

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO BIOMÉDICO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA**

**O ACOMPANHANTE NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: RELATOS DE  
UMA EXPERIÊNCIA**

**VITÓRIA  
2005**

MÁRCIA BÁRBARA SOUZA DIBAI

**O ACOMPANHANTE NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: RELATOS DE  
UMA EXPERIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, na linha de pesquisa Riscos e Agravos à Saúde de Grupos Humanos.  
Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nágela Valadão Cade.

VITÓRIA

2005

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

D543a Dibai, Márcia Bárbara Souza, 1967-  
O acompanhante na instituição hospitalar : relatos de uma  
experiência / Márcia Bárbara Souza Dibai. – 2005.  
126 f. : il.

Orientadora: Nágela Valadão Cade.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito  
Santo, Centro Biomédico.

1. Hospitais. 2. Pacientes. 3. Acompanhantes de pacientes. 4.  
Humanização na saúde. I. Cade, Nágela Valadão. II. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro Biomédico. III. Título.

CDU: 614

---

**MÁRCIA BÁRBARA SOUZA DIBAI**

**O ACOMPANHANTE NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR: RELATOS DE  
UMA EXPERIÊNCIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 24 de novembro de 2005.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Profª Drª Eugênia Célia Raizer**

---

**Profª Drª Elizabete Regina A. de Oliveira**

---

**Profª Drª Nágela Valadão Cade  
(orientador)**

A Deus, por ter sido sempre o meu elo de sustentação, se manifestando em vários momentos de minha vida.

“Quero acrescentar, à guisa de informações sobre a jovem e sobre mim, que vivemos exclusivamente no presente, pois sempre e eternamente é o dia de hoje e o dia de amanhã será um hoje. A eternidade é o estado das coisas neste momento”.

Clarice Lispector

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que a conclusão desse trabalho se tornasse uma realidade.

Especialmente a toda a equipe de professores do PPGASC e à coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita Lima.

A todos os colegas de turma pela oportunidade de desfrutarmos tantos momentos de alegria e de troca de aprendizagem, especialmente Cremilda, Otilia, Luciene, Beatrice, Ronaldo, Eida.

À minha irmã Francisca e à minha sobrinha Aline, que estiveram presentes no momento em que eu enfrentava muitas dificuldades.

Às minhas amigas de trabalho, em especial à Gislene Brunholi, pela compreensão dos meus tantos momentos de afastamento e pela troca de discussão sobre o assunto pesquisado.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúcia Garcia, pela rica contribuição no momento da qualificação do projeto de pesquisa.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eugênia Raizer por proporcionar uma discussão importante em várias etapas de construção do trabalho e por aceitar participar da minha banca de defesa final.

Aos demais membros integrantes da banca pela sua participação , Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabete de Araújo Oliveira, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise de Castro. E, especialmente, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Beatriz Herkenhoff, que deu sua contribuição desde o momento da elaboração do projeto de pesquisa.

À minha orientadora, Profª Drª Nágela Valadão Cadê, por ajudar-me a crescer na diferença.

À Profª Drª Leonor Mauad pela grande ajuda no direcionamento do trabalho e pela concessão espontânea de materiais.

Ao Dr. Camillo Chamoun, por ajudar-me a adquirir coragem e determinação para vencer essas e outras etapas em minha vida.

Ao grande amigo Fabrício, que sempre demonstrou disponibilidade para auxiliar-me nos momentos de dúvidas.

Aos acompanhantes do hospital, protagonistas dessa história, o meu agradecimento. E á equipe de profissionais por aceitarem participar da pesquisa.



# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 A POLÍTICA HOSPITALAR E O ACOMPANHANTE</b> .....	23
2.1 O HOSPITAL E O ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE.....	32
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
3.3 POPULAÇÃO.....	40
3.4 AMOSTRA.....	40
3.5 INSTRUMENTOS.....	42
3.6 ASPECTO ÉTICO.....	43
3.7 COLETA DE DADOS.....	43
3.8 PROCEDIMENTOS.....	44
3.9 TRATAMENTO DOS DADOS.....	45
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS ACOMPANHANTES.....	49
4.2 PERCEPÇÃO DOS ACOMPANHANTES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAR O PACIENTE HOSPITALIZADO.....	52
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	104
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	114

<b>APÊNDICES</b> .....	119
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa aplicado aos acompanhantes.....	120
APÊNDICE B – Instrumento de pesquisa aplicado aos profissionais.....	122
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	123
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	124
<b>ANEXOS</b> .....	125
ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	126

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos acompanhantes de pacientes hospitalizados.....	51
Tabela 2 – Motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com os pacientes hospitalizados.....	54
Tabela 3 – Atividades realizadas pelos acompanhantes no hospital.....	57
Tabela 4- Dificuldades apresentadas pelos acompanhantes durante sua permanência no hospital.....	66
Tabela 5 – Alterações físicas percebidas pelos acompanhantes durante sua permanência no hospital.....	88
Tabela 6- Alterações emocionais percebidas pelos acompanhantes durante sua permanência no hospital.....	90
Tabela 7 – Alterações na vida diária percebida pelos acompanhantes durante sua permanência no hospital.....	92
Tabela 8 – Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acompanhantes durante o período de acompanhamento ao paciente internado.....	98

## LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

HUMANIZA SUS – Política de Humanização do Sistema Único de Saúde

INCA – Instituto Nacional de Câncer

MS – Ministério da Saúde

ONGs – Organização não-governamentais

PNH – Política Nacional de Humanização

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SPSP – Sociedade de Pediatria de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo conhecer, a partir da percepção do acompanhante familiar, sua experiência em acompanhar o paciente adulto hospitalizado. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, baseado na abordagem qualitativa e do tipo estudo de caso, que foi desenvolvido no setor de clínica médica de um hospital-escola. Foi utilizada a amostra por saturação, sendo entrevistado 12 acompanhantes familiares. Optou-se, também, por obter dados de 8 profissionais do hospital, a fim de compreender melhor o objeto de estudo. Como metodologia de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, e os dados foram tratados pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN,1977). Os resultados mostraram que a afetividade e a obrigação foram os principais motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com os familiares hospitalizados. Durante a permanência no hospital, os acompanhantes realizaram mais atividades de autocuidado, que tinha por objetivo suprir as necessidades básicas do paciente por nutrição, hidratação, eliminação, higiene, atividade-reposo, e de conforto. As dificuldades mais percebidas por eles foram relativas às questões pessoais e à infra-estrutura da instituição hospitalar, que implicam na necessidade de oferecer um melhor conforto para a sua permanência junto ao paciente internado. As dificuldades relacionadas à interação com a equipe profissional, bem como as relacionadas às atividades que realizavam foram menos percebidas. Durante o período de acompanhamento, apresentaram alterações físicas, com predominância de cansaço, e alterações emocionais, em que a preocupação permeou todo o processo, sendo manifestados também outros sentimentos como, tristeza, nervosismo, medo, insegurança, fragilidade e solidão. Quanto às alterações ocorridas na vida diária, as mais citadas pelos acompanhantes familiares foram ter que abandonar a casa, interromper as atividades domésticas, como também deixar de dar atenção aos filhos. A fé foi reconhecida por eles como a principal estratégia de enfrentamento para a superação das dificuldades encontradas no contexto hospitalar. A experiência relatada pelos acompanhantes revela suas demandas tanto objetivas, quanto subjetivas, e aponta a necessidade de criar uma política de atendimento a esse

grupo específico, trazendo implicações para a instituição hospitalar e para a equipe profissional.

Palavras chaves: Hospitais; Pacientes; Acompanhantes de pacientes: Humanização na saúde.

## **ABSTRACT**

The present study had as objective to know, from the family companion perception, their experience in accompanying the hospitalized adult patient. It is an exploratory and descriptive study, based on the qualitative approach and case study example, which was carried out in the medical clinic department of a hospital-school. It was used the sample by saturation, being interviewed 12 family companions. It was also opted to obtain data from 8 professionals from the hospital, in order to better understand the study object. As a methodology of data collection, semi-structured interviews were realized and the data were treated by the content analysis technique (BARDIN, 1977). The results showed that affectivity and obligation were the main reasons that led the companions to stay with the hospitalized relatives. During the stay in the hospital, the companions realized more self-care activities that had as objective to supply the patient's basic needs of nutrition, hydration, elimination, hygiene, rest-activity and comfort. The most perceived difficulties by them were related to personal questions and the infra-structure of the hospital, that imply the necessity to offer a better comfort for their permanence with the interned patient. The difficulties related to interaction with the staff, as well as the activities that they realized were less noticed. During the accompanying period, physical alterations were identified, with weariness predominance, and emotional alterations, in which preoccupation permeated all the process, also being manifested other feelings like sadness, nervousness, fear, insecurity, fragility and loneliness. In relation to the alterations occurred in the daily life, the most cited by the family companions were to abandon the house, interrupt the household chores, as well as not to give attention to children. Faith was recognized by them as the main confrontation strategy for the overcoming of the difficulties found in the hospital context. The experience narrated by the companions reveals their objective demands as well as the subjective, and shows the necessity to create a service policy to this specific group, bringing implication to the hospital institution and the staff.

**Keywords:** Hospitals; Patients; Patient's companions; Health humanization.

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela temática surgiu da minha própria experiência profissional, ao observar as dificuldades vivenciadas pelos acompanhantes, durante o período de acompanhamento ao paciente internado. Dificuldades concretas, relativas à ausência de condições necessárias para a permanência deles no hospital, por exemplo, cama para dormir e local para fazer a higiene, como também dificuldades subjetivas relacionadas ao próprio convívio com o ambiente hospitalar e todo seu arsenal terapêutico.

Na ocasião, já havia uma interrogação pessoal a respeito da presença do acompanhante nas enfermarias, se ela se constituía em um direito adquirido para o paciente, ou em um dever perante as necessidades impostas pela hospitalização e pela incapacidade do paciente. Os profissionais do hospital, freqüentemente, convocavam a presença dos familiares e/ou responsáveis pelo paciente. Caso não fosse possível comparecerem, logo se instalava uma desconfiança, e a equipe julgava que o paciente havia sido abandonado. Por outro lado, não estava bem definido, por parte da instituição, o que se esperava daqueles acompanhantes que permaneciam junto ao paciente internado.

Dessa forma, as questões relativas ao acompanhamento de familiares se apresentavam com uma gama de complexidades que não era perfeitamente compreendida pelos acompanhantes e pelos próprios profissionais, o que passou a causar problemas para o hospital, visto que presença desses acompanhantes familiares gerava muitos conflitos internos e trazia uma série de demandas que necessitavam ser atendidas. Diante dessa realidade, eu questionava se o hospital estava preparado para receber esses acompanhantes, e em que medida a instituição poderia contribuir para a permanência deles junto ao paciente internado.

Na ocasião, tive a oportunidade, juntamente com uma colega, de desenvolver um trabalho sobre as questões referentes às mães que acompanhavam seus filhos



internados, no setor de pediatria do hospital. Essa foi a minha primeira aproximação com as questões referentes ao acompanhamento familiar, e ela mostrou como resultado, a verificação de que os acompanhantes (assim como os pacientes) sofriam os reflexos da hospitalização. Por isso, fazia-se necessário criar estratégias que minimizassem o sofrimento dessas mães, durante o seu período de acompanhamento no hospital, como, por exemplo, atendimento individualizado das suas demandas, participação em grupos de orientação e auto-ajuda, atividades de entretenimento, dentre outras.

Havia, também, o interesse pessoal de desenvolver o mesmo estudo, voltado para as questões relativas ao acompanhante do paciente adulto hospitalizado, por ter atuado com essa clientela, enquanto profissional, por um período de oito anos e ter, ainda, uma série de questionamentos a respeito.

A minha inclusão no curso de mestrado foi a oportunidade de concretizar esse projeto, que, em princípio, pretende conhecer como os acompanhantes se percebem no processo de acompanhar o seu familiar internado e que possibilidades poderão ser apontadas, no sentido de auxiliá-los durante a permanência deles na instituição hospitalar.

# 1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecer traz em seu bojo uma configuração de total falta de sentido para o próprio significado existencial do paciente. É como se tudo que fosse percebido anteriormente desmoronasse e perdesse a configuração com o real pela possibilidade do adoecer e das implicações de sua ocorrência. Essa totalidade irá se mostrar de maneira mais aguda num processo de hospitalização, quando o surgimento de uma determinada patologia por si só estabelece novos parâmetros à realidade existencial do paciente.

Tesk (1988) refere-se à doença e à hospitalização como uma agressão ao indivíduo, agravada pela separação dos familiares e amigos. O autor explica que, ao ser retirado de seu habitat natural, o indivíduo encontra no hospital um ambiente completamente adverso, onde normas e rotinas rígidas passam a controlar e a determinar suas ações, dando origem a um sentimento de insegurança emocional, agravada com a conscientização de sua vulnerabilidade e impossibilidade de controle da situação. Conforme ressalta Regeanini (1973, p.337):

*O indivíduo hospitalizado, mesmo adulto, vive uma série de experiências emocionais importantes como, a ansiedade, o medo, as fantasias mórbidas, a sensação de desamparo e fragilidade, podendo desenvolver comportamentos regressivos a um estado de dependência compatível ao da infância.*

Essa gama de manifestações psicológicas que assola o paciente o reporta a condições emocionais primitivas e à necessidade de se sentir amparado e protegido, sobretudo por aquelas figuras que historicamente já ocuparam esse papel e que passam a ser solicitadas por ele de diversas formas. Assim, a família passa a ter uma importância por vezes decisiva no auxílio à adaptação do paciente frente a esse episódio crítico da vida dele. Provavelmente, esse seja o fato de que a maioria das pesquisas que se dedicaram a explorar a temática do acompanhante se utilize pouco dessa terminologia, reportando, com frequência, ao estudo de família e apropriando-se de termos, como cuidadores ou familiares de pacientes internados.

No presente estudo, optou-se por adotar o termo acompanhante por considerar sua utilização no hospital pesquisado e pela identificação dos indivíduos por essa

terminologia. E também por diferenciar do cuidador que reporta aos indivíduos que prestam cuidados nos domicílios dos pacientes. Ferreira (1986, p. 28) define acompanhante como *“a pessoa que faz companhia ou dá assistência a indivíduo doente, idoso, inválido, etc”*. Enquanto para Houaiss (2001, p.62), o acompanhante *“é quem acompanha, assiste e protege, o doente, idoso, menor ou incapaz”*.

A presença do acompanhante requerida junto ao paciente hospitalizado parece expressar uma necessidade de segurança emocional cujo apoio busca, principalmente, entre os familiares e pode ter relação com aquilo que descreve Regeanini (1973), quando afirma tratar-se de um hábito cultural próprio dos países onde os recursos econômicos e tecnológicos das instituições hospitalares são escassos. Por outro lado, ela parece estar relacionada a uma sociedade caracteristicamente afetiva do ponto de vista social e familiar.

Segundo a autora, o mesmo não acontece nos países onde existem recursos suficientes para suprir os hospitais em termos de equipamento, material e pessoal, em quantidade e qualidade necessárias e o que os torna merecedores de confiança de seus usuários. Há, ainda, o aspecto educacional, que é caracterizado nos países desenvolvidos pelo preparo progressivo para a independência das pessoas.

Ao refletir sobre a evolução da assistência hospitalar como um todo, autores têm observado que alguns aspectos mais diretamente relacionados com o atendimento às necessidades psicossociais do paciente e de sua família não têm apresentado igual progresso, se comparado aos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e, ainda, que tal aspecto não tem merecido o devido destaque que a situação requer em nosso meio. Para exemplificar a situação, Franco (1988) cita a questão do acompanhante hospitalar cuja presença no hospital ainda não se encontra instituída e onde tampouco está definido o papel dele.

Ainda a respeito dessa questão, outros autores verificaram que, muitas vezes, o acompanhante não é bem visto dentro das instituições hospitalares, pois parece que a presença dele representa mais a idéia de um fiscal da qualidade do cuidado que é prestado pela equipe, principalmente pela enfermagem, do que a de um colaborador,

um aliado e um companheiro, principalmente em se tratando do paciente (LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998).

Por isso, a relação diária com os acompanhantes poderá habitualmente ser vista pela equipe profissional como estressante, limitada e menos satisfatória devido à falta de tempo (visto que a atenção primeira é cuidar do paciente) e, também, pela falta de formação e informação de como lidar com os mesmos. Então, o afastamento da equipe em relação aos acompanhantes familiares tem sido um acontecimento natural – por não conhecer suas carências; não ter tempo, nem disponibilidade interna para estar junto; não saber o que e nem como atuar com eles, e nem quem se responsabiliza por eles. Mas, conforme ressalta Romano (1997), esse fato em absoluto deve ser encarado como desejável ou inevitável. É preciso que os profissionais de saúde fiquem atentos para as necessidades e demandas dos acompanhantes, durante a permanência deles no hospital, uma vez que correm o risco de doenças físicas, diminuição de atenção, irritabilidade e comprometimento quanto à capacidade de decisão. Dessa forma, pode estar comprometida a habilidade deles para entender políticas, rotinas e procedimentos do hospital que parecem lógicos e racionais para a equipe.

Uma revisão na literatura mostra que muitos estudos foram realizados acerca das necessidades de familiares que acompanhavam pacientes de cuidado intensivo, e os mesmos referem-se a estudos desenvolvidos na abordagem quantitativa. (LUCCHESI, 2003; THOMAS; MORRIS; HARMAN, 2002; ERIKSSON; LAURI, 2000; AZOULAY et al., 2001; CASTRO, 1999; SCARELLI, 1994; PRICE et al., 1991; MOLTER, 1979). Como resultados, foi encontrado que as necessidades mais importantes para os familiares dos pacientes são relativas às informações sobre o estado de saúde do paciente e à segurança referente ao tratamento oferecido pela instituição hospitalar e à equipe de saúde. As necessidades referentes aos próprios sentimentos e emoções, bem como em relação à infra-estrutura da instituição, cuja satisfação poderia lhes proporcionar um melhor conforto, foram menos percebidas entre os familiares. Também foi encontrado que a necessidade desses familiares por informação foi maior do que a necessidade por apoio emocional, visto que recebiam dos profissionais do hospital

menos informações do que precisavam, principalmente sobre a oportunidade para participar na implementação dos cuidados do paciente.

Em contrapartida, poucos estudos se propuseram a analisar questões referentes aos acompanhantes de pacientes adultos em enfermarias não-intensivas, numa abordagem qualitativa (JÚNIOR; SILVEIRA, 2002; ASTEDT-KURKI et al., 1999; SHIOTSU, 1998; LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998). Estes estudos apontaram que os acompanhantes poderiam colaborar com seus pacientes nas ações de autocuidado, reduzindo-se a dissonância e o sentimento de impotência, com a contribuição mais efetiva para a recuperação destes. E, uma vez pertencendo à família do paciente, tendem a dedicar-lhe maior atenção, não só pela cumplicidade que o grupo social sugere, mas pelas prováveis conseqüências que advêm da falta de cuidado. Por outro lado, foi encontrado que a instituição hospitalar oferece muito pouco em termos de orientação para a saúde dos acompanhantes. Ficar como acompanhante gera transtornos no ritmo de trabalho, nas atividades domésticas, no sono e no repouso, porque o acompanhar é ocasionado por um desgaste físico e emocional de onde emergem sentimentos e emoções, como: cansaço, tristeza por conviver de perto com o sofrimento, expectativas e incertezas frente ao tratamento e dúvidas sobre o agir e fazer.

Embora exista uma extensa literatura desenvolvida sobre os acompanhantes familiares no contexto hospitalar, autores apontam a necessidade de se saber o que pensam esses acompanhantes; como se organizam no grupo hospitalar para exercer suas funções; quais são as tensões e os conflitos experienciados por eles; quais são as principais queixas e desejos; suas estratégias para resolver problemas cotidianos do cuidado; bem como as necessidades de auxílio no exercício dessas atividades; e demais questões que ainda se encontram desconhecidas. Igualmente, apontam que pouco se sabe sobre o que a equipe de saúde e o próprio paciente pensam a respeito dessa questão (SANTOS, 2003b; FRANCO, 1988).

Nesse sentido, o presente estudo propôs como objetivo geral conhecer, a partir da percepção dos acompanhantes, sua experiência em acompanhar um paciente adulto hospitalizado. A partir dessa questão mais ampla, outros objetivos específicos foram contemplados, como:

- a) Conhecer as atividades realizadas pelos acompanhantes junto ao paciente internado.
- b) Identificar as dificuldades percebidas pelos acompanhantes, durante o período de acompanhamento do paciente no hospital.
- c) Identificar quais são os motivos para acompanhar o paciente internado.
- d) Conhecer as alterações percebidas pelos acompanhantes durante a permanência deles no hospital.
- e) Verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acompanhantes, diante das dificuldades experienciadas no hospital.
- f) Conhecer a percepção da equipe profissional sobre a permanência do acompanhante na instituição hospitalar.

Para realizar a investigação foram colocadas as questões seguintes norteadoras. Como o acompanhante se percebe no processo de cuidar de seu familiar internado? Que situações envolvem esses acompanhantes, dificultando ou facilitando o desenvolvimento de suas atividades de cuidado? Em que proporções a instituição hospitalar e a equipe profissional contribuem para a permanência do acompanhante junto ao paciente internado?

A relevância do estudo justifica-se pelo fato de cada vez mais o acompanhante familiar ser incluído na participação do tratamento do paciente, seja na rede hospitalar ou domiciliar, constituindo-se como uma parte da proposta de uma assistência integral. E por considerar também que assim como o paciente internado, o acompanhante representa um usuário do serviço de saúde, com demandas específicas, diferenciadas dos pacientes.

Visando apresentar as linhas gerais da investigação, inicialmente, foi desenvolvido um capítulo conceitual sobre a política hospitalar e o acompanhante, trazendo uma breve

discussão de como se deu o processo de abertura da permanência de familiares nas unidades de internação dos hospitais públicos brasileiros. Posteriormente, foi realizada uma descrição sobre a forma de atendimento dos acompanhantes na instituição hospitalar, local da pesquisa, procurando mostrar os princípios normativos que fundamentam a autorização do acompanhante, bem como as regras e normas estabelecidas durante a permanência dele, os recursos disponíveis e outras questões.

Nos capítulos seguintes, serão apresentadas as etapas metodológicas percorridas pela pesquisadora, a fim de atingir aos objetivos propostos e, ao final, serão apresentados os resultados e as considerações finais.

## 2 A POLÍTICA HOSPITALAR E O ACOMPANHANTE

Historicamente, havia limites para o tempo em que familiares poderiam permanecer no hospital. Somente nas décadas de 60 e 70 é que começou a haver uma mudança significativa nas políticas de acompanhante, iniciada primeiramente nas enfermarias pediátricas e vindo a expandir-se, posteriormente, para as enfermarias de pacientes adultos. Há décadas, o que havia de instituído nos hospitais pediátricos era o horário de visitas, geralmente curto, não-diário e em horários que habitualmente não facilitava a frequência dos pais junto às crianças hospitalizadas, principalmente, em se tratando daqueles que trabalhavam.

Conforme analisa Toporovski (1988, p.260), foi baseando-se em alguns argumentos pejorativos que diversos profissionais da instituição hospitalar recusavam a presença dos familiares nas enfermarias, como *“a presença das mães seria fator de desorganização, já que elas interfeririam nos cuidados, atrapalhando o tratamento e contribuindo para a disseminação de infecção, além de aumentar o custo da hospitalização”*. Essa realidade apenas começou a se modificar a partir do momento em que grupos de pediatras se mobilizaram na defesa de novos paradigmas, com o início de um movimento de luta pela humanização da medicina, em geral, e da pediatria, em particular, nesse mesmo período. Especificamente, a respeito desse fato, Toporovski (1988, p. 260) acrescentava que:

*Por humanização não se deve entender uma atitude piegas ou paternalista em relação a crianças e seus familiares. Humanização significa respeito aos direitos e exigência do cumprimento dos deveres humanos. Assim, a cada direito corresponde uma obrigação. Por outro lado, urge definir quais as práticas médicas que são realmente úteis à recuperação integral do doente e à promoção da saúde e, então, equacionar e resolver as dificuldades e os problemas administrativos decorrentes dessa definição.*

Com base em tais pressupostos, iniciou-se um processo lento e gradual de abertura das enfermarias pediátricas para a permanência dos pais ou responsáveis junto às crianças hospitalizadas, o qual, com o tempo, foi sendo introduzido nas demais unidades hospitalares. No entanto, é importante lembrar a influência de práticas advindas de outros países como um dos fatores que também vieram a somar-se à



tendência humanizante que estava sendo discutida na época em relação aos pacientes internados e a qual contribuiu para a adoção desse modelo de assistência em hospitais brasileiros.

