

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS E PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO EM HOSPITAIS GERAIS

Girlane Mayara Peres¹, Ana Maria Pereira Lopes²

RESUMO

Apesar de haver uma Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil desde 2004, hospitais gerais mantêm práticas centradas no corpo, desviando-se da integralidade que é um princípio do SUS. Foram caracterizadas nessa pesquisa estratégias psicossociais de familiares acompanhantes de pacientes internados em um Hospital Geral em Florianópolis (SC). Foi realizada pesquisa qualitativa por meio de entrevista semiestruturada com seis familiares acompanhantes. Os resultados indicam que há um rol de motivadores para o acompanhamento, e apenas alguns envolvem homeostase familiar, o que precisaria ser acompanhado por práticas de humanização. Familiares desempenham atividades aliadas a sofrimento. Estas, uma vez acompanhadas pela gestão hospitalar, potencializariam processos de humanização. Familiares não desenvolvem crítica sobre a ambiência hospitalar para acompanhamento, o que não contribui para a relação entre humanização e ambiência. São necessárias mudanças da cultura hospitalar na direção de um modelo que considere integralmente as pessoas, levando à ações convergentes à PNH no hospital.

Palavras-chave: Hospital geral, Família, Acompanhantes, Humanização.

COMPANIONS OF HOSPITALIZED PATIENTS AND THE HUMANIZATION PROCESSES IN GENERAL HOSPITALS

ABSTRACT

In spite of the fact that there has been a National Humanization Policy (NHP) in Brazil since 2004, general hospitals have maintained practices focused on the body, deviating from the holistic concept which is a principle of the SUS (the Brazilian Public Health System). This research aims at characterizing the psychosocial strategies of relatives and companions of the inpatients at the General Hospital in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. A qualitative survey, using a semi-structured interview, was conducted with six follow-up companions who were relatives. The results indicate that there is a list of motivating factors for the companion activity. However, only a few involve family homeostasis, which would need to be accompanied by humanization practices. Relatives engage in activities that cause suffering. Once they are oriented by appropriate hospital supervision, the humanization processes will be enhanced. Relatives do not develop critical thinking about the hospital ambiance as it relates to the accompaniment activity; and this does not contribute to the relationship between humanization and ambiance. Promoting change in the hospital culture is essential, and there should be focus on a model that takes people into consideration and leads to convergence between the NHP and hospitals.

Keywords: General hospital, Family, Companions, Humanization.

¹ Mestranda do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

² Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Brasil.

Os primeiros registros sobre a existência de hospitais datam do século IV, a partir de ações com fins caritativos, vinculados à Igreja Católica. Com a Revolução Industrial, iniciou-se uma transição dessas instituições de caridade para a medicina hospitalar. Sobretudo a partir da Segunda Guerra Mundial, os hospitais se tornaram espaço para examinar, investigar e tratar as condições de saúde da população, ocupando lugar central no sistema de saúde (Braga Neto, Barbosa & Santos, 2008). Esse processo envolveu a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho no hospital, a centralidade nas práticas médicas, o despreparo do hospital para lidar com as dimensões subjetivas e sociais, bem como a mecanização da relação trabalhador-paciente (Brasil, 2004).

Para Foucault (2006), o hospital é uma espécie de acontecimento na sociedade moderna e se instala como espaço especializado nas partes do corpo, portanto *lócus* de fragmentação e objetivação do sujeito, por meio da relação com o seu corpo. Depreende-se da visão do autor, que o hospital está na contramão da consideração integral da pessoa, pois disciplina e vigilância têm sido condutoras de práticas de controle sobre as pessoas internadas, o que requer um modelo pautado em normas sem flexibilidade (Foucault, 1987).

Visando o enfrentamento desse percurso da instituição hospitalar na sociedade moderna, em um cenário de afirmação de direitos sociais pós Constituição Federal de 1998, no Brasil, em 2001, o Ministério da Saúde (MS) instalou o Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH) e, em 2004, instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH). Esses programas têm objetivos em comum, quais sejam: difundir uma cultura de humanização na rede de saúde; melhorar a qualidade da atenção aos usuários; capacitar os profissionais, entre outros (Brasil, 2000; 2001; 2004). Para o MS, humanizar é “ofertar atendimento

de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho de profissionais” (Brasil, 2004, p.6). Observa-se, assim, que além de promover a integração entre mente e corpo e criar a concepção de um novo paradigma, há de se ter práticas que considerem a pessoa como um todo, que valorizem os aspectos históricos, subjetivos, culturais e biológicos da pessoa que está sendo atendida (Brasil, 2000).

Buscando problematizar a consideração da família na instituição hospitalar por meio da PNH ou do PNHAH, pode-se afirmar que, nessas políticas e programas, há apenas indicação esparsa de que os serviços hospitalares devam incluir a família nas ações em saúde, de acordo com cada instituição. De acordo com a PNH (Brasil, 2004), a equipe deve se importar com o vínculo de atenção aos usuários e familiares e garantir seus direitos, além de disponibilizar horário para atendimento à família e/ou à sua rede social. Concomitante à PNH, as diretrizes do PNHAH (Brasil, 2001) apontam para a criação de um sistema de apoio psicológico e social a usuários e familiares, assim como de orientação e acompanhamento. Entretanto, como se tratam de diretrizes, a instalação dessas políticas depende da política da instituição hospitalar, o que não garante atenção à família durante a internação do paciente.

