

O ACOMPANHANTE DO PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

THE COMPANION OF THE HOSPITALIZED ADULT PATIENT

Liana Lautert¹

Isabel Cristina Echer²

Margarita Ana Rubin Unicovsky²

RESUMO

O objetivo desta investigação é desvelar quem é o acompanhante de pacientes adultos internados em instituição hospitalar. É um estudo exploratório e descritivo, no qual utilizamos a metodologia qualitativa de análise de conteúdo de entrevistas de quarenta e dois acompanhantes. Realizamos uma análise estatística com os dados demográficos dos sujeitos e posteriormente analisamos as entrevistas, das quais emergiram as seguintes categorias: importância do acompanhante dentro do hospital, percepção em relação à equipe que cuida do paciente, qualidade de relacionamento entre acompanhante e paciente, qualidade da informação recebida pelo acompanhante e dificuldades encontradas pelo acompanhante. Os resultados evidenciam que os acompanhantes são familiares, mulheres, com idade superior à 40 anos, sendo que a maioria reside com o paciente. Constatamos que acompanhar o paciente tem por fim auxiliá-lo e proporcionar-lhe apoio emocional. Entretanto, a maioria dos acompanhantes não recebe informações da equipe multidisciplinar de como ajudá-lo, por isso utilizam a intuição e o bom senso.

UNITERMOS: acompanhante, hospital, paciente adulto.

1 INTRODUÇÃO

A existência humana perfaz um caminho de relacionamento importante, sendo o sistema familiar o mais significativo, deixando claro a necessidade de se viver em grupo.

“O ser humano não vive sozinho, existe um todo atrás dele, algo que se chama família, que ele traz com ele... toda estrutura básica que nós levamos para a vida, nós podemos acrescentar muitas coisas, mas as raízes nossas estão lá na família ... se a família está bem estruturada ou mal estruturada... vai te dar uma base ou não.” (Santos, 1996, p.141.)

O evento da internação hospitalar é um acontecimento importante na vida das pessoas e que, muitas vezes, requer a presença de um

acompanhante. Para Erdmann (1996, p.74) *“Estar internado exige receber frutas, bolachas, sabonete, chinelos, rádio ou TV se possível, votos de boas melhoras, sentimento de compaixão, respeito pela sua vida mesmo tendo sido seu pior inimigo ou bandido”*.

O acompanhante do paciente adulto é um elemento que pouco aparece nas investigações em enfermagem; desta forma, relegado a um segundo plano, quando falamos em cuidado, assistência integral e outros discursos comuns em nosso meio. Na verdade a idéia da figura do acompanhante nos remete ao cuidar da criança, ou em situações caracterizadas como graves, como é o caso do paciente internado em unidade de terapia intensiva (Scarelli, 1994). Assim, o acompanhante é visto como sendo de fundamental importância, para a recuperação do paciente.

Ferreira (1986, p.35) define o acompanhante como *“pessoa que faz companhia ou dá assistência a indivíduo doente, idoso ou inválido”*. Já as autoras, entendem que acompanhante é todo e qualquer indivíduo que receba ou não remuneração e que permaneça ao lado do paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático,

1 Enfa. Profa. Dra. em Psicologia da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Brasil.

2 Enfas. Profas. Mestras em Educação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Brasil.

proporcionando companhia, apoio emocional e, eventualmente execute cuidados sob orientação e ou supervisão da equipe de enfermagem.

Na nossa prática como enfermeiras e docentes em enfermagem, verificamos que, muitas vezes o acompanhante não é bem visto dentro das instituições hospitalares. Parece que sua presença representa mais a idéia de um fiscal da qualidade do cuidado que estamos prestando do que um colaborador, um aliado da enfermagem e, principalmente, um companheiro do paciente.

Esse mesmo tipo de atitude está refletido em investigações americanas, como as de Kirchhoff et al. (1993) quando os autores referem que os efeitos da visita são mais negativos para a equipe de enfermagem do que propriamente para o paciente e família. Também, Gurley (1995) afirma que muitas vezes os enfermeiros vêem o horário de visita como uma intromissão dos acompanhantes e perda de tempo da equipe.

No entanto, sabemos que o acompanhante tem alguma influência sobre o comportamento do paciente devido a sua convivência, muitas vezes longa, durante e após a hospitalização. Isso tem sido evidenciado por diferentes autores preocupados em estudar essas questões. Cleveland (1994) afirma que a visita dos familiares não é um privilégio dado pelos hospitais e sim uma necessidade para o auxílio na terapêutica. Também Marfell e Garcia (1995) identificaram que as expectativas dos familiares, revelam uma necessidade mais pessoal e humana, ou seja, um desejo de pacientes e familiares manterem um contato e interagir um com o outro.

Entendemos ser extremamente eficaz a permanência do acompanhante no período de internação no que diz respeito ao apoio emocional que este pode proporcionar ao paciente, que neste ínterim atravessa uma fase crítica da sua vida. O acompanhante pode contribuir não só afetivamente, mas também na prestação de alguns cuidados que vêm em benefício do paciente.

Podemos acrescentar ainda a importância do acompanhante nos dias atuais, uma vez que o paciente recebe alta hospitalar cada vez mais precoce em virtude da atual política de saúde. Com isso, o paciente retorna para o seu meio, muitas vezes, ainda necessitando cuidados complexos, para os quais nem o paciente e/ou acompanhante estão habilitados. Por isso, as autoras acreditam ser de fundamental importância pacientes e/ou acompanhantes serem orientados e treinados sobre os cuidados ao longo do período de internação.

Diferentes autores (Gurley, 1995; Marfell e Garcia, 1995; Whitis, 1994 e Warren, 1993) referem que os membros da família oferecem suporte e conforto para o paciente durante a sua internação. Concordamos com essa afirmação e acredi-

tamos que o fortalecimento das relações com a família pode influenciar na satisfação do paciente, na institucionalização do cuidado centrado e na qualidade do cuidado prestado, e que os enfermeiros tem importância vital tanto na orientação dos pacientes como dos acompanhantes.

