importante como uma hemodiálise, diálise. Até a hora de tu decidires, tu fica... porque dentro do teu pessoal (família), assim... tu és a que tem mais conhecimento. Depois que tu decides, te dá uma paz. Me deu uma paz, assim, sabe? Quando eu cheguei, eu estava tranquila. (...) Me senti tão segura. De ter o conhecimento. (E4)

_E poder decidir. (E2)

O conhecimento científico conferiu à enfermeira E4 segurança na tomada de decisões, tanto em relação ao paciente quanto com sua família. Parece ser a condição necessária para que tivesse iniciativa para assumir condutas e atitudes.

O conhecimento traz para essas enfermeiras a certeza de que a forma como estão agindo, é a correta e mais adequada. Ele embasa suas habilidades e confere-lhes domínio para agirem de forma cientificamente consensual. Assim, elas buscam no saber um meio para atingir alguns fins: a capacidade de tomar decisões, habilidades, iniciativa, responsabilidade e segurança (DOMINGUES e CHAVES, 2005).

Pelo exposto, a tomada de decisão é uma situação complexa e que, sem dúvida, está sujeita a múltiplos fatores de interferência. Em emergência, a decisão sobre um doente crítico é uma situação potencializadora de estresse, em que as decisões devem ser tomadas de forma

sistemática, rapidamente e numa sequência de prioridades. O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática são fatores de extrema importância para reduzir o estresse da decisão e da ação (NUNES, 2007).

Seguindo nessa linha de pensamento, os discursos a seguir reforçam a ideia de que o conhecimento ajuda na tomada de decisões:

_ É mais fácil até pra ti poder explicar para o resto dos familiares. “Oh! Se nós fizermos isso, vai acontecer isso, isso e isso. Se nós não fizermos, vai acontecer isso, isso e isso.” Tem essa facilidade, nesse momento, mas que eles podem transferir pra ti. E agora? Fica nas tuas mãos. (E7)

_ Sozinha, eu não podia perguntar. Podia ter, só por performance, perguntar para minha irmã. Mas no fundo, eu já sabia o que tinha que fazer. Então, isso foi legal. (E4)

A enfermeira E7 falou que, devido ao seu conhecimento profissional, coube a ela a tarefa de explicar para os demais integrantes da família a condição do paciente. Por vezes, a família transferiu a ela a responsabilidade de tomar as decisões necessárias. Entretanto, mesmo sendo enfermeira, ela poderia ter algumas dúvidas sobre a melhor decisão a ser tomada em relação ao seu familiar. Naquele momento ela também se sentiu como um familiar e, assim, com muitas dúvidas.

Considera-se que o profissional da saúde não tem a obrigação de sempre saber qual a melhor atitude a ser tomada. É recomendado que a decisão seja compartilhada com todos os membros da família, inclusive o paciente, se este possui condições, e não recaia apenas sobre uma pessoa, pelo fato de ser profissional da saúde.

Decidir, tomar decisões, pode ser definido como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de ação que possibilitem atingir um determinado resultado esperado. Essa escolha deve ser feita com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa que resulte no objetivo esperado ou mais próximo dele. A tomada de decisão é consistente quando observados os valores culturais, sociais e ideológicos, o nível de conhecimento, a informação presente e as práticas experienciadas do indivíduo. A experiência e a mobilização adequada do saber são, sem dúvida, dois dos fatores que mais contribuem para a tomada de decisão consciente e com melhores resultados (NUNES, 2007).

4.1.2 As facilidades na vivência em seu contexto de trabalho

No debate coletivo durante o desenvolvimento das DCS as enfermeiras foram desvelando situações que as ajudaram a vivenciar a condição de acompanhante de um familiar

hospitalizado. Os discursos de E2 e E4 confirmam a ideia de que existe facilidade no atendimento quando conhecem as pessoas encarregadas de prestar assistência a seus familiares.

_ (...) Facilitou... Eu acho que eu conhecer as pessoas e conhecer como o hospital funcionava... Então eu ia nas pessoas, né? Eu não ficava esperando muito. (risada) Assim, quando, eu via que a situação estava... que ela precisava de uma avaliação clínica, eu fui lá e falei, né? “Olha! Ela precisa, ela está em insuficiência renal aguda, e ela precisa, tem que chamar!” (...) Então, talvez por isso que... que não complicou mais, né? Porque teve intercorrências, mas elas todas foram solucionadas. (E2)

_ É claro, que a gente procurava os pares que a gente tinha afinidade. (...) Não ia perguntar para quem tem uma experiência lá negativa... Que tu já ouvistes falar trezentas vezes, né? ... (...) Eu procurava pessoas, também certas, né? ... Assim foi feito... já foi se fazendo tudo que pediram. Pedia uma coisa, a porta já se abria... Se era um cateter? “Vamos por o cateter, né?” “Tem que fazer isso. É isso”... Na hora, sabe? Não teve... Então digo: “Essa facilidade eu tive.”. (E4)

Os discursos revelam que as enfermeiras tiveram privilégio no atendimento de seu familiar, pois conheciam os funcionários e a instituição, o que ajudou a agilizar o cuidado. E2 comenta que avaliava a situação clínica de seu familiar e buscava soluções. Tudo isso auxiliou na evolução positiva da doença, porque todas as intercorrências foram solucionadas a tempo, pelo fato de ter livre acesso e conhecer os profissionais que atuavam na instituição. Já a enfermeira E4 refere que procurou as pessoas certas, os melhores profissionais, e isso facilitou o atendimento de seu familiar, recebendo a assistência imediatamente.

Os discursos mostraram as diversas formas de acesso encontradas pelas enfermeiras ao acompanharem seu familiar no hospital em que trabalhavam. De algum modo, essa situação pode diminuir significativamente o sofrimento de acompanhar um membro da família durante a sua hospitalização.

Para que ocorra uma aproximação entre profissionais de enfermagem e a família no cenário hospitalar, é necessário que o enfermeiro procure incentivar a interação da equipe com o familiar acompanhante, onde ambos respeitem-se, trocando experiências e aprendam mutuamente (SZARESKI, 2009). Nesse sentido, compreende-se a importância da presença da família para oferecer apoio e segurança ao doente hospitalizado. Essa presença deve ser considerada pela equipe de enfermagem como uma aliada no cuidado, estabelecendo relações de vínculo e confiança, colaborando na recuperação do doente hospitalizado (SZARESKI, 2009).

A enfermeira E4 segue em seu discurso explicando que tinha privilégios por pertencer àquela instituição, mas apesar disso respeitava as rotinas hospitalares. Isso a possibilitava providenciar a melhor assistência ao seu familiar.

_ (...) Eu ficava esperando as rotinas... Eu tinha o acesso de entrada. Se as colegas permitiam... E é lógico que eu ia procurar mais... os que iam me dar a condição. (E4)

Seguindo o debate coletivo, a enfermeira E6 contribui com a discussão confirmando a facilidade no atendimento quando conhecem os profissionais. Relata que sempre procura atendimento para seus familiares no hospital onde trabalha, pois parece que está em “casa”.

_ (...) Eu posso me considerar assim... Uma pessoa extremamente privilegiada. Não sei se é porque... A gente sempre teve contato... E sempre meus familiares, a maioria deles, internaram sempre no hospital Y. Sempre procurei trazer no hospital, porque parece que a gente estava mais na casa da gente, né? Porque a gente conhece as pessoas, né? Mas eu não tive, assim... (E6)

E4 complementa:

_ (...) Então, assim, eu me senti em casa. Bem apoiada, em todas... mas, também me comportei bem como acompanhante. Nunca quis me prevalecer ou me aparecer. (E4)

As enfermeiras utilizam a metáfora “em casa” referindo-se ao hospital como um ambiente que lhes é próximo, onde se sentem acolhidas e o paciente é bem cuidado. Os colegas do hospital de certa forma se transformam na família que as apoia em um momento delicado de suas vidas, que é a doença de um familiar. A enfermeira E4 justifica que mesmo por se sentir “em casa” no hospital, ter privilégios, entende que nunca abusou destas facilidades. Portanto, quando o enfermeiro revê as rotinas para adequar às necessidades do doente e da família, abre-se espaço para dignificação do ser humano, prestigiando-se o cuidado humanizado (BARBOSA e SILVA, 2007).

O estudo de Pinheiro et al. (2011) remete à importância da flexibilidade perante as normas e rotinas hospitalares, gerando satisfação e tranquilidade ao doente e seus familiares. Entender as rotinas como algo que pode ser ajustado demonstra razoabilidade e flexibilidade por parte do enfermeiro.

Assim, torna-se necessário o preparo dos profissionais de enfermagem para deixar emergir sua sensibilidade, estabelecendo empatia, colocando-se na situação do outro, ampliando sua receptividade e disponibilidade para escutar, tocar e dialogar com o doente e seus familiares (SILVEIRA et al., 2005).

A enunciação dialógica da enfermeira E8 desvelou que o atendimento ao seu familiar se tornou mais fácil por ela estar trabalhando no momento em que chegou sua mãe.

_ (...) Então isso me facilitou na hora porque nem tinha enfermeira no momento lá. Era eu que tava com ela no quarto e as técnicas, daí a gente que correu e levou ela pra UTI! Chegamos de maca e empurramos num cantinho porque, se não fizesse, também não ia ter leito na UTI. Então isso me facilitou como profissional e na época eu tava lá! Colocamos num canto lá, onde dava pra colocar minha mãe. (E8)

A enfermeira E8 revela ter sido uma facilidade ela estar trabalhando no momento em que sua mãe chegou à instituição para ser atendida, em situação clínica de emergência. No entanto, ela precisou superar os sentimentos de filha, apavorada e desesperada, e assumir o papel de enfermeira para poder ajudar a equipe e a sua mãe. A falta de outro enfermeiro também fez com que ela se sentisse na “obrigação” de ajudar no atendimento.

No entanto, é um pensamento ingênuo querer superar os sentimentos gerados pela condição de filha e agir como profissional. Isto porque as pessoas são movidas por sentimentos, emoções que não são possíveis de serem ignoradas e reprimidas. Assim, nas situações que envolvem a assistência à saúde de um familiar, o mais indicado é deixar para a equipe, que não tem envolvimento emocional, prestar o atendimento.

A enfermeira E8 teve a atitude de atuar na assistência de sua própria mãe, pelo fato de estar num local conhecido, sua unidade de trabalho, e porque no momento não tinha outra enfermeira de plantão, então ela assumiu a responsabilidade. Segundo ela, o fato de ser funcionária da instituição facilitou até no acesso e disponibilidade de leitos na UTI. Assim, a enfermeira teve a possibilidade de conciliar a sua atividade profissional com o cuidado à sua mãe, desvelando o subtema “possibilidade de conciliar a atividade profissional e o cuidado com o familiar.”

- Possibilidade de conciliar a atividade profissional e o cuidado com o familiar

O fato de a enfermeira estar trabalhando na mesma instituição em que seu familiar está internado lhe possibilita conciliar a atividade profissional com o cuidado prestado ao seu familiar.

_ Então, foi aqui no andar, foi no “x” andar (onde ela trabalhava). Isso tudo, eu tava no cargo de coordenação, onde eu tava sobrecarregada de coisas e lidando mais com isso! _ (...) E de repente também era um tipo de uma fuga pra mim, sabe! Eu tenho esse outro meu trabalho, senão, eu vou ter que me envolver demais e vai ser mais difícil pra mim. Então eu... e eu não tinha como sair! Não tinha como sair naquela

época. E eu tava sempre aqui dentro! Então era a maneira... que eu tava aqui dentro e tava no quarto de vez em quando, né! Eu tava no mesmo local. Então eu tava aqui dentro manhã, tarde e noite, e podia estar aí junto com ela, ia dar uma passadinha ali. (E7)

O discurso da enfermeira E7 demonstra que, ao conciliar seu trabalho com a internação do familiar, isso lhe possibilitou participar no atendimento. O fato de estar trabalhando, exercendo um cargo de coordenação, também se transforma em uma justificativa para o seu menor envolvimento no cuidado ao familiar. Portanto, a enfermeira expressa que esta situação vivenciada “era um tipo de fuga”. O que remete à dificuldade que cada indivíduo tem em vivenciar o adoecer de um membro de sua família.