Em algumas legislações há a garantia da presença da família no hospital para público específico. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) conferem direito a crianças, adolescentes e idosos de acompanhante em tempo integral. Também a Carta dos Direitos aos Usuários da Saúde assegura ao paciente o “direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações” (Brasil, 2007, p. 5). Todavia, são ausentes nas diretrizes políticas da saúde práticas que levem aos direitos e deveres dos familiares acompanhantes nos hospitais. E notória é a falta de

institucionalização de práticas que gerem inclusão familiar no espaço hospitalar. Assim, familiares podem encontrar dificuldades para se empoderarem em relação ao acompanhamento do paciente no hospital.

Esse tipo de marginalização da família no espaço hospitalar pode ter como consequência tensão, conflito e relação frágil entre familiar e equipe de saúde. Dessa forma, é necessário “pensar e articular espaços institucionais para analisar, refletir, discutir e exercitar modelos de assistência pautados na coordenação do processo de cuidar que incluam a família” (Dell’Acqua, 2008, p. 118), já que o processo de humanização pauta a valorização dos sujeitos implicados no processo de bem-estar do paciente e seu familiar.

Segundo Ferrari e Kaloustian (1994), a família propicia a base afetiva e material a seus membros com o objetivo de promover bem-estar e sustenta uma dinâmica de funcionamento própria, caracterizada por um “sistema que troca materiais, energia ou informação com o seu ambiente” (Andolfi, 1996, p. 16). É um sistema formado por unidades. Sendo assim, a modificação em uma dessas unidades propiciará a mudança das outras, que se refletirá na unidade primitiva. Com o adoecimento de um membro, a família modifica sua forma de relação, tendo que se readaptar ao novo. “Dessa forma, os papéis são reajustados conforme modificações das pessoas individuais, das condições internas, relacionais, e, às externas ao grupo como um todo” (Romano, 1999, p. 71).

A hospitalização de um dos membros da família é um evento que gera estresse. Como o equilíbrio do sistema é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, a hospitalização é percebida como ameaçadora. Se o equilíbrio não é restaurado, tem-se uma crise. As estratégias adaptativas usadas e seu sucesso em restaurar o equilíbrio do sistema podem ser medidas pelas respostas individuais, tanto motora quanto afetivas (Romano, 1999, p. 73).

A ansiedade da família pode ocorrer devido à incerteza sobre o prognóstico, à falta de privacidade e de individualidade, ao ambiente desconhecido e, por vezes, aterrorizante, à separação física e/ou distância de casa, sem amigos ou outro familiar, entre outros. Esse afastamento tem como consequência a mudança nos papéis da família, a quebra das rotinas, o sentimento de isolamento e de perda do controle (Romano, 1999). Dessa forma, ser familiar e acompanhante é uma tarefa difícil, visto que as pessoas apresentam expectativas, ansiedades, preocupações, entre outros sentimentos, bem como em relação à infraestrutura, que, por vezes, o que lhe cabe é um local sem o mínimo de conforto. Além disso, sendo o hospital um lugar destinado ao tratamento e à reabilitação, as ações de promoção e prevenção da saúde têm espectro menor dentro de seus objetivos. Logo, o familiar acompanhante, que pode precisar de ações de cuidado, pode não as receber, já que, no hospital, o lugar para ele é reduzido, mais voltado à doença.

Assim, a inclusão da família no processo de cuidado do paciente depende não só da forma como a instituição concebe ações de acompanhamento para a família. Depende também da maneira como a gestão do serviço de saúde integra a família dentro da organização dos processos de trabalho, e de como equipe e família se relacionam no acompanhamento e cuidado ao paciente internado, cuidado este que deve abranger a dimensão psicossocial. O termo psicossocial é considerado aqui como uma ruptura do modelo biomédico vigente ao incluir as dimensões psíquicas e sociais na complexidade humana (Halliday, 1948).

Buscando contribuir para a potencialização da presença da família no espaço hospitalar, objetiva-se, neste estudo, caracterizar as estratégias psicossociais utilizadas pelos familiares para acompanhar os pacientes internados no Hospital Geral. Para tanto, se descreveram circunstâncias do acompanhamento, o cotidiano

com essa tarefa, visando o bem-estar da pessoa internada. Ainda, procurou-se identificar a visibilidade desse acompanhante acerca da ambiência do espaço hospitalar.

Na procura por estudos que subsidiassem essa compreensão da família em acompanhamento hospitalar, foi feita uma pesquisa por meio dos radicais das palavras “família” e “hospital” no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) da biblioteca Virtual em Saúde, em 2011. Foram encontrados 589 artigos nacionais indexados nas bases de dados scielo³ e bireme⁴, publicados entre 1997 e 2010. Desses, foram selecionados e analisados 15 artigos que se relacionavam diretamente com a problemática do acompanhamento, levantada nesta pesquisa. Esses artigos indicaram que, durante a internação hospitalar, a família pode demandar ações da equipe de saúde, principalmente por apresentar diversas desorganizações, descontrole, sofrimento psíquico, ameaça de perda da autonomia, vulnerabilidade, medo, insegurança, fragilidade, entre outros (Costa, Mombelli & Marcon, 2009; Escher & Cogo, 2005; Henckemaier, 2002). Essa demanda durante a internação hospitalar pode não ser vista pela equipe de saúde como de sua atribuição (Beuter, Brondani, Szareski, Lana & Alvim, 2009; Valadares & Paiva, 2010; Henckemaier, 2002; Andraus, Minamissava & Munari, 2004). Ou, aqueles profissionais que identificam a demanda familiar como de sua competência, podem não estar preparados para atendê-la (Monticelli & Boehs, 2007; Pinho & Kantorski, 2004; Escher & Cogo, 2005; Moreno, 2007; Silva, 2008).