Ângelo (1982) analisando dados de uma pesquisa aponta que nos anos de 1977 e 1978, cerca de 636 hospitais norte-americanos, isto é, 62% deles já permitiam a presença dos pais nas enfermarias pediátricas por vinte e quatro horas ininterruptas, ou seja, em período integral.

No Brasil, na década de 80, a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), iniciava uma campanha denominada “Mãe Participante”, com o propósito de defender a presença das mães junto às crianças internadas nos hospitais públicos do país. Esse programa abrangia um leque de complexidades cuja finalidade principal seria tornar a participação da mãe alvo de uma nova proposta de assistência à criança hospitalizada, e ressaltava como um de seus objetivos:

*[...] o direito da mãe em permanecer junto ao filho durante a hospitalização (todo o período diurno e de acordo com as possibilidades, também no período noturno); condições passíveis de conforto para a mãe (higiene, alimentação, repouso); horário livre de visitas para o pai; e aproveitamento do período de hospitalização para educação sanitária dos pais e apoio psicológico em relação à doença, sempre que possível através de uma equipe multiprofissional que deverá ser composta por médico, enfermeiro, psicóloga, nutricionista, assistente social, terapeuta educacional e recreacionista (TOPOROVSKI, 1988, p 260).*

Essas primeiras medidas que foram adotadas visando regularizar a presença das mães nas enfermarias pediátricas foram se consolidando com o passar dos tempos e receberam respaldo legal a partir da década de 90, através da Lei nº 8069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde o acompanhamento familiar encontra-se especificado em seu artigo 12, e dispõe “*que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente*” (BRASIL, 1990, p.18).

Outras medidas similares também foram sendo adotadas com o objetivo de regularizar a presença dos acompanhantes nas demais enfermarias dos hospitais, como reflexos de mudanças advindas no âmbito das políticas de saúde pública no Brasil, por exemplo, o movimento da Reforma Sanitária que se inicia no final da década de 70 e a implementação do SUS no final dos anos 80.

Atualmente, o direito à permanência de um acompanhante está regulamentado em leis e decretos para alguns grupos específicos de pacientes e de acordo com as particularidades de cada segmento. O grupo de pacientes idosos, por exemplo, passou a ter reconhecido seu direito a acompanhante através da Portaria nº 280/1999 do Ministério da Saúde (MS), que prevê, em seu art. 1º, tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados.

Nos parágrafos 1º e 2º do referido artigo, fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor a devida formalização da autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. Deve-se acrescentar que ficam excetuadas da obrigatoriedade definida no art. 1º, as internações em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou nas situações clínicas em que tecnicamente esteja contra-indicada a presença do acompanhante, o que deverá ser formalmente justificado pelo médico (BRASIL, 1999).

A garantia do acompanhamento aos pacientes idosos também se encontra assegurada por meio da Lei nº 10741/2003 do Estatuto do Idoso, a qual estabelece, em seu artigo 16, que ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito de acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a permanência dele em tempo integral, segundo critério médico. Acrescenta, ainda, que caberá ao

profissional de saúde responsável pelo tratamento, conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

A defesa de tal garantia parte do princípio de que caberá aos órgãos e às entidades públicas da área de saúde, em consonância com a Política Nacional do Idoso, prevenir, promover e recuperar a saúde desse segmento da população, assegurando-lhe os direitos de cidadania, de defesa à sua dignidade, ao seu bem-estar e ao direito à vida (BRASIL, 2003).

No estado do Espírito Santo, já foi decretada e sancionada a Lei nº 7.690/2003, que garante o mesmo direito ao grupo de gestantes, onde consta, em seu artigo 1º, que os hospitais da rede pública de saúde e os hospitais conveniados do Estado do Espírito Santo ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Esclarece, ainda, que o acompanhante de que trata o “caput” do referido artigo será indicado pela própria parturiente, e em partos considerados de alto risco, a presença do acompanhante poderá ser vedada a critério do médico assistente, desde que seja justificada. A referida lei encontra-se em tramitação, devendo ser sancionada em nível nacional (ESPÍRITO SANTO, 2003).

Apesar de ser reconhecida a extensão do direito de acompanhamento aos pacientes portadores de deficiências, internados na instituição hospitalar, a Lei nº 7.853/1999, que vem regulamentar as garantias para esse segmento não é tão clara, dizendo apenas que os órgãos e as entidades da administração direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar aos assuntos objeto desse decreto tratamento prioritário e adequado, com a viabilização, sem prejuízo de outras, das seguintes medidas: *“a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados” (art. 16, alínea IV, Decreto Nº 3.298/1999).*

No entanto, os parágrafos 2º e 3º podem dar margem à interpretação em favor do paciente portador de deficiência, tanto em relação de o mesmo vir a ter direito ao acompanhante quando estiver internado, quanto em relação a recursos que poderão ser disponibilizados para esse segmento, quando afirma que a deficiência ou incapacidade deve ser diagnosticada e caracterizada por equipe multidisciplinar de saúde, para fins de concessão de benefícios e serviços e que as ações de promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência deverão também assegurar a igualdade de oportunidade no campo da saúde. Dessa forma, fica implicitamente entendida a extensão de direito a acompanhante para esse grupo de pacientes, sendo possível equipará-los aos demais pacientes que têm essa garantia por lei.

Por outro lado, essa mesma lei abre um leque de possibilidades para a inclusão de vários pacientes, uma vez que reconhece como pessoa portadora de deficiência física aquela que se enquadra em diversas categorias, tais como: deficiência física, auditiva, visual, mental e deficiência múltipla. Dessa forma, estão incluídas nas referidas categorias pessoas que apresentam deformidades congênitas ou adquiridas; alterações completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano; quadros neurológicos; perda parcial ou total das possibilidades auditivas e visuais; limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, como comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho (Alíneas I,II,III, IV e V do art. 4º).

Mais recentemente foi lançado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) um manual sobre os direitos dos pacientes dentro das unidades de saúde e outro sobre os direitos sociais de pessoas que têm câncer. Além da garantia dos direitos beneficiários, mais um direito que estará no manual voltado para o atendimento nas unidades de saúde é o da garantia de acompanhante para o paciente, especialmente para idosos e adolescentes, e consta no manual lançado em 2005 que foi baseado em documentos, como o Estatuto do Idoso, e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

É importante ressaltar que as questões relativas ao direito a acompanhante e à visita aberta de familiares no hospital estão sendo atualmente discutidas, em conjunto, no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH), que foi implementada pelo Ministério da Saúde a partir de 2004. A PNH sob a denominação HUMANIZA SUS se apresenta como uma política construída a partir de experiências concretas que foram identificadas no SUS em relação a algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde. Os valores que norteiam essa política são *“a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”* (ALBUQUERQUE, 2004, p. 1).

O HUMANIZA SUS, ao considerar o conceito de clínica ampliada como trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, defende a inclusão de familiares/acompanhantes, como ponto essencial para a concretização dessa proposta. Parte-se, pois, do pressuposto de que quando uma pessoa fica doente e é internada em uma unidade de tratamento, ela tende a perder parte, ou até mesmo toda a capacidade de se reencontrar. Nesse sentido, tudo aquilo que vier do seu contexto exterior e puder ajudar no restabelecimento de sua confiança, como, por exemplo, a presença de familiares e de pessoas da comunidade, contribuirá para a sua reabilitação.

Rollo (1997, p.139), ao discutir sobre a possibilidade de se construir novas práticas assistenciais nos hospitais públicos visando à superação do modelo assistencial hegemônico, destaca que *“o plano terapêutico ou contrato de cuidados deve prever atividades de envolvimento do paciente e família no processo de cura, além de informá-los do diagnóstico, dos objetivos das condutas diagnósticas e terapêuticas e dos prognósticos prováveis”*. Esses novos ideais de humanização visam combater antigas visões, como, por exemplo, aquelas que se referem também à questão da presença dos visitantes e que ainda perpetuam nos serviços de saúde, por exemplo:

*[...] a visita é freqüentemente pensada como elemento que atrapalha o trabalho do serviço de saúde, um 'peso' a mais, uma demanda que precisa ser contida; não existe uma estrutura física e de pessoal destinada ao acolhimento dos visitantes; há dificuldade de compreensão da função do visitante na reabilitação do doente (ALBUQUERQUE, 2004, p.6).*

A partir desse novo enfoque proposto para tratar as questões relativas à saúde, o cuidar vem sendo discutido como um conceito amplo que envolve não apenas os tratamentos propostos, mas também a criação de um ambiente que proporcione mínimas condições de conforto à pessoa cuidada, um reencontro com ela mesma, fazendo remetê-la a um estado de confiança. Portanto, dentro dessa nova concepção, é entendida a necessidade de redimensionar o espaço do visitante e do acompanhante nos hospitais públicos brasileiros no sentido de oferecer um atendimento mais integral ao paciente hospitalizado.

Para Cecílio e Merhy (2003, p.197) a atenção integral de um paciente no hospital seria *“o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”*. Tal abordagem implicaria garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada. Assim, tecnologia e humanização deverão estar combinadas no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares, como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar.

Com o propósito de multiplicar algumas práticas humanizantes em relação à saúde e ao tratamento do paciente, é lançada a Cartilha da PNH pelo Ministério da Saúde, onde se encontram estabelecidos os princípios que reforçam a importância da presença dos acompanhantes e dos visitantes no contexto hospitalar, os quais são: a) captar melhor os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial dele; b) ajudar na identificação das necessidades do doente, através da fala dos familiares/acompanhantes, contribuindo, assim, para o conhecimento dos principais problemas dele; c) manter a inserção social do doente durante toda a internação; d)

incluir, desde o início da internação, a comunidade nos cuidados com a pessoa doente; e) permitir, desde o início, a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação; f) fortalecer a confiança da pessoa doente.

Conforme pode ser observado, as discussões referentes à presença dos acompanhantes nas instituições hospitalares constituíram um processo iniciado no âmbito das práticas desenvolvidas por profissionais da área da saúde o qual, posteriormente, foi ganhando espaço no âmbito das políticas públicas. No entanto, é importante ressaltar que, mesmo reconhecendo esse avanço, a permanência do acompanhante nas instituições hospitalares ainda se constitui como um direito de apenas alguns grupos de pacientes, não se estendendo a todos. Sob esse aspecto, não poderíamos nos referir ao atendimento integral em se tratando de pessoas hospitalizadas. Nesse sentido, quais seriam as possibilidades reais de se criar novas práticas no hospital que supere essa iniquidade?

Primeiramente, é preciso esclarecer que a política incorpora sempre a idéia de atores em disputa e defesa de interesses e projetos distintos, assim como o conflito e o poder na construção de sua teoria e na formulação de métodos concretos de intervenção. Então, nesse caso específico, conforme analisa Cecílio (2001, p.116) *“a explicação da iniquidade e a luta pela equidade perpassam, necessariamente, pelo reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa dos seus interesses”*. Isso nos leva a pensar sobre a maior representatividade na sociedade dos grupos de pacientes pediátricos, idosos, gestantes, oncológicos e portadores de deficiência, em relação aos demais pacientes que são atendidos na rede do SUS, e o interesse público em ampliar direitos no campo da saúde, no que diz respeito, particularmente, à garantia de que os mesmos possam ter um acompanhante durante o período de hospitalização.

A segunda questão é que a formulação de uma política por si mesma não garante a implementação dela na prática, visto que existem vários determinantes – econômicos, sociais, políticos e culturais, que poderão favorecer ou comprometer a sua efetivação.

Em se tratando especificamente do hospital, local onde foi realizado este estudo, podem ser cogitadas algumas possibilidades de a temática do acompanhante ser encaminhada para discussão a fim de que uma política institucional de atendimento a esse grupo possa ser formulada. Isso porque o atual modelo de gestão participativa adotado pela instituição vem facilitando a implantação da PNH em todas as suas instâncias, uma vez que esse novo modelo propõe uma descentralização como diretriz política e a gerência participativa como estilo gerencial, visando descentralizar o processo avaliativo e decisório e democratizando as relações no trabalho, estimulando o debate sobre a vida hospitalar, criando espaço para discussão das metas a serem alcançadas e definindo as tarefas por setores.

Assim, a política de humanização do Ministério da Saúde (MS) perpassa todos os âmbitos do hospital, supondo uma interdependência entre pacientes, profissionais da atenção direta e gestão, com o caráter de transversalidade embutida em todos os âmbitos de atuação e todas as práticas: para aos usuários, há a política de acolhimento e a ouvidoria; para os gestores, existe a gestão participativa na composição dos colegiados e para os profissionais, viabiliza-se curso de formação. Entendida atualmente com um novo enfoque, como uma política e não apenas como um programa, a PNH, atualmente, ampliou seu campo de atuação e, conseqüentemente, agregou novos sujeitos sociais, possibilitando a abertura de novos espaços de discussão e a troca de experiências profissionais. Tornou-se um espaço coletivo, organizado, participativo e democrático que se destina a empreender uma política institucional de resgate de uma atenção humanizada na assistência, em benefício dos usuários, profissionais e gestores, com a abertura de possibilidades para que várias questões referentes às práticas assistenciais do hospital possam ser colocadas em pauta.

Cecílio (2001), ao refletir sobre a possibilidade de enfrentar a iniquidade nos espaços singulares, como a exemplo dos hospitais, entende que a não-integralidade e a não-equidade não só poderão ser escutadas ou apreendidas, mas também enfrentadas, superadas ou reduzidas, se conseguirmos captá-las na sua dimensão individual,



subjetiva, singular, ali no espaço de cada serviço e no encontro de cada usuário com suas necessidades únicas de saúde e a equipe de trabalho. Partindo desse princípio, faz-se necessário que as questões relativas aos acompanhantes possam ser discutidas entre todos os atores institucionais – desde aqueles profissionais que atuam na ponta, até os gestores, a fim de que soluções possam ser encontradas para atender as necessidades trazidas por esses usuários.

## **2.1 O HOSPITAL E O ATENDIMENTO AO ACOMPANHANTE**

Mesmo com o avanço ocorrido em termos de existir legislações específicas que visem regulamentar a presença dos acompanhantes nas instituições hospitalares, na prática, o que se tem observado é que os hospitais ainda não dispõem de uma política plenamente voltada para a inserção do acompanhante em suas unidades de internação. Através de contatos realizados com profissionais de outros hospitais, o que foi encontrado em termos da realidade, em nível estadual, é que as normas e regras voltadas para os acompanhantes são definidas de acordo com as particularidades de cada instituição hospitalar, assim como as suas atribuições que não estão definidas como regra geral.

Na instituição onde foi realizada a pesquisa, também não existe uma política formalizada com esse mesmo intuito. Algumas medidas institucionais são explicitamente adotadas a fim de regularizar a presença dos acompanhantes nas diversas unidades de internação da instituição. Algumas dessas diretrizes foram traçadas, a partir da discussão iniciada por algumas categorias profissionais - enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas - que se preocupavam com a questão dos acompanhantes e sentiram a necessidade de estabelecer alguns parâmetros que serviriam como critério para avaliar a presença dos mesmos junto aos pacientes internados.

No entanto, apesar de existir algumas diretrizes que são adotadas na prática, estas ainda se encontram em permanente discussão, passando por modificações de acordo com as mudanças que vão surgindo em termos da realidade institucional e em termos da política nacional do sistema de saúde. Atualmente, o que tem sido adotado na instituição em que foi desenvolvido o estudo, em termos de regularizar a permanência do acompanhante, são algumas normas e regras descritas a seguir.

A autorização para permanecer como acompanhante prescinde de autorização expressa pelo enfermeiro, por meio de crachá de identificação, após ser avaliado o grau de dependência física do paciente e a necessidade do acompanhante. Em casos, porém, que envolvam dependência psicológica ou social, profissionais da área de psicologia e serviço social também podem emitir parecer relativos à autorização da presença de familiares ou responsáveis junto aos pacientes internados. Entretanto, a condição clínica do paciente não é o único critério utilizado na instituição para autorizar o acompanhante, visto que já é reconhecido o direito de acompanhamento para alguns grupos de pacientes que estão assegurados por lei, como pacientes menores de idade; idosos; deficientes físicos e gestantes. Nesses casos, a autorização é automaticamente expressa pelos profissionais.

Quanto à condição para acompanhar, não é permitida a presença de acompanhantes em adiantado estado de gravidez; menores de 18 anos de idade; idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade; e do sexo oposto ao paciente que se encontra na enfermaria, visando evitar constrangimento aos demais pacientes, salvo em situações especiais e mediante avaliação da equipe. O tempo de permanência do acompanhante também é avaliado pelo enfermeiro, podendo, eventualmente, ser prorrogado de acordo com as necessidades do paciente e do interesse consensual dos familiares.

É permitido apenas um acompanhante por paciente, mas é permitido aos familiares revezar com outras pessoas durante o período em que o paciente estiver internado, ficando a critério deles o período e o turno que deverão acompanhar, segundo as circunstâncias da situação e de sua própria disponibilidade de tempo. Também é

permitido à família contratar profissionais da área da saúde ou acompanhantes remunerados, caso ela opte por essa decisão, sendo que os mesmos serão avaliados em igualdade de condições em relação aos demais acompanhantes, pelos profissionais do hospital. O horário estabelecido para a troca de acompanhantes é das 8h às 9h, no período da manhã, e das 19h às 20h, no período da noite, sob o controle da Portaria Central do hospital, mediante apresentação do crachá de identificação.

Em termos de infra-estrutura necessária à acomodação do acompanhante, o hospital não dispõe de condições satisfatórias, pois existe dificuldade não apenas relacionada com a falta de espaço físico nas enfermarias, como também com a falta de mobiliário adequado ao sono e repouso, pois disponibiliza apenas uma cadeira comum para que ele possa descansar durante todo o período que permanece no hospital. Além disso, o hospital não dispõe de facilidades para que o acompanhante possa efetuar sua higiene pessoal na própria unidade. Ele tem que utilizar o banheiro dos pacientes, não sendo também disponibilizadas roupas de cama e banho, as quais devem ser trazidas de casa.

Diante da precariedade da instituição para manter o acompanhante, é permitido que ele traga uma cadeira de praia para que possa se acomodar melhor e, em casos de extrema necessidade, ele pode utilizar a área da lavanderia para lavar e secar suas roupas. Na enfermaria, existe um armário onde deverão ser guardados os pertences de todos os acompanhantes, juntamente com os dos pacientes, e o hospital não se responsabiliza pelos mesmos.

Os benefícios concedidos para o acompanhante são avaliados pelo assistente social, conforme critérios previamente estabelecidos e incluem direito à alimentação; vale-transporte; ligações locais e interurbanas; e em casos, eventuais, kit-higiene e vestuários. A alimentação é fornecida para os acompanhantes dos pacientes que têm a garantia assegurada por lei, como: a) idosos com idade igual ou superior a 60 anos de idade; b) crianças e adolescentes, com idade inferior a 18 anos de idade; c) portadores de deficiência física e/ou mental; d) gestantes.

Entretanto, apenas as mães acompanhantes têm direito às três refeições diárias - café da manhã, almoço e o jantar - e para os demais acompanhantes são fornecidas apenas duas refeições – o café da manhã e o almoço. Os casos que ainda não estão assegurados por lei, são avaliados pelo assistente social e, caso fique constatada a necessidade, o acompanhante passa a ser incluído em uma lista de excedentes para que possa receber a alimentação do hospital.

É importante ressaltar que essa medida foi adotada pela equipe profissional, perante a ordem estabelecida pela direção do hospital, proibindo-se a concessão das refeições para os casos de acompanhantes que não estavam respaldados pela legislação do SUS. Em princípio, as legislações que garantem os acompanhantes vêm beneficiar alguns pacientes, postergando-se o direito de outros que, muitas vezes, apresentam condições sócio-econômicas menos favoráveis.

Os acompanhantes com direito à alimentação devem pegar o tíquete alimentação com a secretária do Serviço Social, todos os dias, no período das 8h às 10h, mediante apresentação do crachá de identificação que, nesse caso, é pessoal e intransferível. As refeições são servidas aos acompanhantes no refeitório do hospital. O horário estabelecido para o café da manhã é das 8h30min às 9h; o almoço das 12h às 13h; e o jantar das 21h30min às 22h. A fim de controlar a distribuição da alimentação, o Serviço Social atua em parceria com o Serviço de Nutrição do hospital, que fica com a responsabilidade de receber e conferir os tíquetes, ou, em alguns casos, a autorização é emitida pelo assistente social.

Quanto à questão da liberdade para circular dentro do hospital, o acompanhante tem sua entrada e saída controlada pelos profissionais da portaria central, mediante apresentação do crachá de identificação com a autorização do enfermeiro responsável para cada setor. Cabe a esses profissionais controlar, também, a troca do acompanhante, para evitar que duas pessoas permaneçam com o mesmo paciente.

Como forma de padronizar as ações dos acompanhantes, o hospital tem adotado algumas prerrogativas que, na prática, convergem-se em normas institucionais, as quais eles devem cumprir durante o período de permanência junto ao paciente internado. Dessa forma, estão oficialmente definidas pela instituição algumas funções de responsabilidade exclusiva do acompanhante, junto ao paciente, que se acham inscritas em manual específico.

Dentre as responsabilidades dos acompanhantes, encontram-se definidas: a) auxiliar nos cuidados básicos do paciente junto à enfermagem somente quando solicitado; b) permanecer ao lado do paciente; c) estar sempre alerta durante o período noturno, comunicando à enfermagem qualquer alteração que possa ocorrer com o paciente; d) permanecer com o crachá nas dependências do hospital; e) caso necessite sair de perto do paciente, deverá imediatamente comunicar à enfermagem; f) ter o máximo de cuidado com punções venosas, sondas, drenos, ao transportar o paciente para o banheiro ou outros lugares; g) não permitir que o paciente retire punções venosas, sondas e outros, contribuindo assim para a recuperação dele; h) informar à enfermagem caso necessite deslocar o paciente para fora das dependências do setor; i) estabelecer um bom relacionamento com os demais acompanhantes e pacientes nas enfermarias; j) colocar roupas sujas do paciente em local apropriado, ou seja, em sacolas; l) retirar-se da enfermaria, em horário de visita médica e execução de procedimentos, a menos que seja solicitado; m) dirigir-se aos profissionais da instituição com respeito.

Em relação aos limites impostos aos acompanhantes, também foram definidas pelos profissionais do hospital, algumas condutas que não devem ser permitidas aos mesmos quando da permanência deles junto ao paciente internado. Dentre elas, constam: a) estar alcoolizado; b) interferir na assistência de enfermagem; c) administrar medicações, tentar controlar os soros, fazer curativos ou realizar qualquer procedimento de enfermagem; d) profissionais da área de saúde ou acompanhantes remunerados contratados pela família não serão autorizados a realizar procedimentos que são funções da enfermagem, bem como trajar roupas brancas; e) transitar ou permanecer

nos corredores, postos de enfermagem, outras enfermarias ou setores do hospital; f) sentar-se na cama do paciente; g) fazer comentários negativos próximos ao paciente; h) usar roupas de praia, shorts, bermudas curtas, decotes muito acentuados e roupas transparentes; i) lavar ou secar roupas no banheiro ou dependências da enfermaria, inclusive janelas, cabeceira das camas e suporte de soro; j) trazer televisores, rádios e colchonetes para as dependências do hospital; l) atender ao telefone do setor, caso necessário, utilizar os telefones públicos ou do Serviço Social; m) fumar nas dependências do hospital; n) perturbar o silêncio em todas as dependências do hospital, após as 22h, bem como permanecer com o televisor do setor ligado após esse horário; o) utilizar o crachá de acompanhante como meio de entrada de outras pessoas no hospital; p) utilizar lençóis, cobertores e fronhas da instituição para uso próprio; q) dormir no chão das enfermarias; r) manusear prontuários; s) comer nas enfermarias e corredores; t) mexer em equipamentos e materiais do setor.

O não-cumprimento de tais responsabilidades e condutas disciplinares previstas é discutido e avaliado pela equipe profissional, a quem caberá tomar as medidas necessárias, podendo ser adotada a advertência ou mesmo o desligamento do acompanhante.

O hospital também procura regularizar a presença dos visitantes nas suas unidades de internação, definindo alguns critérios que devem ser observados, tais como: a) o horário diário estipulado para as visitas; b) o número de apenas dois visitantes para cada paciente, sem revezamento; c) a realização de cultos ou orientações religiosas somente poderá ser efetivada com a permissão do paciente, em voz baixa, e depois de agendado anteriormente com o pastor do serviço de capelania do hospital. Em relação a algumas proibições, o hospital determina que não será permitido ao visitante: a) sentar na cama do paciente; b) trazer alimentos sem a liberação prévia e por escrito da nutricionista do hospital; c) entrar nas enfermarias com identificação de isolamento, sem a orientação da enfermagem.