O discurso polissêmico da enfermeira revela a importância de acompanhar o cuidado de seu familiar quando expressa “podia estar aí junto com ela, ia dar uma passadinha ali”, mas ao mesmo tempo essa vivência era geradora de sofrimento, por isso gostaria de distanciar-se da função de acompanhante e permanecer no seu cargo de coordenadora.

Os familiares acompanhantes revelam desejo de estarem próximos ao doente durante a hospitalização, pelo fato de acreditarem que o paciente encontra-se frágil, indefeso e dependente, necessitando de alguém ligado afetivamente a ele (SZARESKI, 2009).

Szareski, Beuter e Brondani (2010) consideram importante a presença dos familiares durante a hospitalização do doente adulto, sejam eles acompanhantes ou visitantes, justificando ser benéfica a companhia de pessoas que possibilitem ao doente a exposição de seus sentimentos e emoções, bem como o ajudem a controlar suas ansiedades, medos e fantasias.

Outro discurso revela a possibilidade de conciliar o trabalho com o cuidado de seu familiar na mesma instituição.

_ (...) Eu estava trabalhando e ela me ligou: “Mãe! Eu estou aqui. Estou com dor.”. Eu digo: “Então tu espera que eu vou ligar ali para as gurias, para ver se vai ter atendimento.”. Quando eu desci, ela já estava sendo atendida. (...) Daí nasceu, eu vi o nenê, fiquei com ela ali um pouquinho... Voltei pra trabalhar. (E6)

A enfermeira E6 comenta que a internação de algum familiar onde trabalha permite conciliar seu trabalho e ter acesso e agilidade ao atendimento de saúde. Como enfermeira, teve a possibilidade de ligar para o setor responsável (maternidade) e avisar a necessidade de atendimento para a filha.

Outra enunciação dialógica demonstra que a enfermeira conseguiu conciliar a assistência prestada a seu familiar em seu ambiente de trabalho, principalmente por ser um momento de emergência clínica:

_ (...) Saí como enfermeira e agi como filha, mas acho que ainda fui um pouquinho fria de conseguir correr e pegar o oxigênio, o ambú, tudo, que era na minha unidade. No caso ela tava numa unidade aberta, mas eu também trabalhava, fazia supervisão noturna, então tu conhece o local, o carro de parada, tu conhece o local das coisas. (E8)

A enfermeira E8 sentiu-se um pouco insensível por ter atuado na assistência de sua mãe, mas conseguiu conciliar o atendimento ao seu familiar em sua unidade de trabalho. Existiu uma facilidade na sua ajuda prestada porque a condição de funcionária lhe permitia conhecer os locais dos materiais os quais utilizou na assistência.

Os discursos demonstram que conciliar o trabalho e o acompanhamento do familiar em uma mesma instituição traz facilidades. No entanto, o sofrimento está presente nesta vivência que se expressa de modo singular, único, na vida de cada indivíduo. Os discursos revelam vivências diferenciadas, uma enfermeira acompanhou o parto da filha, a outra acompanhou a evolução de uma doença crônica e a terceira uma situação de emergência clínica.

A internação hospitalar provoca inúmeras mudanças na vida do doente e sua família, portanto, a comunicação coloca-se como um elemento relevante que pode ajudar a amenizar os temores da hospitalização e, através dela, estabelecer-se uma relação de confiança entre os profissionais da saúde e o doente/família (PINHEIRO et al., 2011).

Portanto, a valorização da relação interpessoal e habilidades comunicativas é crucial no processo de cuidar. Ressalta-se, que não se trata de comunicação como sinônimo de informação. Mas, sim, como meio de expressar com palavras as posturas e atitudes (comunicação verbal e não verbal), mensagens que traduzam presença autêntica à pessoa que manifesta uma carência (ARAÚJO e SILVA, 2007).

A partir da discussão no interior das dinâmicas sobre as facilidades de ter um familiar internado na mesma instituição onde as enfermeiras atuavam, emergiu outro subtema: “o cuidado diferenciado.”

- O cuidado diferenciado

O período de hospitalização é um momento difícil para a família, pois o paciente fica sob os cuidados da enfermagem, afastado da família. Quando a hospitalização ocorre em um lugar conhecido, com pessoas conhecidas, pode-se contar, muitas vezes, com a sensibilidade e

solidariedade de colegas de trabalho, o que, de acordo com a fala da enfermeira, é fonte geradora de conforto para ela.

_ Lá em (cidade X), era o mesmo hospital em que eu trabalhava. Então, todo aquele vínculo, assim... De certa forma parece que eles (familiares dela) são mais cuidados, abraçados. Esse é um conforto pra gente, porque a gente quer que o familiar da gente seja bem cuidado, né! (...) Porque as pessoas te olham diferente. Quando a gente cuida de amigos, tu cuidas da família e cuidas com maior carinho, parece! (E8)

A enfermeira E8 reforça que, quando se trata de um parente, conhecido, amigo, o cuidado dispensado pela equipe é mais afetivo, sensível e amoroso. Portanto, a enfermeira sente-se confortável quando seus familiares são internados em instituições de saúde, onde eles são conhecidos pelos profissionais, e assim recebem um cuidado diferenciado.

A enfermeira E8 relata que o cuidado é diferenciado por parte da equipe quando ela conhece o paciente ou seu familiar:

_ A gente que trabalha, não que seja diferente, mas o olhar com carinho de saber que é alguém que tu conheces, de amigos, é diferente do que de uma pessoa que tu nunca viu. Tu vais estar com uma sensibilidade, um olhar diferente porque tu gostas dessa pessoa! Tu lembras dela em outros momentos, enfim! Meu pai e minha mãe vinham passear, as gurias (colegas) me visitavam, então são coisas assim, que não deixa de ser amigo dos familiares, de todo mundo. (E8)

A enfermeira E8 afirma que existe um sentimento de carinho, um olhar diferente quando o cuidado é prestado a alguém que ela conhece. Lembra como foi distinto e singular o cuidado que a equipe teve com o seu pai, a mãe e mesmo com ela, quando os acompanhou durante a internação.

No interior da dinâmica, outra enfermeira complementa essa ideia:

_ Eu não posso me poupar de dizer a importância que é ter o apoio dos colegas, amigos teus... (...) No meu caso, colegas, porque eu sou enfermeira e estava aqui dentro (hospital em que trabalha). Mas assim... as pessoas... mesmo que não pudessem fazer nada. Mas a gente sentia aqueles sorrisos das pessoas. Até no conforto das pessoas, entende? Ah! Pois é, né? Claro, tem pessoas que não. Mas tem pessoas que sentem que é importante, sabe? É o afago. É importante sim. A gente é humana. A gente é como qualquer outro. A gente precisa daquilo (...) Gente! É um carinho que podem fazer pra qualquer um... (E5)

A enfermeira E5 revela a importância de ter o apoio de colegas, um cuidado diferenciado, prazeroso, humanizado. Ressalta que esse atendimento deve ser feito para qualquer pessoa e não somente para os conhecidos, todas as pessoas precisam dessa atenção, desse agrado.

Compreende-se que a enfermagem não se caracteriza apenas na materialidade do cuidado técnico, mecânico, rotineiro ou normatizado. Nas entrelinhas do cuidado de enfermagem ocorre a inter-relação de valores humanos que ultrapassa os limites da simples execução do cuidar (BEUTER, 2004).

O discurso a seguir revela que conhecer as pessoas envolvidas no cuidado é uma facilidade.

_ (...) como foi ali no hospital (onde ela trabalha), eu conhecia todas as pessoas, eu acho que isso facilitou... facilitou ali, né? Esse desenrolar... porque as pessoas, de uma maneira ou de outra, elas se conhecem, e elas sempre querem ajudar, a maioria das pessoas, assim, sempre querem ajudar.... (E2)

A enunciação dialógica da enfermeira E2 evidencia que pessoas que se conhecem mostram-se dispostas a ajudar umas às outras nos momentos difíceis. Afirma que o fato de conhecer os envolvidos no atendimento de seu familiar facilitou o desenrolar da situação de saúde.

Desse modo, a capacidade de empatia do profissional de enfermagem e a manifestação de atitudes permeadas de carinho, amor, delicadeza e atenção, atreladas à característica simpática deste ser, possibilitam ao cliente sentir-se cuidado e acolhido no ambiente hospitalar. Assim, manifestam-se a dedicação e o compromisso com o cuidado que fundamentam a prática profissional (BAGGIO, CALLEGARO e ERDMANN, 2009).

4.1.3 A culpa presente na vivência

No movimento dialógico, no interior das dinâmicas “Costurando Estórias”, as enfermeiras revelaram sentimento de culpa pela ausência no convívio com seus familiares durante a internação hospitalar em função da atividade profissional. Na enunciação da enfermeira E4 esse sentimento é exteriorizado, revelando arrependimento por ter continuado a trabalhar e ao mesmo tempo acompanhado, de modo indireto, o cuidado prestado ao seu familiar.

_ (...) Daí, inclusive assim, é dez se eu tiver que internar, até penso assim. Minha mãe que hoje tem convênio. Tem isso e aquilo. Eu acho que... que eu internaria aqui (hospital onde trabalha). Mas dessa vez eu a acompanharia. Porque eu continuei trabalhando... Eu não sei se eu estava fugindo do fato, porque foi uma coisa rápida, tá? E depositando a confiança em segundos. Eu nem parei de trabalhar, não me senti assim... Eu entreguei completamente para os meus colegas (...) E me arrependo. (E4)

Percebe-se que internar o familiar no mesmo lugar onde trabalha trouxe benefícios na percepção das enfermeiras do estudo. No entanto, o trabalho pode ser utilizado como uma fuga para enfrentar situações de sofrimento que são inerentes à hospitalização.

O medo e a insegurança são fatores que dificultam a participação dos familiares acompanhantes no cuidado ao seu familiar. A percepção de que o cuidado dentro do hospital deva ser feito pelos profissionais da instituição, ou a incerteza de seu verdadeiro papel na unidade faz com que muitas famílias se afastem do cuidado no ambiente hospitalar (DIAS e MOTTA, 2006).

A enfermeira E6, em seu discurso, aprofunda a discussão sobre o arrependimento por ter continuado trabalhando ao invés de acompanhar seu familiar:

_ (...) Eu também me arrependo. E sempre digo para quem tem familiar, se está doente, que tem que acompanhar. Seja irmão, pai, tio, tem que acompanhar, né? (...) Eu também não parei de trabalhar, nunca. É um erro que a gente faz... Eu acho que a gente acha que pode fazer... trabalhar, cuidar, tudo, né? Que a gente assume... (E6)

Em seu relato, a profissional de enfermagem verbaliza o conflito presente em sua vivência. O depoimento revela que ela ficou dividida entre trabalhar e dar atenção à família. No entanto, atualmente orienta seus amigos em relação à importância de acompanhar seus familiares durante a internação hospitalar.

O discurso da enfermeira E6 trouxe para o espaço grupal a ideia de que, pelo fato de serem profissionais, acabam assumindo tudo, achando que podem fazer todas as tarefas, tanto continuar trabalhando como cuidar de seu familiar.

Esta é uma situação crucial para as enfermeiras que têm familiares internados e estão inseridas na vida pública, com atividades profissionais. Sendo assim, o sentimento de culpa das enfermeiras também reflete a cultura da nossa sociedade, que determina padrões de comportamento e valores para as pessoas, sobretudo para as do sexo feminino, as quais são mais destinadas a funções de cuidados e acompanhamentos de familiares doentes (SPINDOLA e SANTOS, 2004).