No entanto, a instituição hospitalar e a equipe de saúde têm influência durante o acompanhamento do familiar e devem apresentar às famílias alternativas psicossociais para melhorar a qualidade de vida e/ou reforçar as já existentes

³ www.scielo.com.br

⁴ www.bireme.com.br

(Bomfim, Bastos & Carvalho, 2007; Soares & Leventhal, 2008; Carneiro, 2008; Dell'Acqua, 2008; Pinto, Ribeiro & Silva, 2005, Pettengill & Angelo, 2006). Na pesquisa de Moreno (2007), enfermeiros apontaram que, quando a família acompanha o paciente durante o processo de internação, há maior adesão do paciente ao tratamento. Essa ação aproxima a relação entre paciente-família no tratamento após a alta.

Em face das diretrizes relativas à humanização no espaço hospitalar, pesquisas sobre como a família constroi estratégias psicossociais para acompanhamento e cuidado do paciente na situação de internação podem potencializar a problematização desse espaço e indicar novas formas de cuidado a serem empreendidas no espaço hospitalar.

PROCEDIMENTOS

Por compreender fenômenos a partir de relações complexas, esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa (Minayo, 1999). É também exploratória, pois procura esclarecer ocorrências e proporcionar uma visão geral acerca do familiar acompanhante. O delineamento da pesquisa caracteriza-se como de campo, a qual, para Gil (1999), possibilita o aprofundamento do fenômeno a ser estudado e ser fidedigno, visto que é desenvolvido no próprio local em que a população a ser estudada se encontra.

Os participantes desta pesquisa (Tabela 1) formam um conjunto de seis familiares acompanhantes de pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um Hospital Geral da Grande Florianópolis (SC), caracterizados por terem permanecido no mínimo três dias por semana no hospital, por mais de seis horas diárias, perfazendo essa jornada há pelo menos uma semana.

Tabela 1 - Quadro dos participantes da pesquisa

Pessoa	Idade Paciente	Tempo de Internação	Patologia	Idade Familiar	Grau de Parentesco	Sexo	Tempo que Acompanha	Horas Por Dia
P1	61	12 dias	Necrose escrotal	29	Filha	F	10 dias	24h
P2	56	3 meses	Câncer	69	Irmã	F	3 meses (seg-sex)	12h
P3	79	4 dias	Trombose	54	Filha	F	4 dias	12h
P4	65	7 dias	Cardio	60	Concunhada	F	3 dias	24h
P5	86	4 dias	AVC	38	Neta	F	3 dias	24h
P6	83	7 dias	Câncer	55	Filha	F	7 dias	10h

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, a qual foi aplicada individualmente e gravada em uma sala no hospital, estando presente apenas pesquisador e entrevistado. Antes da entrevista, foram realizados esclarecimentos relativos aos ditames éticos da pesquisa, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP-UNISUL), sob o registro nº 11.238.7.07.III, além de ter sido apresentada à Coordenação do Hospital, que autorizou a coleta de dados. Nesse sentido, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias, ficando cópia para entrevistador e entrevistado.

A organização dos dados ocorreu a partir da escuta e transcrição do material, possibilitando a identificação de dados que respondessem aos objetivos da pesquisa. A partir disso, os dados foram, *a posteriori*, organizados em categorias

centrais e subcategorias. Os dados categorizados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Gomes (1994), a qual consiste de duas funções, uma tratando da verificação das hipóteses da pesquisa, e outra da descoberta do conteúdo das falas que estão ocultas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Circunstâncias do Acompanhamento

Objetivando compreender as circunstâncias do acompanhamento por parte dos entrevistados, após análise dos depoimentos, verificou-se que este se dá pela disponibilidade do familiar, por não possuir trabalho formal ou estar em um momento da vida em que se dedica mais à família, já que as outras pessoas da família possuem responsabilidades formais. Nessas circunstâncias, a família se organiza no sentido de continuar a homeostase (Romano, 1999), em que filhos continuam a trabalhar exercendo suas atividades cotidianas e elencando a pessoa que melhor possibilita a continuação desse sistema para ser acompanhante no hospital. Nessa direção da disponibilidade, há pessoas que rearticulam seus compromissos para permanecer no hospital, como as que têm licença do trabalho para acompanhamento, contando com direitos conferidos pelo Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, para acompanhamento (Brasil, 2003).

A solidariedade ao paciente também é relacionada por uma acompanhante que refere gostar de ajudar as pessoas. Esta é relacionada às crenças da pessoa ou padrão de funcionamento, forma repetitiva para agir nas situações da vida, sendo, na maioria das vezes, automática e inconsciente, apresentando-se na forma de ações, pensamentos, comunicação, entre outros (Rosset, 2008). Percebe-se que, por vezes, o familiar pode estar acompanhando, não pela pessoa que está

hospitalizada, mas por afeto a outro acompanhante e, por conseguinte, a um sistema familiar inteiro. Essa forma de lidar com a internação é a que causa menos prejuízo à homeostase antes referida. Aqui o cuidado transcende à pessoa internada.

Nessa mesma direção, a intimidade com o paciente também é referida para o familiar fazer-se presente no hospital. Aparece como um tipo de cuidado em face de sentimentos de insegurança, medo e vergonha presentes no paciente, quando do cotidiano com outros pacientes e acompanhantes. O acompanhamento aparece conjugado, pelos entrevistados, a alguns facilitadores para acompanhamento por parte do trabalho, do cônjuge e divisão de tarefas com outras pessoas. Há a condição de uma rede que dá suporte à nova configuração do cotidiano, que passa a envolver abandono de atividades, como o trabalho ou o estudo, permanência em ambiente estranho e dormir fora de casa.