Essas são algumas das diretrizes adotadas no hospital para autorizar e regulamentar a presença do acompanhante em suas diversas unidades de internação e que, de acordo com as necessidades, costumam passar por reformulações.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado foi do tipo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, que pretendeu conhecer a experiência de acompanhar um paciente adulto hospitalizado na perspectiva dos próprios acompanhantes. Os estudos exploratórios, segundo Sellitz et al. (1975), destina-se a obter idéias e a compreensão mais acurada do fenômeno para, posteriormente, precisar melhor o problema ou formular hipóteses mais significativas, ou seja, possibilitam ampliar o conhecimento do pesquisador sobre o fenômeno para, em um segundo momento, ele poder ser aprofundado.

A pesquisa foi do tipo descritiva, na medida em que pretendeu identificar, descrever e caracterizar o fenômeno ou fato, e do tipo estudo de caso, na expectativa de conhecer uma realidade mais detalhada do comportamento de poucos sujeitos enquanto acompanhante, de forma que amplie a compreensão e as descobertas sobre esse universo. Como limitação do método, no estudo de caso destaca-se a não generalização dos resultados. (ABRAGMO, 1979; GIL, 1994, SANTOS, 2000; SIGELMANN, 1984).

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital governamental, geral, que recebe alunos em nível de graduação e pós-graduação e que tem como objetivo prestar assistência médico-hospitalar, além de atender às necessidades do processo ensino-aprendizagem, propiciando o aperfeiçoamento de alunos em via de formação profissional. Com as características de um hospital-escola, é regido dentro de alguns princípios nos quais busca uma identidade própria e cujas finalidades fundamentais são: a) constituir-se em centro de promoção e manutenção da saúde da comunidade; b) constituir-se em centro de ensino e pesquisa no âmbito da saúde, promovendo estágios, treinamentos e servindo como pólo de educação permanente de profissionais



no campo das ciências da saúde; c) desenvolver programas de medicina preventiva e atividades de pesquisa de ordem científica técnico-operacional, atuando como hospital de referência no estado, contribuindo para o aperfeiçoamento da assistência médico-hospitalar regional; d) operar em regime cooperativo com as demais instituições de saúde promovendo a elevação dos níveis de educação para a saúde da comunidade.

O Hospital, além de serviços de internação, possui serviços ambulatoriais para áreas de especialidades médico-odontológicas, com um total de duzentos e oitenta e um leitos para internações clínicas, CTI (Centro de Tratamento Clínico) e Pronto-Socorro. Além disso, possui sete salas de cirurgias e um banco de sangue. Quanto à sua clientela, o Hospital recebe paciente proveniente de todo o estado e de outros estados vizinhos, principalmente do norte de Minas Gerais e do sul da Bahia.

Foi selecionado o setor de clínica médica do hospital para coleta de dados por ser um local onde ficam internados pacientes por um longo período, portadores em sua maioria, de doenças crônicas, e devido às suas características, alguns deles têm a presença diária de um acompanhante. Nesse sentido, entendeu-se que era um setor que apresentava condições favoráveis para investigar o objeto de estudo.

No setor de clínica médica, admitem-se pacientes de diversas especialidades, como hematologia, dermatologia, neurologia, reumatologia, infectologia, clínica geral, possuindo quatorze enfermarias com três leitos cada uma delas. Consta também de um hospital-dia, cuja finalidade é atender pacientes para pequenos procedimentos sem necessidade de internação, funcionando em articulação com os ambulatórios. A média de atendimento do hospital-dia é de vinte a trinta pacientes. A equipe de saúde desse setor é composta por médicos staff e residentes, enfermeiros, assistente social, nutricionista e auxiliares e técnicos de enfermagem e de nutrição. O setor conta ainda com alunos de cursos de graduação relacionados à saúde – medicina, enfermagem, serviço social, nutrição e fisioterapia.

### 3.3 POPULAÇÃO

Foram incluídos no estudo os acompanhantes que apresentavam laços de parentesco com o paciente internado. Em casos com mais de um acompanhante, optou-se por entrevistar aquele que ficava o maior tempo com o paciente.

A opção por pesquisar acompanhantes familiares decorreu do fato de que se observa que na maioria dos casos, é a família que disponibiliza tempo para o acompanhamento de pacientes hospitalizados, seja ao longo da evolução da doença, ou em parte desse percurso. Por outro lado, a maioria das pesquisas realizadas a respeito dessa temática aponta como resultado que os acompanhantes, em sua maioria, são membros familiares dos pacientes (LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998, VAN DER SMAGT-DUIJNSTEE et al., 2000; THOMAS; MORRIS; HARMAN 2002; PAI; SOARES, 1999).

Optou-se também por obter dados da equipe profissional, a fim de melhor compreender algumas questões que permeiam o acompanhante hospitalar, estabelecendo uma comparação entre os dados.

### 3.4 AMOSTRA

O critério para o tamanho da amostra de acompanhantes foi a similaridade no conteúdo das respostas, ou seja, a amostragem por saturação. Segundo Turato (2003, p.363):

*o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com um certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo [...] e novas falas passam a ter acréscimos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa.*

No presente estudo, verificou-se a repetição nas informações com as doze primeiras entrevistas realizadas com os acompanhantes, não sendo observados outros conteúdos novos.

No que diz respeito à seleção dos acompanhantes, optou-se por utilizar a amostragem intencional. Segundo Turato (2003, p.357) nesse tipo de amostragem *“o pesquisador delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características possam, em sua visão, trazer informações substanciais sobre o assunto em pauta”*.

Além do critério quanto a ser um familiar do paciente, foi estabelecido também que não deveriam ser selecionados no estudo os acompanhantes remunerados, pois se entende que o tipo de vínculo que estes estabelecem com o paciente é diferente. Pretendeu-se, com isso, trabalhar com uma amostra mais homogênea.

Além disso, foi definido que os acompanhantes selecionados deveriam estar acompanhando o paciente por, no mínimo, trinta dias, período considerado como suficiente para que eles pudessem relatar a experiência deles em ser acompanhante.

A amostra utilizada para a seleção dos profissionais foi do tipo intencional, onde foram escolhidos aqueles integrantes que na opinião da pesquisadora, tinham maior contato com os acompanhantes na rotina diária das enfermarias e que poderiam, assim, fornecer informações mais substanciais sobre o objeto em estudo. Também foi estabelecido que os profissionais deveriam estar atuando na instituição hospitalar por, no mínimo, um ano, por considerar como um prazo que possibilitaria a vivência deles com os acompanhantes.

Dessa forma, foram entrevistadas duas médicas residentes, duas enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem, por considerar que estes últimos atuam mais diretamente nos cuidados com o paciente internado. Ao total, foram entrevistados oito integrantes da equipe profissional.

### 3.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados, foi elaborado um roteiro semi-estruturado de entrevista para os acompanhantes (APÊNDICE A), contendo trinta questões, sendo que treze perguntas se referiam à caracterização pessoal dos informantes, como sexo, estado civil, religião, idade, escolaridade, procedência, renda *per capita*, ocupação, tempo de acompanhamento e grau de parentesco com o paciente. As demais perguntas foram distribuídas em quatro blocos distintos, que foram construídos com base nos objetivos do estudo, compreendendo:

- a) sobre as atividades de cuidado desenvolvidas pelos acompanhantes (perguntas nº 14;15);
- b) sobre a experiência no acompanhar (perguntas nº 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24);
- c) sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas (perguntas nº 25; 26);
- d) sobre a percepção da instituição hospitalar e sua relação com a equipe profissional (perguntas nº 27; 28; 29; 30).

Também foi elaborado um roteiro semi-estruturado de entrevista para ser aplicado com os profissionais (APÊNDICE B), com o objetivo de obter dados desses sujeitos e fazer uma correlação com aqueles que foram fornecidos pelos acompanhantes, procurando apontar as divergências e convergências em ambos os discursos.

Esse instrumento apresentou o total de doze questões, sendo que as sete perguntas primeiras eram referentes à caracterização pessoal dos profissionais, como nome, setor de atuação, categoria profissional, carga horária semanal, turno de trabalho, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição. As cinco perguntas restantes foram incluídas num único bloco, que visava explorar sobre a experiência diária da equipe com os acompanhantes na instituição hospitalar. Os instrumentos foram submetidos ao teste piloto com oito acompanhantes e três profissionais a fim de avaliar o conteúdo das questões, havendo a necessidade de alterar algumas delas, que não acrescentavam valor referente ao objeto de estudo.

### 3.6 ASPECTO ÉTICO

A fim de cumprir com os preceitos éticos, o projeto de pesquisa foi encaminhado primeiramente para avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, sendo aprovado para sua execução (ANEXO A). O projeto também foi encaminhado para a direção do Hospital e solicitada autorização para que a pesquisa fosse realizada na instituição, tendo havido o consentimento.

Para que os participantes sentissem segurança em prestar informações, procurou-se esclarecer quem era a pesquisadora, os objetivos da pesquisa, o tipo de colaboração que se desejava receber, o modo como os dados seriam registrados e utilizados para publicação, bem como se especificou da liberdade que eles tinham em recusar a participar do estudo. Caso concordassem em colaborar com a pesquisa, era fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que fosse assinado (APÊNDICE C). A mesma medida foi adotada com os profissionais que participaram do estudo, sendo elaborado um Termo de Consentimento (APÊNDICE D) visando igualmente assegurar os acordos estabelecidos no estudo.

Como alguns acompanhantes apresentaram dificuldade na leitura, foi necessário que todo o conteúdo do documento fosse lido pela pesquisadora em voz alta e pausadamente, explicando aos entrevistados os termos nele contidos à medida que também esclarecia as suas dúvidas.

### 3.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de dez de janeiro a 28 de fevereiro de 2005, quando começou haver a repetição no conteúdo das respostas, não havendo necessidade de realizar novas entrevistas.

### 3.8 PROCEDIMENTOS

Quanto aos procedimentos de coleta adotados, primeiramente, foi realizado um levantamento dos pacientes da clínica médica do Hospital que tinham acompanhantes e verificado quais deles estavam dentro dos critérios previamente estabelecidos para que pudessem participar da pesquisa.

Uma vez constatada a possibilidade de participação do acompanhante, ele era previamente convidado pela pesquisadora a comparecer no local reservado para fazer a entrevista no dia e horário marcados. Procurou-se respeitar a possibilidade de os acompanhantes poderem ausentar-se de perto dos pacientes.

Os membros familiares foram entrevistados individualmente e uma única vez. Após a gravação das entrevistas, procedeu-se à transcrição dela na íntegra, tarefa que foi realizada por outra pessoa. Após receber o material transcrito, a pesquisadora revisou todo o material, checando a fidedignidade da transcrição com o conteúdo das fitas gravadas. Posteriormente, as fitas foram destruídas.

O fato de a pesquisadora ter vínculo com o local de estudo contribuiu para que algumas etapas fossem alcançadas sem maiores dificuldades, como a facilidade em ter acesso aos membros familiares do paciente e o estabelecimento de uma relação de confiança com eles, um fato constatado durante todo o processo da entrevista. Portanto, a adesão dos acompanhantes foi total, não havendo ninguém que se recusasse a participar. Também o fato de a pesquisadora ter experiência por alguns anos com as questões pertinentes ao estudo, facilitou a aplicação das entrevistas.

Pela própria característica da instituição hospitalar, tornou-se inevitável a presença de alguns obstáculos, quando se pretendeu a realização de um trabalho onde foi exigida maior disponibilidade das pessoas selecionadas. Durante a fase de coleta de dados, a pesquisadora teve dificuldade, algumas vezes, em cumprir com o cronograma

estabelecido para as entrevistas. Isso decorreu da impossibilidade de o acompanhante não poder se ausentar da enfermaria no horário agendado para a entrevista, o que exigiu que outros horários fossem acordados. A dificuldade maior, porém, foi em relação à participação da equipe profissional, uma vez que os componentes dela sempre alegavam a falta de tempo para dar entrevistas, devido ao acúmulo de tarefas. Isso exigiu que a pesquisadora visitasse várias vezes as enfermarias para negociar os horários com esses profissionais, chegando, muitas vezes, a aguardar por horas a disponibilidade deles em prestar as informações.

O fato de não se contar com um local apropriado para realizar as entrevistas nas enfermarias foi outra dificuldade encontrada durante essa etapa. Os profissionais, em hipótese alguma, aceitavam ausentar-se das enfermarias para que fossem entrevistados, por isso os locais eram improvisados e tomavam-se as medidas para evitar o acesso de outras pessoas e interrupções durante a gravação. Houve, também, maior resistência por parte desse grupo e maior questionamento sobre a finalidade e aplicabilidade da pesquisa que estava sendo desenvolvida. Entre a equipe profissional, apenas uma pessoa se negou a participar da entrevista, justificando que tinha pouco tempo de trabalho na instituição e que também não queria se envolver com as questões relativas ao estudo.

### 3.9 TRATAMENTO DOS DADOS

A técnica selecionada para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, que, segundo definição da Bardin (1977, p.9):

*Constitui-se em um conjunto de instrumentos metodológicos, que se aplicam a 'discursos' (conteúdos e continentes) extremamente diversificados [...] desde o cálculo de freqüências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos, é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.*

A opção pela aplicação da técnica de análise de conteúdo ocorreu em virtude do interesse da pesquisadora em conhecer os fatos além da objetividade traduzida nos

dados. Importava, sobretudo, compreender o não-aparente, o potencial de inédito (ou do não-dito) retido em qualquer uma das mensagens, que seriam emitidas pelos acompanhantes selecionados no estudo, como forma de atingir a maior compreensão possível do fenômeno em investigação. Acredita-se que a análise de conteúdo possa permitir alcançar essa magnitude de avaliação e análise dos dados, visto que, enquanto esforço de interpretação, é um tipo de técnica que permite ao investigador oscilar entre dois pólos distintos - do rigor da objetividade à fecundidade da subjetividade.

Optou-se, ainda, por trabalhar com abordagens qualitativas que visem manter a forma literal dos dados. Neste tipo de abordagem, o pesquisador decide prender-se às nuances de sentido existentes entre as unidades, aos elos lógicos entre essas unidades, ou entre as categorias que as reúnem, *“visto que a significação de um conteúdo reside largamente na especificidade de cada um de seus elementos e na relação entre eles, que escapa amiúde ao domínio do mensurável”* (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.227). Dessa forma, ao trabalhar com os dados, o pesquisador procurou manter uma flexibilidade quanto à forma de tabular, classificar e interpretar os dados, não perdendo de vista o rigor necessário ao uso da técnica.

Os dados foram analisados seguindo-se as distintas fases da técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977, p.95), compreende: *“a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”*, que não correspondem, necessariamente, a uma seqüência lógica. Após a correção do conteúdo das entrevistas que havia sido transcrita, foi feita uma leitura flutuante de todo o conteúdo, demarcando as idéias centrais do texto que respondiam aos objetivos do estudo. A fim de facilitar a compreensão dos dados, optou-se por analisar toda a enunciação emitida em cada entrevistado e por agrupar as que tinham o mesmo sentido de significação. Importante ressaltar que, nesse momento, fez-se necessário que o pesquisador retornasse à leitura do texto por várias vezes consecutivas, a fim de ir estabelecendo uma correlação entre as diversas mensagens que foram emitidas.



Uma vez estabelecidas as unidades de registro, a partir das idéias centrais, repassadas pelos acompanhantes, foi possível formar os seguintes blocos de categorias de análise específicas aos objetivos do estudo: a) sobre os motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com os pacientes; b) sobre as atividades que realizaram junto aos pacientes internados; c) sobre as dificuldades apresentadas durante a permanência no hospital; d) sobre as alterações percebidas depois que passaram a acompanhar o paciente no hospital; e) sobre as estratégias utilizadas durante o período de acompanhamento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No sentido de organizar a apresentação dos resultados, foi realizado, inicialmente, um agrupamento dos dados em cinco blocos de resposta, de acordo com os objetivos propostos neste estudo. Primeiramente, será apresentado o bloco de respostas referente à caracterização dos doze acompanhantes: a) caracterização sócio-demográfica – sexo, idade, escolaridade, ocupação, religião, estado civil, procedência e renda *per capita*; b) caracterização em relação ao paciente – tempo de acompanhamento, grau de parentesco com o paciente e motivo para acompanhar o paciente; c) caracterização das atividades de cuidado desenvolvidas pelos acompanhantes.

A seguir, virá um bloco de respostas sobre os motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com o paciente internado. Posteriormente, serão apresentadas as atividades que realizaram, as dificuldades e demandas apresentadas na instituição hospitalar, bem como os dados referentes às modificações ocorridas na vida deles, durante o período de acompanhamento do paciente. E por fim, as estratégias de enfrentamento apontadas pelos acompanhantes, diante de algumas dificuldades experienciadas no hospital.

Os dados serão apresentados em forma de tabelas, contendo as unidades de significação extraídas dos resultados ou as categorias formadas e a frequência de ocorrência delas. Também serão apresentados fragmentos do discurso dos doze acompanhantes para ilustrar a apresentação dos dados.

Um sujeito pode apresentar mais de um elemento codificado em dada resposta, e, nesse sentido, a frequência de ocorrência das respostas poderá ultrapassar o número de sujeitos do estudo. É importante, deixar claro, que o total de porcentagem foi calculado sobre o nível de aparecimento das respostas e não sobre o número de sujeitos (n).

#### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS SUJEITOS

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos doze acompanhantes entrevistados, observa-se na Tabela 1, que onze deles pertenciam ao sexo feminino e apenas um era do sexo masculino. Esses achados corroboram com resultados encontrados em outros trabalhos que foram realizados nessa área, em que a maioria das pessoas que acompanhava os pacientes hospitalizados era mulheres. (FRANCO,1988; LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998; LUCCHESI, 2003). E quanto ao estado civil, dez acompanhantes eram casados e apenas dois eram solteiros.

Sobre a faixa etária, sete acompanhantes apresentavam idade superior a 50 anos, três tinham idade entre 30 a 50 anos e somente duas apresentavam idade inferior a 30 anos. Desta forma, observa-se que na amostra estudada, os acompanhantes são constituídos por pessoas adultas, acima de 50 anos, o que também vai ao encontro de outros resultados (ASTEDT-KURKI; PAUNONEN; LEHTI, 1997; LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998; ERIKSSON; LAURI, 2000).

Quanto à escolaridade, observa-se na Tabela 1 que nove acompanhantes apresentavam baixo nível educacional, estando entre os que possuíam apenas o ensino fundamental incompleto ou que nunca tinham freqüentado a escola. Dois acompanhantes tinham completado o ensino médio e apenas um o ensino superior incompleto.

A renda per capita variou entre abaixo de um salário e menos de três salários mínimos, características essas também encontradas em outros estudos que mostraram que a renda per capita dos acompanhantes atingia, no máximo, três salários mínimos e que poderia estar associada ao baixo nível de escolaridade apresentado por esses indivíduos (FRANCO,1988; LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998).

Quanto à ocupação, nove acompanhantes não tinham ocupação definida, conforme classificação utilizada por Fonseca (1967). Desses, seis eram donas de casa, dois eram

aposentados e uma era desempregada. Apenas três delas estavam inseridas no mercado de trabalho tendo ocupação manual especializada (costureira) e não manual (agente de saúde e professora). Quanto ao vínculo empregatício desses trabalhadores, dois eram mantidos por contrato e apenas uma era autônoma. Outras pesquisas corroboram com os resultados encontrados sobre o fato de a maioria dos acompanhantes serem donas de casa (FRANCO, 1988) ou pensionistas e assalariados (ASTEDT-KURKI; PAUNONEN; LEHTI, 1997).

Em relação à procedência, sete acompanhantes eram da Grande Vitória, três eram do interior do estado e dois de outros estados, como Bahia e Minas Gerais. E quanto à religião, nove se declararam como católicos e três como evangélicos.

Os dados sócio-demográficos da amostra estudada evidenciam que a maioria dos acompanhantes é constituída por mulheres casadas, com idade superior a 50 anos de idade. Pelo fato de serem donas de casa e estarem fora do mercado de trabalho, provavelmente, têm maior disponibilidade de tempo para acompanhar o paciente internado. Em sua maioria, são pessoas que apresentam uma idade avançada para ficar acompanhando diariamente o paciente no hospital, passando a exercer as atividades que exigem certo esforço físico e emocional.

São indivíduos que por suas características sócio-demográficas, fazem parte de extrato social menos privilegiado e de baixa qualificação, não tendo, muitas vezes, condições financeiras para custear despesas que surgem em conseqüência da doença e hospitalização de seu familiar. Também é significativo o número daqueles que precisaram se deslocar da sua cidade de origem para acompanhar o paciente no hospital, considerando-se que de uma amostra de doze acompanhantes, cinco deles estavam entre aqueles que eram provenientes de outras cidades do interior do estado ou de outros estados. Como conseqüência, tiveram que se afastar por um longo período de seus amigos e familiares precisando se adaptar de forma súbita a uma nova realidade. Em alguns casos, esses acompanhantes sentiam mais dificuldades para

enfrentar a nova situação por não terem pessoas conhecidas e próximas com quem pudessem contar, realidade esta muitas vezes observada na rotina diária dos hospitais.

Sobre a caracterização dos acompanhantes em relação aos pacientes, o tempo de acompanhamento variou de trinta a quarenta dias, sendo que sete deles permaneciam no hospital acompanhando por doze horas ininterruptas e os outros cinco por vinte quatro horas diárias, ou seja, em período integral.

Quanto ao grau de parentesco, a maioria dos acompanhantes era cônjuges dos pacientes, sendo que cinco deles eram esposas e um era esposo; quatro delas eram filhas e duas eram mães. Esses resultados também foram encontrados em outros estudos que mostraram esposas e filhas como maioria de acompanhantes dos parentes internados (ASTEDT-KURKI; PAUNONEN; LEHTI, 1997; AZOULAY et al., 2001; VAN DER SMAGT-DUIJNSTEE et al., 2000).

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos oito profissionais entrevistados, sete era do sexo feminino e um do sexo masculino.

Quanto ao tempo de titulação, três desses profissionais tinham até três anos de formados, outros três até seis anos de formados, um tinha oito anos e outro mais de dez anos de formação.

Quanto ao tempo de vínculo profissional, dois deles estavam atuando na instituição hospitalar por um período de dois anos, outros dois por cinco anos, e três por oito anos e apenas um por mais de oito anos. A carga horária de trabalho desses profissionais variava de quarenta a sessenta horas semanais e em turnos variados – matutino, vespertino, noturno.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Vitória. 2005.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	91,7
Masculino	1	8,3
<b>Estado civil</b>		
Casados	10	83,3
Solteiros	2	16,7
<b>Idade</b>		
< 30 anos	2	16,7
30 a 40 anos	2	16,7
41 a 50 anos	1	8,3
51 a 60 anos	4	33,3
> 60 anos	3	25
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	6	50
Ensino médio completo	2	16,7
Ensino superior incompleto	1	8,3
Nunca frequentou a escola	3	25
<b>Renda per capita</b>		
< 1 salário mínimo <sup>1</sup>	5	41,7
1 a 3 salários mínimos	6	50
> 3 salários mínimos	1	8,3
<b>Ocupação</b>		
Manual especializada	1	8,3
Não manual	2	16,7
Sem ocupação definida	9	75

<sup>1</sup> O salário mínimo atual é de R\$300,00.

## 4.2 PERCEPAÇÃO DOS ACOMPANHANTES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ACOMPANHAR O PACIENTE HOSPITALIZADO

Sobre os motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com o paciente, as respostas foram categorizadas em - afetividade e obrigação (Tabela 2). Quando interrogados sobre os motivos que os levaram a acompanhar o paciente no hospital, seis acompanhantes declararam que foi pelo sentimento de afetividade mantido entre eles. Dessa forma, a pré-disposição em acompanhar seria pelo fato de quererem ficar perto do paciente para que ele se sentisse mais tranqüilo, poderem apoiá-lo quando ele estivesse em estado grave, poder facilitar a adaptação do paciente no hospital por conhecer bem a rotina do mesmo, e por ter interesse em obter informações sobre a doença e o tratamento do paciente.

Eu estando perto dele [paciente] ele se acha mais confortável. Eu penso isso. A gente nunca se largou porque a gente vai se dividir agora? (Ac. 2).<sup>2</sup>

Ah! Eu preferi acompanhar para saber tudo o que estava acontecendo com ele (Ac. 4).

Eu prefiro ficar, porque eu é que convivo com ele, né? Então, eu sei o dia a dia de nós dois como é o horário da comida, dos remédios. Então, é mais fácil acompanhar (Ac. 11).

Os outros quatro acompanhantes relataram que o motivo que os levaram a acompanhar foi o sentimento de obrigação quanto a assumir o paciente internado, pois não havia outras pessoas que pudessem desempenhar essa função.