Assim, a finalidade primordial desse estudo foi refinar e desenvolver conceitos, visando apontar caminhos que possam esclarecer *quem é o acompanhante dos pacientes adultos internados em instituição hospitalar*, servindo como proposta de elementos a considerar em programas de intervenção dirigidos aos enfermeiros e à organização, bem como, para instrumentalizar futuros enfermeiros para o exercício profissional.

2 MATERIAL E MÉTODO

A presente investigação tem caráter exploratório e descritivo, com um corte transversal no qual foram contempladas todas as variáveis simultaneamente. O estudo foi realizado em um hospital universitário de grande porte, com 720 leitos, de atenção múltipla, voltado a educação, a pesquisa e assistência à saúde.

Fizeram parte do estudo quarenta e dois (42) acompanhantes de pacientes adultos, internados em unidades cirúrgicas ou clínicas deste hospital, no período de junho à agosto de 1996. A escolha dos sujeitos foi acidental, uma vez que trabalhamos com as entrevistas desenvolvidas neste período. Estas foram realizadas pelas próprias autoras, objetivando uniformizar a abordagem. No momento da entrevista, realizamos uma breve explanação sobre a investigação, informando que ela busca identificar quem é o acompanhante do paciente adulto internado.

O instrumento foi acompanhado por um termo de consentimento do respondente, onde garantimos o caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade. A entrevista contém dados de identificação e a seguir aborda as seguintes questões: *Como é sua relação com o paciente? Qual o tipo de informação recebida e por quem? Quais as facilidades e dificuldades em desenvolver seu papel? Considera importante acompanhar o paciente e quais os sentimentos em relação a equipe que cuida?*

Demonstramos os dados demográficos dos sujeitos através de percentuais a fim de ilustrar o perfil dos acompanhantes. Posteriormente, as entrevistas foram avaliadas através da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1977), obedecendo as etapas que seguem: transcrição das entrevistas, pré análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Com a análise dos depoimentos emergiram as seguintes categorias: *Importância do acompanhante dentro do hospital; percepção em relação a equipe que cuida do paciente; qualidade do*

relacionamento entre acompanhante e paciente; qualidade da informação recebida pelo acompanhante e dificuldades encontradas pelo acompanhante.

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A sistemática para apresentação dos resultados desta investigação, consta de duas etapas. Na primeira, apresentamos os dados demográficos dos sujeitos e na segunda, estão descritos os achados da análise do conteúdo das questões.

3.1 Dados demográficos dos sujeitos

Constatamos que 52,38% dos acompanhantes têm mais de 50 anos de idade. Acreditamos que estas pessoas já não seriam as ideais para estarem junto aos pacientes, devido a possibilidade de algumas limitações que por ventura possam apresentar, dentre as quais destacamos o déficit auditivo e motor, acuidade visual, destreza manual e, em alguns casos comprometimento psicológico, o que pode interferir tanto na saúde do acompanhante, como dificultar sua atuação junto ao paciente (Figura 1).

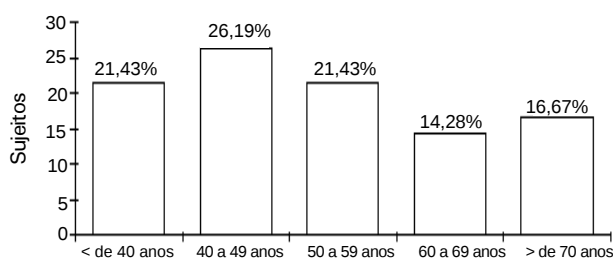


Figura 1 - Idade dos acompanhantes

Segundo Atkinson e Murray (1989), a fase do adulto médio também chamada de meia idade, vai dos 40 aos 65 anos e nesta fase ocorre um declínio lento e, as vezes, pouco perceptível no funcionamento dos sintomas orgânicos, acarretando uma lenta deterioração dos órgãos dos sentidos, e decréscimo do metabolismo basal.

Por outro lado, é nesta fase da vida que o indivíduo, muitas vezes, está aposentado e tem disponibilidade de tempo para acompanhar o paciente internado, o que talvez justifique estes achados.

Mosquera e Stobaus (1984, p.75), comentando sobre a teoria do desenvolvimento humano, descrevem que os ciclos da vida adulta podem ser divididos em *“adulthood jovem, média e plena”*. A caracterização das faixas etárias dos acompanhantes é fundamental para nos situarmos e compreendermos as manifestações de opiniões dos indivíduos, localizando-os nas fases da adultez média e plena, visto que a concentração maior

do grupo estudado encontra-se na faixa dos 40 aos 70 anos, onde a preocupação com o outro, assume maiores proporções do que com os seus próprios problemas.

Podemos constatar a situação dos acompanhantes quanto ao sexo e grau de parentesco e observamos que, 78,57% dos sujeitos são mulheres e destas 42,85% são esposas, 23,81% são filhas, e 21,43% são noras, tias e genro. Apuramos ainda que 21,43% são homens, prevalecendo o sexo feminino (Figura 2).

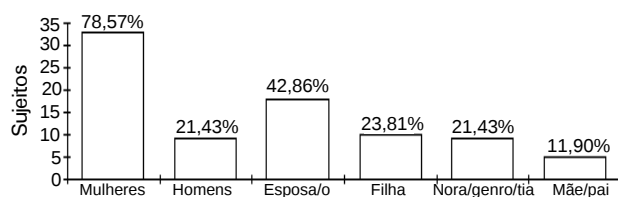


Figura 2 - Sexo e grau de parentesco dos acompanhantes.

Estudos que utilizam o gênero como categoria de análise, em geral, também abordam as categorias raça e geração, como atributos naturais impregnados de significados políticos, culturais e econômicos, organizados por hierarquias de privilégios e desigualdades. Ser mulher, em nossa sociedade, significa estar inserida, enquanto agente social, num sistema cujo conteúdo é pautado por subordinação. Nascer mulher manifesta-se como um ato primeiro e involuntário de inscrição em relações marcadas pelo poder da dominação masculina. Implica ver-se inscrita num sistema de privilégios e hierarquias que se consolidam como o oposto do homem, este concebido e percebido como objeto positivo de valor e ideal social, ao qual é atribuída a distinção de herdeiro da cultura.

Ao homem, a positividade, à mulher, a negatividade; ao homem a cultura e as realizações que transformam o mundo em mundo humano, à mulher as tarefas naturais, derivadas de sua biologia e restrição aos atributos reprodutivos.