No entanto, as circunstâncias para o acompanhamento quando um paciente possui poucos familiares é relacionada à ausência de outras pessoas. Esses acompanhantes, ao não contarem com ajuda de outros familiares, quebram sua rotina, em face da dependência do paciente. Trata-se de um tipo de acompanhamento no qual o familiar pode ter sentimentos de perda e de isolamento (Romano, 1999), situação em que há, com o acompanhamento, uma quebra da homeostase referida antes.

Uma das alterações que marcam as circunstâncias do acompanhamento é a quebra de rotinas, já que exige se adaptar à nova situação e vivenciar falta de privacidade e individualidade, ambiente desconhecido, separação social seja do trabalho, da casa, dos amigos, vizinhos, parentes, animais de estimação, entre outros (Romano, 1999). Para Moos (1984 citado por Rolland, 1995, p. 378), algumas

atitudes da família para se adaptar, nesses casos, são “aprender a lidar com a dor, incapacitação [...] aprender a lidar com o ambiente do hospital e com os procedimentos terapêuticos relativos à doença e estabelecer e manter bons relacionamentos com a equipe que presta cuidados”. Mudanças na rotina e facilitadores para o acompanhamento podem ser exemplificadas pela fala de uma entrevistada:

Agora fico um pouco mais parada. Muda tudo, né. A gente é acostumada a levantar cedo e trabalhar durante o dia todo, daqui a pouquinho a gente tá aqui parada. Ah! Como é difícil, demora pra passar. Sorte assim é que a gente desdobra com a outra irmã pra gente aguentar, se não, é difícil. E aí a gente deixa a casa da gente, já vem pra casa dos outros, das outras pessoas. Muda tudo. Já faz 15 dias que eu to fora de casa. No fim, se torna cansativo, vontade de ir pra casa (sic). P3

Os dados colhidos sobre as motivações para o acompanhamento cotidiano permitem afirmar que algumas pessoas são predispostas, no sistema familiar, a serem acompanhantes, por comprometer menos o padrão de funcionamento, continuar a homeostase, provocando menor crise na família. Para se reorganizar, a família se dinamiza com uma rede de suporte intra e extrafamiliar como cônjuges, leis, colegas de trabalho e família extensa. Portanto, a família acaba depositando suas demandas em instituições extra-hospitalares e não sendo cuidada pelo hospital. Percebeu-se também que todos os entrevistados acompanhantes eram do sexo feminino, caracterizando ser um papel relativo ao gênero, pela associação da mulher com a função materna, quando tal função poderia ser de qualquer pessoa da família (Rosset, 2007).

Em face do rol de circunstâncias do acompanhamento podem se fazer necessários diferentes olhares da equipe de saúde para as potencialidades e dificuldades relacionadas à presença do familiar como meio de alcances terapêuticos dos pacientes. A PNH e/ou o PNHAH precisariam considerar essas

motivações e condições para o acompanhamento, a fim de estabelecer ações que apoiem o familiar e a família em sua reorganização, ampliando o cuidado possível no sistema familiar. Processos de humanização envolvem mais que a família nuclear ou extensa, ou seja, conforme Sluzki (1997, p.37), “incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais”. Isso, certamente, auxiliaria nos processos psicossociais de enfrentamento de doenças, morte, entre outras situações.

O Cotidiano no Acompanhamento

Uma das formas de o familiar acompanhante conviver com a internação hospitalar diz respeito a participar do processo de adoecimento e interagir, exercendo funções maternas, como o cuidado ao outro, vínculo e afeto (Rosset, 2007). Tal cotidiano pode se dar a partir da complexidade da doença, ou seja, quando o paciente possui comorbidade, propiciando complexidade no tratamento e dependência, conforme é percebido na seguinte fala:

Teve [outras internações], já fez químio, caiu cabelo, agora tem que fazer químio de novo, mas ela não iniciou porque o pé dela está lesionado. [...] O pé todo assim, ficou preto, preto igual à beterraba. [...] Não dá pra fazer químio porque o pé não sara. Amanhã a médica vai olhar o pé dela pra poder fazer a químio, enquanto não faz a químio a doença tem se alastrado, está nos ossos, nos braços, nas pernas, em tudo. Sabe, dolorido, é bem dolorido (sic). P2

Devido às dificuldades em realizar os atendimentos fisiológicos, aparecem incertezas quanto ao tratamento, prognóstico e à vida do paciente, gerando sofrimento ao familiar. Assim, por vezes, este acaba desconsiderando seus sentimentos para lidar com as emoções do familiar-paciente, o que pode ter consequências para sua saúde. Mais uma vez parece ser necessário que o hospital

invista também nas famílias, a fim de prevenir o desenvolvimento de doenças nestas.

O cotidiano no acompanhamento também se dá por meio de resistência às normas hospitalares, quando é perceptível que o vínculo, o afeto e as crenças são superiores ao cuidado de si mesmo e ao respeito às normas hospitalares, como pode ser visto no cuidado junto a um setor de isolamento, na seguinte fala: “Mas eu toco nela. Porque ela é minha irmã, não vou tocar na minha irmã? Sou obrigada a tocar nela. Como é que eu não vou tocar na coitada que tá ali, daquele jeito (sic)?” (P2).