É porque não tem outra pessoa pra trocar comigo. É só eu mesmo. Tanto faz aqui, como onde estiver, só tem eu mesmo (Ac. 1).

---

<sup>2</sup> A abreviatura "Ac" é utilizada para acompanhante.

Não tem escolha, minha filha. Escolha nenhuma. Eu sou o esposo dela, estou casado há 33 anos (Ac. 3).

Porque somos em dois filhos. Só eu e meu irmão de 16 anos. Ele não queria ficar mesmo, porque achava que pra ele é muito difícil (Ac. 7).

Porque somos marido e mulher. Nós somos um casal. E tem só nós dois (Ac. 9).

Apenas um acompanhante alegou que o motivo dele acompanhar o paciente é porque ele tem mais disponibilidade, uma vez que estava de férias e outro expressou apresentar características pessoais que o favorecia no trato com o paciente.

Porque eu estou de férias. Estou disponível. As outras irmãs estão trabalhando (Ac. 11).

Porque eu sou a única que tem paciência com a minha mãe [...] Eu já passei quatro meses internada aqui e já sei um pouquinho, sobre hospital. E eu sou assim, estou pro que der e vier (Ac.12).

Tabela 2. Motivos que levaram os acompanhantes a ficarem com os pacientes hospitalizados. Vitória. 2005.

Categorias	Frequência de respostas	
	n	%
Afeto	6	50
Obrigação	4	33,4
Disponibilidade	1	8,3
Paciência	1	8,3



Pelo fato de a amostra ter sido selecionada a partir do parentesco com o paciente, entende-se o sentimento de afetividade declarado pelos acompanhantes como o principal motivo que os levaram a acompanhar. Era também esperado que tomassem a decisão de estar junto do paciente, principalmente aquelas pessoas que apresentavam sentimento de amor e de responsabilidade por ele. Dessa forma, foi possível perceber como esses acompanhantes mantinham esses laços de afetividade pelo seu familiar internado, mesmo diante da nova situação imposta pela doença e pela hospitalização.

No entanto, também é importante lembrar que a maioria desses acompanhantes era casais, que vinham de casamentos duradouros, e que, portanto, haviam assumido a responsabilidade de uma convivência mútua, o que era de se esperar que tivessem dificuldade para se manterem afastados durante esse período.

O sentimento de dever e de obrigação para com o companheiro(a) era muito evidente entre os cônjuges que acompanhava, demonstrando existir entre eles muita afinidade e cumplicidade, o que é confirmado quando declararam conhecer bem a rotina um do outro e quando expressaram o desejo em estar por perto para propiciar-lhe melhor conforto. Na pesquisa, entre doze acompanhantes entrevistados, foram encontradas cinco esposas, que eram as acompanhantes permanentes, durante o processo de internação dos seus maridos, estando presente apenas um marido que exercia essa mesma função. Esse fato está relacionado com a literatura, que destaca a tendência de as esposas assumirem o papel de acompanhante nessas horas, sendo que o mesmo não pode ser afirmado em relação aos maridos.

Para alguns autores, essa questão poderia ser entendida por duas vertentes: ou seria pelo fato de o marido trabalhar para prover a família ou porque os homens não se vêem como cuidadores, isto em função de diversos fatores – culturais, sociais, ideológicos – e acabam delegando essas funções para as mulheres da família, preferencialmente as esposas e as filhas. (SILVA, 1998a; PERRACINI; NERI, 2001; BORGES, 2003). Seja por qualquer um desses motivos, a tarefa de cuidar já estaria a partir daí associada a uma questão de gênero nas sociedades. Segundo definição de NERI (2001, p.30) as

tarefas de cuidar “*envolvem classes de ações concernentes a auxiliar diretamente uma pessoa física e mentalmente incapacitada, a desempenhar tarefas práticas de vida diária e tarefas básicas de autocuidado*”.

Sobre as atividades que realizaram junto aos pacientes internados, as respostas mostraram que os acompanhantes desempenharam atividades relacionadas ao atendimento das necessidades humanas básicas e atividades relacionadas à terapêutica (Tabela 3). Com base nos relatos dos acompanhantes, foi possível verificar que as atividades mais executadas por eles eram aquelas que tinham por objetivo atender às necessidades humanas básicas do paciente internado, como por exemplo, dar água, dar comida, pentear o cabelo, trocar a fralda, cortar a unha, fazer a barba, dar a medicação, levar ao banheiro, fazer exercícios e sentar no leito. Ou seja, seriam as atividades para suprir as necessidades dele de nutrição, hidratação, eliminação, higiene, atividade-reposo e de conforto.

Levanto de manhã cedo, faço ele ir pro banheiro, troco a roupa de cama, penteio o cabelo, dou almoço (Ac. 2).

Ajudo a dar banho, na hora do banho. Na hora do almoço, dou comida pra ela. E sempre dou água quando precisa (Ac. 6).

Eu dou comida, porque ele tá parado de tudo. Então, eu ajudo a fazer tudo. Eu coloco ele pra urinar, eu faço a higiene (Ac. 7).

Ajudo a dar o banho, troco a fralda dela. A cama a gente mesmo também troca (Ac. 11).

Eu faço ginástica com ela improvisada, entendeu? Ela tem que fazer fisioterapia. Tem uma professora de fisioterapia que me ensinou (Ac. 3).

Mas os acompanhantes também realizavam junto ao paciente algumas atividades que denominamos como terapêuticas por constituírem procedimentos relacionados ao

tratamento oferecido pelos profissionais de saúde, como acompanhar o paciente em exames de maior complexidade, fazer curativos, ter alguma forma de controle sobre as soroterapias, além de controlar a dieta. É importante ressaltar aqui que as duas primeiras atividades relacionadas constam no manual do hospital, como proibições dos acompanhantes, mas na prática eles acabam realizando.

Quando o soro tá acabando e precisa, vou lá e chamo a médica (Ac. 6).

Às vezes, faço até um curativo nele. Vou lá, pego a gaze e coloco (Ac. 8).

Quando ele precisa descer pra fazer algum exame, eu desço com ele. Depois, trago ele e sento ele um pouco pra não ficar muito tempo deitado (Ac. 7).

Eu evito sal, eu evito que ela saia da dieta. Sempre estou conversando com ela (Ac. 12).

Como outras atividades comuns que puderam desenvolver nesse mesmo período, os acompanhantes citaram o fato de conversarem com o paciente e até mesmo usar de brincadeiras para distraí-lo e, também, conversar com o médico à procura de informação sobre como poderiam melhorar os cuidados que prestavam ao paciente.

Quando preciso de alguma coisa, eu vou lá me informo com o médico o que eu tenho que fazer. As coisas que eu gosto no hospital é, assim, os médicos me orientar o que eu tenho que fazer (Ac. 10).

Ela está assim angustiada, doida, querendo ir embora. Só que eu converso com ela tudo direitinho [...] a gente ri o tempo todo, brinca, fala besteira. E assim ela distrai (Ac. 12).

Tabela 3. Atividades realizadas pelos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Vitória. 2005.

Categorias	Frequência de respostas	
	n	%
Atividades relacionadas às necessidades humanas básicas	48	81,3
Atividades relacionadas à terapêutica	8	13,6
Outras	3	5,1

Foi possível verificar que os acompanhantes realizaram vários tipos de atividades junto ao paciente internado. Entretanto, eles acabaram executando mais as atividades ligadas ao atendimento das suas necessidades humanas básicas, especificamente as necessidades fisiológicas e de proteção, em comparação às atividades terapêuticas e outras que realizaram nesse mesmo período.

Segundo definição de Potter e Perry (2004), as necessidades humanas básicas são elementos necessários à sobrevivência e saúde do ser humano, como por exemplo, alimento, água, segurança e afeto. Embora cada pessoa tenha outras necessidades próprias, as necessidades humanas básicas são compartilhadas por todas as pessoas, constituindo a extensão em que essas necessidades são satisfeitas um fator importante à determinação do nível de saúde de uma pessoa.

As autoras, ao comentar sobre a hierarquia das necessidades do homem proposta por Abraham Maslow, em 1954, dizem que esta é uma teoria que pode ser usada para melhor compreender as relações entre essas necessidades. De acordo com essa teoria, certas necessidades humanas são mais básicas do que outras, ou seja, algumas devem ser supridas antes de se procurar satisfazer outras. Assim, por exemplo, é mais provável que uma pessoa faminta procure comida do que se preocupe com atividades para melhorar sua auto-estima. No entanto, em um determinado momento, as necessidades básicas de um indivíduo podem não ser supridas, ser parcialmente supridas ou completamente satisfeitas.

Tomando por base essa teoria, uma pessoa cujas necessidades são todas supridas, pode ser considerada saudável, enquanto uma pessoa com uma ou mais necessidades não satisfeitas corre o risco de contrair doenças ou pode não ser saudável em uma ou mais dimensões.

A hierarquia das necessidades humanas as relaciona em cinco níveis, de acordo com a prioridade de uma em relação às outras, sendo que no primeiro nível estão as necessidades fisiológicas, tais como ar, água, comida, eliminação; no segundo nível, estão a segurança e proteção; no terceiro nível, as necessidades de amor, de companhia dos familiares, de pertencer a grupos – familiar, social e religioso; no quarto nível, a necessidade de auto-estima; e o nível final é reservado à realização pessoal, ou seja, o estado em que cada um está completamente feliz com o potencial alcançado, sendo capaz de resolver seus problemas e enfrentar, de forma realista, as situações da vida. Embora a hierarquia das necessidades seja um modo útil para se avaliar e compreender as necessidades de todos os pacientes, a assistência integral visa atender a todas elas, simultaneamente, nos seus diferentes níveis.

A explicação para o fato de que essas atividades (relacionadas às necessidades básicas do paciente) tenham sido as mais realizadas pelos acompanhantes, é que elas podem estar associadas justamente àquelas atividades que são diariamente realizadas pelas mulheres, donas de casa e mães, e a quem sempre coube na sociedade desempenhar a função de cuidadora. No hospital, estiveram mais presentes mulheres acompanhantes que decidiram cuidar de seu familiar internado, desenvolvendo essas atividades que, provavelmente, foram apreendidas no seu próprio cotidiano e que não exigiam maior preparo para que fossem realizadas. Talvez, por isso, mesmo que não tenham recebido treinamento formal, por parte da equipe profissional, essas acompanhantes eram capazes de executá-las junto ao paciente internado e até se consideravam como aptas para exercer essa função.

Dessa forma, a maioria das atividades que realizavam no hospital, junto ao paciente internado, poderiam não apresentar para elas muitas dificuldades, uma vez que

poderiam representar uma extensão das atividades domésticas as quais estavam habituadas a realizar em seus lares.

Quanto às atividades terapêuticas, poderíamos dizer que estas, ao contrário das anteriores, exigiam maior preparo para que fossem realizadas. Mas, provavelmente os acompanhantes foram capazes de apreendê-las mediante a observação da rotina dos profissionais, visto que o período que estavam no hospital variava de no mínimo trinta dias e em horários ininterruptos. Portanto, esse contato diário com a rotina hospitalar poderia favorecer o aprendizado deles em relação a algumas atividades técnicas que eram executadas, principalmente, pela enfermagem. No entanto, entende-se que esse tipo de atividade não deveria ser de competência do acompanhante, segundo normas estabelecidas pelo hospital, mas foi demonstrado na prática que eles acabavam realizando como forma de auxiliar o trabalho da equipe.

E quanto às atividades recreativas, estas foram pouco citadas pelos acompanhantes, sendo apresentadas por eles como uma forma de ajudar na auto-estima do paciente e aliviar o estresse dele decorrente do longo período de hospitalização.

Sobre a questão de gênero como determinante das práticas de *cuidado*, estudos mostram que desde a antiguidade, os papéis de homens e mulheres já estavam definidos na sociedade. Assim, vários mitos foram sendo desenvolvidos em função da identificação das práticas de cuidar com a mulher e, dentre eles, um aspecto refere-se, especificamente, à característica de fecundidade e da capacidade de gerar e amamentar. Daí o fato de que, durante muito tempo, as práticas de cuidar estarem sempre relacionadas às atividades da mulher e ligadas à vida.

Santos (2003) destaca que as primeiras formas de realizar as atividades de cuidar foram desenvolvidas no campo familiar e eram destinadas às mulheres, fazendo distinção, desde já, das atividades segundo o gênero nas sociedades. Ressalta que para elas, o ato de cuidar era algo muito natural e quase sempre estava incorporado às demais funções relativas às atividades familiares e domésticas. Portanto, as mulheres

parecem ter adquirido um comportamento diferenciado dos homens, mas assemelhado entre elas, nas diferentes épocas, devido à maternidade.

Quase que de forma universal, entre os diversos clãs, tribos e civilizações, ao longo da história, os cuidados com o parto ficavam a cargo das mulheres. À semelhança dos animais, a mulher lambia sua cria, nutria e protegia, e, entre as práticas de higienizar e de alimentar, foram introduzidos comportamentos de tocar, cheirar e gestos rudimentares de afago. No entanto, pode-se concluir que o segundo modo de expressar o cuidado, ou seja, a demonstração de interesse e de afeto é mais evidente entre as mulheres, porque que elas valorizam altamente sentimentos e relacionamentos, definindo sua identidade tanto através de relações de cuidado como de intimidade. O macho é menos gentil, e parece que as relações ocorriam através das lutas e jogos, onde o toque se fazia presente de maneira bastante rude, e mesmo com os membros da família.

Conforme analisa Waldow (2001), as atividades tradicionalmente associadas à mulher, como por exemplo, tomar conta, cuidar, tratar, na verdade correspondem a garantir ou compensar funções vitais e que, essencialmente, se organizam em torno de dois pólos distintos, ou seja, do nascimento à morte. Poder-se-ia dizer, então, que através do cuidar, as mulheres expressam uma forma de relação com o mundo. Dessa forma, ao pensar o cuidado humano como uma forma de estar, de ser, e de se relacionar, as mulheres, inquestionavelmente, podem ser consideradas cuidadoras, por excelência.

Assim, mulheres, ao longo da história, além das práticas de cuidado relacionadas às funções reprodutivas, desempenharam cuidados aos incapacitados e idosos, dedicando-se à educação dos filhos, à manutenção da casa, ao preparo dos alimentos e, em muitas culturas e épocas, ao preparo de medicamentos caseiros. No entanto, conforme analisa Pitta (1990, p.53):

*uma questão de gênero sempre se impôs e este tem sido um trabalho tipicamente feminino em todas as épocas, em que por séculos as mulheres foram doutoras sem graduação, afastadas de livros e leis, aprendendo uma das outras e passando experiência de vizinha a vizinha, de mãe para filha.*

No entendimento da equipe profissional do hospital, o tipo de atividade que os acompanhantes poderiam estar desempenhando com mais frequência junto ao paciente internado, também seriam aquelas relacionadas às suas necessidades humanas básicas, como dar água, dar comida na boca, pentear o cabelo, auxiliar no banho, trocar fralda, cortar unhas, levar ao banheiro, virar no leito, dentre outras, conforme eles relataram a seguir.

O acompanhante poderia, essencialmente, dar alimentação ao seu doente; pegar um copo com água; ajudar no banho, entendeu? Acho que isso ele poderia fazer sim, com certeza! (Prof. 2).<sup>3</sup>

O acompanhante pode ajudar a virar o paciente no leito; trocar uma fralda; oferecer uma dieta via oral. E auxiliar no autocuidado como, cortar uma unha, pentear o cabelo. Eu acho que isso é uma tarefa do acompanhante (Prof. 4).

O acompanhante pode ajudar um paciente que tem uma deficiência motora, por exemplo, e que não está podendo fazer uma simples rotina do cotidiano como, pentear um cabelo, tomar um banho (Prof. 3).

O acompanhante poderia ajudar o paciente que não se alimenta sozinho, dando comida na boca. E ajudar a levantar do leito; tirar o soro para ele ir ao banheiro (Prof. 8).

Como se pode observar, os profissionais do hospital consideram que os acompanhantes devem desenvolver apenas algumas atividades de autocuidado que possam ajudar na recuperação do paciente internado, e que não devem estar relacionadas aos procedimentos que constituem as condutas técnicas de maior complexidade, que são de competência exclusiva da enfermagem, por exemplo, administrar uma medicação, avaliar os sinais vitais, dar banho e alimentar paciente grave. Eles entendem que seria necessário que o hospital definisse as atribuições dos



acompanhantes, a fim de evitar que condutas de competência profissional sejam repassadas e/ou assumidas por eles na prática, conforme declararam que tiveram a oportunidade de constatar em alguns momentos.

Às vezes, você vê um acompanhante dando comida para um paciente que precisa estar de cabeceira levantada. Um paciente que tosse e pode asfixiar (Prof. 7).

Dar alimentação para um paciente grave não é conduta do acompanhante, é conduta da enfermagem [...] dar um remédio ou administrar uma medicação. Isso é conduta nossa, entendeu? O acompanhante está assumindo porque alguém do hospital está passando essa visão pra ele (Prof. 3).

O acompanhante não deve dar banho em paciente grave. Não deve ajudar mexer nas medicações; ficar olhando os sinais vitais como, por exemplo, a temperatura do paciente. Porque nós, profissionais, temos os nossos horários de fazer os sinais vitais e de estar olhando a temperatura (Prof. 4).

Sobre a experiência de acompanhar, os discursos revelaram uma certa forma de obtenção de prazer e um sentimento de perseverança que foi expresso pelos acompanhantes por estarem desempenhando essa função. Por outro lado, revelaram que cuidar do paciente internado tornava-se uma tarefa fácil por terem passado por experiências anteriores com outros amigos e familiares.

Eu gosto de mexer com doente. Já ajudei de amigos doentes, sabe? Doente mesmo difícil de mexer. Toda vida eu gostei disso (Ac. 4).

Eu acho tudo fácil. Já cuidei da minha sogra, um dia. Então, eu já estou bem civilizada com isso já. E pra dizer a verdade, até gosto sabe? Eu gosto de cuidar (Ac. 6).

---

<sup>3</sup> A abreviatura “Prof” é utilizada para profissionais.

Eu tenho o maior prazer de dar comida a ele; fazer massagem na hora dele tomar banho; passar talco e creme nele todo. E isso pra mim, tenho o maior prazer de fazer (Ac. 7).

Tudo é desafio, mas eu sei dominar esse desafio. Eu acho que nada é impossível. Tudo é possível, quando a pessoa tem força de vontade (Ac. 12).

Os discursos de alguns acompanhantes também pareciam revelar que acompanhar o paciente internado significava uma boa experiência, pois, apesar de todas as dificuldades vivenciadas, representava para eles uma forma de aprendizado e uma possibilidade de interagir com outras pessoas.

Pra mim, eu não estou fazendo nada de ruim [...] Pra mim, é bom demais, apesar que é a primeira vez que está acontecendo isso, né. Aprendi muita coisa (Ac. 2).

Bom... Pra mim foi ótimo. Uma experiência muito boa (Ac. 5).

Eu não estou achando ruim, não. Apesar de ver tanto sofrimento, porque eu vivo muito isolada na minha cidade. E isso pra mim, é novidade (Ac. 6).

De um modo geral, as declarações desses acompanhantes poderão ser talvez interpretadas como discursos que pretendem reproduzir aquilo que é socialmente aceito e esperado por parte de alguém que necessita ficar acompanhando uma pessoa acamada e que requeira cuidado. Assim, atitudes passivas e dóceis são reveladas, onde o acompanhar e o cuidar têm um significado de valorização e recompensa, sendo apresentado quase como um atributo natural. E, por outro lado, parecem revelar traços característicos de pessoas, cuja cultura pode está relacionada a uma sociedade particularmente afetiva e cristã, como é o caso da sociedade brasileira. Assim, atitudes de resignação, quando presentes nesses casos são aceitas e compreensíveis, estabelecendo-se como um processo de troca de recompensas entre quem cuida e quem é cuidado.

Bourdieu (2004), ao discorrer sobre os sistemas simbólicos no campo religioso, instiga-nos a buscar o entendimento da resignação que se apresentam nas atitudes abnegadas dos que se dedicam ao cuidado dos enfermos, desejando, talvez, o deslocamento de aspirações e conflitos através da compensação e transfiguração simbólica, como por exemplo, uma promessa de salvação. Enquanto Pitta (1990) irá descrever que a religiosidade dos sujeitos tem, através dos tempos, desempenhado uma importante função no estabelecimento de regras gerais de sociabilidade, como as que, por exemplo, determinam que as pessoas enfermas devam ser cuidadas e que tais cuidados possam significar o ofício de um contingente de pessoas cujas características (externas e internas) de sua individualidade devam merecer um reconhecimento social de generosidade e abnegação.

O fato de permanecerem por um período juntos e estarem enfrentando as mesmas dificuldades impostas pela situação de doença e hospitalização do seu familiar, pareceu despertar entre esses acompanhantes um sentimento de pertença, fazendo com que eles se reconhecessem enquanto grupo, ou até como uma pequena comunidade, passando a estabelecer laços de solidariedade e de ajuda mútua. Essas ações desenvolvidas de maneira espontânea pelos acompanhantes também poderiam ser compreendidas como outro tipo de suporte social que foi disponibilizado por eles dentro do hospital.

[...] A gente convive com todas as pessoas, de todas as espécies. Então, acontece de quando você pega o telefone no corredor, você já sabe até o nome do acompanhante. A gente faz aquele convívio, entendeu? (Ac. 3).

Aqueles que estão ali acompanhando é todo mundo unido [...] Quando eu ouço o barulhinho do telefone, seja pra quem for, eu vou procurar onde for naquele quarto direitinho e a pessoa vem. A mesma coisa fazem comigo. É uma comunidade, né? (Ac. 6).

[...] Conseguimos uma moça que o irmão dela teve o mesmo problema que o meu pai, e ela doou o remédio que restou dele pra nós (Ac. 7).

Você acaba criando um ambiente de amizade. Vai conhecendo pessoas de todo lugar, vai conversando [...] Às vezes, o acompanhante precisava sair e eu ficava ajudando olhar, se precisava de alguma coisa. É um ajudando o outro (Ac. 12).

Conforme analisa Zimmerman (2000), um grupo só se torna grupo, isto é, mais do que a soma de indivíduos, quando desenvolve um determinado tipo de relacionamento, um vínculo, uma força que confere a ele um sentido de pertença. Em todo grupo se produz uma força interna que regula a conduta dos seus membros e os faz comportarem-se de uma forma peculiar, distinta do comportamento que assumem os membros individualmente. É por meio das experiências das interações e das oportunidades de vivências que surgiram mudanças no comportamento, tanto como indivíduos quanto como elementos do sistema. As pessoas agem e se comportam socialmente, permitindo a interação humana para desenvolver a interação social, que é o processo pelo qual elas se influenciam mutuamente, pela troca de pensamentos, sentimentos e emoções, e ajuda direta.

Os acompanhantes do presente estudo, ao experienciarem as mesmas situações, adquiriram comportamentos, sentimentos e percepções que estão relacionados ao aprendizado de grupo, e foi dessa forma que eles se identificaram no espaço hospitalar.

Apenas um acompanhante revelou dificuldade para acompanhar o paciente internado, nesse mesmo momento, alertando para a necessidade de preparar a pessoa para exercer essa função que considera como física e emocionalmente desgastante, mesmo se sentindo inserido em um grupo que partilhava das mesmas experiências.

[...] A gente tem que ficar bem preparado para exercer essa função. Não é qualquer pessoa que está apta para ser acompanhante não. E isso eu garanto com a pureza d'alma. Além de estar fisicamente tenso, ainda tem

o problema de ter aquele jeito, sabe? Aquela paciência com o paciente, entendeu? (Ac. 3).

Sobre as queixas apresentadas e as demandas referidas pelos acompanhantes, as respostas foram categorizadas em dificuldades pessoais e em relação à infra-estrutura da instituição (Tabela 4). De forma menos relevante, as atividades desenvolvidas junto aos pacientes internados, bem como as relacionadas à interação com os profissionais e servidores da instituição também foram citadas. Quanto às dificuldades pessoais apresentadas durante o período de permanência no hospital, sete acompanhantes declararam que achavam difícil a situação por não terem direito a alimentar-se no hospital, dormirem na cadeira, fazerem as refeições em horário impróprio, ficarem perdidos no hospital, ficarem emocionalmente abalados diante das intercorrências com o paciente e não terem como revezar o acompanhamento com outras pessoas da família (Tabela 4).

O negócio é só o tipo de alimentação mesmo, que eu tô achando dificuldade pra conseguir, pra mim. Não tenho direito (Ac. 5).

A única coisa que eu penso, que eu acho assim meio ruim, é que eu não consigo dormir sentado numa cadeira. Isso ai eu acho, assim, a maior dificuldade (Ac. 11).

Uma vez resolvi jantar aqui. Ai, disse que não vou jantar mais não. A janta é quase dez horas da noite. Me senti super impazinada naquele dia (Ac. 12).