Segundo Scott (1990, p.7)

“O gênero torna-se uma maneira de indicar construções sociais – a criação intencionalmente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e mulheres...”

Este fato torna-se concreto neste grupo de acompanhantes, uma vez que a presença dessas mulheres junto aos pacientes tem por finalidade suprir algumas necessidades desses indivíduos, principalmente sob o ponto de vista da segurança, proporcionando suporte emocional em um momento de crise, ou em última análise, cuidar do doente. Papel desempenhado desde os primórdios da humanidade pela mulher.

Witt (1996, p.153) refere que “... as mulheres jamais visualizam alguma situação na qual elas não realizam trabalho doméstico...”, quando acometidas de doença consideram um momento extremo no qual elas podem se subtrair da demanda familiar. Ainda assim, neste caso, são as outras mulheres suas mães, irmãs ou filhas que assumem um grande número de tarefas.

Todos os sujeitos deste estudo pertencem ao grupo familiar, o que nos leva a inferir que em momentos de internação hospitalar o suporte vem da família. Acreditamos ser instinto para algumas pessoas, o aproximar-se e o tentar ajudar o familiar doente, principalmente do grupo familiar e que muitas vezes são os momentos de crise que fortalecem as relações familiares.

Santos (1996) reforça que família para algumas pessoas não é só pai mãe e filhos, pois pode incluir outros elementos que considera importante. Assim, cada família tem sua própria percepção sobre o que é a família, como podemos observar no conceito descrito por Boyd (apud Santos, 1990, p.140), quando

“conceitua família como um sistema de membros que interatuam, ou seja, um sistema social humano que está sempre aberto a trocas e a mudanças, ao mesmo tempo que significa muito mais que a soma das características e condições de cada um de seus membros”.

Parece-nos que em momentos de crise, como é o caso da doença, e onde existe a necessidade de acompanhante, é a família e, principalmente a mulher, que acaba desempenhando esse papel.

Constatamos que 61,90% dos acompanhantes possuem o primeiro grau (incompleto e/ou completo) fator que, ao nosso entender, tende a ser positivo, uma vez que o fato de saber ler e escrever, pressupõe certo nível de compreensão o que pode auxiliar na resolução de problemas que eventualmente possam surgir, bem como prestar cuidados como por exemplo atentar para cuidados específicos relacionados a administração de dietas, medicamentos e outros cuidados, na alta hospitalar. Apenas 7,14% dos acompanhantes não sabem ler e escrever. (Figura 3)

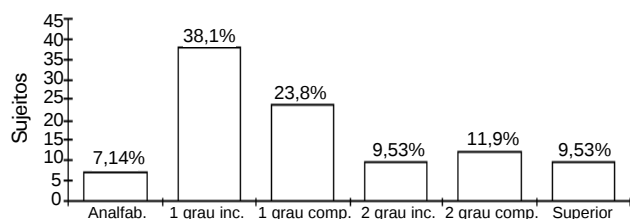


Figura 3 - Nível de escolaridade dos acompanhantes.

Observamos ainda, que somente 30,55% dos acompanhantes possuem nível de instrução superior ao 1º grau, o que vai ao encontro de autores que vinculam a falta de intelectualização ao sexo feminino. (Ortner, 1979; Muraro, 1993)

Historicamente, as mulheres têm sido injustamente sujeitas a papéis de inferioridade, imagens de perversidade, incompetência, desinformadas e pouco intelectualizadas. Tais imagens organizaram-se há milhares de anos e parecem ter suas raízes na religião e na mitologia, as quais foram reforçadas pelo patriarcalismo.

É importante e necessário saber-se como as mulheres foram concebidas em sistemas patriarcais de forma a compreender-se melhor as causas de sua opressão. Alguns filósofos têm sido propagadores da inferioridade e da (des) intelectualização das mulheres. No passado eram consideradas intelectualmente inferiores e eram ensinadas a obedecer e satisfazer os homens (Ashley, 1980). Freud foi bastante influente neste sentido e sua filosofia psicanalítica divulgava o pouco desenvolvimento feminino: a mulher era um ser passivo, seu superego pouco desenvolvido e seu senso moral muito baixo. Ademais, também considerava a mulher intelectualmente inferior (Millet, 1970).

Outro dado importante que aparece nas entrevistas é que 60% dos acompanhantes residem com o paciente e 40 % não residem. Destes 40%, 14% moram na mesma cidade e 26% em outra cidade. Fator positivo que nos leva a inferir que o acompanhante conhece os hábitos de vida do paciente o que facilita no momento de atender as suas necessidades e no momento de dar-lhe suporte emocional. Para o acompanhante que não reside com o paciente e, principalmente quando moram em outra cidade, acreditamos que possuem maior dificuldade para desempenhar este papel.

Fazendo uma correlação entre a Figura 2 e a 4, verificamos que dos 60% dos acompanhantes que residem com o paciente podem ser familiares de primeiro grau, visto que 78, 54% dos sujeitos estudados o são.

3.2 Achados das entrevistas

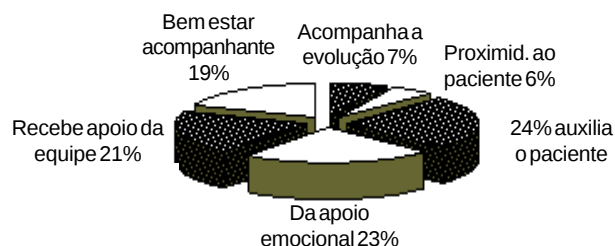


Figura 4 - Importância do acompanhante dentro do hospital.

Na categoria 1 *Importância do acompanhante dentro do hospital* os indicadores mais significativos foram: auxiliar o paciente, apoio emocional, bem estar do acompanhante e acompanhar a evolução.

Enquanto a equipe interdisciplinar se volta para a assistência de muitos pacientes, o acompanhante está em contato diário e constante com um paciente em especial, residindo aí o fato de representar um papel importante para o enfermo. Ele pode fazer com que o paciente se sinta estimado e útil, encorajá-lo constantemente nesses dias, para ele tão difíceis e penosos. A maneira pela qual o acompanhante o tratar acarretar-lhe-á a saúde ou doença, alegria ou tristeza, **auxiliar o paciente** é constatado pelos depoimentos:

“A pessoa conhece mais a pessoa que está doente e pode ajudar na hora que precisa é importante...”; “...muito importante (...) além da ajuda física, a ajuda psicológica...”; “...quando estamos juntos exigimos mais dele...”; “...acho que paciente sozinho é muito difícil...”.