Percebe-se, pelo depoimento, que o envolvimento leva à ideia de que não tocar tornaria menos genuíno o vínculo. Nesse caso, a emoção se sobrepõe à razão, o que evidencia também uma vulnerabilidade do familiar. Ainda que possa ter ocorrido orientação por parte da equipe, esta não alcançou efetividade, quando, talvez, fosse necessário ter, também, as crenças dos acompanhantes como alvo de cuidado pela PNH. Nesse sentido, estudos apontam que “[...] os profissionais devem estar atentos para o fato de que os membros de uma família correm o risco de doenças físicas, diminuição da atenção, irritabilidade e comprometimento da sua capacidade de decisão. Dessa forma, pode estar comprometida a habilidade de entender políticas, rotinas e procedimentos do hospital que parecem lógicos e racionais para a equipe” (Dunkel, 1983 citado por Romano, 1999, p. 74).

Outra forma de conviver com a internação é reorganizando aspectos da vida extra e intra-hospitalar, isso ocorre, por vezes, recorrendo a crenças. A crença é uma forma de explicar o que está acontecendo, ou seja, a doença acontece por algum motivo, pois foi Deus que determinou. A fé possibilita suportar o sofrimento e cria uma estratégia adaptativa para manter o equilíbrio.

Para Kübler-Ross (1997), a pessoa e a família, quando descobrem uma doença que aproxima a finitude, passam por etapas como a negação, raiva, barganha para receber cura, depressão e aceitação da doença. Apoiar famílias nesses modos de defesa do sofrimento faz-se importante, haja vista que somente um apoio oriundo do ambiente hospitalar poderá ampliar para outros pontos de apoio, conjugados a esses comumente empreendidos.

Destarte, faz parte de conviver com a internação hospitalar o envolvimento emocional. Sobre isso, um dos entrevistados diz: “No meu caso assim... tô tranquila, tô passando... é cansativo né, a gente fica cansada tem toda aquela coisa de... É tua parente, mexe contigo, com o teu emocional, é o desgaste físico, emocional, tudo junto (sic)”. (P5)

Ao ter reconhecidos os efeitos emocionais, tal familiar convive melhor com eles, uma condição que parece precisar caber dentro do espaço hospitalar, seja direcionado aos pacientes internados ou às famílias acompanhantes.

Além disso, um dos modos de se conviver com a internação hospitalar envolve a criação de estratégias, realizando atividades como estudar, conversar, utilizar recursos audiovisuais, leitura, trabalhos manuais, ajudar outras pessoas internadas. Tais atividades são referidas como um modo de passar o tempo em face de uma limitação de escolhas e possibilidades, já que é um ambiente com regras e divisão de espaços.

É visível que o espaço hospitalar leva ao ócio, podendo trazer novos sofrimentos para a pessoa, em face do que projetos de humanização podem propor possibilidades ao familiar, buscando cumprir as diretrizes da PNH. Neste contexto, relacionado ao cuidado com o familiar, faz-se necessário perspectivar atividades de apoio à reflexão, por parte do familiar, sobre seus sentimentos, suas emoções e

ações no acompanhamento do paciente. Esta análise envolveria, ainda, a forma como o familiar se percebe e se posiciona em relação ao espaço onde está inserido. Isso pode levar a que novas estratégias psicossociais sejam propostas e a rotina não se torne uma dificuldade a mais no acompanhamento.

Outra forma de conviver com a internação hospitalar consiste na realização de atividades de apoio. Nelas, o familiar pode ser visto a proporcionar acolhimento, afeto e dignidade à pessoa. Portanto, exerce a função materna que está relacionada ao vínculo, afeto, cuidado, de ser continente e alimentador (Rosset, 2008; Penna, 1992). Em relação ao suporte emocional ao paciente, P2 diz: “Hoje foi um dia muito triste, que hoje ela soube que [o tumor] está nos ossos agora. Chorei muito com ela, acalentei, não ?? deixei ela. Até não quero demorar muito porque ela tá lá [sozinha] (sic).” (P2)

Sobre esse cuidado, percebe-se que o acompanhante realiza algo correspondente ao que foi designado como uma tecnologia leve por Merhy (2002), ou seja, aquela pautada na relação interpessoal. Nessa direção, o acompanhante escutou seu familiar, compreendeu o momento que estava vivendo e acolheu o sofrimento, o que pode diminuir os estressores que a pessoa internada possa apresentar. Tal necessidade de acolhimento pode estar relacionada ao tratamento e prognóstico; ao medo de sentir dor ou de morrer; à falta de privacidade e individualidade; ao medo de ambiente desconhecido, de separação social, “medo de perda de alguma parte do corpo”, entre outros (Penna, 1992, p. 367).

Portanto, observa-se, faz-se necessário que profissionais estejam atentos às dificuldades das pessoas internadas. Diante delas, a presença de um acompanhante pode minimizar esses medos e proporcionar bem-estar, uma vez que potencializado nessa direção. Nesse sentido, o processo de humanização pode estar sendo

potencializado pela presença do familiar, no reconhecimento da dor e do sofrimento da pessoa internada (Brasil, 2000). Condição que, ao ter algum tipo de apoio por parte das suas equipes de trabalho, poderia trazer novos elementos nas relações estabelecidas nesse espaço.