Tive dificuldade no dia que eu me perdi aqui dentro. Eu que muitas vezes me perdi, logo que cheguei. Agora, não (Ac. 2).

A minha dificuldade foi quando a minha mãe passou mal no banheiro [...] Por causa do pânico, eu estava ficando nervosa e quase chorava (Ac. 6).

A dificuldade é que minha irmã quer ficar aqui com ele. Só que ele não aceita. Então, o problema é este, é cansativo pra mim (Ac. 8).

As dificuldades pessoais também foram expressas pelos acompanhantes em forma de demandas, como ter a necessidade de interagir com outras pessoas dentro do hospital, obter informações sobre o tratamento do paciente e ter necessidade de retornar às atividades diárias, como cuidar dos afazeres domésticos, ir à igreja, estar com familiares e amigos.

Tem vez que eu tenho necessidade de conversar com algumas pessoas aqui dentro do hospital (Ac. 2).

Eu tenho necessidade, assim, de fazer minhas coisas. De estar na igreja, de estar junto do pessoal. Eu tenho isso como prioridade pra mim (Ac. 7).

Depois que eles termina a visita médica, eu fico esperando um pouquinho pra conversar. Porque tem coisas que eles falam, que a gente não entende. Ai, eu vou lá e pergunto (Ac. 6).

É possível perceber, a partir desses discursos dos acompanhantes, a capacidade que eles tiveram em identificar as suas próprias dificuldades, mesmo que o tratamento do paciente fosse uma prioridade a ser atendida no momento. Dessa forma, não mantiveram sublimadas algumas de suas necessidades, colocando para os profissionais do hospital o desafio de atender as suas demandas específicas, que deverão ser compreendidas independentemente das demandas dos pacientes. Por outro lado, os discursos revelaram que essas demandas estariam relacionadas à melhoria da infra-estrutura do hospital, para propiciar melhores condições para acomodação deles; ao suporte que deve ser oferecido pela equipe profissional, no sentido de melhor orientá-los e informá-los durante o período de acompanhamento do paciente; e a possibilidade de que sejam revistas algumas normas e critérios destinados a eles, como por exemplo, o direito igualitário à alimentação.

A literatura mostra que, por imposição ou escolha, o acompanhante familiar é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar. Geralmente é tão pressionado por necessidades imediatas, que esquece de si mesmo, “*é modesto em suas demandas, e é relutante em falar sobre suas dificuldades não querendo parecer desleal à pessoa da qual cuida*” (LEAL, 2000, p.2). Alguns se mostram tão agradecidos por pequenas ajudas conseguidas que não querem fazer críticas, mesmo que estas sejam construtivas.

Romano (1997), ao procurar identificar as principais necessidades dos familiares que acompanham seu parente no contexto hospitalar, diz que elas estão referenciadas na literatura, como: receber informação, carinho, ter suas perguntas respondidas honestamente, sentir que havia esperança, ter explicações compreensíveis e ser informados sobre os fatos a respeito do progresso do paciente.

Tabela 4. Dificuldades apresentadas pelos acompanhantes durante a permanência deles no hospital. Vitória. 2005.

Categorias	Frequência de respostas	
	n	%
Pessoais	7	41,1
Em relação à infra-estrutura da instituição	5	29,4
Em relação às atividades desenvolvidas	3	17,7
Em relação à equipe profissional	2	11,8

As dificuldades em relação às condições de infra-estrutura física da instituição foram citadas por cinco acompanhantes e também estavam associadas à falta de condições ideais para o atendimento e tratamento do paciente, como por exemplo, a falta de medicamentos na farmácia do hospital, de acomodação adequada para o atendimento do paciente em determinado setor da instituição e a falta de lençóis. Como se pode perceber, essas questões não deveriam ser de preocupação dos acompanhantes, visto que seriam de responsabilidade da instituição hospitalar. Então, qual será o motivo que os acompanhantes a apresentaram como uma dificuldade especificamente deles?

Essa colocação nos remeteria a pensar que, por um lado, os acompanhantes percebem a fragilidade da instituição hospitalar para prestar uma assistência de qualidade aos pacientes internados, o que poderia gerar ansiedade e insegurança entre eles. E, por outro, que algumas dessas responsabilidades poderiam estar sendo divididas com os acompanhantes, na complementaridade do tratamento do paciente.

Eu tive muita dificuldade quando precisou de um remédio. Porque não tinha aqui no setor e nem na farmácia do hospital (Ac. 3).

A dificuldade foi no Pronto-Socorro, de não conseguir arrumar alguma coisa pra ele. Um colchão que seja. Não podia trazer um colchão de casa, uma esteira, nada, pra ele deitar (Ac. 7).

Às vezes, acaba o lençol e o paciente fica sem. Se bobear, tem pacientes que fica a semana todinha com o mesmo lençol (Ac. 12).

As dificuldades sobre a estrutura organizacional do hospital também apareceram na expressão de queixas e estavam relacionadas tanto aos recursos físicos que deveriam ser dispensados aos acompanhantes, quanto às normas que eles deveriam cumprir dentro da instituição.

Porque acho assim, que se a gente tem o direito de acompanhar, então, teria que ter uma cama pra gente dormir. A gente não tem. Acho que a gente teria que ter até direito da comida. Tem gente que tem que procurar fora (Ac. 8).

Ficar sentado a noite toda em uma cadeira. Às vezes tira um cochilo em cima de cadeira, prejudica uma coluna, prejudica muitas coisas no acompanhante (Ac. 10).

Eu li o que o acompanhante pode e não pode fazer. A maioria não pode [risos]. É mais punir mesmo, né. Na verdade, só tem desvantagem para o acompanhante (Ac. 12).



O hospital em si, acho que tem condição para o paciente, e não para o acompanhante [...] A acomodação é péssima porque se você não trazer alguma coisa de casa pra você se acomodar, você fica toda torta. Às vezes você encosta assim e alguns enfermeiros reclamam porque falam que a gente passa infecção para a pessoa (Ac. 7).

As dificuldades relacionadas às atividades que realizavam no hospital, que em princípio não haviam sido citadas por eles, foram declaradas, nesse momento da entrevista, por três acompanhantes, que achavam difícil ter que levar o paciente com o soro para o banheiro; terem que fazer esforço físico devido ao peso da paciente; e terem que limpar fezes e vômitos do paciente. Como se pode analisar, essas dificuldades estariam diretamente relacionadas às atividades que exigem certo esforço físico para que sejam realizadas e que os obrigam a entrar em contato com os detritos dos pacientes.

Eu acho mais difícil assim, pra mim, é levar ela para o banheiro com o soro. Porque tem que ir, tem que levar aqueles negócios e colocar lá, né (Ac. 1).

A dificuldade é o peso, porque ela é muito pesada. Às vezes, tenho que chamar alguém pra ajudar a levar ela no banheiro (Ac. 6).

A dificuldade é quando ela vomita e, até mesmo, quando faz cocô que eu tenho que limpar. Vai me dando um incômodo, eu não consigo (Ac. 11).

Quanto às dificuldades apresentadas em relação à equipe profissional, elas foram apresentadas somente por dois acompanhantes e praticamente se deu com funcionários que desempenhavam atividades não diretamente relacionadas ao paciente, como por exemplo, problemas com o segurança do hospital e com uma atendente do refeitório. As mesmas apontam a falta de preparo desses profissionais, no sentido de atender as demandas dos acompanhantes na instituição hospitalar, o que chama a atenção para a necessidade de melhor qualificá-los para essa finalidade e evitar que contra-tempos possam interferir no tratamento do paciente.

A dificuldade foi que eu precisei discutir um dia, porque eu estava muito brava com aquela situação toda. Eu queria subir e o segurança disse que não podia. Ele ficou falando, falando, no meu ouvido e não sei o que... (Ac. 7).

A minha dificuldade foi em relação ao pessoal. Eu fui devolver a bandeja e a moça do refeitório veio com grosseria e na hora que apertou o copo, caiu o mingau na minha mãe. Acho que isso atrapalha o tratamento do paciente (Ac. 12).

De modo geral, é possível observar que os acompanhantes apresentaram vários tipos de dificuldades durante a permanência no hospital, onde muitas delas se convertiam em demandas que precisavam ser atendidas pela equipe de profissionais da instituição hospitalar. As maiores dificuldades apresentadas por eles diziam respeito, primeiramente, à falta de condições oferecidas pela instituição para que pudessem permanecer nas enfermarias e darem melhor assistência ao familiar internado, quando se queixaram da falta de uma cama para dormir e de não terem direito à alimentação. E também estavam relacionadas à própria condição física e emocional para vivenciar determinadas situações em relação ao paciente internado e ficarem diariamente no hospital, na maioria das vezes, sem ter com quem revezar o acompanhamento.

Em seguida, apresentaram dificuldades em relação à organização e à infra-estrutura da instituição que podem ser compreendidas como a ausência de condições para prestarem um atendimento adequado às pessoas hospitalizadas, quando citaram, por exemplo, a falta de medicamentos no setor onde o paciente se encontra internado; a escassez de lençóis e a insuficiência de leitos na unidade de emergência. As dificuldades em relação às atividades que realizavam junto aos pacientes internados, bem como no que diz respeito ao relacionamento interpessoal com os profissionais do hospital, foi percebida de forma menos relevante pelos acompanhantes.

As dificuldades encontradas pelos acompanhantes no hospital também foram analisadas por outros trabalhos realizados acerca da temática e estavam diretamente

associadas à sobrecarga física e emocional, ao fator econômico, à ausência de informações, à falta de preparo emocional e à falta de reconhecimento do familiar como elemento indispensável no cuidado ao paciente, por parte da equipe profissional (LAUTERT; ECHER; UNICEVSKY, 1998).

Regeanini (1973), ao discutir sobre a relação entre a política hospitalar e o acompanhante, comenta que as vantagens da presença do acompanhante já são óbvias, mas que as desvantagens também existem. No entender da autora, a política do hospital é limitada pelos recursos orçamentários da própria instituição, sendo esta dependente dos recursos econômicos de cada país especificamente. Porém, mesmo considerando uma carência de recursos dos hospitais, cabe aos mesmos cumprirem com a sua função social de atender ao paciente na sua integralidade, bem como ao seu acompanhante.

Partindo desse pressuposto, é possível afirmar que cabe à administração do hospital, no momento de definir sua política institucional, levar em consideração as necessidades dos pacientes e também as de seus familiares, oferecendo a assistência e segurança de que necessitam em caso de estarem acompanhando pessoas hospitalizadas.

Nesse contexto, a maioria dos acompanhantes percebeu o hospital como um ambiente desagradável que gera nas pessoas sentimentos de rejeição, insatisfação e insegurança, por ser um local de abrigar pessoas doentes e com problemas. E também como um local confuso e contrastante. Por isso, o fato de estarem em contato diário com o ambiente hospitalar representava igualmente uma dificuldade com a qual eles tiveram que se deparar diante da necessidade de ficar com o familiar internado, conforme declaração dos dez acompanhantes.

O ambiente hospitalar é um lugar que ninguém gostaria de estar. Infelizmente! (Ac. 3).

O hospital não é bom, não. Porque você vê muitas coisas que você não deve ver. Eu não quero isso pra mim não (Ac. 5).

Ah! O ambiente hospitalar eu não gosto não. O cheiro de remédio; pessoas doentes, cheias de problemas; pessoas tristes... (Ac. 11).

No hospital você vê tanta coisa! Tanta gente ruim, entendeu? Aí você tem que reter o que é bom e esquecer o que é ruim (Ac. 7).

Ah! O hospital é um lugar horrível pra gente ficar, né. Porque você vê muita pessoa doente. A tristeza é grande (Ac. 8).

O hospital por um lado, é uma comédia. Por outro lado, é triste. Porque você vê, ao mesmo tempo, pessoas tristes, outras sorrindo, outras contando alguma coisa... (Ac. 12).

Apenas um acompanhante reconheceu o hospital como um local que cumpre com sua função social, que seria a de socorrer e proporcionar tratamento às pessoas doentes.

Eu acho que o hospital é um local de socorrer e de se tratar das pessoas. E onde a gente acha socorro é no hospital mesmo [...] É um lugar de tratamento (Ac. 1).

Então, podemos dizer que de forma geral, a percepção que eles apresentaram em relação ao hospital é a mesma que se acha presente no imaginário coletivo, e que parece perpetuar até os dias atuais, ou seja, como um local sombrio, obscuro, confuso e aterrorizante. Foucault (1979, p.203), ao fazer uma análise sobre a origem da instituição hospitalar, já descrevia essa imagem de que o hospital aparecia como uma estrutura em muitos pontos ultrapassada, *“como fragmento de um espaço fechado sobre si, lugar de internamento de homens e de doenças, arquitetura solene mais desajeitada que multiplica o mal no interior sem que ele se difunda para o exterior [...]”*. Assim, a questão relativa à imagem dos hospitais poderá estar fundamentalmente ligada ao espaço ou a diferentes espaços que ele ocupa na sociedade, que pode variar ou não de acordo com cada época específica, podendo ser abstraída de forma diferente pelas pessoas.

Em contrapartida, os acompanhantes consideraram que tinham uma boa relação com os profissionais do hospital, porque na sua concepção, todos os tratavam com carinho e estavam sempre disponíveis para dar informações e esclarecer suas dúvidas sobre o tratamento do paciente, parecendo reconhecer na equipe um tipo de suporte emocional e instrumental.

Não tenho nada que queixar não. Pra mim tá tudo bom. Tem muita gente boa ai (Ac. 1).

Eles tratam muito bem [...] É muito carinho. (Ac. 2).

É uma relação de respeito, um pelo outro, entendeu? (Ac3).

Toda vez que eu procuro eles me atende muito bem. Não tenho nada que reclamar de ninguém aqui (Ac. 4).

Eles pára, conversa com a gente e explica tudinho. E eu gosto (Ac. 10).

A gente conversa com a auxiliar de enfermagem e até mesmo brinca. A doutora também está sempre presente no quarto (Ac. 11).

A interação entre acompanhante e equipe também foi percebida pelos próprios profissionais como positiva, apresentando uma congruência entre ambos os discursos, uma vez que eles relataram ter uma boa relação com o mesmo, deixando transparecer que a presença do acompanhante seria um fator importante, uma vez que ele poderia ajudar tanto o paciente, como auxiliar o próprio trabalho da equipe.

Geralmente a convivência, o relacionamento é bom. É adequado. E geralmente é muito benéfico para o paciente e para a gente também [...] Eu acho que ajuda muito o paciente e ajuda a gente também. Ajuda muito o nosso trabalho (Prof. 8).

Geralmente eu tenho um bom relacionamento com eles [...] Eu tenho uma maneira de conversar com eles; tenho um carinho especial. Eu me identifico com eles (Prof. 7).

A nossa relação é boa. Eu acho importante a presença do acompanhante (Prof. 1)

Olha! Eu tenho um bom relacionamento com os acompanhantes. Eu respeito e eles me respeitam, então não vejo problemas (Prof. 5).

Caldas (2002) chama a atenção para a importância da interação interpessoal entre os profissionais e os acompanhantes familiares, destacando que estes não devem ser tratados como meros cumpridores de orientações padronizadas, mas como pessoas que são capazes de tomar decisões, que possuem grande capacidade criativa e que têm muito a ensinar a partir de vivências junto ao paciente. Sendo assim, a autora reforça ser fundamental os acompanhantes poderem efetivamente contar com o suporte técnico de profissionais sensíveis às suas necessidades.

Por outro lado, Romano (1997) também ressalta que a equipe profissional deve estar atenta para o fato de que, apesar da interação com a família não ser uma prioridade na dispensação dos cuidados, o fato de não serem estabelecidos contatos satisfatórios com ela poderá comprometer todos os resultados da atuação com o paciente. Portanto, o estabelecimento de uma boa interação entre os profissionais do hospital e os acompanhantes é um fator importante, visto que pode contribuir para a recuperação do paciente.

Os acompanhantes também perceberam na própria equipe um outro tipo de apoio, o qual eles poderiam contar para satisfazer algumas de suas necessidades dentro do hospital, como a solicitação por informação, conforto físico, assistência, afeto e valorização. Thoits (1997, p.147) define apoio como *“o grau em que as necessidades sociais básicas de uma pessoa são gratificadas mediante a interação com outros”*. Estas necessidades foram identificadas por ele como incluindo os desejos de afeto,

estima ou aprovação, pertença, identidade e segurança, e são satisfeitas mediante o conceder desse tipo de ajuda sócio-emocional e de ajuda instrumental, como por exemplo, conselho, informação, dinheiro e assistência. House (1997) sustenta que o apoio pode ser melhor entendido em termos de alguém que dá algo a outros, com respeito a algum problema. O algo incluiria quatro tipos principais de assistência, como o interesse emocional, assistência instrumental, informação e valoração. Os outros deveriam incluir cônjuges, parentes, amigos, vizinhos, supervisores de trabalho, prestadores de serviços e profissionais.

Em suma, o autor visualiza o apoio social desde o ponto de vista das interações sociais que estão relacionadas com um problema e que são mantidas por uma vasta gama de pessoas que se envolvem com esses tipos de assistência. O apoio social tem sido um dos conceitos mais utilizados na investigação atual dos fenômenos saúde/enfermidade e tem despertado interesse porque se tem postulado um papel protetor da saúde das pessoas em conjunturas críticas, como as provocadas por exposição a eventos de elevado estresse, a exemplo dos que foram vivenciados por esses acompanhantes de pacientes hospitalizados.

Sobre a permanência dos acompanhantes, a equipe profissional entrevistada considerou que os acompanhantes poderiam contribuir dentro da instituição hospitalar, uma vez que eles poderiam oferecer apoio emocional aos pacientes internados e tornar o ambiente hospitalar o menos agressivo possível para eles, principalmente, em se tratando ser alguém da família e de sua confiança. Também reconheceram que eles seriam importantes por poder auxiliar o paciente em suas necessidades físicas, além de auxiliar o trabalho de médicos e enfermeiros através de informações que poderiam ser repassadas sobre a real situação.

Nesse sentido, acreditamos que a equipe profissional deve aproveitar a oportunidade da presença dos acompanhantes no hospital para incluí-los no plano de assistência ao paciente, procurando resgatar os dados do contexto familiar e social dele, visando a sua recuperação integral.

Eu acho importante a presença do acompanhante. Porque além dele facilitar o trabalho do médico, passando informações, pode auxiliar também nos cuidados específicos do paciente [...] Ele pode dar apoio pessoal, dar força ao paciente. Eu acho que o ideal seria sempre ter o acompanhante (Prof. 1).

O acompanhante pode dar apoio psicológico para o seu próprio paciente, porque o paciente está fora de casa. Está fora do ambiente aconchegante da família (Prof. 7).

O acompanhante pode contribuir, dando um conforto para o paciente. Porque o próprio leito hospitalar é agressivo para ele (Prof. 3).

O acompanhante pode comunicar a enfermagem de alguma anormalidade que esteja acontecendo com o paciente que está ali internado, para que a gente possa tomar a devida providência (Prof. 2).

Sendo assim, na percepção da equipe profissional, haveria motivos reais que justificariam a necessidade da permanência dos acompanhantes junto aos pacientes internados e que levariam o hospital a convocar e a autorizar a participação deles nas unidades de internação. Esses motivos estariam relacionados, principalmente, ao conforto e ao bem-estar do paciente, mas também a uma forma de contribuição com a equipe, conforme relataram a seguir.

O hospital autoriza o acompanhante para dar um conforto maior ao paciente. Para ele estar ao lado de um familiar; de alguém que ele possa contar, além da gente. Porque alguém da família, ao lado do paciente, no momento da doença é muito importante (Prof. 2).

[...] Pra assumir algumas práticas que, às vezes, os profissionais de saúde não assumem (Prof. 6).



O hospital admite o acompanhante para ajudar o paciente. Eu acho que o primordial seria isso: pra alimentação; pegar um copinho com água. Mas acho que pra ajudar a enfermagem também (Prof. 7).

O hospital convoca porque aqui a gente tem muito problema social e, às vezes, os acompanhantes ajudam nessa parte. É um medicamento que falta; é uma ajuda pra mobilizar, acontece isso também. Mas, eu acho que o principal é pela parte afetiva e emocional do paciente (Prof. 1).

Em contrapartida, os profissionais do hospital ressaltam que a principal função dos acompanhantes no hospital deveria ser acompanhar ou estar ao lado do paciente internado, a fim de proporcionar seu conforto e bem-estar, e não para assumir condutas e práticas de competência dos profissionais. Assim, ao tentar definir a função do acompanhante, a equipe parece dissociá-la da execução de tarefas, querendo reforçar que ele deva apenas oferecer apoio emocional ao paciente. Essas afirmações se contradizem com aquelas que emitiram anteriormente, em que podemos inferir que não está definido nem mesmo para a equipe, qual seria o papel conferido aos acompanhantes na instituição.

A função do acompanhante, ao meu ver, é estar ao lado do paciente, acompanhando. Nunca assumindo condutas e práticas que não está apto a fazer (Prof. 3).

A função do acompanhante, como o próprio nome já diz, é acompanhar! É trazer o bem-estar para o paciente; dar um consolo aos pacientes (Prof. 6).

A função do acompanhante é acompanhar. Porque nem tudo o acompanhante pode estar ajudando. Porque tem os cuidados da enfermagem e é importante que a enfermagem providencie, não o acompanhante (Prof. 4).

A principal função do acompanhante é dar um conforto maior ao paciente. E é por isso que o hospital deve autorizar (Prof. 2).

Nesse contexto, os acompanhantes também atribuíram valorização a si mesmos, sendo congruentes com os profissionais, pois consideravam ser de muita importância para os pacientes internados, principalmente, porque na opinião deles, poderiam oferecer-lhe apoio emocional transmitindo amor, carinho, segurança e tranquilidade, de forma que não se sentissem isolados dentro do hospital e com a sensação de terem sido abandonados pela família.

Dessa forma, é possível que esses acompanhantes tenham reduzido seu sentimento de impotência, ao perceberem que podem colaborar mais efetivamente para a recuperação do seu ente querido.

Ah! O acompanhante é tudo na vida do paciente. Ele transmite amor, carinho, paciência (Ac. 3).

Acho que é importante ter acompanhante, né. Porque o paciente se sente mais seguro [...] Eu acho que até pra melhora dele é muito importante, sabe? (Ac. 4).

O acompanhante é importante porque parece que o paciente se sente mais seguro do que ficar abandonado, sozinho no hospital. Se não ele pode ficar pensando... A minha família me abandonou (Ac. 10).

Os acompanhantes também se reconheceram como importantes dentro do hospital por considerar que poderiam passar informações para a equipe a respeito do estado de saúde do paciente e por poder auxiliar nos cuidados dos mesmos, principalmente, ao perceberem que o número de funcionários é insuficiente para atender a todos que estão internados.

Eu vejo tudo, pra passar para os médicos. Por isso, eu sou importante (Ac. 2).

Ah! Eu acho muito bom botar acompanhante, porque logo que acaba um soro você vai lá e avisa. A pessoa está com uma dor, vai lá e chama a enfermeira. Eu acho muito importante nessa hora (Ac. 5).

Às vezes, não tem o técnico de enfermagem. Pessoas, para está dando conta da quantidade de pacientes para coleta de exames [...] Eu acho que é muito importante o acompanhante (Ac. 12).

Apenas um acompanhante considerou que a presença dele seria importante dentro do hospital, porque ele poderia fiscalizar o trabalho da equipe profissional, conforme ele próprio descreve. Dessa forma, o seu papel seria mais o de um fiscalizador das ações profissionais que estavam sendo direcionadas para o paciente, do que qualquer outro objetivo. A literatura aponta que esse seria o principal motivo pelo qual os profissionais de saúde costumam rejeitar a presença do acompanhante na instituição, porque acham que eles querem interferir no trabalho da equipe, além de questionar muito sobre a conduta com o paciente.

O acompanhante é importante, até mesmo por cuidado com o auxiliar de enfermagem. Ele, às vezes, trás um remédio e pode se enganar. E acontece muito isso, né? E você está ali mais perto. (Ac. 11).

Conforme podemos observar, assim como a equipe profissional, os próprios acompanhantes reconheceram a importância deles dentro do hospital, principalmente, para oferecer apoio emocional aos pacientes internados, auxiliá-los em seus cuidados e passar informações sobre seu estado de saúde, havendo uma congruência em ambos os discursos. Porém, mesmo não desconsiderando a participação dos acompanhantes no sentido de auxiliar nos cuidados, os profissionais do hospital ressaltaram que os mesmos devam contribuir apenas com aquilo que fosse possível realizar (provavelmente se referindo às atividades ligadas às necessidades básicas do paciente) e, na sua opinião, em hipótese alguma, eles deveriam assumir condutas da

equipe de enfermagem, que por considerarem ser de maior complexidade, automaticamente, exigiriam competência técnica para que fossem executadas.