Acreditamos que muitas vezes a necessidade do acompanhante de estar com seu paciente é tão grande e tão importante que este acaba relegando seus próprios problemas e responsabilidade para um segundo plano, para ficar a disposição deste seu ente querido, objetivando aliviar estes momentos que normalmente são tidos como difíceis.

Seja qual for a função do acompanhante, este representa, para o paciente, muitas coisas: elo familiar, companheiro, guarda, mensageiro, anjo da guarda e instrutor. A maneira pela qual o acompanhante desempenha suas funções poderá influenciar no processo de recuperação da saúde.

Apoio emocional foi o indicador que apareceu em segundo lugar, quando os acompanhantes falaram a respeito da importância de permanecerem junto ao paciente. Por definição dar apoio emocional é, via de regra, auxiliar. Mesmo assim optamos por separar esses dois indicativos, uma vez que o primeiro refere-se mais ao aspecto do auxílio físico, enquanto que este contempla o lado emocional.

“... a pessoa se sente mais segura...”; “a gente procura ficar aqui para ele não ficar sozinho...”; “muito por ela não se sentir sozinha, ela tem 90 anos, e para ela é importante ter alguém por perto (...) sei que ela quer que eu fique por perto, principalmente nessa hora que esta fragilizada ...”; “ele fica completamente perdido (...) se sente sozinho...”; “...ele não tem mais como ficar sozinho de jeito nenhum, quando internou se agarrou em nós e pediu para não deixá-lo

sozinho...”; “...é muito humilde, é a primeira vez que está em Porto Alegre, é muito tímido, a gente conversando ele vai ficando...”; “...a recuperação é mais rápida e depois ela se sente perdida, um simples carinho, segurar a mão, já se sente mais segura...”; “... O acompanhante dá ânimo para viver...”.

O adoecer humano constitui por si só um evento de intensa ansiedade e insegurança, gerando, algumas vezes, inclusive alterações comportamentais significativas. Quando a hospitalização é acrescida a essa situação, pode potencializar os sentimentos até então manifestos, pois essa traz consigo o afastamento do meio ambiente natural do indivíduo, bem como família, amigos, trabalho, hábitos e rotinas. Enfim, o cotidiano do indivíduo fica completamente modificado em todos os níveis, tanto de necessidades básicas, gregárias até de auto-estima e auto-imagem. Frente a essa nova situação que, em geral, se encontram os pacientes, acreditamos que é a figura do acompanhante que pode manter o elo entre o indivíduo enfermo hospitalizado/despersonalizado e seu cotidiano como cidadão, inserido em um contexto familiar e social.

Para assistir o indivíduo adequadamente é imprescindível que o acompanhante **receba apoio da equipe**.

“...poder dormir temos cobertor travesseiro ...”; “me deixam ficar (...) me dão cobertor...”; “...todas as auxiliares me ajudam sempre que preciso (...) elas estão prontas para atender...”; “...consigo água, telefone”; “as enfermeiras me dão cobertor para dormir, é uma benção ter um cobertor e uma poltrona...”; “...consigo dormir bem (...) estão sempre perguntando se não estou com frio...”.

Franco (1988) aborda em seu trabalho a importância da integração entre a equipe interdisciplinar para estudar estratégias de assistência integral ao indivíduo hospitalizado incluindo seu(s) acompanhante(s).

Frente ao exposto, ressaltamos a relevância do papel do acompanhante junto ao paciente e da sua integração com equipe interdisciplinar para pleno desempenho do seu papel o qual exige considerável controle emocional, bondade e capacidade de ajuda e doação.

A necessidade de ser acompanhante traz bem estar tanto para o paciente como proporciona um grande sentimento de satisfação do acompanhante de poder ajudar e ficar junto do familiar neste momento difícil, como é a hospitalização. Podemos observar o **bem estar do acompanhante** através dos depoimentos:

“A gente fica mais tranqüila, se a gente vai

para casa a gente fica muito nervosa...”; “... só ficar na frente do hospital já me sinto melhor, então faz idéia dentro ...”; “...eu não conseguiria ficar em casa, sinto necessidade de estar aqui, por isso tolero limitações. Fico por ele e por mim ...”; “...eu me sinto útil, não quero que ela se preocupe. Ela não quer nem que eu desça para o almoço...”; “... não consigo dormir, fico querendo estar perto (...) tenho obrigação...”; “...eu acho bom, quando estive baixado também achava bom (...) a gente vai aprendendo coisas importantes em termos de saúde (...) mais amizade com a equipe...”; “...imagina o meu desespero de não estar mais acompanhando...”.

Quando o sistema familiar se desestrutura de forma súbita, como no caso das doenças, poderá desencadear crises dentro do contexto familiar. Neste momento o indivíduo deixa de ser pai, mãe, sogra, nora, genro, filho produtivo e hígido, para se transformar em um paciente. É nessas condições que toda a família adoece.

“Se o enfermo é uma pessoa importante para o sistema, mais difícil será a readaptação das pessoas a nova fase. Também aqui a ansiedade vem carregada de sentimento de culpa e medo, podendo acarretar sintomatologia diversa” (Centro de Estudos da Família, 1990, p.1)

Assim sendo, a reação da família será proporcional a representação do doente dentro do sistema, portanto, quanto maior os laços afetivos e de dependência, maior será o choque emocional dessa família.

Segundo Joos, Nelson e Lyness (1985) a morte do esposo constitui a primeira causa de estresse e a morte ou afastamento de um membro da família é quinta, na escala de estresse de adultos. Isso vem justificar porque o acompanhante tem necessidade de permanecer junto ao paciente, visto que 42,85% dos acompanhantes são esposas(os) e 35,71% são filhas(os) ou mãe/pai deste. Santos (1996, p.133) relata com o depoimento de um sujeito de sua investigação que a responsabilidade não deve ficar só com a equipe pois *“... quando chegava um familiar a resposta do paciente era afetiva”* o que denota a influência deste sobre o paciente. Refere ainda, que quando o familiar é abordado adequadamente e bem tratado pela equipe você observa *“a família sentindo-se melhor, o paciente tendo a resposta melhor e a equipe também sentindo-se mais a vontade”*.