Nos discursos das enfermeiras E4 e E6 nota-se uma contradição, porque, ao mesmo tempo em que elas se declararam acompanhantes de seus familiares, mencionam que gostariam de ter acompanhado seu ente querido. Para as enfermeiras o fato de terem continuado trabalhando não evidencia que foram acompanhantes, pois elas não se dedicaram efetivamente. Assim, vivenciam o sentimento de culpa, o que deixa transparecer que, para as enfermeiras, acompanhar é se dedicar exclusivamente ao seu familiar.

A enunciação dialógica da enfermeira E4 revela que no momento da internação do seu familiar optou pelo trabalho, deixando em segundo plano a atenção ao seu pai.

_ E tu achando que tava melhor lugar... melhor atendido, cuidado... que elas sabem mais do que tu... daí, eu senti... Bah! Mas ele queria era eu. Então por que... Por que eu não vim? Ah! Vou fazer a supervisão. Vou andar borboleteando para um lado e para outro... e não fui. E daí? Assim, isso foi a última coisa que ele se referiu... Porque depois ele começou a piorar e foi para a UTI. Então, gurias, como é... eu fiquei pensando... eu vou ser familiar, não vou continuar achando que os outros sabem mais. Que os outros são mais importantes. Que os outros vão fazer aqui... Tem papel que é só a gente que faz. (E4)

A enfermeira percebeu tardiamente o tempo que perdeu em estar próxima da pessoa que lhe era querida. Assim ficou com a sensação de ter sido displicente no cuidado ao seu familiar, perdendo a oportunidade de acompanhar os últimos momentos de sua vida.

O acompanhamento do familiar durante uma internação é um momento ímpar, devido à possibilidade de o paciente piorar e a família não ter a oportunidade de conversar, conviver, se despedir de seu familiar. Isso mostra a importância da valorização da presença do familiar durante a internação do doente. Assim como a enfermeira relatou, “tem um papel que é só a gente que faz”, e este é o papel de família que dá amparo, segurança, confiança para que o paciente possa superar a doença ou morrer com dignidade.

Nesse sentido, o estudo realizado por Tavares, Queiroz e Jorge (2006) revela que uma das formas de colaboração dos pais junto aos filhos hospitalizados ocorre quando eles fornecem apoio mediante carinho, amor, uma conversa, toque, enfim, quando estabelecem o vínculo pais/filho. Essas ações, além de serem importantes para a criança, servem de força para os acompanhantes enfrentarem o longo e difícil tratamento de seus filhos e os ajudam a perceber que eles, realmente, têm papel importante na recuperação.

O estudo de Szareski, Beuter e Brondani (2010) demonstra que a família comprometida com o cuidado ao doente possibilita uma melhor adesão e colaboração do doente ao tratamento. Revela ainda que a atuação do familiar como mediador entre a equipe de enfermagem e o doente na realização do cuidado permite melhores resultados para a sua recuperação.

Outra enfermeira E7 contribuiu com a discussão e relatou:

_ E tu sabes que tu não podes fazer nada! Quer negar tudo aquilo ali! Tu não queres mesmo falar com a família. Muitas vezes tu não queres nem falar com o médico! Eu não queria falar com o médico! Era diferente, eu não queria! Porque eu não queria ouvir o que ele tinha pra me dizer! Daí tu vê o sofrimento dos teus (familiares). E muitas vezes tu sabes... eu não saí, não me afastei do meu trabalho, e aí tu vê assim. Puxa! Eu estou cuidando do outro, e não sei se estou cuidando dos meus! (E7)

A enfermeira E7 revela a dificuldade de lidar com a doença e o sofrimento do familiar hospitalizado. Ela relata que preferia não saber o que estava se passando com seu familiar, pois era doloroso enfrentar o sofrimento de sua família. De certa forma, o trabalho serviu de subterfúgio para se afastar do familiar para tentar se proteger daquele momento doloroso. Identifica-se o sentimento de culpa no relato da enfermeira, quando refere que conseguia cuidar dos outros pacientes, mas não sabia se estava cuidando do seu familiar.

Estudo de Spindola e Santos (2004), ao analisar o conflito vivido pelas trabalhadoras da enfermagem no seu cotidiano laboral, descreve que as enfermeiras ficam ansiosas, sentindo-se duplamente culpadas porque nem dão a devida atenção (ou a que julgam ser a mais adequada) aos seus familiares, e nem conseguem dedicar uma parcela de tempo maior ao desenvolvimento profissional.

Neste ponto da discussão dialógica, a ambivalência sobre como trabalhar e acompanhar seu familiar e não sentir-se culpado foi sendo recodificada. A recodificação transparece nas palavras da enfermeira E1, quando diz:

_ Essa é a questão. O problema é a gente aprender esse limite de... dessa fuga. Que talvez fugir de ser enfermeira, e não, de ser acompanhante naquele momento. (E1)

A enfermeira expressa que é preciso encontrar o limite entre ser profissional e ser acompanhante no momento da internação hospitalar de algum familiar. E assim, talvez deversem, em alguns momentos, se permitir serem familiares, saírem um pouco do papel de profissional.

4.1.4 O sentimento de responsabilidade como enfermeira é gerador de sobrecarga

O ambiente hospitalar apresenta aspectos específicos, como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. A necessidade de funcionamento diuturno do hospital implica na existência de regime de turnos e plantões, permitindo a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si sós, danificam a integridade física e psíquica (PITTA, 2003).

Essas características estão muito arraigadas no profissional enfermeiro. Isso poderia ser explicado pelas raízes históricas da profissão, que já no passado delineava o perfil da

enfermeira como dedicada, responsável, honesta, com espírito vocacional, treinada para treinar. Percebe-se que essa imagem persiste até os dias atuais, fazendo com que as enfermeiras assumam responsabilidades muitas vezes só pelo motivo de não saberem negar a situação.

_ Eu sinto orgulho de ser enfermeira! E com certeza a minha mãe, acho que foi o dia mais feliz da minha vida, da vida dela, quando ela me viu lá, sabe! Então são coisas que... e toda minha família tem orgulho. E eles, se têm alguma coisa, doente, é para mim que ligam, enfim. Daí eles colocam essa responsabilidade na gente. _ (...) Era muito difícil pra mim, e como nós somos nove filhos e eu sou a única que trabalho na área, dizer que não como procedimento. Então tu acabas cedendo e fazendo, é muita responsabilidade! (E8)

A enfermeira E8 revela que, por ser uma profissional da área da saúde, tornou-se referência para a família quando alguém adocece. Assim, quando ocorre um problema de saúde na família, ela acaba assumindo toda responsabilidade. O que ela caracteriza como “muita responsabilidade”.

A sobrecarga de trabalho é um aspecto evidente e vivido pelas profissionais de enfermagem como inevitável, não se restringindo às suas atividades. Estudo revela heterogeneidade na distribuição da sobrecarga, confirmando que não é possível falar de um cotidiano da mulher e sim de vários cotidianos de mulheres, numa pluralidade que contém as diferenças de classe social, ideológicas, culturais e sociais. É comum a todas aquelas profissionais, na hierarquização de suas vidas, o cuidar do outro, seja no hospital, seja na família, mas o cuidar de si própria quase sempre está em último plano, pois o tempo que lhe sobra é exíguo e parece haver pouca consciência da importância disso (ELIAS e NAVARRO, 2006).

Seguindo nessa linha de pensamento, os discursos a seguir reforçam a ideia de que o fato de ser enfermeira torna-se referência para seus familiares:

_ (...) Mas uma coisa assim... Que eu... e acredito que todos sintam, é que tu sendo profissional da saúde, tu és a referência para o paciente e para família. (E3)

_ Mais ainda que para os outros. (E1)

_ Mas tu sentes que fica..., todo mundo te olhando. Meus irmãos assim, que ninguém era da área, meu irmão mais velho, né! (...) Então é bem complicado, né! Mas a área da saúde ficou para mim, porque eu era enfermeira, né! Então até hoje, né? (E8)

_ Foi o primeiro parto. No segundo, eu fui correndo. Era cesárea, mas eu tinha que estar desde o início. Porque eu era enfermeira... (E4)

O conjunto do diálogo revela que as enfermeiras são referência para seus familiares em relação ao assunto saúde/doença. Elas relatam sentirem-se sobrecarregadas com tantas responsabilidades atribuídas a elas, pelo fato de serem profissionais da saúde. Entretanto, assim como elas são cobradas diante de suas famílias, elas também não abrem mão de estarem presentes e acompanharem o familiar, e talvez isso também as sobrecarregue, conforme as enunciações a seguir:

_ E aí, a gente acaba sendo sobrecarregada, por quê? Porque és tu quem tem que tomar as decisões. (...) Tu que sabe mais. Tu quem tem que tentar ajeitar, né? Com os outros, com a família, com o médico. (E3)

_ Então... é complicado falar! E a família cria muita expectativa em relação à gente (emocionou-se e chorou). E parece que as decisões todas têm que ser por nós. E tu és uma válvula de escape, uma tábua de salvação. Uma carga tremenda em cima da gente! (...) Porque parece que tu sabes tudo, tu és o orgulho da casa, tu trabalhas aqui dentro. (...) Não sei por que parece que a gente fica só! Porque até as pessoas, a gente sabe! Eles confiam muito na gente! A família confia: “Bah, tu sabes tudo, tu vais poder me responder”, e tu estás na mesma posição deles. (E7)

A enfermeira E3 relata que o excesso de responsabilidades relacionadas ao paciente, à família, ao médico e às demais decisões são fontes de sobrecarga para ela. A enfermeira E7 se emocionou e chorou ao relatar que se sentia sobrecarregada com tanta esperança/confiança que a família depositava nela. Porém, o fato de não poder resolver ou solucionar todos os problemas gerava sentimento de frustração.

Segundo Nunes (2001), o diagnóstico de uma doença grave desencadeia uma crise vital na família. Exige do paciente e de sua família mudança de papéis, busca de estratégias para enfrentar o problema, alteração de posturas, atitudes e comportamentos, como também um longo período de adaptação a essas mudanças.

Nos enunciados a seguir percebe-se uma sobrecarga imposta às enfermeiras em relação a atitudes e soluções que as famílias esperam delas:

_ Então é aquilo ali! Tu entras no quarto e a tua mãe olha pra ti e diz: “E aí o que tu me diz?”. Não sei! Daí tu não sabes, não tem uma solução. Tu não tens a solução! Tu tens solução para várias coisas, mas para o teu caso, para tua família, para a tua pessoa amada, tu não tens uma solução! (E7)

_ Sobrecarregada, porque a gente não tem esse domínio. A gente tem uma experiência, uma larga escala de experiência. E daí parece que a gente tem que dar soluções, né! (E8)

A enfermeira E7 expressa a sensação de impotência frente à situação do seu familiar, pois ela consegue solucionar várias dificuldades de outras pessoas, mas não tem como

solucionar o problema de sua família. Do mesmo modo, a enfermeira E8 refere que se sente sobrecarregada devido à expectativa que tem dela, pessoa com muita experiência profissional, no entanto, é um ser humano incapaz de resolver todos os problemas.

Nota-se nas falas das enfermeiras como é complicado o fato de ter que solucionar e dar respostas imediatas a problemas que não dependem somente do conhecimento profissional, pois são situações que envolvem outros fatores. Segundo Fonseca (2006), em situações que são únicas, novas e urgentes, tanto custos como benefícios são altamente incertos e há, por um lado, um risco de agir cedo demais, com informação de menos, e, por outro lado, um risco de protelar até que seja tarde demais. Então, como não podemos esperar tomar uma decisão ótima, teremos que contentar-nos com uma que seja suficientemente boa.