Outra forma de cuidar da pessoa internada dá-se a partir da preservação da integralidade do paciente, quando são realizadas ações pelo acompanhante para preservar o paciente de estressores, ansiedades e agressões próprias da hospitalização, como exemplifica P1, diante da situação do pai, que está com uma escara na parte escrotal, e provoca no paciente sentimentos de vergonha e intimidação:

Ainda mais que é uma doença bastante desconhecida, porque tem vezes que 5 meninas ali no quarto, enfermeira, técnico, vem tudo vê, não sei se é pra acompanhar a evolução, sei lá. [...] minha irmã veio e viu 5 meninas dentro do quarto, ela quase teve um treco, ela expulsou todas elas do quarto. A minha irmã mais velha, pois foi uma coisa bem chata, eu nunca tinha percebido isso, toda vez que vinha muita gente ali, ficava todo mundo olhando pra parte escrotal (sic). P1

Foucault (2006) afirma que o hospital é o lugar especializado nas partes do corpo, em que a pessoa é vista fragmentada, tanto pela equipe como por ela mesma. Assim, decorre da visão do autor, que, pela natureza do hospital, muitas vezes a instituição se coloca em direção inversa à visão integral da pessoa. O hospital, por vezes, desconsidera a pessoa que não consegue manifestar seus desejos e, nesse sentido, o familiar aparece protegendo o paciente da disciplina divisória imposta pelo hospital.

Tal condição poderia ser ultrapassada com o estabelecimento da educação permanente dos profissionais e com a ressignificação e problematização das bases sobre as quais se dá o trabalho. Isso aconteceria com vistas ao atendimento psicossocial dos pertencentes à instituição. A educação permanente vem ao

encontro da PNH que, entre os seus princípios, afirma a realização do “Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade”, bem como a potencialização do cuidado às pessoas (Brasil, 2004, p. 10).

A partir da fala dos entrevistados, durante o cotidiano no acompanhamento há ações de cuidado realizadas pelo acompanhante, que são possibilitadas pelo vínculo entre familiar e paciente. Conforme a fala de P1:

[...] daí eu já esperava a diarreia dele. Tipo, daí, pra eu limpar... primeiro ele não queria ajuda, e ia acabar... daí eu disse: - olha pai, seu curativo está bem complicado, que fica na parte escrotal, não pode deixar contaminar, você tem que me chamar pra você não prejudicar ainda mais a sua saúde, então me chama, por favor. Então a mim ele chama. [...] Eu fui dormir na casa de uma amiga minha. Eu cheguei ele já tava todo defecado, ele tava num estado!... e ele não chamou ninguém pra ajudar ele [...] (sic). P1

Percebe-se que as pessoas podem sentir-se constrangidas com o tipo de cuidado. Dessa forma, os acompanhantes precisam criar estratégias que possibilitem a aproximação do paciente e a minimização da sensação de desconforto, o que precisaria ser extensivo para a equipe. Esse auxílio ocorre, também, na ajuda ao paciente no momento de ele se alimentar, tomar banho, trocar de roupa, cobri-lo, levá-lo até o banheiro, caminhar com ele, realizar massagem. Pode ser observado que parte da rotina do acompanhante consiste em ser cuidador do paciente. Diante disso, há de se ter avanços no sentido de se apoiar tal cuidado, zelando pela preservação da integridade física dos pacientes atendidos, articulando tal prática às já realizadas pela enfermagem e, além disso, apoiando acerca dos reflexos psicológicos envolvidos.

Dessa forma, ressalta-se a importância da educação permanente dos profissionais, já prevista nas políticas de humanização, para que essa atividade pedagógica contribua com os profissionais do campo de atenção, com a equipe, paciente e com o familiar (Brasil, 2004). Ou seja, uníssono aos princípios das

políticas de humanização, o hospital deve cuidar do acompanhante, propiciando, além da informação das rotinas hospitalares e do processo de trabalho, designado por Merhy (2002) de tecnologia leve, portanto, o uso da relação interpessoal para buscar a integridade física e psicológica do acompanhante, com fim último nas pessoas internadas.

A Ambiência do Acompanhante

Ambiência hospitalar é o tratamento dado ao espaço físico onde ocorrem relações sociais. A partir da ambiência, o espaço hospitalar deve possibilitar a reflexão do processo de trabalho; os pacientes e acompanhantes devem sentir-se confortáveis, focando a privacidade, e esse espaço deve ser utilizado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e do atendimento (Brasil, 2004a).

A ambiência conferida pelo hospital ocorre, segundo as pessoas entrevistadas, pela atenção hospitalar adequada, a que todos os entrevistados referiram ter atendimento com qualidade. Em relação ao preparo dos profissionais para o cuidado ao acompanhante, a atenção da equipe aos acompanhantes pode ser identificada na fala de P3:

É assim... eles vêm, se preocupam, perguntam como é que a gente está, como é que está se sentindo. Tem a menina que passa no quarto, de vez em quando, pergunta como é que a gente está se sentindo (sic). P3

Soares e Leventhal (2008, p. 327) destacam a importância de se “manter diálogo, transmitir confiança técnica, compreender e respeitar o outro”, quando o profissional deve utilizar como estratégia ouvir a pessoa, estar disponível e ter interesse pelo outro (Carneiro, 2008), o que deve ser voltado também ao familiar.