Nesse sentido, na opinião da equipe, a função do acompanhante deveria ser acompanhar ou estar ao lado do paciente, para reduzir o sentimento de isolamento provocado pelo ambiente hospitalar, sendo que os motivos que levariam o hospital a convocar e autorizar a presença dos acompanhantes seria, principalmente, para proporcionar o conforto e bem-estar dos pacientes, mas também de alguma forma, contribuir com o trabalho dos profissionais. Mas, mesmo reconhecendo a importância desses acompanhantes dentro do hospital, a equipe profissional percebeu algumas dificuldades que são geradas pelos mesmos na rotina diária das enfermarias, que no seu entendimento, seriam resultantes do longo período de convivência deles dentro do hospital. Estas dificuldades estariam relacionadas, principalmente, à: grande solicitação de atendimento ao paciente; à dificuldade em cumprir as normas do hospital; à busca constante por informações; a não querer participar nos cuidados do paciente; e a querer assumir algumas condutas profissionais, conforme depoimento da equipe.

Muitos acompanhantes não entendem que nós estamos atendendo muita emergência. E, às vezes, eles vêm só pedir para a gente olhar a temperatura do paciente. A gente pede pra aguardar um pouquinho porque estamos atendendo uma urgência. E eles não gostam (Prof. 7).

Tem acompanhante, por exemplo, que não respeitava normas nenhuma de higiene do paciente que tinha que ter um cuidado total. Porque o acompanhante estava em isolamento de contato e o acompanhante não queria usar luvas. Às vezes, tirava a camisa na nossa frente (Prof. 8).

Tem alguns acompanhantes que nos atrapalha porque eles perguntam demais (Prof. 4).

Porque muitas vezes o acompanhante só está interessado no almoço e não quer participar nos cuidados do paciente [...] E tem acompanhantes também que esquece de ficar com seu paciente e fica andando pelas

enfermarias ou passeando pelo hospital. Já tivemos casos aqui, no quarto andar, de acompanhantes terem casos amorosos (Prof. 6).

Às vezes o acompanhante fica tanto tempo no hospital que ele acaba aprendendo algumas coisinhas que nós fazemos. Então, ele pensa que é um enfermeiro, e quer fazer tudo [...] A minha profissão é várias outras coisas que eu aprendi e que eu acho que não se baseia só no que o acompanhante viu e aprendeu (Prof. 5).

Analisando esses discursos apresentados, é possível afirmar que a mensagem transmitida pelos profissionais era de que a convivência diária com esses acompanhantes poderia, em contrapartida, aumentar o trabalho da equipe de enfermagem e que a sua longa permanência nas enfermarias poderia tornar o ambiente hospitalar tão familiar para eles que isso acarretaria na dificuldade dos mesmos em cumprirem com as normas e rotinas da instituição, havendo, assim, um afrouxamento dos limites que deveriam ser impostos. E, de certa forma, deixou transparecer a obrigatoriedade dos acompanhantes para participar nos cuidados dos pacientes, como se isso fosse uma função explicitamente delegada aos acompanhantes no hospital. Mas, onde se encontram instituídos esses cuidados? Ao que tudo indica, essa é uma questão que parece está apenas subentendida para os profissionais, uma vez que consta, no manual do hospital, que a função do acompanhante deve ser apenas auxiliar nas atividades de cuidados do paciente junto à enfermagem, e somente quando solicitados, mas não deixa especificado quais seriam esses cuidados. Por outro lado, a própria equipe não parece ter clareza sobre quais seriam as atribuições dos acompanhantes, quando faz associação ora à execução das atividades, ora à função de apoio emocional ao paciente internado.

Como forma de superar essas e outras dificuldades que, eventualmente, surgem na instituição hospitalar, foi apresentada pela equipe profissional a necessidade de preparar o acompanhante para que ele possa realmente contribuir com o paciente internado. Esse preparo poderia se dar, na opinião da equipe, através de orientações sobre o que o acompanhante poderia estar fazendo dentro do hospital, além de

propiciar sua participação em atividades de grupo para que os mesmos possam ter a oportunidade de expressar seus sentimentos e dificuldades.

O acompanhante pode contribuir com certeza. Basta, ele ser bem orientado (Prof. 7).

Tenho certeza que o acompanhante pode contribuir. Eu só acho que ele deveria receber uma orientação [...] Poderia ter uma reunião; uma troca de experiência entre eles (Prof. 8).

O acompanhante pode contribuir, desde que esteja preparado para isso. Ele chegou e não teve orientação nenhuma das normas, da rotina do hospital. O que ele pode ou não fazer. O que é dever dele, o que é direito. Ele não teve preparação, como é que ele vai contribuir? (Prof. 3).

Sobre a possibilidade de receber orientação, nove acompanhantes disseram ter sido orientados pelos profissionais do hospital a partir do momento em que foram autorizados a ficarem como acompanhantes, sendo que apenas três deles negaram ter recebido qualquer tipo de orientação a respeito do tratamento do paciente e do acompanhamento. Conforme os mesmos declararam, quem mais lhes forneceu orientações/informações dentro do hospital foram os próprios médicos ou o pessoal de enfermagem, sendo também esses profissionais a quem eles mais recorreram quando mais precisaram solicitar algum tipo de ajuda.

Em relação ao tipo de orientação que receberam, a maioria estava relacionada aos direitos sobre os benefícios que poderiam receber quando estivessem acompanhando o paciente e também ao dever de cumprimento das normas institucionais. Em relação aos benefícios, as orientações fornecidas consistiam sobre os critérios para a concessão das refeições, os horários em que teriam que ser realizadas, e o número de refeições fornecidas pelo hospital e sobre o direito que teriam de visitar o paciente. Sobre as normas institucionais, as orientações eram para que não ficassem circulando nos corredores, mantendo-se dentro das enfermarias junto aos seus familiares; não

entrassem nas enfermarias dos outros pacientes; não trouxessem alimentos; conservassem as enfermarias limpas; não lavassem roupas nas dependências locais, conforme eles mesmos declararam a seguir.

É importante ressaltar aqui, a dificuldade apresentada por um acompanhante ao tentar interpretar a legislação, quando se refere ao direito de alimentação, não entendendo que a idade limite de menor de 16 anos e maior de 60 anos, para concessão desse benefício, estaria relacionada ao paciente internado e não a eles próprios, pois, como se sabe, uma das normas institucionais é não permitir a presença de acompanhantes idosos e menores de idade. Esse fato chama a atenção pela dificuldade, muitas vezes apresentada pelos acompanhantes, em entenderem e aceitarem algumas normas institucionais estabelecidas.

Sobre a alimentação; pra não ficar no corredor na hora da limpeza; não sair da enfermaria (Ac. 4).

A supervisora do andar [enfermeira] chamou e disse todo o procedimento. Por exemplo, nós que ficamos com o paciente, não devemos entrar em quarto de outro paciente nenhum [...] Orientação do horário de jantar; lugar pra lavar roupa lá dentro [enfermaria] é difícil e não pode fazer sujeira lá dentro; não pode subir com comida, com frutas, nem nada (Ac. 2).

Passaram um boletim pra mim dizendo os deveres do acompanhante, ou seja, o acompanhante só tem direito a almoço ou janta, se de repente ele for acompanhante menor de 16 anos, ou mais de 60 anos [...] Quanto às visitas diárias, o período, isso tudo passou. Fui bem orientado, quanto a isso não tenha dúvida [...] A gente não pode entrar no setor, na enfermaria ao lado; pode tentar assistir televisão; se quiser dar um recado tem que ficar lá fora e transmite o recado (Ac. 3).

Não entrar no quarto dos outros pacientes; das refeições. O que eu ouvi foi isso, só (Ac. 6).

Que eu não podia trazer comida (risos). Não podia subir com comida lá pra cima. Essas coisas de alimento, só (Ac. 7).

As orientações que eu recebi é que eu tenho que ficar no quarto pra acompanhar ele, paciente. A menina que autorizou disse que eu tinha direito ao ticket-alimentação, por causa da idade dele (Ac. 8).

As outras orientações que foram repassadas pela equipe do hospital estavam relacionadas à forma como o acompanhante deveria proceder com o paciente internado, envolvendo alguns cuidados de assepsia, como por exemplo, usar luvas e máscaras; lavar as mãos; e auxiliar no controle de aparelhos e medicamentos, sendo explicitadas apenas por três acompanhantes.

Ela, a enfermeira, falou pra eu poder usar as luvas na hora de trocar as fraldas (Ac. 6).

Eles falaram que eu devia botar máscara; pra toda hora passar álcool nas mãos, ao tocar o paciente. E nunca chegar perto do paciente, por causa da infecção da pele. Foi essas as instruções que eu tive (Ac. 5).

Me falaram que era só quando a máquina começasse a apitar, pra chamar a enfermeira. Ou o soro acabasse pra eu avisar. Essas coisas só (Ac. 10).

De acordo com o que foi declarado pelos acompanhantes, é possível verificar que as orientações mais repassadas pela equipe profissional diziam respeito, principalmente, às normas que eles deveriam cumprir a partir do momento que fossem autorizados a acompanhar o paciente internado. Apenas poucas orientações foram repassadas pela equipe no sentido de melhor preparar os acompanhantes em relação à forma como eles poderiam estar ajudando o paciente internado e, ao mesmo tempo, criando meios de



redefinir ou reduzir o potencial de danos deles, elevando a capacidade de enfrentamento às demandas e proporcionando o seu bem-estar.

Por outro lado, as orientações sobre as normas institucionais parecem representar mais uma forma de manter a disciplina dos acompanhantes dentro do hospital, uma vez que se constituem em uma série de medidas restritivas e punitivas, tais como foram reconhecidas por eles. Além disso, parece existir uma diferença qualitativa bastante significativa em relação aos direitos contidos nessas normas para os acompanhantes e as necessidades que são percebidas por eles, revelando uma distância entre aquilo que constitui uma prioridade para a instituição – manutenção da ordem interna – e as reais demandas dos acompanhantes, quando da sua inserção no hospital.

COSTA (2000), ao realizar uma análise sobre o trabalho de profissionais em uma unidade de saúde, entende que a interpretação das normas e rotinas era uma atividade voltada para a formação de atitudes e de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas unidades. Consistia num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas unidades, tais como: observância de horários, prazos de retorno do paciente, documentos exigidos. Dessa forma, sua utilidade seria a de assegurar a disciplina e o enquadramento dos usuários às normas e rotinas da unidade, mais do que qualquer outro objetivo.

Para Foucault (1979, p.107), *“a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade, exercendo sobre eles uma vigilância perpétua e constante”*. O autor, ao descrever sobre a origem do hospital, destaca que a disciplinarização do espaço hospitalar, associado à transformação do saber e da prática médica, estão na origem da sua constituição institucional. Assim, o aparecimento de uma disciplina hospitalar terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os indivíduos serão colocados, sendo possível individualizá-los e distribuí-los em

um espaço onde possam ser vigiados e que se possa registrar tudo o que acontece. Dessa forma, a disciplina é, antes de tudo, uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, ou seja, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório, sendo que ela exerce o seu controle não apenas sobre o resultado de uma ação especificamente, mas sobre o próprio desenvolvimento.

Berger e Luckmann (1985) analisam que esse caráter controlador é inerente à institucionalização enquanto tal e anterior a quaisquer mecanismos de sanções especificamente estabelecidos. Sendo assim, pela simples força de sua facticidade, ela tem um poder coercitivo sobre os indivíduos e a realidade objetiva não fica diminuída se eles não compreendem a finalidade dela ou seu mundo de operação. Portanto, os autores ressaltam que toda instituição tem um corpo de conhecimento que é transmitido como receita, ou seja, como aquele que fornece as regras de conduta institucionalmente adequadas, define as áreas institucionalizadas da conduta e designa todas as situações que se localizam dentro dessas áreas. Além de definir e construir os papéis que devem ser desempenhados no contexto das instituições em questão.

Refletindo sobre o que foi declarado e reconhecendo o caráter controlador da instituição na qual se encontram inseridos os acompanhantes, perguntamos se seria possível estabelecer regras que visem não apenas ao seu enquadramento dentro do hospital, mas que possam ter, sobretudo, a função de orientá-los, informá-los e fazer com que sintam acolhidos pelos profissionais. Pois, institucionalização não significa, necessariamente, organização dos serviços, fazendo-se necessário haver uma flexibilização das normas e critérios estabelecidos.

Alguns acompanhantes parecem revelar também em seus discursos uma atitude de submissão, não querendo deixar transparecer suas verdadeiras inquietações em relação ao tratamento recebido dentro do hospital, o que poderia estar associado, entre outras questões, ao pouco espaço conferido para que possam se pronunciar sem que se sintam ameaçados pelos mecanismos de controle institucional, conforme descrevem a seguir.

Às vezes, uma pessoa fala alguma coisa que a gente não gostou, e a gente fica quieto [...] Até a doutora chegou e achou eu meia triste, e perguntou quem tinha feito alguma coisa comigo. Eu disse: deixa pra lá, não vou citar nome de ninguém (Ac. 1).

O pessoal daqui é muito bom [...] Quer dizer, eles não são obrigados a fazer tanto sacrifício aqui, né? A gente deve muita obrigação a eles (Ac. 4).

[...] Porque acaba tendo pessoas que fazem grosserias. E eles não gostam, entendeu? Não é obrigação deles está fazendo nada para o acompanhante (Ac. 7).

Porque eu sou assim, uma pessoa de pouco caso, né. Então, eu não fico assim...cobrando muito, sabe? (Ac. 8).

Sobre as mudanças ocorridas na vida dos acompanhantes depois que passaram a acompanhar o paciente no hospital, a análise das respostas mostrou três categorias principais - alterações físicas; alterações emocionais e alterações na vida diária. Durante o período em que estavam acompanhando o paciente internado, dez acompanhantes perceberam alterações físicas (Tabela 5), como cansaço, por ter que acompanhar diariamente o paciente, emagrecimento, por não conseguir se alimentar adequadamente no hospital, dores nas costas, por ter que mobilizar o paciente no leito, inchaço e dores nas pernas por dormir sentado em cadeira, e ganho de peso, conforme alguns deles relataram.

Apesar de estar cansada, eu não arredo o pé não. Porque é importante para o paciente (Ac. 4).

Emagreci uns três ou quatro quilos, porque a minhas roupas estão caindo. Estão caindo tudo (Ac. 7).

Senti que as pernas inchou muito. A inchação ficou dura. Pedi meu marido para trazer uma cadeira de praia, pra eu espichar as pernas um pouquinho (Ac. 1).

Senti dores nas costas, nas pernas, porque a gente tem que virar ela e tal. E, às vezes ela cola na gente e é muito pesada (Ac. 11).

Acho que engordei, peguei peso. E aqui dentro do hospital (Ac. 9).

Tabela 5. Alterações físicas percebidas pelos acompanhantes durante a permanência deles no hospital. Vitória. 2005.

Alterações físicas	Frequência de respostas	
	n	%
Cansaço	6	54,5
Emagrecimento	2	18,2
Ganho de peso	1	9,1
Dor	1	9,1
Inchaço	1	9,1

Os acompanhantes também perceberam alterações emocionais e elas foram citadas por nove acompanhantes (Tabela 6). Dentre essas alterações emocionais a preocupação predominou na fala de seis acompanhantes. Preocupavam-se, principalmente, com a doença e com o tratamento do paciente.

Assim, fico preocupada como é que esta passando ele, paciente. Se eu sair de perto, eu não vou saber (Ac. 1).

A minha maior preocupação é a doença. Porque o que me falaram é que ela é a causadora de todos os sintomas que ele [paciente] está no corpo, como a falta de movimento (Ac. 7).

A preocupação que eu tenho é, assim, de uma hora pra outra perder ele, paciente. Eu não sinto assim, muita segurança no estado físico dele. Eu acho ele um pouco frágil (Ac. 9).

Eu me preocupo muito com ele. O que será dele, assim, ficar toda a vida no hospital. Dele ficar acamado dentro do hospital, dele morrer. Eu penso muito nisso também (Ac. 10)

Enquanto três deles preocuparam-se mais com os cuidados da casa e dos familiares que tiveram que abandonar durante esse período em que acompanhavam o paciente, conforme eles mesmos declararam.

Eu fiquei pensando, assim, a gente fora de casa, longe. Não pode ir lá. Não pode deixar pra trás. Mas, eu preciso, eu tenho que olhar minha filha (Ac. 4).

A única preocupação pessoal que eu tenho é o meu companheiro. É porque ele é hipertenso, e está sozinho em casa (Ac. 5).

A preocupação que eu tenho é que eu queria está na minha casa com os meus filhos e com a minha mãe (Ac. 11).

Outros tipos de preocupações, como por exemplo, referente à dívida adquirida pela compra de medicamentos e a possibilidade de perder o período da faculdade por estar acompanhando o paciente, foram citadas apenas por um acompanhante.

A preocupação é contas de remédio na farmácia [risos]. Tem que pagar, né. Essa semana passada, eu gastei quinhentos reais de remédio (Ac. 4).

Eu fico com medo do meu pai demorar muito a sair daqui. Porque senão eu perco a faculdade de fisioterapia que faço (Ac. 7).

Nesse mesmo período em que estavam no hospital, também manifestaram tristeza, medo e nervosismo pela gravidade do diagnóstico e hospitalização do paciente, insegurança em serem contaminados pela doença, fragilidade diante das

intercorrências que o paciente poderia vir a ter e solidão por perceberem que não poderiam mais compartilhar os momentos junto com a família.

Ah! A gente fica mais triste, né. Porque a mãe da gente doente. Eu queria que ela estivesse em casa (Ac. 11).

Tenho medo de na hora do banho, um dia desses, ela pode morrer nos meus braços, entendeu? Eu fico com medo. Aquele medo é que me deixa transtornado (Ac. 3).

Às vezes, eu pergunto o médico se ela pega [doença]. Ele disse que não. Mas, eu fico insegura (Ac. 9).

Eu chego em casa e não encontro ninguém. Filho trabalhando; a filha vai pra casa do noivo. Eu fico sozinho em casa (Ac. 3).

Tabela 6. Alterações emocionais percebidas pelos acompanhantes durante a permanência deles no hospital. Vitória. 2005.

Alterações emocionais	Frequência de respostas	
	n	%
Preocupação	9	50
Tristeza	3	16,7
Nervosismo	2	11,3
Medo	1	5,5
Insegurança	1	5,5
Fragilidade	1	5,5
Solidão	1	5,5

Néri (2001) analisa que estados físicos, mentais e emocionais negativos, associados ao cuidado de pacientes hospitalizados e estando relacionados aos seus familiares, ocorrem por causa de alguns elementos que, de um modo geral, seriam: a) o exercício do acompanhante colide com a individualidade da pessoa que está cuidando, ele vê a vida pessoal e social interrompida por ter que auxiliar o paciente em tempo integral; b) as tarefas acarretam ônus físico, emocional e financeiro, que tendem a se agravar com

a evolução da doença; c) não existem informações suficientes para quem exerce o cuidado, há poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas para oferecer-lhes suporte e poucas fontes de apoio emocional; d) a dinâmica cuidar – ser cuidado pode fazer aflorar sentimentos negativos antigos que permaneciam latentes e a situação ficar de difícil manejo; e) as atividades de cuidar são exercidas geralmente por um único membro da família, sem ajuda ou reconhecimento dos demais integrantes.

Algumas alterações na vida diária foram percebidas pelos doze acompanhantes, a partir do momento em que passaram a acompanhar o paciente no hospital (Tabela 7). Sete deles declararam que tiveram que abandonar a sua casa e interromper as atividades domésticas, enquanto cinco reconheceram que estavam dando menos atenção aos filhos e que também tiveram que abandonar temporariamente atividades sociais, como por exemplo, parar de freqüentar a igreja e não visitar a casa de amigos e de familiares; ter que abandonar o trabalho foi citado por quatro acompanhantes. Além disso, declararam ter que interromper outras atividades nesse mesmo período, por exemplo, adiar uma viagem programada; deixar de fazer algumas atividades manuais (bordado e ponto cruz); ver com menor freqüência o namorado; e deixar de cuidar do neto que ficava sob sua responsabilidade.

Deixei de cuidar dos meus filhos, lavar roupa, cuidar da casa. Quem está fazendo isso agora é a minha filha. Ela lava a roupa, ela faz o almoço dos irmãos e limpa a casa (Ac. 6).

Eu me considero até um funcionário do hospital. Todo dia eu tenho que acordar às 8 horas, tomar banho e vir pra cá. Eu trabalhava e parei de trabalhar em função dela, paciente (Ac. 3).

Eu tenho menos tempo pra fazer as coisas. Eu tenho ido à igreja, mas não com tanta freqüência. Tem um tempão que eu não vou no ministério de dança (Ac. 7).

Sempre vivi pra trabalhar e agora é minha filha e minha nora que cuida da minha casa. Eu gostava de marcar, bordar. Eu não faço mais nada

disso. Olhar meu neto que mora em Guarapari, que não olho mais. Deixei de lado essa parte (Ac. 4).

Meu namorado, eu só vejo nos finais de semana e já estava programado a semana toda (risos). E tem todo o relacionamento dentro de casa, que eu ficava tão pouco, e eu queria nos finais de semana todo mundo unido, né (Ac. 12).

É importante ressaltar que apenas uma acompanhante percebeu mudanças positivas, nesse mesmo período que acompanhava o paciente hospitalizado. Conforme ela mesma descreveu, essa experiência possibilitou o estreitamento da sua relação com o pai e, ao mesmo tempo, contribuiu para torná-la uma pessoa mais responsável. Isso demonstra a singularidade presente na experiência vivida pelos indivíduos, que pode está relacionada aos significados que atribuem ao processo de doença, à hospitalização, ao contato com o ambiente hospitalar, e a tudo o que esse universo representa.

Teve mudanças, mas eu acho que foi para melhor. Essa experiência fez com que eu me aproximasse mais do meu pai. E amadureci também, porque você acaba tendo mais responsabilidade pela situação (Ac. 7).

Tabela 7: Alterações na vida diária percebida pelos acompanhantes durante a permanência deles no hospital. Vitória. 2005.

Alterações na vida diária	Frequência de respostas	
	n	%
Abandonar a casa e interromper as atividades domésticas	7	27
Dar menos atenção aos filhos	5	19,2
Abandonar as atividades sociais	5	19,2
Abandonar o trabalho	4	15,4
Outras atividades	5	19,2

A partir da análise dos discursos, é possível observar que os acompanhantes sofreram alterações físicas, emocionais e em sua vida diária depois que passaram a acompanhar



o paciente no hospital. Quanto às alterações físicas percebidas, o cansaço predominou na fala desses acompanhantes, podendo estar relacionado ao fato de que eles estavam acompanhando por um período mínimo de trinta dias e tinham que cuidar ininterruptamente do paciente sem as condições ideais para o seu repouso eficiente, pois, como se sabe, o hospital oferece apenas uma cadeira para que ele possa dormir à noite e o pequeno espaço das enfermarias para que possa ser dividido entre eles. Porém, outras manifestações de desgaste físico também foram apresentadas por eles nesse momento, como dores e inchaço no corpo por ter algumas vezes que carregar o paciente para o banheiro, ter que virá-lo no leito, e emagrecimento ou ganho de peso, que poderiam estar relacionados a mudanças no padrão alimentar por não conseguirem se alimentar direito no hospital, demonstrando uma dificuldade para se adaptarem às novas regras.

Quanto às alterações emocionais, a preocupação em relação à doença e ao tratamento do paciente foi predominante, sendo manifestados também sentimentos de tristeza, nervosismo, medo, insegurança, fragilidade e solidão. Essa reação por parte dos acompanhantes já poderia ser esperada, considerando-se o fato de estarem acompanhando pacientes com doenças graves e que exigiam longo período de internação, em que muitos deles eram submetidos a vários tipos de exames e a terapêuticas agressivas. Em alguns casos, também, esses acompanhantes aguardavam pela definição diagnóstica do paciente, o que seria um fator gerador de ansiedade. Ainda sem contar com todas as mudanças que a situação estava acarretando em suas vidas.

Quanto às alterações ocorridas na vida diária, as mais citadas pelas acompanhantes foram ter que abandonar a casa e interromper as atividades domésticas, como também deixar de dar atenção aos filhos. Como podemos observar, essas seriam as principais atividades relacionadas a essas mulheres que são donas de casa, com filhos e que diante da necessidade de acompanhar um familiar internado, tiveram que ser interrompidas, tendo muitas vezes que ser delegadas a outras pessoas da família ou amigos. O afastamento das atividades sociais foi outra modificação percebida pelos

acompanhantes, como também o abandono do trabalho, o que traria conseqüências mais sérias por comprometer o rendimento familiar.