Para alguns pacientes, o acompanhante contribui no desenvolvimento de tarefas simples como auxiliar na alimentação, na deambulação, nas eliminações, quando a instituição de saúde lhe

proporciona esta liberdade de ação, como podemos observar nos depoimentos:

“...me dão toda liberdade (...) são carinhosos, acessíveis ...”; “...liberdade de estar com ela, acompanhando a alimentação, entrar mesmo fora do horário...”; “...as portas se abrem para mim...” ; “...liberdade, ajuda contínua, sempre que preciso estão sempre por perto...”; “a equipe de enfermagem me deixa a vontade...”.

O acompanhante também pode ser útil quando, diante de qualquer alteração ou dúvida no quadro do paciente, solicita a ajuda ou presença da equipe interdisciplinar para assistir o paciente, favorecendo o atendimento imediato em algumas situações.

Acompanhar a evolução do processo de saúde-doença de seu familiar é importante e muitas vezes tranquiliza o acompanhante. Acreditamos ser este um momento para preparar o acompanhante para dar suporte ao paciente, principalmente quando da alta hospitalar, visto que muitas vezes este tem alta com problemas de saúde que requerem cuidados de enfermagem. O ambiente hospitalar deveria possibilitar o aprendizado do acompanhante para cuidados a serem executados a domicílio. Este indicador é representado pelas falas:

“imagina meu desespero de não estar acompanhando o dia a dia, ainda mais na idade dele, é fundamental pelo fato de não se comunicar adequadamente...”; “...tem horas que a gravidade aumenta (...) estar por perto é bom...”; “...a pessoa se sente mais segura, quer que eu acompanhe os cuidados, quer que eu esteja junto quando a equipe vem para dar uma explicação para que eu repasse com palavras mais simples, sou o controlador...”.

Erdmann (1996, p.81) refere que *“o afastamento dos familiares ou acompanhantes durante o atendimento de cuidados pode sem dúvida, facilitar o trabalho da equipe multiprofissional mas ao mesmo tempo, pode deixar o cliente e acompanhantes mais inseguros e temerosos”*.

Acreditamos que, o acompanhante, seja amigo ou familiar, poderá exercer grande influência no sentido de contribuir para a melhora do paciente e sua adaptação ao ambiente hospitalar a sua **proximidade** é fator relevante como podemos observar pelas falas:

“primeiro é estar ao lado dele ...”; “...ter alguém junto aqui no hospital...”. “A gente sente assim uma segurança a mais em poder ficar...”; “ajuda o paciente, tranquiliza

(...) *todo lado emocional. “Acho que contribuo na recuperação. porque estou sempre perto dele...”. “Ah! fundamental, , não fala e não lê em português...”; “... para fazer companhia, para discutir um assunto de casa, a gente está sempre junto...”.*

Santos (1996, p.134) relata que “o paciente ficava abandonado e a família era sempre crucificada pela equipe como responsável pelo abandono (...) a relação era de proteção ao paciente e verdadeiro horror a família, que era causadora de tanto sofrimento”. Tanto é que muitos pacientes que ficaram internados (em clínicas psiquiátricas) nunca mais saíram pela falta de uma consciência da importância da participação da família no tratamento por parte da equipe de saúde.

A mesma autora relata ainda, que o paciente do interior, baixava e ficava longe da família e esta perdia o vínculo, também o paciente perdia o vínculo e a equipe ficava com toda responsabilidade e nada fazia para resgatar essa relação familiar.

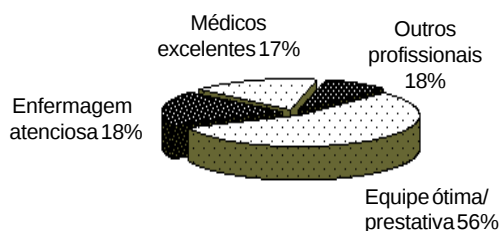


Figura 5 - Percepções dos acompanhantes em relação a equipe que cuida do paciente.

Na Categoria 2 *Percepções dos acompanhantes em relação a equipe que cuida do paciente* os indicadores mais significativos foram: equipe prestativa/ótima/muito boa, enfermagem atenciosa, os médicos excelentes, nutrição/limpeza/banco de sangue/guardas atenciosos.

O hospital em estudo caracteriza-se pela consolidação de diversos segmentos de atuação, pela adoção de destaque em muitas frentes, pelo dinamismo e variedade de atividades e pelo reconhecimento da qualidade da sua ação. A assistência desenvolvida nessa instituição, no entanto, não se destaca apenas pelo volume de atendimentos, mas também por uma assistência qualificada e personalizada pela equipe multidisciplinar, o que podemos comprovar pelos depoimentos que consideram a **equipe prestativa, ótima ou muito boa**.

“São muito, atenciosas, equipe ótima, tudo que eu peço eles conseguem...”; “acho a equipe boa, eles cuidam bem, eles estão fazendo de tudo para ele melhorar...”; “...são

maravilhosos, todo mundo funciona com raras exceções...”; “eles se despedam para salvar, são atenciosas, carinhosas...”; “não tenho nada a me queixar deles...”; “boas mesmo, o carinho, a força, o atendimento, um agradecimento não é suficiente para nós respondermos tudo o que fizeram por nós, não resta nada somente agradecer...”; “...sempre estão aí na hora que a gente precisa, quando a gente pergunta alguma coisa (...) sempre tem um canal bem aberto...”

As percepções dos acompanhantes relatadas evidenciam a importância que atribuem a atenção que recebem da equipe. E esses depoimentos nos levam a inferir que quando se referem à equipe, por vezes a entendem como sendo a equipe de enfermagem, como podemos perceber quando dizem que *“São maravilhosas, são ótimas, correm a toda hora, é só precisar, nota dez para elas, todos são muito bons...”*; *“...eu tenho bastante carinho e agradecimento com as pessoas que cuidam dele, são eficientes, é chamar a campainha e logo vem atender, só tenho que agradecer a estas gurias todas...”*. Também nos chamou atenção o grande número de depoimentos no gênero feminino, o que atribuímos à predominância de mulheres cuidando desses pacientes, o que é uma característica das instituições hospitalares.