Nos enunciados a seguir percebe-se que a sobrecarga imposta às enfermeiras, muitas vezes, está relacionada à escolha delas em assumirem a responsabilidade pelos problemas ligados à área da saúde.

_ É, no meu caso nem tinha escala, entende? Era eu e o meu cunhado, fazendo dobradinha, mas assim, oh! Mas eu acho que a gente acaba ficando sobrecarregada. E, detalhe, muitas vezes é porque nós fizemos, acabamos fazendo com que isso aconteça. (E3)

_ Se achando. (E1)

_ Por exemplo, meu pai, minha mãe, né? Que eram outras situações, eu acabei pegando para mim a maior parte do cuidado. Mas porque eu achei que eu sabia tudo, que eu cuidava melhor que os outros (risadas). E não é? (E3)

_ (...) mais tarde, um dia eu disse que eu não queria que ele (médico) tivesse me visto como enfermeira. Que ali no momento eu era filha, mas que eu não soube dizer não e eu entrei e eu fiz as coisas no bloco (centro cirúrgico), tudo. (...) Ele foi falando as coisas e eu fui agindo. Só sei que eu fiz e até hoje eu me pergunto... Por que eu faço algumas coisas? Eu não sei dizer não, vou indo e me envolvendo. (E8)

A fala da enfermeira E3 relata que a sobrecarga é decorrente do fato de que eram somente ela e o cunhado para cuidarem do doente. Isto pode acontecer quando não se tem com quem dividir as tarefas de acompanhante, em famílias reduzidas, quando todos os membros têm atividades, sobrecarregando aquele que se mostra mais disponível, que pode ser o profissional enfermeiro. A enfermeira ainda exemplifica que, como filha, foi ela quem cuidou mais dos pais doentes, porque julgava ser a pessoa mais capacitada da família. Essa atitude, atualmente, ela avalia como negativa, pois causou a exclusão dos demais membros da família no processo de cuidado dos seus pais.

Na fala de E8 emerge outro ponto como fator de sobrecarga, quando os outros profissionais que a conhecem como enfermeira, não a percebem como familiar acompanhante

e sim como profissional, conseqüentemente ela não se sente à vontade para demonstrar a sua fragilidade e insegurança frente à situação vivenciada.

As participantes revelaram que dedicar-se por inteiro ao cuidado ao ser doente é gerador de sobrecarga, devido à rotina estafante e estressora de atividade de cuidados diários e ininterruptos. Pena e Diogo (2005) mencionam que um dos fatores que facilitam a participação de familiares no cuidado ao paciente hospitalizado é a família dispor de uma rede de apoio familiar suficiente, a qual se reorganiza em seus papéis e funções, de modo a proporcionar uma rotatividade de acompanhantes no hospital, a fim de não sobrecarregar um único membro.

A enfermeira E3 ressalta por que ser acompanhante de familiar é fator de sobrecarga.

_ Gente! É muito, mas muito cansativo! Tu ficas acompanhando alguém no hospital, o hospital cansa. (...) Por mais que tu fiques sentada do lado, que não esteja trabalhando, é muito cansativo. O ambiente é pesado, a parte emocional... (E3)

E1 comenta:

_ As horas não passam. (E1)

A fala da enfermeira E3 revela que acompanhar um familiar gera cansaço e tristeza que estão relacionados ao desgaste físico e emocional vivenciados no ambiente hospitalar. Para ela o ambiente hospitalar torna-se cansativo, mesmo para quem não trabalha, apenas acompanha um doente internado. Essa constatação é importante, pois muitas vezes a equipe julga os familiares “desinteressados” quando não estão participando do cuidado, mas não sabem como pode estar sendo doloroso ficar naquele ambiente, acompanhando o sofrimento de seu ente querido.

Muitos acompanhantes, por dedicarem-se integralmente ao cuidado de seus familiares hospitalizados, deixam de cuidar de si mesmos. A abdicação e as preocupações com a saúde do familiar podem desencadear sinais de sofrimento físico e psicológico, como tristeza, culpa e ansiedade (SZARESKI, 2009).

As relações de cuidado são manifestadas em todas as atividades do cotidiano de cada ser. O cuidar é uma relação de mútua ajuda, de crescimento e autorrealização, pautada pelo afeto e respeito ético moral.

O processo de vivenciar uma doença grave em alguma fase da vida está permeado de alterações significativas no cotidiano, fato que não ocorre somente com quem adoece, mas se estende a todos os membros envolvidos no contexto familiar. Estudo enfatiza que o processo de doença acarreta mudanças e transtornos em toda a estrutura familiar. Portanto, a família

que vivencia em sua rotina diária algum tipo de dano físico ou emocional de um de seus membros apresenta maior vulnerabilidade para a vivência de problemas emocionais (NUNES, 2001).

4.2 REPERCUSSÕES DA VIVÊNCIA DE ENFERMEIRAS NA CONDIÇÃO DE FAMILIAR ACOMPANHANTE NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nesta categoria são discutidas as repercussões da vivência das enfermeiras na condição de familiar acompanhante na sua atuação profissional. As repercussões emergiram no desenvolvimento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, em que o imaginário dos sujeitos foi materializado nas produções artísticas, retratando as vivências das enfermeiras como familiares acompanhantes.

Assim, sustentado pelas enunciações dos sujeitos da pesquisa é descrito o tema “a reavaliação da conduta profissional”, que está subdividido em três subtemas: preconceitos relacionados ao acompanhante e paciente; crescimento pessoal e profissional; e flexibilização das normas da instituição. O tema emergiu pelas reflexões das enfermeiras em relação às suas reavaliações de condutas profissionais após suas vivências como familiares acompanhantes.

4.2.1 A reavaliação da conduta profissional

Para Queirós (2007), o enfermeiro precisa desenvolver as competências existenciais, isto é, as que fazem de cada enfermeira uma pessoa e uma profissional, capaz de se envolver com os (seus) doentes permitindo-lhes e permitindo-se manter a distância certa para ser útil, eficaz, nos vários domínios que cada situação concreta de cuidados requer, especialmente quando os momentos de crise e de transição são marcados pelo sofrimento físico, emocional, psicológico e espiritual.

O discurso da enfermeira E3 demonstra uma mudança em sua atitude profissional em relação à singularidade, percebendo cada pessoa como um ser único. Começou a exercer essa postura após sua vivência como familiar acompanhante.

_ (...) Assim, é tu olhares aquele cuidador, também com a sua individualidade. Porque era tão bom quando eu estava no quarto e como eu conhecia muitas pessoas dali, porque passaram com a gente (serviço dela) ou que foram nossos acadêmicos... chegavam: “Oi... como que tu estás?”. Né? “Tu estás... quem sabe tu colocas essa cadeira aqui.” E a gente no dia a dia nem sabe o nome do familiar, não é verdade? ... Mudei! Assim, completamente, nem que eu saiba o nome do familiar só no momento que eu estou conversando... Mas, quando chega um paciente e eu tenho que dar alguma orientação, como a gente faz consulta de enfermagem, o nome do

paciente, eu já sei, né? Se é seu João, daí eu pergunto para o familiar: “E seu nome qual é?”. Porque daí ele não é só mais um, ele é o familiar do seu João. Isso é extremamente importante, eram coisas que eu não fazia... (E3)

A enfermeira E3 elucida que começou a incluir o familiar no cuidado ao paciente após ter vivenciado e experimentado a importância de participar desse momento. Exemplifica que exerce essa atitude na consulta de enfermagem em sua unidade de trabalho.

No movimento dialógico no interior da dinâmica, a enfermeira E3 confirmou e também questionou as outras participantes sobre o fato de que, muitas vezes, na rotina diária do trabalho, elas nem sabem o nome dos familiares dos pacientes que estão sob seus cuidados. Entretanto ela afirmou ter mudado sua postura com os familiares após ter vivenciado essa situação.

Segundo estudo de Szareski (2009), quando a família entra na instituição como acompanhante, ela precisa ser incluída, para se sentir corresponsável pelo cuidado ao doente. Sob esse enfoque, a equipe de enfermagem, como promotora do cuidado, possui um papel importante no atendimento das necessidades e demandas da família do doente hospitalizado.

A presença do acompanhante é reconhecida como indispensável no tratamento e na recuperação do doente, pois ajuda a tornar a hospitalização menos traumática. Frente a essa percepção, compreende-se que o familiar deve ser valorizado pelos membros da equipe de saúde, procurando integrá-lo no planejamento e na execução do cuidado, tornando-se, assim, um agente ativo do cuidado (PENA e DIOGO, 2005; SOUSA FILHO, XAVIER e VIEIRA, 2008; SOARES e LEVENTHAL, 2008).

A enfermeira E9 revela que a atitude de se relacionar com cada pessoa de forma especial deve ser estendida também aos visitantes, como no caso de setores intensivos em que os familiares não permanecem com os pacientes.

_ Então, às vezes a gente vê que, eu trabalho numa unidade fechada e que os familiares só visitam os pacientes, não acompanham, né! E, às vezes um oxímetro que tá fora do dedo, que tá alarmando e eles vêm te chamar e “Ah! Não é nada, nem te preocupa”. Mas ele não sabe, eu mesmo sabendo, ele tá com dor e eu angustiada com aquilo! Eu queria que fizessem alguma coisa por ele, sabe! E daí, às vezes, isso também pra nossa vida, a gente nunca pode minimizar uma preocupação de um familiar. Acho que a gente tem que... Tudo é importante porque ele é leigo, ele não sabe o que é. Aquilo lá talvez pode ser, né... o oxímetro talvez seja fundamental para o familiar dele. (...) Eu acho que assim, às vezes a gente se pega no corre-corre e a gente acaba não... Por exemplo, nesse caso: “Ah! Não é nada.”, poderia ir ali e explicar para o familiar: “Ah! É isso”, né! Eu acho que dá pra gente repensar mesmo. Então, quando consigo e tenho um tempinho, eu vou e tento deixar aquele familiar tranquilo, sabendo que ele tá fazendo o que pode, né? Pelo familiar dele! Acho que isso é importante, é meia hora que eles visitam. Então nessa meia hora tu podes ir ali, nada te impede de tu aliviáres essa angústia, mostrando que tu estás fazendo alguma coisa por eles. (E9)

O discurso da enfermeira E9 revela que explicar a situação e sanar as dúvidas proporciona conforto e tranquilidade aos familiares. Ela afirma que muitas vezes, na correria do trabalho, se envolve com outras atividades e não consegue disponibilizar tempo para essas questões, mas procura organizar um momento, pois compreende a importância deste cuidado.

A enfermeira E9 demonstra que, após ter vivenciado a condição de familiar acompanhante, repensou sobre suas atitudes relacionadas aos familiares visitantes na unidade onde trabalha. Ela reforça a ideia de que nunca deve ser minimizada a preocupação de um familiar. Por mais simples que possa parecer sua dúvida, é importante para a família.

Schneider et al. (2008) consideram que a aproximação da equipe de enfermagem com a família pode facilitar a assistência prestada ao doente. Os profissionais de enfermagem, ao fornecerem informações sobre o estado de saúde do doente, percebem o alívio e a segurança dos familiares, os quais conseguem expressar suas dúvidas e preocupações, criando-se, então, um elo de confiança entre eles.

No estudo de Beuter (2004), as enfermeiras revelaram que o familiar acompanhante contribui para a estabilidade física e emocional do doente, bem como para a melhoria do ambiente. Assim, entendem que este merece receber atenção e apoio da equipe de enfermagem, para se sentir também cuidado.

A família está cada dia mais presente nas instituições hospitalares, acompanhando seu familiar, colaborando com a equipe de saúde e, muitas vezes, é considerada uma parceira da enfermagem. Desse modo, é importante possibilitar à família a participação nos cuidados ao doente hospitalizado, capacitando-a para os cuidados no domicílio (SCHIER, GONÇALVES e LIMA, 2003).