Conforme analisa Romano (1997), a hospitalização de um membro da família é um evento que gera estresse. Dessa forma, pode haver um desequilíbrio dinâmico que decorre tanto das necessidades internas (redistribuição de papéis, reorganização emocional, surgimento de sentimentos de insegurança, ansiedade, tristeza, nervosismo e outros) como também das solicitações de pressões que o ambiente externo faz (quebra de rotina e aspectos sócio-econômicos e financeiros). Frente a esse episódio, as alterações que ele provocará, bem como as necessidades adaptativas que poderão ser mobilizadas dependerão de como o evento se iniciará, dos recursos que essa família dispõe para lidar com essa situação e com a importância e a valorização que fazem desse novo acontecimento. Assim, as estratégias adaptativas usadas para enfrentar a situação de doença e hospitalização de um parente e seu sucesso em restaurar o equilíbrio do sistema familiar podem ser medidas pelas respostas individuais das pessoas, tanto físicas como afetivas, que segundo a autora, seriam: dormir menos, com pior qualidade de sono; permanecer acordado ou ter dificuldade para dormir; redução ou aumento na ingestão de alimentos; mudanças no padrão alimentar (para pior); aumento do uso de cigarros, álcool e medicações autoprescritas, como analgésicos, aspirina e calmante; ficar menos tempo vendo televisão e mais tempo conversando, rezando, visitando o paciente, esperando, lendo; sentimento de abandono, menos valia, culpa, raiva.

Todas essas respostas que representariam manifestações universais de ansiedade foram apresentadas pelos acompanhantes desse estudo tanto para o enfrentamento das questões relativas ao tratamento do paciente, como para o enfrentamento das questões pessoais deles, que surgiram em decorrência de mudanças surgidas com a hospitalização do familiar internado.

A autora ressalta, ainda, que frente a essa situação, as fontes mais freqüentes de ansiedade nessa família poderiam ser em conseqüência das seguintes questões

ameaçadoras, que no caso específico aqui, também foram experienciadas pelos acompanhantes, como: súbita e inesperada instalação da doença; incerteza sobre o prognóstico; medo de que o paciente sinta dor, tenha inabilidade pós-evento mórbido, ou morra; falta de privacidade e de individualidade; ambiente desconhecido e aterrorizante do hospital; e separação física do paciente e/ou distância de casa, acarretando ausência do grupo de amigos, vizinhos ou parentes com quem havia convívio, e a sensação de amparo e disponibilidade. Por outro lado, esse afastamento levaria a mudanças nos papéis familiares; quebra das rotinas; sentimentos de isolamento; sentimento de perda de controle; outros problemas, como cuidados com as crianças que estão em casa, outras doenças na família, perda de proventos, despesas extraordinárias para custeios de manutenção nas proximidades do hospital e/ou para custeios do tratamento. Dessa forma, a manifestação pelos acompanhantes de um desgaste físico e emocional, pode ser explicado pelo fato de os mesmos estarem expostos a algumas dessas fontes ameaçadoras, presentes nesse momento, no contexto hospitalar.

Conforme analisa Angerami-Camon (1996), como o desequilíbrio do sistema é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, a hospitalização é percebida como ameaçadora, e, se o equilíbrio não é restaurado, tem-se uma crise. Por ora, essa crise que se instala passa a provocar grande mobilização no sistema familiar, e este, assim como o paciente, tentará buscar formas adaptativas para se reorganizar frente a essa nova realidade e criar uma situação temporária de reequilíbrio com o objetivo de superar alguns obstáculos enfrentados nesse momento e resgatar o seu *status quo* que era estabelecido anteriormente ao evento. Essa sensação de ameaça que pode ser tanto objetiva, quanto subjetiva, mobiliza os integrantes dessa família de forma a gerar comportamentos os mais diversos em relação à pessoa que adoeceu, à equipe de saúde, ao tratamento e a eles próprios. Segundo a autora, pode haver três níveis de reação mais comumente observados nesses casos, como: o sistema familiar mobiliza-se na intenção de resgatar seu estado anterior; o sistema familiar paralisa-se frente ao impacto da crise; o sistema familiar identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la.

No primeiro caso, que é o mais freqüente, o impacto inicial frente ao diagnóstico e à internação é gradativamente substituído por uma ação franca no sentido de buscar a recuperação do paciente e reintegrá-lo a seu lugar e a papéis no sistema. Assim, a família, tal qual o paciente, pode passar por diversos estados emocionais, como medo, ansiedade, angústia e mobilização de mecanismos de defesa, sendo negação, racionalização e fantasia os mais freqüentes. Mas, nesse caso, toda a mobilização é no intuito de superação da crise.

No segundo caso, a família entra num processo de imobilidade, semelhante à reação emocional ao estado de choque. Essa imobilidade é diretamente proporcional ao grau de importância que o paciente possuía na determinação do equilíbrio da estrutura do sistema e ao grau de maturidade que essa família, enquanto grupo, possui.

Dessa forma, os sentimentos de desamparo, desesperança, medo, ansiedade e ameaça são freqüentemente constatados. Então, a família torna-se um fardo para o paciente que, tentando poupá-la, pode omitir dados sobre seu estado real para estes e até mesmo à equipe de saúde, com o intuito de obter a alta para voltar a assumir o seu lugar no sistema. Ela não poupa o paciente dos problemas que ficaram do lado de fora do hospital, é insistente com a equipe de saúde em relação à melhora do paciente, muitas vezes, negando-se a ouvir as ponderações desta.

No terceiro caso mencionado, a família pode identificar benefícios na mudança que foi gerada no sistema a partir da doença. Aqui, o paciente assume no sistema o papel de “ovelha negra” ou de “bode expiatório”, e essa função tem por objetivo manter o equilíbrio do sistema, de tal forma que este desloca e/ou projeta para o eleito (no caso o paciente) todas as patologias das relações.

A doença e internação podem ser um fenômeno gerador dessa condição. Por um lado, dando à família um real “emergente patológico” ou, em outros casos, possibilitando àquele que era o “emergente” até então passar sua função para o paciente, livrando-se,

assim, da penosa carga que levava. Em ambas as situações, há um grave problema, que é o risco de serem instalados comportamentos de cronificação da doença, independentemente do caráter crônico que esta possa ter, pois a família estrutura um padrão de relacionamento com a pessoa doente de tal forma que essa só obtém sua atenção se agir e responder enquanto doente. Dessa forma, a doença é sempre experimentada de forma coletiva nessa microssociedade – a família - que tem objetivos comuns, regras e acordos de relação. Portanto, sua existência, sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca incessante de manter seu equilíbrio, que é dinâmico, interativo e que sempre trará um novo resultado.

No contexto hospitalar é importante a equipe profissional reconhecer qual o significado que a doença adquire em cada grupo familiar em particular, e a partir dessa identificação procurar trabalhar com os acompanhantes as implicações contidas no processo de hospitalização, a fim de auxiliá-los na relação com os pacientes internados, visando à superação do elo de dependência que é comum nessas situações. Dessa forma, é possível pensar em ações de cuidado desenvolvidas pelos acompanhantes que possibilitem ao paciente desenvolver suas próprias capacidades.

Sobre as estratégias utilizadas pelos acompanhantes diante das dificuldades e das demandas apresentadas, a análise das respostas mostrou uma categoria principal – a fé (Tabela 8). Durante a permanência no hospital, nove acompanhantes conseguiram disponibilizar algumas estratégias para o enfrentamento das dificuldades que surgiram nesse período. A fé em um ser superior foi declarada por três acompanhantes, como o recurso que eles mais utilizaram para enfrentar os problemas decorrentes em relação ao tratamento e ao estado de saúde do paciente.

Quando eu vi ela [paciente] naquele estado, aí foi difícil. Pra superar, eu comecei a louvar o senhor. É a única tranquilidade que nós temos (Ac. 5).

A situação era difícil, então vamos orar. Porque não tinha como a gente conseguir lá no IAPI, trocar a medicação no prazo que o paciente precisava [...] mas Deus abençoou (Ac. 7).

Eu peço muito a Deus pra dar força, pra mim, conversar tudo com Ele. Assim [...] doença, coisas assim. (Ac. 10).

Outros três acompanhantes também utilizaram a fé como forma de trazer conforto para si mesmos, a fim de suportar o período em que teriam que ficar acompanhando o paciente internado e estarem submetidos às condições impostas pela instituição hospitalar.

Eu me sinto feliz e falo: obrigada meu Deus, por este dia e ter essa força pra novamente outro dia (Ac. 2).

Ah! Primeiro é Deus. Que me dá aquela força fora do sério [...] o principal é a fé em Deus, acreditar em Deus. Então, é aquela fé positiva (Ac. 3).

Estou preparada, graças a Deus [...] eu estou sempre bem, graças a Deus. Eu não reclamo de nada. Só agradeço (Ac. 9).

Tabela 8. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos acompanhantes durante o período de acompanhamento. Vitória. 2005

Estratégias de enfrentamento	Frequência de respostas	
	n	%
Fé	6	60
Caminhada	1	10
Dança	1	10
Escrever cartas e mensagens	1	10
Refletir sobre a situação	1	10

Outras formas de enfrentar as dificuldades surgidas nesse período também foram citadas por três acompanhantes, como fazer caminhadas; dançar; escrever músicas e mensagens; e ficar refletindo sobre a sua própria situação.

Eu pratico muito esporte [...] continuo minhas caminhadas, três vezes por semana, de uma hora e meia. Além do mais, eu danço duas horas de baile direto. Isso me dá uma condição física muito boa pra suportar esse embalo aí (Ac. 3).

Eu escrevo e tento escrever música. Gosto de escrever coisas bonitas ou alguma mensagem pra alguém. E faço isso. Escrevo algo diferente (Ac 12).

Vou ali fora, no jardim, e fico sentada num banco e volto [...] fico lá sentada e penso um pouco nas coisas. Depois eu subo e pronto, esqueço (Ac 11).

Em vários outros momentos da entrevista, os acompanhantes fizeram referência à busca de ajuda junto à equipe profissional, o que pode ser entendido como outra forma encontrada por eles para resolver as suas dificuldades dentro do hospital. Os motivos mais freqüentes da sua solicitação estavam relacionados a pedidos de informação sobre o tratamento e de como proceder com o paciente, além da necessidade de auxílio na assistência direta do mesmo, por exemplo, dar banho.

Pra informação eu vou para as pessoas que entendem o estado de saúde dele. Eu tô sempre perguntando (Ac 9).

Eu procuro mais mesmo é a assistente social, os médicos que cuida dele. Quando eu sinto uma coisa assim [...] eu procuro pra me orientar, o que devo fazer (Ac 10).

Quando ele se sente mal ou cai, vou no corredor e chamo. Ontem mesmo eu dei banho nele, pois ele estava febril. Aí botei bastante toalha molhada nele e chamei o enfermeiro. (Ac 8).

Mesmo considerando que os acompanhantes conseguiram disponibilizar alguns recursos para enfrentar as dificuldades surgidas durante o período de permanência no

hospital, a fé em um ser superior foi declarada por eles como a estratégia mais utilizada para a redução das ameaças que a situação impunha. O modelo interacionista proposto por Lazarus e Folkman (1984, p.47) conceitua enfrentamento como *“uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear demandas externas ou internas específicas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa”*. Nesse sentido, enfrentamento é compreendido como um processo dinâmico, que se retroalimenta, devendo ser julgado dentro do contexto do indivíduo enfocando a redução de angústia ou sensação desagradáveis, podendo ser considerado como uma resposta à percepção de dificuldade ou conflito, real ou não, podendo levar ou não ao ajustamento.

Considerando que os acompanhantes estavam inseridos em uma instituição hospitalar que não dispunha de muitos recursos que pudessem ser disponibilizados, no sentido de reduzir sua ansiedade frente à situação de doença e hospitalização do seu familiar internado e também de suas questões pessoais, é compreensível que a fé (enquanto um recurso próprio) tenha sido a forma de enfrentamento mais perceptível e utilizada por eles, pois, as ações que visem ao atendimento das necessidades específicas desse grupo ainda são inexistentes no hospital, como por exemplo, grupos de apoio, programas de orientação e atividades de entretenimento. Por outro lado, o reconhecimento da utilização da fé enquanto um recurso considerado eficaz pelos acompanhantes pode ser associado às características do meio no qual eles se encontram inseridos, ou seja, uma sociedade tipicamente afetiva e cristã, tanto do ponto de vista social, quanto familiar, que poderá ter contribuído para a formação dessa crença específica, em que o acompanhar e o cuidar adquirem um significado de valorização e recompensa, podendo ser utilizados como forma de superação ou ajustamento às dificuldades percebidas.

Para Lazarus e Folkman (1984) existem variáveis situacionais, pessoais e externas que estão implicadas no processo de enfrentamento, sendo este multideterminado por alguns condicionantes que atuam sobre ele, como: a característica da situação, quanto à sua magnitude e controlabilidade; qualidade e quantidade de ameaça percebida;



possibilidades de opções para resolver a situação; observação de como os resultados são vislumbrados; recursos; e barreiras encontradas para utilizar esses recursos, visto que algumas ações de enfrentamento podem gerar novas ameaças, devido limitações presentes. Esses condicionantes, por sua vez, estão atrelados ao processo cognitivo, constituído pelas crenças, valores, memória, visão de mundo, necessidades e metas em curto e em longo prazo, constitutivos do processamento de informação necessário para avaliar o ambiente e levantar opções para enfrentar a situação. Essas estruturas cognitivas expressam as experiências de vida, direcionam as escolhas de ação de forma subjetiva e são menos vulneráveis às mudanças. Por outro lado, desencadeiam diferentes emoções de acordo com a avaliação emitida, impingindo uma inter-relação importante entre cognição, emoção e outros constructos na escolha e emissão de um comportamento.

Considerando que os acompanhantes desse estudo não tinham como agir diretamente na situação no sentido de modificá-la totalmente, visto que precisavam aguardar pelo desfecho da situação, ou seja, pela possível melhora e alta hospitalar do paciente, podemos dizer que eles buscaram uma forma de adequar sua resposta emocional frente ao problema que estavam enfrentando procurando manter uma esperança e otimismo até que pudessem retornar às suas atividades do cotidiano. Procuravam, assim, manter o equilíbrio necessário a fim de que pudessem continuar apoiando o paciente nas suas necessidades físicas e emocionais.

Baseando-se no modelo interacionista cognitivo, Silva (2003b) avalia as funções de enfrentamento para as pessoas e as formas pelas quais elas as utilizam, chamando atenção para a diferença que existe entre a função e a consequência de determinada estratégia escolhida. Assim, a função estaria relacionada ao propósito ao qual a estratégia serviria, enquanto as consequências estariam relacionadas aos efeitos produzidos por ela. Partindo desse princípio, o enfrentamento teria duas funções básicas que seriam especificamente: modificar a relação entre a pessoa e o ambiente (enfrentamento centrado no problema) ou adequar a resposta emocional ao problema (enfrentamento centrado na emoção).

Em geral, as formas de enfrentamento centradas na emoção são mais passíveis de ocorrer quando já houve uma avaliação, por parte da pessoa, de que nada poderá ser feito no sentido de modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambiental, ao qual se encontra submetido. Refletindo particularmente sobre a situação experienciada pelos acompanhantes, podemos pensar na sua possível vulnerabilidade e impotência diante da nova realidade que foi imposta pelo surgimento da doença e da necessidade de hospitalização de uma pessoa da sua família, escapando, assim, à sua capacidade de modificação e controle do fato.

Em relação ao tipo de estratégias utilizadas, no enfrentamento centrado na emoção, elas podem se originar de processos cognitivos de reavaliação da situação, seja por uma interpretação realista do fato, ou por distorção da realidade, todos visando atenuar o desconforto emocional. As experiências relatadas pelos acompanhantes, sujeitos do estudo, evidenciam alguns momentos em que eles sentiram a necessidade de refletir sobre a situação em que estavam vivenciando, procurando minimizar sua importância, como também conseguiram estabelecer comparações positivas em relação ao fato de permanecerem no hospital, relacionando este momento como um fator que veio contribuir para o seu amadurecimento e aprendizado. Assim, tentavam deslocar suas aspirações para uma forma de compensar seus sentimentos de angústia frente a situação experienciada.

Quanto à possibilidade de opções para resolver os seus problemas, poderíamos ressaltar sobre a capacidade de os acompanhantes em disponibilizar além dos próprios recursos internos, como a sua fé e o desenvolvimento de algumas potencialidades pessoais, outros recursos externos que foram buscar fora da instituição hospitalar, como participar de bailes de dança, fazer caminhada e praticar esportes, aumentando, dessa forma, seu repertório de estratégias para enfrentar as dificuldades. Também é importante ressaltar que mesmo os acompanhantes não percebendo a interação estabelecida com a equipe e a ajuda recebida, como sendo um recurso estratégico que foi utilizado no hospital, estas poderão ser compreendidas como outra forma de enfrentamento da situação, assim como o vínculo que foi estabelecido entre si mesmos,

enquanto grupo, correspondendo como ações espontâneas deles que viriam contribuir para que se sentissem fortalecidos nesse momento.

Ao tratarmos dessa questão, podemos utilizar-nos da referência feita por Cade (2002) em relação a outro aspecto que constitui como mais um condicionante que se encontra implicado no processo de enfrentamento, que são os recursos compreendidos como os que a pessoa mobiliza para lidar com a situação e cuja presença constitui um fator importante no desenvolvimento do enfrentamento. Nesse sentido, considera-se necessário que o indivíduo também tenha competência para procurá-los e saber utilizá-los de forma adequada a cada situação específica.

Finalizando, a noção do que seja enfrentamento diz respeito às várias maneiras como os indivíduos reagem aos desafios do meio-ambiente e às situações novas para quais não existem respostas prontas. No sentido aqui utilizado, trata-se dos recursos utilizados pelos acompanhantes que serviriam para manter o seu bem-estar, em um determinado momento, minimizando suas sensações de angústia e desconforto diante das situações ameaçadoras. Portanto, amparando-se em Vieira (1997), não caberia propor às mesmas um parâmetro de medidas, pois mesmo que essas estratégias de enfrentamento não sejam consideradas como adaptativamente as melhores, em longo prazo, e mesmo que sejam algumas vezes utilizadas por eles como forma de fugir de imediato do problema e representar uma situação de fuga, elas não podem ser avaliadas como boas ou ruins, visto que correspondem como escolhas específicas compatíveis com suas crenças e práticas sócio-culturais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática sobre os acompanhantes no contexto hospitalar é uma questão ampla que envolve vários determinantes – políticos, econômicos, culturais, sociais e psicológicos, não permitindo uma discussão unidimensional, passando a exigir a participação de uma equipe multiprofissional no entendimentos dessa complexidade.

No que tange ao aspecto político, podemos dizer que o processo de abertura dos hospitais para a permanência dos acompanhantes que teve início, primeiramente, nas alas pediátricas, foi resultado de um movimento mais amplo que acontecia na sociedade brasileira para a mudança do tipo de assistência que deveria ser prestada aos usuários na saúde. Esse movimento político acabou refletindo na prática dos profissionais da área, onde alguns médicos pediatras, juntamente com o apoio de profissionais da psicologia, começaram a introduzir novos conceitos sobre a relação saúde/doença e passaram a defender a presença de familiares nos hospitais como peça fundamental para o tratamento das crianças hospitalizadas.

Vasconcelos (2002) assinala que no Brasil, no final da década de 70, ganha destaque na relação Estado/Sociedade o movimento pela democratização da saúde, que, envolvendo intelectuais, profissionais da saúde, movimentos sociais e estudantes, criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática na saúde, tendo como uma de suas estratégias fundamentais o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a modificação nas práticas da assistência que ocorre nos espaços privados dos hospitais representa uma mudança de paradigma, que, nessa época, já estaria associado ao resgate da humanização e do atendimento integral ao paciente hospitalizado, tendo forte influência dos movimentos realizados por grupos políticos no Brasil e de novas práticas médicas assistenciais que começavam a ser adotadas em outros países.

A implantação do SUS no final dos anos 80, como um sistema plural que tem como diretrizes básicas a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária, vem reforçar esses princípios e surge como uma proposta de superação ao modelo médico hegemônico vigente até o momento. Costa (2000, p.63), ao analisar esse tipo de modelo de atenção à saúde descreve que:

*O modelo médico hegemônico, ao centrar suas ações nas atividades de clínica médica curativista individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionista, sociólogos, psicólogos.*

Portanto, somente uma análise mais apurada, buscando recompor tais atividades e suas conexões com os objetos e objetivos do SUS, pode dar visibilidade à qualificação técnica que esse trabalho ocupa, no interior do processo de trabalho de saúde.

Em relação às mudanças políticas ocorridas no cenário nacional, outra questão relevante ocorre nessa mesma década, quando a Constituição Brasileira de 1988 incorpora um conceito mais ampliado de saúde, a qual passa a ser entendida como direito de cidadania e dever do Estado e como integrante da seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social, cujas ações e serviços devem ser providos por um sistema unificado de saúde.

A atual política nacional de humanização que é implementada pelo Ministério da Saúde a partir de 2004 se caracteriza como uma continuidade desse mesmo processo, uma vez que propõe a adoção de novas práticas nos espaços públicos dos hospitais brasileiros apresentando-se, dessa maneira, como uma forma de sustentação de alguns princípios do SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde e, ao mesmo tempo, possibilita uma discussão mais ampla sobre as questões relativas à institucionalização dos acompanhantes, entre outras de maior amplitude relacionadas à assistência na área da saúde.

Conforme analisa Cecílio (2001), pensar a equidade e a integralidade da atenção nos obriga a enxergar como o micro está no macro e vice-versa, e esta recursividade, mais do que uma formulação teórica tem importantes implicações na organização de nossas práticas. Dessa forma, a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Quanto ao fato de o acompanhamento hospitalar ter alcançado a legislação e ter-se instituído como um direito, podemos interpretar esse fato como um avanço, mas que na prática vem se desvelando em um antagonismo, no sentido de que acaba infringindo os princípios da integralidade e equidade no atendimento para a maioria dos pacientes internados que não se encontram rotulados enquanto grupo.

É justamente nesse contexto macro da política de saúde brasileira e nas contradições presentes na prática que deve ser entendida a questão da institucionalização dos acompanhantes, que nesse cenário se configura como uma questão micro a ser desvelada, mas não menos relevante.

A experiência relatada pelos acompanhantes sobre acompanhar um paciente adulto hospitalizado na enfermaria de um hospital público especializado nos remete ao aprofundamento de algumas questões subjetivas que também estão implicadas nesse processo. É importante ressaltar que, mesmo que essa experiência dos acompanhantes seja uma particularidade apresentada em cada um deles, retrata igualmente a apreensão da realidade que é construída a partir de uma coletividade, representada aqui pelos pacientes, profissionais e pelos próprios acompanhantes.

Uma síntese sobre a experiência dos entrevistados revelou que ser acompanhante é um processo importante para o paciente, para si e para os membros da equipe profissional. Mas, experienciar esse processo revelou dificuldades, necessidades, preocupações, conflitos e demandas.

As dificuldades encontradas pelos acompanhantes no contexto hospitalar estiveram relacionadas, principalmente, às suas questões pessoais e se resumiam na falta de infra-estrutura da instituição para atender as suas demandas por melhor acomodação e conforto, como não ter direito à alimentar-se no hospital, dormir em cadeiras e não ter um local reservado para fazer sua higiene. E também à estrutura organizacional do hospital que implicava para eles o cumprimento de normas e regulamentos, por exemplo, ter que fazer as refeições nos horários determinados, não poder transitar livremente nas dependências do local, não trazer alimentos de casa, não usar determinado tipo de vestimenta, não atender telefone no setor, não fazer barulho na área do hospital.

As suas necessidades foram expressas no desejo de interagir com outras pessoas dentro do hospital, de obter informações sobre o tratamento do paciente e de retornar às atividades diárias, como cuidar da casa, dar atenção aos filhos, freqüentar a igreja, reunir-se com amigos e familiares.

A preocupação foi um sentimento que permeou todo o processo do acompanhar e do fazer do acompanhante. Era decorrente do receio pela doença e tratamento do paciente, por ter que abandonar a casa e a família, por adquirir dívidas e por interromper projetos pessoais importantes.

A importância do acompanhante foi justificada por eles pelo apoio emocional ao paciente, por poder auxiliá-los nas atividades de cuidado, acompanhar a sua evolução clínica, observar e fiscalizar a assistência prestada pelos profissionais, e passar informações para a equipe. O acompanhante ajudou a equipe de enfermagem, principalmente, no atendimento das necessidades de locomoção, higiene pessoal, hidratação, alimentação e repouso.

O acompanhante não apenas permaneceu ao lado do paciente, fazendo companhia, mas realizou atividades de cuidado, algumas delas de maior complexidade e de competência profissional.