Outro ponto que se destacou nos depoimentos é a atribuição de “boazinhas, queridinhas e atenciosas”, pouco aparecendo os atributos de eficiência e competência destes profissionais. Este achado nos leva a perguntar quais as necessidades desses acompanhantes? O que realmente valorizam na equipe? Ou será que atualmente são tão maltratados pelo sistema de saúde, que quando recebem atenção se manifestam através de agradecimento.

A enfermagem como elemento integrador da equipe tem a responsabilidade de informar e orientar o familiar, com a finalidade de amenizar os sentimentos de angústia. Nicklin citado por Branco (1988, p.102) argumenta que a *“presença visível de uma enfermeira que poderia dar informações, também parece ser tranquilizador...”* desde que essas informações sejam claras e objetivas. As informações podem se referir a terapêutica usada, motivo de certos procedimentos e cuidados, informações sobre o estado de saúde do paciente e outras. Segundo Branco (1988) transmitir informações não é um processo que leva tempo. À medida que isso se torna parte integrante do tratamento vai se tornando tão importante e automático como verificar os sinais vitais. No entanto, fornecer informações pouco aparece nos depoimentos, aparecendo somente uma vez: *“A gente consegue todas as informações...”*.

Esse fato não invalida considerarem a **enfermagem atenciosa**, como podemos observar pelos relatos:

“Excelente corpo de enfermagem, eu dou nota dez...”; “... pelo que vejo e ele diz todos são excelentes...”; “...elas tem uma psicologia toda especial, elas alegram a gente, elas me ajudam, dão força...”; “São pessoas sensacionais, são ótimos, só tenho a elogiar...”; “...muito boas, sinceras, carinhosas, principalmente o conforto que dão...”; “...toda enfermagem desenvolve seu trabalho com muito carinho, a maneira que elas tratam...”; “É excelente enfermagem em geral...”; “... todos são ótimos...”

O fator atenção também está evidente quando os acompanhantes referem que os **médicos são excelentes**, como podemos observar:

“Os médicos são excelentes”; “São pessoas sensacionais...”; “excelente todos médicos”; “muito bons, já tive contato com três equipes, são humanos, todos mostram bastante interesse, desde os acadêmicos...”; “todos os médicos aqui nos tratam muito bem, eu preciso falar com tal médico, só se ele não tiver (...) é tudo excelente...”

Outros profissionais também são citados pelos acompanhantes, pelo atendimento que prestam, como podemos evidenciar a seguir:

“São todos excelentes, desde as coqueiras...”; “...organizaram uma festa de aniversário ela (a paciente) ganhou uma meia até da faxineira”; “todas as equipes são boas, nutrição; higienização, todos desenvolvem seu trabalho com muito carinho...”; “só tenho a agradecer às equipes (...) banco de sangue, nutrição, todos maravilhosos; também os guardas, me orientaram de como circular no hospital...”

Para cuidar do indivíduo hospitalizado é imprescindível o trabalho de uma equipe integrada, como os próprios acompanhantes referem quando falam a respeito da importância da assistência recebida dentro do hospital. Isso vem reafirmar a necessidade de realmente trabalharmos em equipe.

Os sentimentos dos acompanhantes em relação às equipes que cuidam do paciente são os melhores com raras exceções, embora, ao nosso ver, eles recebam pouco do muito que a equipe poderia oferecer em termos de orientações e informações. Acreditamos que a equipe multidisciplinar deve aproveitar a oportunidade em que o acompanhante está junto ao paciente para

também assisti-lo, no sentido de realizar a educação para saúde. Desta forma, os acompanhantes passariam a ser verdadeiros parceiros na assistência à saúde de seu familiar.

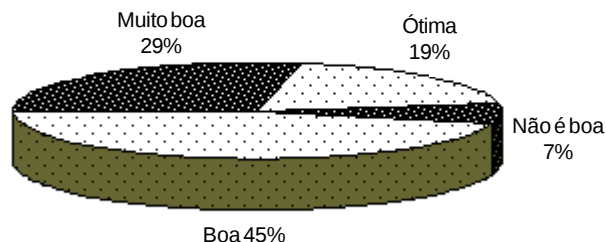


Figura 6 - Qualidade de relacionamento entre o acompanhante e o paciente.

Na Categoria 3 *Qualidade do relacionamento entre o acompanhante e o paciente*, podemos verificar que a quase totalidade dos acompanhantes (93%) mantém uma relação (**ótima, muito boa e boa**) com o paciente, fator que consideramos como positivo tanto para o paciente como para a equipe, uma vez que esse torna-se um facilitador na mediação do cuidado, o que certamente poderá contribuir para a recuperação do paciente. Constatamos também que apenas 7% referiram que a relação não possui estas características, mas mesmo assim acompanham o seu familiar. Estas atitudes nos levam a questionar até que ponto esse relacionamento é benéfico ou prejudicial ao atendimento deste e interfere na assistência da equipe.

Acreditamos que quanto melhor a relação entre acompanhante e o paciente maior a possibilidade de atingir a recuperação precoce da saúde do indivíduo, uma vez que esta relação pode representar força e energia para o paciente.

Quando questionados sobre como era a relação com o paciente somente 26,19% dos acompanhantes comentaram mais detalhadamente como era essa relação. A metade dos informantes referiram que a relação é carregada de conflito, 25% é de doação e 25% é de compartilhar este momento com o paciente. No entanto, comparando esses dados com os apresentados anteriormente, apenas três (03) acompanhantes referiram que ela não é boa. Isto evidencia que mesmo nas boas relações o conflito pode estar presente, não necessariamente comprometendo-a, como podemos evidenciar nos depoimentos que seguem:

“... nosso relacionamento é bom mas com a doença ele está rebelde, agressivo ...”; “a gente sai do sério, a calma termina ...”; “... tem atritos, com a doença ficou agressivo...”; “Nos damos bem, só que ele é revoltado. “Sempre teve um gênio difícil...”