Seguindo na discussão grupal, no interior da dinâmica, a enfermeira E3 expôs outra situação quanto à sua reavaliação de conduta relacionada ao familiar acompanhante:

_ E outra coisa, quando a gente diz assim: “Eu sei como o senhor se sente. Eu sei como a senhora se sente.”. Eu falava: “Não sabe.”. Eu acho que a gente nem deve dizer isso: “Eu sei.”. Porque parece que tu menosprezas o sentimento do outro... E quantas vezes eu dizia isso. No setor X, com aquela mãe sofrendo. Com aquele... E eu digo assim: “Ah! Eu sei o que a senhora está sentindo.”. (...) A gente tenta confortar, mas a gente não sabe. Não tem ideia. A gente acha que sabe. Talvez aqui, a gente que passou por essa situação... aqui com familiar doente... Agora realmente a gente pode dizer: “Eu sei o que a senhora está sentindo”. (E3)

A enfermeira E3 afirma que ninguém tem ideia real dos sentimentos de outra pessoa. Somente quem passou pela condição de familiar acompanhante pode dizer que sabe os sentimentos das outras pessoas em relação a essa situação. A enfermeira afirma que tinha o

hábito de falar “eu sei como o senhor(a) se sente” para confortar a quem ela prestava assistência. Agora não faz mais isso, porque acredita estar menosprezando os sentimentos dos outros. Ela ressalta que após a experiência como familiar acompanhante pode até falar essa expressão, porque realmente vivenciou esse sentimento.

Desse modo, o profissional de enfermagem deve estar ciente da singularidade de cada acompanhante, exercendo seu trabalho pautado na solidariedade, colaborando para o restabelecimento do doente e no alívio do seu sofrimento e dos seus familiares, portanto, promovendo a saúde do grupo familiar (SOUZA e OLIVEIRA, 2003; SILVA, BOCCHI e BOUSSO, 2008).

Atualmente vive-se uma mudança de paradigmas em relação à atenção e ao cuidado de enfermagem. Sabe-se que antes o empenho profissional da enfermeira era centrado no problema, porém percebe-se que isso não é suficiente como cuidado prestado e passa-se a um envolvimento também com as necessidades biopsicosocial das pessoas, como elucida o discurso a seguir:

_ Mas a experiência foi ruim nesse sentido porque, quando a gente fala para o pessoal que numa UTI um paciente de 80 anos... não interessa se tem 80 anos, ele tem pai, ele tem filho, ele é de alguém, entende! Então, meu pai estava que nem um indigente jogado lá, eles estavam sentados lá fora, eram aqueles hospitais de interior e conversando bobagem. Era tipo oito e pouco da manhã e quando nós chegamos num domingo de manhã e ele estava jogado lá. E isso eu nunca perdoei, sabe! E quando mais tarde o enfermeiro foi ... (seu colega de trabalho)... eu disse: “Olha tu estavas lá e aconteceu isso e isso. E a gente como profissional, tu não deve deixar isso acontecer, ele é familiar de alguém.” Não se deve jogar o paciente e deixar lá! Ele deve atender o mínimo, se colocasse um adalacte sublingual, se colocasse um cateter de oxigênio, aquilo não ia melhorar, mas ia me facilitar. Ver ele lá e ver aquela mão dentro da calça, que a mão tava caindo que ele aveceizou (sofreu um AVC), é uma imagem que choca! Não se deve fazer isso! A gente que trabalha na área, a gente sabe, jamais, né! (E8)

A enfermeira E8 relata que a marcou profundamente ver seu pai sozinho, sem atendimento, em estado grave. Pontua que, mesmo sem condições, a enfermagem tem obrigação de prestar os cuidados básicos ao paciente. Descreve que, como enfermeira, conversa com seus subordinados sobre a importância de atender todas as pessoas de forma humana, pois todos os doentes têm alguém que se importa com eles. Independente da idade, condição financeira ou física do paciente, a enfermagem deve prestar assistência igual a todos, e com respeito ao paciente e sua família.

Amestoy, Schwartz e Thofehr (2006) entendem o cuidado terapêutico como um cuidar diferenciado, profissional, com base em uma visão singular, solidária e integradora, entre o trabalhador de enfermagem e o ser humano que está sendo cuidado. Assim, constitui-

se na essência da enfermagem, em virtude de ser uma ação com intenção terapêutica, que busca a resolução dos problemas ou das necessidades pessoais, direcionando o ser humano e a comunidade a uma vida mais saudável (THOFEHRN, 2005).

Desse modo, é necessário entender que as tecnologias e técnicas são imprescindíveis para o cuidado, mas deve-se questionar a respeito de seu uso, na intenção de resguardar os princípios humanos, revendo a postura tecnicista do ambiente hospitalar, tornando compatíveis a humanização e utilização da máquina, transcendendo os limites do procedimento e da técnica (PINHEIRO et al., 2011). O estudo de Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2004) considera que os novos tempos exigem cada vez mais profissionais com vivência dos valores éticos, desenvolvendo novas tecnologias de cuidado.

Nos enunciados a seguir as enfermeiras relatam situações que fizeram com que elas refletissem sobre as suas atividades profissionais e se sensibilizassem com os pacientes e seus familiares, os quais atendem no seu ambiente de trabalho.

_ Mas sabia muitas vezes, pela fala deles [residentes] que a minha mãe me contava, eu sabia do descaso “Ah! É uma velha.”, entende! Uma vez uma coisa me marcou muito, me chocou e aí eu pensei: “Eu nunca posso fazer isso, nunca!”. Eu fui perguntar de uma outra internação dela. _ (...) Eu fui perguntar: “E aquela senhora, o que tu me dizes da vizinha do leito 17? O que tu me dizes, o que vai ser feito?”. E ele (médico): “Não tem mais nada! Aquela velha já tá cheia de coisa! Aquela velha já não tem mais o que fazer!”. Aquilo me deu um choque por dentro assim! (...) Daí tu pensas assim, jamais da minha boca, um dia, eu vou dizer numa passagem de plantão “Aquele estorvo que está lá” ou “Aquele elefante que está lá”, sabe? Muitas vezes acontece! Dói, dói tu ouvires assim, aquela velha não tem mais o que fazer! Mas aquela velha que ele estava se referindo era minha vó! Claro que ele não sabia, né! (E7)

_ (...) Outra coisa que a gente se dá conta que, quando tu estás do lado do paciente... que, às vezes, entram profissionais falando de um assunto, que nada a ver. E fazendo um comentário assim... nada a ver, entende, né? Então se tu estás na frente do paciente, tu não tens que estar comentando... lá do jantar de ontem. A não ser que tu estejas interagindo com o paciente, sabe? (E3)

No discurso, a enfermeira E7 relata uma situação de descaso de um profissional da saúde em relação à sua familiar, fazendo com que ela refletisse sobre o episódio, e a conscientizando para nunca reproduzir tal atitude. A enfermeira E3 ressalta que profissionais devem manter uma postura ética, com respeito pelo outro, ter educação e ter cuidado com os assuntos que são abordados no momento do atender o paciente. São circunstâncias vivenciadas pelas participantes que as fizeram refletir sobre o modo de agir com os familiares e pacientes.

Assim, o profissional que cuida precisa estar atento e consciente de que, ao efetuar uma tarefa ou procedimento, está se relacionando, interagindo com o outro e, portanto,

vivenciando uma experiência de cuidado. Ele também deve ser capaz de perceber e compreender as particularidades e a unicidade de cada pessoa a ser cuidada, respeitando os seus valores e as suas crenças, considerando a sua responsabilidade nesse ato (WALDOW, 2004).

Algumas atitudes adotadas por profissionais da saúde que vão contra as competências exigidas para exercer suas funções são apontadas nas falas a seguir:

_ Mas tirei como aprendizado para mim que a gente tem que saber onde se meteu, o espaço da gente! Como tem cenários diferentes, que a gente está acostumado, né? Mas ao mesmo tempo assim... eu me coloquei no lugar não só como meu familiar, mas como qualquer outra pessoa. Se eu tivesse (um familiar hospitalizado), eu ia me oferecer, acho que eu não mudaria minha postura. Eu ia esperar e ia acabar fazendo uma... intervenção né? (E1)

_ (...) Então assim, às vezes a gente até se assusta, hoje, com o tipo de cuidado que a gente vê das pessoas. Paciente está lá, e as pessoas que cuidam estão aqui, né? Estão aqui. E aqui está todo mundo conversando e rindo, e o paciente lá sozinho. (E6)

A enfermeira E1, quando fala de cenários diferentes, se refere a outras instituições de saúde e não ao hospital em que ela trabalha como enfermeira. Ela ressalta que tem compromisso com a enfermagem, independente do lugar em que está ou das pessoas envolvidas. Ela mantém sua postura de ajudar as pessoas quando pode auxiliar no que estão necessitando.

Para a enfermeira E6 o tipo de cuidado ofertado atualmente pelos profissionais da enfermagem a assusta, porque nota um descaso em relação à assistência prestada aos pacientes. Sua educação acadêmica foi há 30 anos, considera que mudou muito o conceito de enfermagem e o modo de cuidado apresentado para os alunos hoje em dia, também.

Segundo Coelho et al. (2010), a enfermagem, como disciplina profissional, em sua construção do conhecimento, deve ser entendida no seu processo de trabalho, tendo o cuidado terapêutico como a atividade ou tarefa profissional. O objeto de trabalho é a pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem e o instrumental compreende os meios que se inserem entre o trabalhador e o ser humano, atuando como extensões do corpo e da mente dos profissionais, tais como recursos materiais, metodológicos e gerenciais. E o objetivo do trabalho está no alcance do produto final, ou seja, no ser humano transformado pelo cuidado terapêutico, na busca da satisfação das necessidades de saúde.

Esse conceito do objeto e objetivos do trabalho da enfermagem está em desacordo com a ideia relatada pela enfermeira E6, a qual mostra um descaso dos profissionais em

relação ao cuidado ofertado aos pacientes. Porém nota-se nos discursos das enfermeiras E1 e E6 uma indignação sobre esse estilo de assistência.

As enfermeiras, ao discutirem a reavaliação da conduta profissional, no movimento dialógico e dialético das dinâmicas, desvelam o subtema “preconceitos relacionados ao acompanhante e paciente”.

- Preconceitos relacionados ao acompanhante e paciente

A enfermeira E3 menciona exemplos de atitudes preconceituosas da equipe de enfermagem em relação ao paciente e/ou o familiar acompanhante. Pensa que a equipe julga ou critica as atitudes dos doentes e/ou dos cuidadores por não terem vivenciado essa situação:

– Nós da enfermagem, muitas vezes nos colocamos no lugar de juízes, de advogados, e acusamos ou defendemos o cuidador, né? Mas só quem vive para saber. Muitas vezes, eu não vou dizer que criticava, mas, que eu não dava importância, eu achava que o cuidador... não colaborava, podia fazer diferente. Quantas vezes eu me vi tendo aquelas atitudes dos cuidadores, né? Tipo assim: “A fulana vem aí só para dormir”... não que eu lembro de ter dito isso, mas a equipe falava: “Aquele cuidador só vem para dormir, o que que quer aí?”. (E3)

A enfermeira E3, em seu discurso, declara que antes de ter vivenciado a condição de familiar acompanhante recriminava os cuidadores do setor onde trabalhava. Menciona que eles não colaboravam e que poderiam contribuir no cuidado. No entanto, após sua vivência, percebeu-se adotando as mesmas atitudes dos acompanhantes os quais criticava.

Em alguns cenários de instituições de saúde, existem preconceitos por parte da equipe de enfermagem em relação às atitudes dos acompanhantes familiares. Segundo pesquisa de Szareski (2009), os profissionais percebem a presença da família como um transtorno ou como um agente fiscalizador do seu trabalho. O estudo de Pereira e Graças (2003) considera que o relacionamento entre familiares e equipe de enfermagem é constituído não só de momentos gratificantes, mas também de momentos que envolvem desavenças, porque, nem sempre, a equipe entende as inquietações dos familiares, ou estes compreendem as da enfermagem.