Apesar de não questionarem as regras e o poder que o hospital exerce sobre o familiar acompanhante, algum nível de questionamento sobre a falta de infraestrutura hospitalar pode ser visto, timidamente, em uma fala de P2 :

[...] Ontem, o filho dela veio e ficou até meia noite, mas foi embora porque não dá pra dormir... os filhos dela são muito grandes. Como é que vão dormir ali? [...] a cama é muito pequena... não dá. O quarto também é pequeno. Não tem conforto, não tem conforto (sic). P2

Nessa mesma perspectiva, Escher e Cogo (2005) afirmam que o familiar acompanhante encontra, além das dificuldades do não reconhecimento da sua demanda de sofrimento, condições precárias de infraestrutura. Andraus et al. (2004, p. 207) dispõem que a equipe de saúde pouco valoriza as interações com a família e que a implementação de ações para a família encontra muitos “desafios de ordem operacional, em razão da infraestrutura e da organização dos serviços, bem como das condições políticas, econômicas e culturais”, além de constatarem a necessidade do melhor preparo técnico-científico dos profissionais de saúde para atender o familiar. (Brasil, 2001).

Sobre a humanização, ainda, faz-se presente na ambiência conferida pelo hospital, de acordo com os entrevistados, o excesso de burocracia hospitalar no que se refere a documentos para se fazer exame ou cirurgia, tempo de espera para saber um diagnóstico, erros dos profissionais em relação a procedimentos de tecnologia dura, espera pelo atendimento médico, entre outros.

Os familiares parecem ter pouca prontidão para se perceberem como alvos de cuidado no espaço hospitalar, quiçá por concentrarem seus objetivos no cuidado ao paciente. De certo modo, reproduzem as regras hospitalares como o silêncio, a acriticidade sobre limitação de atividades, não alcançando reflexão sobre suas condições no espaço hospitalar. Tais regras parecem subjetivadas pelas pessoas, talvez pela própria construção do modelo hospitalar. Isso tem decorrências para tais

familiares conceberem a política de saúde como direito, passando a ser a alimentação e algum espaço para dormir um tipo de favorecimento, o que é fundamentado na visão caritativa do hospital. É notório que, ainda que tais familiares tenham presença marcante no cuidado aos pacientes, eles têm pouca visibilidade dos processos hospitalares, um tipo de presença envolta em ausência, ao menos pela política e gestão hospitalar.

A partir da fala dos entrevistados, foi possível identificar insipiência na instalação da PNH, disponibilizada pelo hospital aos familiares. Depreende-se disso a necessária mudança da cultura hospitalar e proposição de outra forma de ser e fazer os serviços de saúde, que envolva respeito à pessoa, melhor qualidade no atendimento, capacitação dos profissionais para uma concepção de serviço de saúde pautada na humanização.

A qualidade das ações e dos serviços de saúde depende do desvelamento de uma luta que envolve um conflito de interesses entre o Estado, através de seus governantes, o corporativismo profissional, movimentos sociais e sindicais e a organização dos usuários do SUS. Assim, as pessoas, que fazem uso do setor saúde, em especial do hospital, ao estarem esclarecidas sobre essa realidade, podem interferir, com mais propriedade, nessa mesma realidade. E, ao se apropriarem da política, podem questionar os gestores sobre as ações do hospital, fazendo-se cumprir seus direitos. Debates relacionados ao submetimento das pessoas às regras hospitalares e sobre as condições de ambiência para os familiares parecem ser necessários nas ações de humanização. Isso possibilitando que acompanhantes possam desempenhar poder nesse espaço visando a integralidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do acompanhante no espaço hospitalar, focada na presente pesquisa, levou à visibilidade de uma presença-ausência dessas pessoas no espaço do hospital, sustentada pela constituição de estratégias psicossociais nesse convívio. Presença pela importância no cuidado às pessoas internadas e ausência em virtude de não serem consideradas nas dinâmicas da instituição hospitalar, e, por extensão, pelas políticas de humanização. Durante o acompanhamento no Hospital Geral, os motivos apontados para o familiar ser acompanhante foram diversos, como: disponibilidade de tempo, ausência de outras pessoas, licença do trabalho e intimidade. Destaca-se que algumas pessoas são predispostas, no seu sistema familiar, a serem acompanhantes e, assim, são definidas por comprometerem menos o padrão de funcionamento familiar, e continuar a homeostase, provocando menor crise na família.

Esses familiares podem estar lidando com novas dimensões de sua existência, tais como: organizar sua vida; lidar com seus sentimentos; conviver em um ambiente hospitalar que pode ser desconfortável; relacionar-se com a equipe de saúde; fazer atividades com o paciente; e tentar propiciar cuidado ao paciente. Diante do rol de atividades e circunstâncias do acompanhamento descrito, faz-se necessário o cuidado da equipe de saúde em face das potencialidades e dificuldades geradas pela presença do familiar no acompanhamento. Tal cuidado está previsto na PNH e no PNHAH, ao recomendar que se deve apoiar o familiar em suas dimensões psíquicas e sociais, assim como orientá-lo e acompanhá-lo durante sua permanência no hospital. A produção de tecnologias de cuidado (Merhy, 2002) para a constituição dessas ações em humanização pode se constituir um desafio aos estudos no campo da saúde.

Em relação ao cotidiano com a situação de internação, nos cuidados com o paciente, o acompanhante pode propiciar-lhe bem-estar a partir do suporte emocional, dos cuidados manuais, além de possibilitar-lhe lazer, protegê-lo de situações geradas pela hospitalização. Assim, entende-se a importância do acompanhante no hospital, que pode não ter sua presença qualificada a dar suporte ao paciente no enfrentamento de dificuldades.

A identificação das condições disponibilizadas aos familiares acompanhantes nesta pesquisa revelou que estes se colocam submetidos ao poder hospitalar e a reproduzem as regras hospitalares como silêncio e não questionamento. Nota-se que essas regras estão subjetivadas nas pessoas, levando ao entendimento de que poderiam ser mais bem investigadas as vicissitudes desse processo.