Muraro (1993, p.45) explica com os depoimentos de mulheres porque elas, às vezes, podem amar um marido pouco amoroso *"para mim, ser feliz quer dizer ter segurança, ele trazer dinheiro para casa, não ter outra e não me bater"*. Estas mulheres, mesmo sendo pouco amadas, consideram sua relação boa.

Relatos semelhantes podemos observar nos depoimentos dos acompanhantes quando elas tentam explicar o porquê do conflito.

"... com a doença ele ficou assim (...) antes era melhor (...) não aceita mais os conselhos que a gente dá, super impertinente (...) sinto vergonha de dizer isso, mas é a doença que está deixando ele assim..."

Acreditamos que estes familiares podem estar considerando este momento conflituoso da internação como uma etapa passageira da vida, que será superada.

Erdmann (1996, p.74) comentando sobre a relação da família com o paciente refere que *"... a internação hospitalar mobiliza a aproximação das pessoas, os acertos de contas de conflitos passados, (...), a reestruturação familiar..."*.

Santos (1996) também concorda que se uma pessoa está doente, toda a família está envolvida, pois tem relações que são permanentes em qualquer situação.

Concordamos com estes autores com relação ao envolvimento dos acompanhantes (principalmente a mulher) frente a internação de um familiar, e que muitas vezes esta internação pode possibilitar melhor entrosamento entre estes ou a ruptura desta relação.

Desta feita, cuidar é trabalho de mulheres. O trabalho dos cuidados é conjugado no feminino e mostra-se como prática social sexuada. Convoça para o seu exercício, contingentes de mulheres que, de acordo com o "dever-ser", necessitam de atribuições que não se enquadram na ordem dos conhecimentos técnicos e científicos pois precisam ser dotadas de qualidades percebidas como "naturais" às mulheres, intrínsecas à sua natureza feminina e reveladoras de suas atribuições como reprodutora. Uma seleção de tais atributos, listada em Lopes (1993, p.98), revela que, quando se fala em mulher, fala-se em doação, em moralidade, em capacidade de adaptação às condições de vir a tornar-se, no cenário do acompanhar, "sombra discreta" e subordinada.

Assim, qualidades como paciência, perspicácia, autocontrole, sacrifício, abnegação, devoção, lealdade, obediência, disciplina, discrição, sobriedade, coragem, confiança em si, boa vontade, docilidade, prontidão, integram um quadro de disposições internas perfeitamente enquadráveis no âmbito da personalidade feminina. Ao

ser mulher embute-se atributos de mãe, pura, honesta, disponível, dedicada e abnegada.

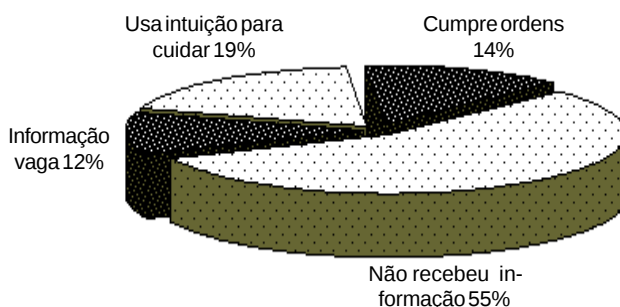


Figura 7 - Qualidade da informação que o acompanhante recebe.

Na Categoria 4 *Qualidade da informação que o acompanhante recebe*, 55% dos acompanhantes referiram **não ter recebido orientação** sobre os cuidados ao paciente, embora na Figura 5, 21% referem como uma das vantagens receber apoio da equipe, em especial da enfermagem. Isso nos leva a inferir que os acompanhantes não estão preocupados em desenvolver cuidados e sim fazer companhia e que portanto o importante é sentirem liberdade e um clima favorável para isso, evidenciado nos depoimentos, quando os acompanhantes dão ênfase à atenção que recebem da equipe, principalmente de enfermagem, para suprir algumas de suas necessidades básicas.

Observamos que 19% dos acompanhantes que referiram ter recebido informações sobre os cuidados que são prestados aos pacientes, na verdade cuidam dos seus familiares **usando a intuição** e o bom senso, como podemos constatar com os depoimentos que seguem:

"A gente vai fazendo porque acha que é assim..."; "eu entro e não saio e é tudo comigo..."; "... a experiência é minha de casa..."; "fui aprendendo (...) como sou acompanhante, acho que devo ajudar"; "A equipe de enfermagem tem muito que fazer..."

Os depoimentos evidenciaram que primeiramente os familiares não são orientados para cuidarem do paciente e em segundo lugar, a importância que estes atribuem à orientação, bem como da necessidade do acompanhante junto aos pacientes, o que vai ao encontro de Santos (1996, p.145) quando lembra que *"...o profissional pela sua impotência terá que reconhecer que ele não sabe tudo e não poderá resolver tudo, precisa da ajuda da família"*. Cada acompanhante deveria encontrar, junto ao profissional de saúde, um espaço em que pudesse depositar suas angústias e aflições, problemas que mexem com a família toda e que, muitas vezes, pode interferir na recuperação do paciente.

Por outro lado, essa falta de informações pode ser atribuída tanto à atitude autoritária da enfermagem na relação com os familiares, quando esses muitas vezes são considerados inoportunos, chatos e ansiosos, como ao mutismo ou barreira lingüística da equipe, preocupada em atender pacientes com problemas graves, salvar vidas e utilizar altas tecnologias. Isto posto, a enfermagem acaba relegando a um segundo plano as atividades pouco heróicas, tais como a orientação e educação da pessoa humana, pois esses comportamentos não constituem atos de bravura em nossa sociedade.

O enfermeiro pouco exerce a função assistencial, a qual consideramos função primeira de seu trabalho, delegando o cuidado direto do paciente a outros membros da equipe de enfermagem e assumindo a execução de atividades mais voltadas para a atividade administrativa.

Para Almeida (1988), a questão de definir qual é o objeto de trabalho do enfermeiro, tem sido polêmica e envolve duas correntes sobre a maneira de entender a enfermagem. A primeira, diz que a essência da enfermagem é o cuidado, que deve ser norteado pela fundamentação em modelos teóricos assistências. Já a segunda corrente tenta compreender a profissão, enquanto prática estruturada histórica e socialmente, numa visão dialética entre a teoria e a prática. Essa última posição permite analisar o problema, considerando alguns fatores que têm determinado a prática de enfermagem.