Durante a discussão coletiva na dinâmica, as enfermeiras relatam que a inquietude dos acompanhantes quando solicitam medicação para seus familiares é pelo fato de que cada minuto na espera de quem está sofrendo se torna uma eternidade:

_ Então eu... olha! “n” “n” vezes eu pensava no nosso cuidador aqui. Em especial ali no X, Y (setores), que é minha vivência, né? Dias e dias aquelas mães, ali. Meu Deus! Como, como é difícil!... a dor que a gente julga. “Tá viciada, não, isso tu faz uma água destilada.” Ou outras vezes... “Não, isso é psicológico!” Não interessa, o paciente está sentindo dor, e quem está do lado está sentindo junto. Então todas essas coisas que no nosso dia a dia... “Fulano está com dor? Ah, só um pouquinho! Que a medicação para dor é às 18 horas.” E às vezes, são só 17 horas. Um minuto de dor é uma eternidade. (E3)

_ Ver um familiar teu com dor é muito horrível, nossa! E eu sei que uma vez ela caiu, quebrou uma costela, fez um pneumotórax, daí ela tinha muita dor. Eu lembro que eu pedia dolantina e nós assim, da enfermagem, a gente tem aquela coisa assim de que não dá pra fazer porque vai dar problema, não sei o quê. Mas eu acredito assim, que dentro do hospital não justifica o paciente ficar com dor. Então não tem que estar esperando seis horas. Faz! Melhora, sabe! Ela era idosa, ela era obesa, imagina o que era doer uma costela quebrada para respirar! Eu pedia para fazer dolantina e “Ah! Não tá na hora, não tá naquilo”. Para quê, sabe! Então eu já acho que tem que fazer, tem que melhorar, porque tu queres tirar com a mão, tu queres fazer a pessoa parar de sentir dor, assim. A gente tem isso, qualquer paciente a enfermagem é assim. (E8)

A enfermeira E3, em seu discurso, admite que fez muitos julgamentos relacionados aos pacientes e seus cuidadores, porém quando estava na condição de acompanhante relembra das situações vivenciadas em seu ambiente de trabalho. Isso fez com que compreendesse a dificuldade em ser julgada num momento difícil, como o caso de ter um familiar sentindo dor.

A enfermeira E8 ressalva a resistência que a equipe de enfermagem tem em administrar analgésicos potentes. Adverte que dentro do ambiente hospitalar o paciente não pode sentir dor, porque existem recursos para alterar esse estado. A enfermagem precisa exercer mais a autonomia respaldada pela sua profissão, entretanto necessita buscar conhecimentos que fundamentem suas decisões e atitudes em relação à assistência prestada ao paciente.

Conforme Neves (2004), o que importa na tomada de decisão em enfermagem é perceber a realidade atual, que, no seu entender, é muito centrada em modelos biomédicos, em que os enfermeiros refletem decisões pouco fundamentadas, sendo mais circunstanciais, baseadas em hábitos, rotinas, ou rotinas profundamente enraizadas na prática, ao invés de serem decisões baseadas em conhecimentos e convicções de enfermagem.

Outra situação que a enfermeira E3 revela como exemplo que repercutiu no seu agir profissional foi o fato de não solicitar ajuda a equipe de enfermagem, por pensar que seria incômodo:

_ Às vezes, eu olhava para aquela unidade corrida, corrida, corrida, e eu como enfermeira pensava: “Eu não vou estar incomodando lá. Eu sei como que é isso,

né?”...mas é muito complicado. Então, isso valeu muito, muito, para mim agora. Agora eu tenho, eu tenho um olhar diferente para isso... (E3)

A enfermeira E3 refletiu sobre sua atitude, no momento em que precisou de ajuda para seu familiar, mas não quis chamar a enfermagem para não incomodar. Isso fez com que mudasse seu modo de pensar, entendendo a necessidade das pessoas que solicitam auxílio e que, muitas vezes, a enfermagem não consegue atender imediatamente.

Zea e Torres (2007) constataram em seu estudo, realizado na Colômbia, a formação de uma barreira relacional entre a equipe de enfermagem, pacientes e seus familiares, em que os pacientes e familiares limitavam-se em chamar a equipe de enfermagem, por terem a ideia de que eles estavam muito ocupados. Enquanto que a enfermagem, quando solicitada a prestar esclarecimentos sobre o tratamento do doente, apresentava uma postura intimidadora. Essa barreira relacional, de acordo como os autores, pode ser atribuída pelo fato do cuidado de enfermagem ter sido identificado pelos pacientes e seus familiares entrevistados como técnico, impessoal e sem diálogo, o qual desconsiderava o indivíduo e sua família.

A partir da discussão do tema, a reavaliação da conduta profissional, as enfermeiras desvelaram outro subtema: “crescimento pessoal e profissional”.

- Crescimento pessoal e profissional

A vivência como familiar acompanhante repercutiu tanto na vida profissional quanto na vida pessoal das enfermeiras, como pode ser observado na fala a seguir:

_ Mas assim... eu acho que uma coisa válida é que eu... foi uma experiência para minha vida. Eu não queria ter passado, é óbvio, mas, é... eu cresci bastante como pessoa. Eu acho que contribuiu muito para minha vida profissional, porque eu me coloquei no lugar do cuidador, e vi o quanto é difícil... (E3)

A enfermeira E3 menciona que a experiência de acompanhante em ambiente hospitalar foi válida para sua vida, porque proporcionou crescimento pessoal e profissional para ela. Vivenciando o papel de familiar acompanhante pôde sentir como essa tarefa é difícil.

Vivenciar a hospitalização de um familiar é uma experiência difícil que pode contribuir para o amadurecimento pessoal e também para o desenvolvimento profissional de trabalhadores da área da saúde. A vivência relatada pelas enfermeiras pode torná-las cidadãs mais humanizadas, com capacidade de se colocar no lugar do outro.

Segundo Borges e Silva (2010), no cuidado de enfermagem humanizar significa uma atitude intencional de deixar fluir o saber técnico articulando-o ao saber não técnico, ou seja,

colocar a mente e os sentimentos no serviço a ser prestado. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem requer escolher e adotar uma atitude empática de colocar-se no lugar daquele que é cuidado, a fim de identificar, pelo sentir, suas reais necessidades. Sem perder de vista o conjunto familiar e/ou institucional, garantindo a satisfação das necessidades dos envolvidos no processo de cuidado naquele contexto.

Seguindo essa linha de pensamento, o discurso a seguir relata que, mesmo a enfermeira já desempenhando um cuidado humanizado, a experiência de ser familiar acompanhante contribui para a sua vida profissional:

_ Eu penso assim... Acho que com a minha vida, claro que contribuiu... Na minha vida profissional, isso que eu sempre procurei ser humana. Sempre procurei tentar atender bem. Sempre procurei... Mas eu acho assim, que te toca... Que tu te sentes no outro lado também... (E5)

A enfermeira E5 comenta que, mesmo já tendo uma postura profissional humanizada e empática, a experiência de acompanhante de familiar internado repercutiu na sua assistência profissional. Ela deixou de ver somente pela ótica profissional, passou a enxergar também o lado do familiar.

Pode-se perceber na enunciação dialógica das enfermeiras E3 e E5 que a capacidade de empatia que tiveram diante da situação dos familiares acompanhantes refletiu num crescimento pessoal e profissional das participantes. Quando a equipe de enfermagem compartilha da concepção do cuidado de forma recíproca, o familiar se sente inserido e acolhido no cuidado ao doente hospitalizado, o que resulta em colaboração e apoio emocional efetivo ao doente (SQUASSANTE e ALVIM, 2009). Desse modo, enfatiza-se que para preservar e avançar no cuidado humanizado é preciso conhecimento acerca do comportamento humano, compreensão das necessidades individuais, perceber o significado da situação para cada pessoa e saber como oferecer compaixão e empatia (PINHEIRO et al., 2011).

As reflexões das enfermeiras sobre como a vivência de serem familiares acompanhantes contribuíram para o seu crescimento pessoal e profissional, e desvelaram outro subtema: “flexibilização das normas da instituição”.

- Flexibilização das normas da instituição

No decorrer da realização das dinâmicas, as participantes da pesquisa discutiram sobre a importância da flexibilização das normas e rotinas hospitalares.

_ A gente se coloca! A gente tem família em casa, são as mesmas coisas assim. A gente procura tratar eles como a gente gostaria de ser tratado aqui. “Quer subir fora do horário? Vem!” Sobe fora do horário. Tu burlas todas as regras e é nisso que a gente acaba se diferenciando, né! Não quer dizer que aqueles que não passaram com família no hospital é diferente. Mas a gente vê assim, é horrível tu estás lá e não tem uma resposta como tu diz, em ter alguém que vá lá e te diga alguma coisa. E a gente faz o que pode! Então eu acho que a gente se diferencia por isso! (E7)

A enfermeira E7 trouxe, em sua fala, exemplos que modificaram sua maneira de pensar e agir em relação à flexibilização de algumas normas da instituição onde trabalha. Ela acredita se diferenciar de outras colegas pelo fato de que, muitas vezes, burla regras em favor do paciente e/ou familiar. Exerce essas atitudes por saber da importância de estar junto com seu familiar num momento difícil como é a internação hospitalar. A profissional se coloca no lugar dos acompanhantes e atende cada um da maneira como gostaria de ser atendida. Devido a essa empatia, ela faz de tudo para auxiliar a permanência do familiar junto ao doente.

Segundo Pinheiro et al. (2011), é imprescindível, na prestação do cuidado, que a equipe de enfermagem leve em consideração a história de vida de cada doente e de suas famílias, a fim de tratá-los com respeito e atenção, considerando as normas e rotinas hospitalares existentes. A flexibilização das rotinas pela enfermagem indica uma forma de acolhimento viabilizando o cuidado humanizado.

Pelo fato de saber como é desconfortável não ter o direito de ficar junto com seu familiar, a enfermeira transgrediu algumas regras institucionais para auxiliar o acompanhante a permanecer no hospital, principalmente em casos de doenças graves.

_ Modifica! Com certeza modifica! Porque tu vê a angústia daquela mãe sofrendo por aquele filho que quer ficar com ele, que nem a gente tem um caso aqui: “Eu quero ficar com ele, eu não sei por quanto tempo ele vai ficar aqui e gostaria que tivesse outra pessoa junto.”, ela disse. Vai ficar com ele então, o tempo que ele tiver que ficar, vai ficar com ele. Então a gente pensa assim. A gente muda, claro que muda. Muda sim! (E7)

No discurso da enfermeira E7 percebe-se uma mudança de atitude em relação ao cumprimento de regras hospitalares. Exemplifica que se sensibiliza ao ver o sofrimento de uma mãe que gostaria de permanecer junto ao seu filho internado. Diante dessa situação e por já ter vivenciado a condição de familiar acompanhante, a enfermeira flexibiliza as normas institucionais.

O estudo de Pereira e Graças (2003) mostrou que os enfermeiros, nem sempre, conseguem seguir as normas hospitalares; costumam analisar e verificar cada caso, antes de fazer concessões relacionadas às visitas ou à permanência do familiar acompanhante. A

permanência de familiares acompanhantes é decidida, exclusivamente, pelo enfermeiro, independente do doente ter o direito a acompanhante, como no caso dos idosos. Os autores ainda constataram que o enfermeiro estabelece alguns critérios para a concessão do acompanhamento familiar.

Portanto, a flexibilidade perante as normas e rotinas hospitalares gera satisfação e tranquilidade ao doente e seus familiares. Entender as rotinas como algo que pode ser ajustado demonstra razoabilidade e flexibilidade por parte do enfermeiro (BARBOSA e SILVA, 2007).