O acompanhar, o estar com, resultou de sentimentos de afetividade, obrigação, disponibilidade e paciência e remeteu a necessidade de: estar próximo do paciente, transmitir apoio, tranquilidade, coragem e otimismo, facilitar a adaptação dele no hospital, obter informações sobre a doença e o tratamento, informar sobre sua rotina, ajudar na sua limitação física. E também implicou na manifestação de um desgaste físico e emocional, expresso por sentimentos de cansaço, preocupação, tristeza, nervosismo, medo, insegurança, fragilidade e solidão, relacionados com a necessidade de estar próximo do paciente e conviver com o ambiente hospitalar.

A hospitalização do paciente trouxe como consequência alterações no ritmo de trabalho, abandono das atividades sociais e de lazer, afastamento de amigos e familiares, redistribuição de papéis no meio familiar, despesas extraordinárias, perda de proventos e incertezas quanto ao futuro. Mas, acompanhar o paciente no hospital significou para os acompanhantes, contraditoriamente, uma boa experiência por proporcionar-lhes aprendizado, crescimento pessoal e uma forma de interagir com outras pessoas.

No contexto hospitalar, por estar vivenciando as mesmas experiências, eles se identificaram enquanto grupo e estabeleceram laços de solidariedade e de ajuda mútua, fortalecendo-se entre si para enfrentar a situação de doença e hospitalização do seu familiar hospitalizado.

Os sentimentos de prazer e recompensa em acompanhar o paciente foram expressos pelos acompanhantes através de atitudes abnegadas e de discursos dóceis, que mostravam certo conformismo diante da situação, podendo estar relacionado às características culturais de uma sociedade predominantemente afetiva e cristã. Revelou-se para eles como uma oportunidade de mostrar perseverança, força de vontade, determinação, onde o cuidar adquiria quase um significado de atributo natural.

Néri (2001), ao discorrer sobre a questão do cuidado, afirma que a internalização das normas sociais pelos indivíduos faz com que eles assumam pessoalmente a obrigação



de cumprir o dever moral de cuidar como algo natural e esperado. Ao fazê-lo, eles também se afirmam como pessoas, mostram que são ajustados, evitam sentimentos de culpa, estabelecem ou restabelecem os laços afetivos com o paciente, dão exemplos às próximas gerações, enfim, realizam tarefas da maturidade. Em relação aos acompanhantes aqui investigados, foi possível observar a internalização de algumas condutas que são socialmente aceitas, quando negavam associar a experiência de ficar, permanentemente, no hospital, como algo difícil, parecendo não querer assumir uma atitude considerada como reprovável pela família e pela sociedade.

Durante o período de acompanhamento, a fé foi reconhecida pelos acompanhantes como a principal estratégia para a superação das suas dificuldades, mas foram capazes de buscar outros recursos externos, como forma de apoio. A solicitação de ajuda à equipe profissional, bem como os laços de solidariedade estabelecidos entre si, mesmo não sendo apresentados por eles como uma estratégia de enfrentamento, podem ser entendidos como outro tipo de apoio que conseguiram disponibilizar no hospital.

As orientações fornecidas pela equipe profissional foram percebidas pelos acompanhantes como medidas disciplinares, restritivas e punitivas, contribuindo muito pouco, no sentido de orientá-los quanto aos procedimentos que deveriam ser adotadas junto ao paciente hospitalizado.

Segundo Vieira (1997), evidências mostram que a falta de informação sobre a melhor forma de cuidar estão entre os fatores que estimulam o surgimento de tensões e estresse, como resposta emocional do acompanhante às demandas práticas e às responsabilidades envolvidas. Associados a este fator, estariam também a falta de apoio emocional, a exposição prolongada ao evento estressor, uma concepção negativa da situação e as dificuldades de estabelecer vínculo positivo.

A presença do acompanhante foi avaliada pela equipe profissional como necessária para suprir as necessidades físicas e emocionais do paciente, mas, de alguma maneira, também para contribuir com o seu trabalho. Em contrapartida, as dificuldades geradas

pela presença do acompanhante nas enfermarias foram percebidas por ela e apontaram a necessidade de prepará-los para a sua inserção no hospital.

A permanência diária dos acompanhantes, nas enfermarias, pareceu significar para os profissionais do hospital um aumento no ritmo do seu trabalho, pois era preciso orientá-los, prepará-los e estar atento às suas solicitações.

A equipe profissional, ao procurar definir a função do acompanhante, afirmou que ele deveria apenas acompanhar o paciente ou estar ao seu lado, não fazendo alusão à execução de atividades de cuidados. Isso se revelou como contraditório, no sentido de que haviam declarado, anteriormente, que os acompanhantes poderiam auxiliar os pacientes em suas necessidades básicas.

Os discursos dos acompanhantes e da equipe profissional revelaram congruência quanto às atividades que os acompanhantes deveriam realizar no hospital, sobre a boa relação mantida entre ambos e sobre a importância do apoio físico e emocional para o paciente.

As demandas trazidas pelos acompanhantes se revelaram como independentes daquelas dos pacientes internados, trazendo implicações para a instituição hospitalar e para os profissionais do hospital. E apontam a necessidade de que seja elaborada uma política de atendimento para esse grupo específico.

Algumas ações que devem ser contempladas no cotidiano da instituição hospitalar, visando ao atendimento dos acompanhantes podem ser citadas, as quais seriam: melhoria da infra-estrutura do hospital visando proporcionar o seu conforto e bem-estar; definição das atribuições junto ao paciente internado; rediscussão sobre os critérios de concessão de benefícios; reflexão sobre as normas e regras estabelecidas; criação de espaço para a discussão de suas necessidades, tanto objetivas quanto subjetivas; e estabelecimento de uma rede de apoio, ampliando as fontes de recursos.

A proposta de desenvolvimento de uma nova forma de gestão apresentada pelo hospital, através de uma gerência participativa, mostra-se como um momento oportuno, para que o projeto de criação de uma política voltada ao atendimento dos acompanhantes possa, ser levada para discussão em todas as instâncias da instituição – usuários, profissionais, colegiados gestores e, assim, estabelecer condições reais para sua implementação. O Grupo de Trabalho de Humanização do hospital se apresenta como um mecanismo pelo qual essa proposta pode ser encaminhada, uma vez que se constitui como um espaço democrático e representativo, onde as demandas internas da instituição podem ser apresentadas e discutidas.

No cotidiano do hospital, já podem ser identificadas algumas atividades de humanização, mas estas ainda se constituem em ações isoladas. As atividades especificamente desenvolvidas para atender aos acompanhantes estão concentradas apenas nas unidades pediátricas onde já se acham implementados alguns projetos educativos e de entretenimento. Entretanto, é necessário que essas atividades sejam também implementadas junto aos acompanhantes de pacientes adultos internados nas demais unidades do hospital.

A proposta de trabalho em grupo, a criação de programas de orientação, o treinamento e a supervisão, são atividades que poderiam ser desenvolvidas pelos profissionais do hospital, visando preparar o acompanhante para sua permanência no hospital junto ao paciente internado.

Sobre as estratégias que visem suprir as necessidades de acompanhantes familiares no hospital Romano (1997) refere que programas de orientação pré-operatória, por exemplo, possibilitam atitudes positivas sobre a hospitalização e, conseqüentemente, facilitam a reestruturação cognitiva, aumentando a percepção de apoio social e da própria equipe profissional. No entendimento da autora, trata-se, assim, do primeiro passo para que os mesmos se mostrem disponíveis para receber, aceitar e participar do tratamento, de suas orientações para torná-lo eficiente durante o processo de reabilitação do paciente.

Sobre o grupo de apoio, a mesma autora acrescenta que ele, freqüentemente, é generalizado para além das fronteiras da sessão grupal, o que reforça ainda mais as vantagens da participação dos acompanhantes familiares. Acrescenta, ainda, que esse tipo de grupo permite a participação de outros profissionais e, por meio de uma participação conjunta, o grupo de apoio também traz benefícios para a equipe, porque: possibilita reconhecer mais acompanhantes familiares de uma só vez; facilita a identificação daqueles que necessitarão de atenção individual maior; sistematiza a transmissão de informação; e avalia o grau de satisfação dos usuários, pacientes e familiares acompanhantes, em todos os sentidos – cuidado dispensado, contato com os membros da equipe, qualidade das enfermarias, etc., e, portanto, identifica problemas. Pode-se, assim, a partir dessas informações colhidas, rever suas próprias rotinas.

Halm (1990) resume os benefícios dos grupos de apoio, do ponto de vista destes familiares, destacando que eles percebem que não estão sós; compartilham sentimentos com pessoas na mesma situação; aprendem que os problemas dos outros podem ser piores que os seus; reduzem a ansiedade; aprendem novos métodos de adaptação; conseguem melhor compreensão da doença e dos cuidados dispensados ao doente. Dessa forma, as atividades de grupo – operatório, psicoterápico ou psicodramático - assim como os programas de orientação se mostram como opções para que as dificuldades dos acompanhantes possam ser trabalhadas no contexto hospitalar.

Mas, a questão dos acompanhantes é complexa e não se esgota no hospital se pensarmos na possibilidade dele vir a ter que estender seus cuidados ao paciente em casa, após a sua alta hospitalar. Nesse caso, faz-se necessário, ampliar a rede de apoio social, visando atender de maneira integral as demandas do acompanhante familiar. A parceria com prefeituras, organizações não-governamentais (ONGs), unidades de saúde, associações e outras entidades, são medidas que poderão ser adotadas nesse sentido.

Salvá (2004) ao fazer um estudo das redes, cita uma classificação entre os tipos de sistema de apoio que podem ser operacionalizados a partir de algumas estratégias mobilizadoras dos indivíduos. O primeiro seria os sistemas de apoio naturais – que incluem, por exemplo, a família, os amigos de estudo, os companheiros de cultos e crenças, os amigos, vizinhos. O segundo seria os sistemas de apoio organizados, incluindo os serviços sociais institucionais, associações de auto-ajuda, organizações não-governamentais e ajuda profissional (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros).

As principais funções das redes de relações e apoio social para os adultos estariam assim discriminadas por NERI (2001): a) dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações; b) manter e afirmar a identidade social; estabelecer novos contatos sociais; permitir às pessoas crer em que são cuidadas, amadas, valorizadas; dar-lhes garantias de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; ajudá-las a encontrar sentido nas experiências do desenvolvimento, principalmente, quando elas são não-normativas e estressantes; auxiliar as pessoas a interpretar expectativas pessoais, grupais e avaliar as próprias realizações e competências; dar chances para que as pessoas desenvolvam estratégias de comparação de suas competências e realizações com as de outras pessoas. Com isso, os indivíduos podem manter a auto-imagem e aprender sobre si mesmos.

Finalizando, podemos dizer que a instituição hospitalar representa o espaço de desenvolvimento de diversas práticas profissionais, sendo o local propício para que sejam criadas e implementadas novas práticas de assistência aos usuários da saúde, estando incluídos entre estes os próprios acompanhantes. É justamente no cotidiano de suas práticas, que residem as questões mais prementes sobre os limites e possibilidades de garantir o princípio da integralidade, pelo fato de os profissionais terem a oportunidade de identificar as diferentes demandas trazidas pelos usuários.

Entretanto, se faz necessário, nesse contexto, perceber não apenas os limites estruturais inerentes à instituição hospitalar, mas também identificar as possibilidades

de se construir um agir, capaz de renovar e recriar novas práticas de saúde a partir de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, que é construída na relação entre usuários, profissionais de saúde e gestor. Só dessa forma seria possível pensar numa possibilidade real de concretizar o atendimento de pacientes e familiares, pautados nos princípios da equidade e da integralidade.

## 6 REFERÊNCIAS

ABRAGMO, P. O assunto e o problema de pesquisa. In: HIRANOS, S. (Org). **Pesquisa social: projeto e planejamento**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1979. p.57-77.

ALBUQUERQUE, E. Visita aberta e direito a acompanhante. **Cartilha da PNH – Humaniza SUS**. Brasília: Editora MS, p. 1-17, 2004.

ÂNGELO, M. **Experiência das mães na visita ao filho hospitalizado**. 1982. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 1982.

ANGERAMI-CAMON, V.A et al. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

ASTEDT-KURKI, P. ; PAUNONEN, M. ; LEHTI, K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. **Journal of Advanced Nursing**. Tampere, Finland, v. 25, p. 908-14, 1997.

ASTEDT-KURKI, P et al. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. **International Journal of Nursing Practice**. Tampere, Finland, v. 5, p.155-63, 1999.

AZOULAY, E et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. **Am J Respir Crit Care Med**. Paris, France, v. 163, p.135-39, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, caps. I-II, 1985.

BORGES, C.F. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com o paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, Paraná, v. 8, p. 1-11, 2003.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

BRASIL. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Ministério Público Federal**, Brasília, 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei Federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência Física, consolida as

normas de proteção e dá outras providências. **Ministério Público Federal**, Brasília, 20 de dezembro de 1999.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Ministério Público Federal**, Brasília, 1º de outubro de 2003.

CADE, N.V. **O modelo cognitivo-comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial de mulheres hipertensas**. 2002. 256f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CALDAS, C.P. **O idoso em processo de demência: o impacto na família**. Antropologia, Saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

CASTRO, D.S. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva**. 1999. 144f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. UERJ: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

COSTA, M.D.H. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, ano 20, n.62, p. 35-72, mar. 2000.

ERIKSSON, E. ; LAURI, S. Informational and emotional support for cancer patients' relatives. **European Journal of Cancer Care**. Turku, Finland, v.9, p.8-15, 2000.

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual nº 7.690, de 19 de dezembro de 2003. Dispõe sobre o direito a acompanhante às parturientes nos hospitais públicos e conveniados no âmbito do estado. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**, Vitória, 23 dez. 2003.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FONSECA, G.T. Modelo para uma classificação de ocupações. **Rev. Bras. Est. Pedag.** V.48, n.107, p.274-311, 1967.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente internado em um hospital geral**. 1988. 182f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.



GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1994.

HALM, M. A. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. **Heart Lung**. USA, 19 (1), p.62-71, 1990.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HOUSE, J.S. Work stress and social support. In: ESCOBAR, J.M. Apoyo social: teoria, mediciones y hallazgos. **Ciencia y Enfermeria**. Madrid, III (1), p.23-38, 1997.

JÚNIOR, H. A.; SILVEIRA, G.R.M. Relações interpessoais no hospital militar: percepções de acompanhantes de pacientes e de profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, v. 10, n.3, p.215-21, set./dez. 2002.

LAUTERT, L. ; ECHER, J.C. ; UNICEVSKY, M.A.R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 19, n.2, p.118-31, jul. 1998.

LAVILLE, C. ; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: ARTMED, 1999.

LAZARUS, R. ; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer Publishing, 1984.

LEAL, M.G.S. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. **Revista da Terceira Idade**. São Paulo, ano 21, n.20, p.1-7, ago.2000.

LUCHESE, A.C. **Estudo sobre os familiares dos pacientes internados no hospital geral e suas necessidades**. 2003. 102f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados nos hospitais públicos, contratados ou conveniados. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**, Vitória, 8 de abril de 1999.

MOLTER, N.C. Needs of the relatives of critically ill patients: a descriptive study. **Heart & Lung**, n.8, p.332-39, 1979.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2001.

PAI, M. M.; SOARES, M.A.L. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiras e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, p.231-35, set. 1999.

PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L (Org. ). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2001.  
 PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 5. ed, cap. II. Guanabara: KOOGAN, Rio de Janeiro, 2004.

PRICE, D.M. et al. Critical care family needs in a urban teaching medical centre. **Heart & Lung**, n. 20, p.183-88, 1991.

REGGANINI, J.L. O acompanhante hospitalar. **Rev. Paul. Hosp.** São Paulo, Ano XXI, n. 7, p.337-38, jul. 1973.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY; ONOCKO. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, P. 321-52, 1997.

ROMANO, B. W. A família e o adoecer durante a hospitalização. Porto Alegre, v.7, nº5 (supl. A), set/out, p.58-62, 1997.

SALVÁ, R.P. **Aspectos psicosociales de la enfermedad crónica**. Madrid, 28 ago. 2004. Disponível em < [file:///C:/MEUS % 20 documentos\Aspectos%20psicosociales%20 de%201a%20enfermedad%...](file:///C:/MEUS%20documentos/Aspectos%20psicosociales%20de%201a%20enfermedad%...)> Acesso em: 28 ago. 2004.

SANTOS, A. R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000a.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família, e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, São Paulo: Alínea, 2003b.

SCARELLI, E. Orientação à família do paciente internado em unidade de terapia intensiva. **Congresso Brasileiro de Enfermagem – ABEN**. Porto Alegre, n. 46, p.100, 1994.

SELLTIZ, C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1975.

SHIOTSU, C.H. **O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções**. 1998. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

SIGELMANN, E. Tipos de pesquisa: aspectos metodológicos específicos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v.36, n.3, p.141-55, 1984.

SILVA, I.P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U.M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998a.

SILVA, L.C.G. **Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: um estudo com acadêmicos de medicina**. 2003. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003b.

TESK, E.C. Um aspecto da responsabilidade da enfermagem na assistência integral ao paciente hospitalizado: a participação de familiares. In: FRANCO, M.C. **Situação do familiar que acompanha um paciente internado em um hospital geral**. 1988. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

THOITS, P.A. Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations. In: ESCOBAR, J.M. Apoyo social: teoria, mediciones y hallazgos. **Ciencia y Enfermería**. Madrid, III (1), p. 23-38, 1997.

THOMAS, C. ; MORRIS, S.M. ; HARMAN, J.C. Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. **Social Science & Medicine**. Lancaster University, UK, v.54, p.529-44, 2002.

TOPOROVSKI, J. Mãe participante no hospital. **Jornal de Pediatria**. São Paulo, v.64, p.260, 1988.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VAN DER SMAGT-DUIJNSTEE, M. E et al. Relatives of hospitalized stroke patients: their needs for information, counselling and acessibility. **Journal of Advanced Nursing**. The Netherlands, v.33, p.307-15, 2000.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VIEIRA, V.A. **Estratégias de enfrentamento e diferenças de gênero: um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão arterial**. 1997.144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1997.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

ZIMERMAN, G.I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul,2000.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A** – Instrumento de pesquisa aplicado aos acompanhantes.

Data da entrevista: ----/----/-----.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Reg: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO PESSOAL DOS SUJEITOS**

- 1) Sexo: F (  ) M (  )
- 2) Estado civil: (  ) Solteiro (  ) Casado (  ) Amasiado (  ) Separado (  ) Viúvo
- 3) Religião: \_\_\_\_\_
- 4) Data de nascimento: \_\_\_\_\_
- 5) Procedência

**Sobre a escolaridade**

- 6) Estudou até que ano? \_\_\_\_\_ (  ) Completo (  ) Incompleto

**Sobre a renda per cápita**

- 7) Quantas pessoas moram em casa?
- 8) Quantas pessoas apresentam rendimento?
- 9) Quanto cada pessoa ganha aproximadamente?

**Sobre a profissão/ocupação**

- 10) Tem profissão/ocupação? (  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_
- 11) Tipo de vínculo empregatício?  
(  ) Com contrato ou carteira assinada (  ) Autônomo/informal (  ) Aposentado  
(  ) Afastado por doença (  ) Desempregado
- 12) Tempo de acompanhamento do paciente? \_\_\_\_\_
- 13) Grau de parentesco com o paciente? \_\_\_\_\_

**Continuação...**

<b>SOBRE AS ATIVIDADES DE CUIDADO DESENVOLVIDAS</b>
<p>14) Quais são as atividades diárias que você realiza com o paciente no hospital?</p> <p>15) Dentre as atividades que você vem desenvolvendo quais são as que se apresenta para você com maior dificuldade? E quais as que se apresenta com maior facilidade?</p>
<b>SOBRE A EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAR</b>
<p>16) Por que você foi escolhido (a) para ficar acompanhando o paciente no hospital?</p> <p>17) Que tipo de orientação você recebeu a partir do momento em que foi autorizado a acompanhar o paciente no hospital?</p> <p>18) Você no seu dia-a-dia como acompanhante gostaria de receber outras informações?</p> <p>19) A que você atribui a importância do acompanhante para o paciente?</p> <p>20) Você percebeu alguma modificação no seu estado físico ou emocional depois que passou a acompanhar o paciente? Caso afirmativo qual?</p> <p>21) Quais alterações que você percebeu na sua vida diária depois que passou a acompanhar o paciente?</p> <p>22) No momento quais são as suas necessidades?</p> <p>23) No momento quais são as suas preocupações?</p> <p>24) Quais foram as dificuldades encontradas durante a sua permanência no hospital?</p>
<b>SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS</b>
<p>25) O que você costuma fazer quando sente alguma dificuldade dentro do hospital?</p> <p>26) A que pessoas você costuma recorrer dentro do hospital quando necessita de algum tipo de ajuda?</p>
<b>SOBRE A PERCEPÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E DA EQUIPE PROFISSIONAL</b>
<p>27) O que você acha do ambiente hospitalar?</p> <p>28) Na sua avaliação, como são as condições oferecidas pelo hospital para a permanência do acompanhante?</p> <p>29) Como você avalia a sua relação com a equipe profissional?</p> <p>30) Como você acha que os profissionais do hospital poderiam te ajudar durante esse período de acompanhamento?</p>

**APÊNDICE B** – Instrumento de pesquisa aplicado aos profissionais

CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE PROFISSIONAL
1) Nome: 2) Setor: 3) Categoria profissional: 4) Carga horária semanal: 5) Turno: ( )Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno 6) Tempo de titulação: 7) Tempo na instituição:
SOBRE A PERCEPÇÃO DA EQUIPE PROFISSIONAL EM RELAÇÃO AOS ACOMPANHANTES
8) Como é a sua experiência no contato diário com os acompanhantes nas enfermarias? 9) No seu entendimento, qual seria o papel do acompanhante no hospital? 10) Na sua opinião, por quê o hospital convoca o acompanhante? 11)Qual a sua expectativa em relação à presença do acompanhante? Por exemplo, no apoio ao paciente, na relação com a equipe, no contato diário com o hospital? 12) Você acha que o acompanhante pode contribuir com a equipe profissional do hospital? Por quê?

**APÊNDICE C** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos acompanhantes

Prezado (a) Senhor (a)

Como assistente social mestranda do Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito (UFES), solicito sua colaboração em participar da minha pesquisa cuja temática é “O acompanhante na instituição hospitalar: Relatos de uma experiência”.

O Objetivo do estudo é conhecer, a partir da própria percepção dos acompanhantes, sua experiência em acompanhar um paciente adulto hospitalizado, analisando as condições da instituição hospitalar, bem como a relação com a equipe profissional.

A pesquisa consta de uma entrevista que será gravada pela pesquisadora. Após a transcrição dos dados, a fita será automaticamente destruída.

Os participantes do estudo serão entrevistados uma única vez, individualmente e em uma sala reservada. As informações obtidas têm caráter individual sendo resguardada sua privacidade, uma vez que os dados serão analisados em conjunto e não haverá identificação de nomes em nenhum trecho da entrevista.

Venho esclarecer que a sua participação nesta pesquisa é opcional e de caráter voluntário, sendo o Termo de Consentimento necessário para que se configure a sua participação de livre e espontânea vontade no estudo, bem como seu consentimento para utilização dos dados.

A sua recusa em participar não irá interferir no tratamento do paciente no hospital e em nenhum ônus para você. Esperando contar com sua valiosa colaboração, antecipo meus agradecimentos pela atenção dispensada.

Estou de acordo com os termos deste documento e aceito participar da pesquisa.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Márcia Bárbara Souza Dibai  
Tel (contato): 33357154 Telefax: 33357155  
Hospital das Clínicas (ES) – Deptº de Serviço Social



**APÊNDICE D** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos profissionais

Prezado (a) Senhor (a)

Venho solicitar sua colaboração em participar da minha pesquisa que tem como temática “O acompanhante na instituição hospitalar: relatos de uma experiência”. O objetivo é analisar a percepção da equipe profissional sobre a presença diária dos acompanhantes junto aos pacientes internados no setor de clínica médica do hospital.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo e constará de uma entrevista gravada realizada pela pesquisadora. Logo após a transcrição dos dados, as fitas serão automaticamente destruídas.

A sua participação é espontânea e de caráter voluntário. As informações obtidas terão caráter confidencial, sendo resguardada a privacidade dos entrevistados no momento da análise e apresentação dos dados. Esperando contar com sua valiosa colaboração, antecipo meus agradecimentos pela atenção dispensada.

Estou de acordo com os termos deste documento e aceito participar da pesquisa.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Márcia Bárbara Souza Dibai

Tel (contato): 33357154    Telefax: 33357155