Em relação à ambiência, os acompanhantes não se mostraram satisfeitos, visto que, apesar de se sentirem cuidados pela equipe de saúde, afirmam que não há conforto e espaço para muitos deles, relatando alguns tipos de sofrimento em suas práticas. Faz-se a ressalva da necessidade de ampliação da ambiência hospitalar, certamente por se constituir uma novidade nos espaços de saúde. A elucidação do que possa ser ambiência pode ser também veículo de instalação de humanização visando à integralidade da atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

Andolfi, M. (1996). *A terapia familiar: um enfoque interacional*. Campinas, SP: Editorial Psy.

Andraus, L. M. S.; Minamisava, R.; Munari, D. B. (2004). Desafios da enfermagem no cuidado à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 3(2). Recuperado em 25 abril 2011: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5497/3479>.

Beuter, M.; Brondani, C. M.; Szareski, C.; Lana, L. D.; Alvim, N. A. T. (2009). Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para ação educativa em enfermagem.

Rev. Min. Enferm. 13(1). Recuperado em 25 abril 2011: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf.

Bomfim, A. C.; Bastos, A. C.; Carvalho, A. M. A. (2007). A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. *Bras crescimento desenvolv hum.* 17(1). Recuperado em 25 abril 2011: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n1/08.pdf>.

Braga Neto, F. C.; Barbosa, P. R.; Santos, I. S. (2008). *Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências*. In: Giovanella, L. Escorel, S.; Lobato, L.V.C. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Brasil. (1990). *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Recuperado em 07 mai. 2011: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.

Brasil. (2000). Ministério da Saúde. *Manual do PNHAH*. Brasília.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2003). *Lei nº 10.741*, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Recuperado em 07 mai 2011: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004a) Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Ambiência*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 fev. 2013: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1163_FL.pdf.

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Carneiro, T. M. (2008). Vivenciando o cuidar e o curar como familiar em um hospital. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília: 61(3). Recuperado em 25 abril 2011: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a19v61n3.pdf>.

Costa, J. B.; Mombelli, Mônica A.; Marcon, S. S. (2009). Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento pediátrico. *Estudos de psicologia*, Campinas, 26(3). Recuperado em 25 abril. 2011: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a05.pdf>.

Dell'Aqua, M. L. (2008). *Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento*

no trabalho, como componentes intervenientes. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista. Botucatu. Recuperado em 28 mar 2011: <http://www.pg.fmb.unesp.br/projetos/11112008102738.pdf>

Escher, R. B.; Cogo. (2005). Ana Luísa Peterson. Os familiares de pacientes adultos hospitalizados: sua participação no processo de cuidar na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, 26(2).

Ferrari, M.; Kaloustian, S.M. (1994). *Introdução*. In: Kaloustian, S.M. (Org.). Família brasileira, a base de tudo (pp. 11-15). São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef.

Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (2006). *O nascimento da clínica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Gil, A. C. (1999). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. (1994). *A análise de dados em pesquisa qualitativa*. In: Minayo, M. C. S. (org.). Pesquisa Social: tória, método e criatividade (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.

Halliday, J. L. (1948). *Psychosocial Medicine – A study of the sick society*. London: Medical Books.

Henckemaier, L. (2002). *Dificuldades ao cuidar da família no hospital*. In Elsen, I.; Marcon, S. S.; Santos, M. R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença (pp. 403-420). Maringá: UEM.

Küber-Ross, E. (1997). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Monticelli, M.; Boehs, A. E. (2007). A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Esc Enferm USP*. 41(3). Recuperado em 25 abril 2011: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/18.pdf>.

Moreno, V. (2007). A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Acta Sci Health Sci*. Maringá. 29(2). Recuperado em 27 mar 2011: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1075/531>.

Penna, T. (1992). *Psicoterapias breves em hospitais gerais*. In: MELLO, J. Psicossomática Hoje (pp. 362-369). Porto Alegre: Artes Médicas.

Pettengill, M. A. M.; Angelo, Margareth. (2006). Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev. Esc. Enfermagem da ESP*. 40(2). São Paulo. Recuperado em 04 fev. 2012: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200018&script=sci_arttext.

Pinho, L. B.; Kantorski, L. P.(2004). Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados em unidades de emergência. *Ciencia y enfermeria* x(1). Recuperado em 25 abril 2011: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art08.pdf>.

Pinto, J. P.; Ribeiro, C. A.; Silva, C. V. (2005). Procurando manter equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev. Latino am enferm.* 13(6). Recuperado em 25 abril 2011: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a09.pdf>.

Rolland, J. (1995). *Doença crônica e o ciclo de vida familiar*. In: Carter, B. & McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar (pp. 373-391). 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rosset, S. M. (2007). *Pais e filhos: uma relação delicada*. Curitiba: Sol.

Rosset, S. M. (2008). *Terapia relacional sistêmica: família, casais, indivíduos, grupos*. Curitiba: Sol.

Silva, F. S. (2008). *Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em unidade de terapia intensiva: necessidades de acolhimento e informação sobre saúde*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado em 25 abril 2011: http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1875

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Soares, M. F. & Leventhal, L. C. (2008). A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 7(3). Recuperado em 25 abril 2011: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6503/3858>.

Valadares, G. V.; Paiva, R. S. (2010). Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: contribuições para a enfermagem. *Rev. Rene*. 11(3). Recuperado em 25 abril 2011: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=567458&indexSearch=ID>

CONTATO

E-mail: mayperes@hotmail.com