Outra situação discutida no interior das dinâmicas foi o fato da limitação imposta às enfermeiras, quando seus familiares estão internados em outras instituições, diferentes daquelas em que elas trabalham.

_ (...) Assim, a maneira como... e o hospital funcionar daquele jeito. Claro, eu era acostumada, “cria” de um regime pouco diferente, né? E aí tu te deparas com uma situação, com tua própria família, que tu ficas com limitação para fazer uma intervenção. (E1)

Na enunciação da enfermeira E1 observa-se a diferença quando seu familiar não está internado na mesma instituição onde trabalha. Ela se sente limitada para poder intervir no atendimento. A metáfora utilizada “cria de um regime” revela que ela tem uma formação diferenciada dos profissionais daquele hospital, o que lhe causou impacto negativo. Afirma que era acostumada com a maneira do hospital onde trabalhava.

A enfermeira E9 revela um exemplo semelhante em sua vivência de acompanhante.

_ Foi terrível, né! Ele quer agora, ele tá com dor agora, faz de uma vez! Mas eu não falei assim, então quando puder faz, né! Mas eu dei graças a Deus quando ele estava em casa que eu podia cuidar e podia medicar ele. (E9)

No seu discurso, a enfermeira E9 revela que se sentiu aliviada quando seu familiar teve alta hospitalar, pois em casa ela podia cuidar e agir da maneira que ela achasse melhor.

Nas enunciações dialógicas das enfermeiras pode-se observar que elas conseguem burlar regras quando estão em seus locais de trabalho, porém ficam limitadas às regras das outras instituições onde perdem sua autonomia, tanto de enfermeiras quanto de familiares.

Buscando compreender como o enfermeiro atua frente às normas e rotinas hospitalares, Bocchi et al. (2007) verificaram que a principal função é a de disciplinar e agilizar o trabalho, o que, no entanto, reverte na perda da autonomia da família e no seu afastamento do cuidado de enfermagem. Nesse sentido, o acompanhante familiar inserido no cuidado ao seu ente querido pode criar espaços de autonomia, na medida em que vai

desenvolvendo e dominando um saber sobre os cuidados hospitalares, em virtude de conhecer as singularidades de seu familiar (COLLET e ROCHA, 2004).

Da mesma forma, as normas e rotinas hospitalares exercem uma relação de poder sobre os usuários dos serviços de saúde, o que deve ser minimizado pela atenção individualizada da enfermeira para com os doentes e seus familiares, respeitando seus direitos. A imposição de normas e rotinas está sendo questionada pelos profissionais e suas equipes, no sentido de que desfavorece o cuidado relacional, tornando-se impessoal e pouco flexível (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2004).

No conjunto, identifica-se que as enfermeiras, após vivenciarem a condição de familiar acompanhante, apresentaram modificações profissionais, pois reavaliaram a conduta profissional, suprimiram preconceitos relacionados ao acompanhante e passaram a flexibilizar as normas institucionais. Isso contribuiu para o seu crescimento pessoal e profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com o intuito de conhecer a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de pacientes hospitalizados. O discurso das participantes da pesquisa possibilitou desvelar, de modo criativo, as experiências individuais do acompanhamento de seus familiares no ambiente hospitalar e algumas repercussões em suas atuações profissionais.

Cabe salientar que a temática em questão não foi esgotada, devido à diversidade de elementos que emergiram no âmbito das dinâmicas, os quais podem ser revistos e discutidos posteriormente em outros estudos. A produção artística facilitou o relato das histórias das participantes em relação às situações vivenciadas como familiares acompanhantes, durante o desenvolvimento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, oportunizando o compartilhamento de sentimentos de angústia, tristeza e sofrimento com as demais enfermeiras.

Nesse sentido, a dinâmica “Costurando Estórias” viabilizou um ambiente de descontração, liberdade de expressão, pensamentos e ideias, facilitando a manifestação dos discursos das participantes, os quais foram sendo complementados e validados no espaço da dinâmica. Neste movimento dialógico e dialético das dinâmicas, estabeleceu-se um processo de interação dos sujeitos, que favoreceu a expressão de suas experiências como acompanhante de familiares internados e, ao mesmo tempo, possibilitou a ampliação de caminhos para novas discussões e estudos relacionados a essa temática.

Os dados construídos coletivamente nas dinâmicas revelaram que o conhecimento profissional das enfermeiras no momento de acompanhar um familiar internado provoca uma ambiguidade de sentimentos. Assim como manifestam sentimentos negativos em relação a ter conhecimento e saber das possíveis evoluções da condição de saúde do paciente, também sentem alívio em saber o que os familiares necessitam para, diante de tal situação, providenciar ajuda. Nesse sentido, o conhecimento profissional também ajuda na tomada de decisões e na reivindicação por assistência.

Foi constatado, ainda, na pesquisa, que esses sentimentos negativos superam o conhecimento profissional, trazendo insegurança e esquecimento em relação às atitudes de cuidado que deveriam ser tomadas em relação ao familiar internado. As enfermeiras relataram

que agiam com conhecimento até certo ponto, depois os aspectos emocionais e afetivos tomavam conta das atitudes e o cuidado passava a ser sentimental.

Outro fato observado nos discursos é que, ao mesmo tempo em que as enfermeiras pronunciavam ter o conhecimento profissional, que não precisam de ninguém lhe falando sobre a situação de seu familiar, elas também expõem o desejo de serem tratadas como leigas, necessitando que outro profissional ratifique seu conhecimento. Afirmam que para os leigos o acompanhamento é mais fácil. Entretanto, em caso de gravidade da situação clínica do paciente, a experiência profissional ajuda, tanto para intervirem no atendimento, quanto para tomarem decisões. Sendo assim, as enfermeiras relatam que preferem acompanhar seus familiares na internação hospitalar sem ter conhecimento profissional, pois assim acreditam que seria mais tranquilo e menos angustiante.

Por outro lado, a impossibilidade de cuidar do paciente, de atender a todas as necessidades de seu familiar, a sensação de não poder contribuir favoravelmente para a recuperação da saúde dele, isso leva a uma situação de impotência. Essa sensação também é vivenciada diante da terminalidade da vida, porém esse sentimento se torna mais forte quando existe um vínculo afetivo envolvido.

As enfermeiras afirmam ser diferente o cuidado prestado aos seus pacientes, dos prestados a seus familiares. Quando se trata de um membro da família a preocupação muda. Isto porque as pessoas são movidas por sentimentos, emoções que não são possíveis de serem ignoradas e reprimidas.

Dentro desse contexto, ficou evidenciado que, devido aos conhecimentos na área da saúde, as enfermeiras conseguem explicar para os demais membros da família a situação em que se encontra seu familiar, com uma linguagem fácil e acessível, conseguem decidir com segurança e tranquilidade acerca de atitudes a serem tomadas com seu familiar. Embora isso, em algumas situações, seja difícil e de muita responsabilidade.

Porém, por vezes, a família transfere somente às enfermeiras as decisões a serem tomadas. Muitas vezes preferem distanciar-se da situação, não ter conhecimento, para poderem suportar essa condição que causa sofrimento e sobrecarga. Entretanto, assim como elas são cobradas diante de suas famílias, elas também se sentem mais capacitadas para acompanhar o familiar, mas talvez isso as sobrecarregue.

Os discursos também revelaram diversas facilidades encontradas pelas enfermeiras ao acompanharem seu familiar no hospital onde trabalham, pois conheciam os funcionários e a instituição e isso ajudou a agilizar o cuidado. De acordo com elas, a doença teve prognóstico positivo, porque as intercorrências eram solucionadas a tempo, pois tinham livre acesso na

instituição e conheciam os profissionais. Desse modo, as participantes afirmaram que seus familiares receberam um cuidado diferenciado quando estavam internados na instituição que elas trabalhavam.

O fato de a enfermeira estar trabalhando na mesma instituição em que o familiar estava internado possibilitou conciliar a atividade profissional com o cuidado prestado ao seu familiar. No entanto, essa situação gerou sentimento de fuga, o trabalho serviu como subterfúgio para se afastar do familiar em uma tentativa de se proteger deste momento que era doloroso. Isso remete à dificuldade que cada indivíduo tem em vivenciar o adoecer de um membro de sua família.

Há um conflito presente nas vivências das enfermeiras, quando elas ficam divididas entre trabalhar e dar atenção à família. Assim, vivenciam o sentimento de culpa, quando deixam transparecer que, para elas, acompanhar é se dedicar exclusivamente ao seu familiar. Entretanto, para as enfermeiras, mesmo as que se declararam acompanhantes de seus familiares, o fato de terem continuado trabalhando não evidencia que foram acompanhantes, pois segundo elas não se dedicaram efetivamente.

A vivência como familiar acompanhante repercutiu tanto na vida profissional quanto na vida pessoal das enfermeiras. Algumas circunstâncias vivenciadas pelas participantes fizeram com que refletissem sobre o modo de agir com os familiares e pacientes. As participantes afirmaram que sua postura diferencia-se de outras colegas pelo fato de terem passado pela condição de familiar acompanhante. Sendo assim, podem dizer que conhecem os sentimentos das outras pessoas em relação a essa situação.

Outro fato que as diferencia das colegas é quando, muitas vezes, burlam regras em favor do paciente e/ou familiar. Elas tomam essas atitudes por saberem da importância de estar junto com seu familiar num momento difícil como é a internação hospitalar, principalmente em casos críticos ou em fases terminais.

A pesquisa evidenciou a importância da valorização da presença do familiar durante a internação do doente. Conclui-se que, independente da idade, condição financeira ou física do paciente, a enfermagem deve prestar assistência igual a todos, deve manter uma postura ética, humanizada e empática e com respeito, educação ao paciente e sua família.

Assim, este estudo possibilitou crescimento acadêmico e profissional, contribuindo nas atividades diárias, ampliando o senso crítico e confirmando as expectativas de que o doente adulto merece a companhia de um acompanhante e de que a equipe de enfermagem está reconhecendo a importância da família junto ao doente adulto hospitalizado.

Salienta-se que este estudo poderá contribuir para a reflexão acerca da importância da inclusão da família como participante do processo de cuidar no contexto hospitalar, com base na vivência de enfermeiros. Sendo assim, também contribuirá com o conhecimento que está sendo produzido na área do cuidado de enfermagem hospitalar, no planejamento da assistência, auxiliando os gestores dos serviços de saúde na criação e implementação de normas e rotinas em função dos acompanhantes de pacientes internados. E, da mesma forma, com os estudos e pesquisas que vêm sendo realizados no âmbito do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. M. G.; GONDIM, C. T.; SOUZA, M. F. B. **Humanização da assistência:** sentimentos vivenciados. Segundo seminário nacional de diretrizes para a enfermagem na atenção básica em saúde - SENABS. Agosto 2009. Recife – PE. Pôster.

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** 2006 out/dez; 19(4): 444-9.

ANUNCIACÃO, A. L.; ZOBOLI, E. Hospital: valores éticos que expressam sua missão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo (SP) 2008 nov/dez; vol.54 no.6.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4): 668-74.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, 2009 June v. 62, n. 3. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Sept. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300008>.

BARBOSA, I. A; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.** 2007 set/out; 60 (5): 546-51.

BECKER, S. G.; CROSSETTI, M. G. O. Ampliando a consciência do eu: o cuidador olhando-se no espelho. **Revista Gaúcha de Enfermagem** 2007; 28(1):27-34.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. O cuidado no ambiente hospitalar na perspectiva dos auxiliares de enfermagem. **Rev Gaúch Enferm.** 2004 ago; 25 (2): 219-30.

BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; SZARESKI, C.; DALLA LANA, L.; ALVIM, N. A. T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm** 2009 jan/mar; 13(1): 28-33.

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado:** elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. 2004.183 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2004.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. **Snowball sampling**: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Research* 1981; 2: 141-63.

BOCCHI, S.C.M.; et.al. Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho da enfermagem. *Rev. Latino-am Enferm* [online], 2007; v.15, n.2.

BORGES, M.S.; SILVA, H.C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010 set/out; 63(5): 823-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 280, de 7 de abril de 1999. Torna obrigatório meios que viabilizem a permanência do acompanhante do idoso hospitalizado [legislação na Internet]. Brasília; 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0280.html>.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 de jul. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 de outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108 de 02 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a permissão de acompanhante para a mulher em trabalho de parto e no pós parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 de dezembro de 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: Ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2004. 199 p.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 164 p.

CABRAL, I. E. **O método criativo-sensível**: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. et al. (Org). Pesquisa em enfermagem: novas metodologias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 8, p. 177-203, 1998.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1993.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm**, 2005 jan/mar; 14(1):38-43.

COELHO et al. Inserção do cuidado terapêutico na construção do conhecimento da enfermagem. **Enfermería Global**, n. 18, fev 2010. Pesquisada em <[HTTP://WWW.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)>. ISSN1695-6181. Acesso dia 15 de setembro, 2011.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-am. Enferm** [online], 2004; v. 12, n.2.

DAL PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Revista Acta Paul. Enferm.** 19(1):82-7, 2006.

DELGADO, J.A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, cap.25, p.385-94, 2004.

DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. Processo de cuidar a criança hospitalizada e família: percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**, 2006 dez; 27(4):575-82.

DIBAI, M.B.S.; CADE, N.V. O acompanhante na instituição hospitalar na perspectiva de profissionais da saúde. **Rev Quadrimestral Serviço Social**, n.90, jun, 2007.

DOMINGUES, T. A. M.; CHAVES, E. C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. 2005; 39(Esp.):580-8.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, Ago. 2006. Acesso em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso dia 14 setembro, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, cap.1, p.19-28, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo, SP : Moraes, 1980. 102 p.

FONSECA, C. J. V. A. **Tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital**. 2006. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Lisboa, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev Gaúcha Enferm**, 2005, 26(1): 20-30.

GRÜDTNER, D. I., et al. O amor no cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, 2010 abr/jun; 18(2):317-22.

GRÜDTNER, D.I. O cuidado à família e o ensino de graduação: limites e possibilidades. In: ELSSEN, I; MARCON, S.S; SILVA, M.R.S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, cap 24, p.369 -81, 2004.

LEITE, M. T. **A equipe de enfermagem e sua interação com idosos internados em hospitais gerais**. 2007.177 p. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2007.

LUCENA, A. F. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, 2006, jun; 40(2):292-8.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006; 15(3):508-514. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed.revista e ampliada. Rio de janeiro: Hucitec, 2006, 406 p.

MINAYO, M. C. S. **Sobre Humanismo e Humanização**. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, v. 1, p. 23-30.

MORENO, V. **A família do paciente em situação crônica de vida**: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino. Acta Sci. Health Sci. 2007; 29(2):91-98.

MOTTA, M. G. C. **O entrelaçar de mundos**: família e hospital. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadoras. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): Eduem; 2002. p.157-79.

NEVES, M. A. **Intervenções de Enfermagem**: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2004.

NUNES, S. C. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2001.

NUNES, F. M. F. Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência Escrito por **Nursing** nº 219 Quarta, 04 Abril 2007 14:02. UCIP – HGSA, Porto http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2802

OLIVEIRA, D. C. VIDAL, C. R. P. M.; SILVEIRA, L. C.; SILVA, L. M. S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro (RJ) 2009 out/dez; 17(4):521-6.

OLIVEIRA, I; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. **Rev Esc Enf USP**, 2000; 34(2): 202-8.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, 4ª ed., 2009.

PADILHA, M. I. C. de S. et al. Enfermeira: a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 1997; 5(4):25-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691997000400004>.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado. **Rev. latino-am Enferm**, [Online], 2005; 3(5).

PINTO, J.P.; RIBEIRO, R.C.; SILVA, C.V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 nov/dez; 13(6): 974-81.

PINHEIRO, A. L. U. et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Rev. Enferm. UFSM**. 2011, mai/ago; 1(2): 204-213.

PEREIRA, M. I. M.; GRAÇAS, E.M. A co-existência com familiares dos pacientes hospitalizados: experiência do enfermeiro no seu mundo-vida profissional. **REME**, 2003; 7(2): 93-101.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

QUEIRÓS, A. A. **AS Competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver**. Dissertação (Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto – ESEBB) Coimbra. 2007.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L.H.T.; LIMA, M.G.O. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre**, 2003, abr. 24(1): 61-68.

SCHNEIDER, D.G.; MANSCHEIN, A.M.M.; AUSEN, M.A.B.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enfem**, 2008, jan/mar; 17(1):81-9.

SILVA, C. O. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde** [tese de Doutorado ao Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. 139 f.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2005, mar/abr; 13(2).

SILVA, L.; BOCCHI, S.C.M.; BOUSSO, R.S. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enfem, Florianópolis**, 2008, abr/jun.17(2): 297-303.

SILVEIRA, R. S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto Enfem**. 2005; 14 (1): 125-130.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado na UTI neonatal na visão de cuidadores em Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2004, ago.; 25(2):231-242.

SOARES, M.F.; LEVENTHAL, L.C. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Cienc Cuid Saúde**, 2008, jul/set; 7(3): 327-332.

SOUZA, C.C.F.; OLIVEIRA, I.C.S. A Participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 7, n.3, p.379-87, 2003.

SOUSA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto & Contexto Enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 41-47. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100005>.

SOUSA FILHO, O.A.; XAVIER, E.P.; VIEIRA, L.J.E.S. Hospitalização da ótica do acidentado de trânsito e seu familiar acompanhante. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p. 539-46, 2008.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalho versus vida em família: conflito e culpa no cotidiano das trabalhadoras de enfermagem. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 10, n. 2, dic. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200006&lng=es&nrm=iso>. acessado em 21 sept. 2011. doi: 10.4067/S0717-95532004000200006.

SQUASSANTE, N. D. **A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital**: implicações do cuidado de enfermagem. 2007. 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.

SQUASSANTE, N.D.; ALVIM, N.A.T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 62, n.1, p.11-7, jan/fev. 2009.

SZARESKI, C. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na perspectiva da equipe de enfermagem**. 2009. 106 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2009.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):715-22.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Rev Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.3, p.378-384. 2009.

TAVARES, A.S.; QUEIROZ, M.V.O.; JORGE, M.S.B. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá**, v. 5, n. 2, p. 193-203, maio/ago. 2006.

THOFEHRN, M. B. Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem [tese]. UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.

TORRALBA, R. F. **Antropología del cuidar**. Espanha: Fundación Mapre, 2005.

TORRALBA, R. F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.



ZEA, M.C.; TORRES, B.P. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. **Invest Educ Enferm**, v. 25, n.1, p. 40-9, 2007.

WALDOW, V. R. **O Cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ANEXOS

ANEXO A – carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Estar na condição de familiar acompanhante: vivência de enfermeiros.

Número do processo: 23081.020161/2010-42

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0365.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Margrid Beuter

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2012- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 27/01/2011

Santa Maria, 27 de Janeiro de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PROJETO PESQUISA: Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros

PESQUISADORA: Rosiele Gomes Flores

CONTATO: (55) 84168716 **e-mail:** rosielegf@yahoo.com.br

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Margrid Beuter

CONTATO: (55) 99637451 **e-mail:** margridbeuter@gmail.com

LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Enfermeiros do HUSM.

DATA: ___/___/___

Caro participante da pesquisa:

- Você está convidado a colaborar nesta pesquisa, na qual irá participar de dinâmicas de grupo, de forma totalmente **voluntária**.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa: A pesquisa tem como objetivos: a) descrever a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de paciente hospitalizado; b) analisar a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante e as possíveis repercussões na sua atuação profissional. Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em participar de dinâmicas de grupo usando materiais de recorte e colagem, para a produção dos dados da pesquisa. Serão realizados a gravação das falas, registros de imagens e das produções artísticas. Para essas atividades será mantido em segredo seu nome, não será divulgada nenhuma informação que possa identificá-lo, preservando o seu anonimato.

Sobre a legislação vigente em pesquisa:

Benefícios: Estão implicados diretamente na produção de conhecimento acerca da participação do familiar acompanhante nos cuidados ao doente hospitalizado, contribuindo tanto para a vida pessoal quanto profissional de cada enfermeiro que reflete sobre suas experiências de estar na

condição de familiar acompanhante e suas implicações em sua atuação profissional, colaborando para uma melhor assistência aos familiares que acompanham no ambiente hospital.

Riscos: A participação nas dinâmicas não representará risco direto, porém a temática estudada, “vivência de familiar acompanhante”, pode apresentar algum risco indireto de sofrimento psicológico ao enfermeiro, ao refletir sobre sua vivência nessa situação. Quando for preciso atender alguma necessidade decorrente dessa conversa, a equipe do HUSM, que estará previamente contatada, será solicitada para ajudar.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas do pesquisador responsável. Após a transcrição das falas, o material será destruído. O seu nome não será divulgado e você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Desde já, agradeço pela colaboração,

Assinatura do Participante

Nome do participante

Assinatura da pesquisadora

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Para contato com o Comitê de Ética da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702. Cidade Universitária - Bairro Camobi 97105-900 - Santa Maria – RS. Tel.: (55)32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE B – Roteiro do instrumento de caracterização sociodemográfica dos sujeitos

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome: _____

Sexo: M () F () Idade: _____ Estado civil: _____

Religião: _____

Tempo de formação: _____

Setor em que trabalha: _____

Tempo de trabalho no HUSM: _____

Turno de trabalho: Manhã () Tarde () Noite ()

Vínculo familiar com a pessoa que acompanhou na internação: _____

Acompanhante principal envolvido na internação do familiar: _____

Acompanhantes envolvidos na internação do familiar: _____

Tempo de acompanhamento do familiar durante a internação: _____

Período em que aconteceu esse acompanhamento: _____

Diagnóstico do familiar internado: _____

Evolução do familiar internado: Alta hospitalar () Óbito ()

APÊNCIDE C – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa

De: Enfermeira Mestranda Rosiele Gomes Flores
Para: Diretora do Hospital Universitário de Santa Maria – RS
Assunto: Solicitação (faz)

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Senhora Diretora,

Venho, por meio deste, solicitar autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros”**, junto à equipe de enfermeiros que atuam no Hospital Universitário de Santa Maria. Este projeto de dissertação está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria sob a orientação da Profa. Dra. Margrid Beuter.

Cumprir informar que esta pesquisa é resultado da minha vivência como enfermeira no ambiente hospitalar, em que percebi que as ações direcionadas para a inserção da família no cuidado hospitalar são bastante frágeis e tênues, determinadas por iniciativas pessoais e não por meio de uma política institucional. Os objetivos desta pesquisa são: a) descrever a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante de paciente hospitalizado; b) analisar a vivência de enfermeiros na condição de familiar acompanhante e as possíveis repercussões na sua atuação profissional.

Como esclarecimento, cabe ressaltar que, conforme a metodologia que pretendo desenvolver, os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos, sendo respeitados os preceitos da Resolução nº 196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Rosiele Gomes Flores
Coren/RS nº 14.7427

Obs: Em anexo segue cópia do projeto de pesquisa.

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros.

PESQUISADOR: Rosiele Gomes Flores

ORIENTADOR: Profa. Dra. Margrid Beuter.

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem.

CONTATO: (55) 84168716. E-mail: rosielegf@yahoo.com.br

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados através de dinâmicas grupais com enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala dos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, por um período de cinco anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Margrid Beuter. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ___ de _____ de _____.

Margrid Beuter
Pesquisador responsável
COREN: 29136
SIAPE: 379289

Rosiele Gomes Flores
COREN: 14.7427
MATRÍCULA: 201060343