A função administrativa da enfermeira surgiu juntamente com a institucionalização da enfermagem, sendo reforçada pela divisão técnica e social do trabalho e caracterizando-se como atividade eminentemente intelectual e fonte de prestígio para o enfermeiro. O cuidado direto ao paciente, entendido como atividade manual, é delegado aos membros da equipe que são considerados menos preparados intelectualmente.

Além disso, o atrelamento às necessidades do sistema segundo Gastaldo e Meyer (1989), faz da enfermeira uma profissional afastada das atividades assistenciais e ligada ao controle dos demais componentes da equipe, através da administração. Esse controle dos outros trabalhadores da equipe de enfermagem traz alguns conflitos nas relações de trabalho, devido à própria hierarquização e à expectativa quanto ao posicionamento do enfermeiro como coordenador da equipe.

Já 14% dos acompanhantes que referem ter recebido informação, pelos depoimentos podemos observar que apenas **cumprem ordens**.

“... imagina que tenho que ficar segurando minha mãe enquanto elas fazem o curativo na escara. Tenho medo e sinto nojo. Saio deprimida”; “elas trazem o comprimido e a gente dá...”; “... fui orientada pela auxiliar...”;

“...a doutora X e as enfermeiras orientaram que preciso medir a urina...”.

Cuidar de quem cuida implica cuidar da família no local onde ela se encontra, visualizar a família significa “... não apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde” e sim incentivar a participação desta em todo o processo de cuidar e de curar, ouvir e considerar sua opinião, esclarecer suas dúvidas e “conhecer como essa família cuida, identificando suas dificuldades e suas forças...” (Elsen apud Santos, 1996, p.145).

Alguns acompanhantes que receberam informações, não souberam precisar em detalhes quais foram: “só sei que tem horário para tudo”; “elas explicam um pouquinho...”; “a auxiliar de enfermagem explicou a importância do banho no chuveiro”; “a enfermeira e mais o médico falaram sobre a doença ... a alimentação...”.

Por estes depoimentos fica claro que as **orientações** quando recebidas **não são suficientemente** entendidas pelos acompanhantes, fato este que gera dúvidas e acreditamos pode comprometer a recuperação da saúde do paciente. E quando os pacientes e acompanhantes são devidamente orientados, a recuperação poderá ser mais rápida.

Diante dessa complexidade, a assistência à família em situações de desequilíbrio requer um profissional com um corpo de conhecimento com o qual possa estabelecer uma relação de ajuda e troca mútua, antevendo conseqüências, tentando alterar rumos de sua história e preparando-os para os resultados, sejam positivos ou negativos.

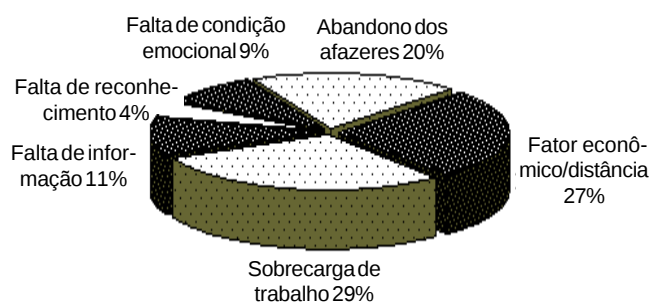


Figura 8 - Dificuldades encontradas pelo acompanhante dentro do hospital.

Na Categoria 5 *Dificuldades encontradas pelo acompanhante dentro do hospital* os indicadores mais significativos foram sobrecarga, fator econômico/distância, abandono dos afazeres, falta de informação, falta de condições emocionais e falta de reconhecimento.

Ser acompanhante implica em restrições e mudanças na sua rotina diária, o que é visto como uma **sobrecarga**, principalmente física quando referem que dormem mal, não possuem aco-

modações adequadas e passam muitas horas com o paciente, uma vez que 23,81% permanecem de 10 à 12 horas no hospital e 28,58% 24 horas por dia. Significa que 52,39% dos sujeitos permanecem no mínimo 70 horas por semana no hospital, o que representa uma jornada intensa, árdua e, conseqüentemente desgastante. Os 42,85% acompanhantes restantes permanecem um tempo menor junto ao paciente. Destes 19,05% ficam durante o dia, 14,28% permanecem de 4 a 6 horas diárias, 9,52% de 1 a 3 horas e 4,76% permanecem durante a noite. Esta sobrecarga é representada pelos depoimentos:

"passei a noite sentada e só tenho cadeira para dormir, é difícil ficar aqui doze horas..."; "...durmo na cadeira (...) eu trouxe cobertor..."; "tomo banho aqui, fico aqui direto (...) durmo pelo chão..."; "a gente se sente cansada, porque não adianta a gente pensar assim na cansa e não fazer as coisas..."

Essas sobrecarga pode gerar desgaste destes acompanhantes, exemplificado pelos depoimentos que seguem:

"acho que tem esse lado que a gente se desgasta..."; "...eu fico o tempo todo aqui (...) não tenho condições de fazer tudo, sinto-me só"; "campanha mal atendem e quando atendem demoram, de noite nem se fala é um horror..."; "lidar com os demais familiares, controlar o que eles trazem ..."

Verificamos que 40% dos sujeitos deste estudo não residem com o paciente e 26% são de outra cidade, como podemos verificar na Figura 4. Esse fato acaba acarretando uma sobrecarga maior dos encargos dos acompanhante, uma vez que este não conhece tão bem o paciente, por não conviver com ele e, neste momento, necessita satisfazer suas necessidades, as quais vão desde lavar sua roupa, até mesmo fazer companhia constante para suprir o sentimento de "estar sozinho", o qual comumente se exacerba em situações de crise, como é a internação.

Outro fator que pode ser associado à sobrecarga é o fato de que a grande maioria dos acompanhantes são mulheres. Ortner (1979) descreve que a mulher envolve-se mais diretamente com as pessoas como indivíduos e não como representantes de uma ou outra categoria social, representando tanto a vida quanto a morte, situações que normalmente geram desgaste pela situação em si.

Recentes estudos realizados por Carvell (1990) concluem que, quando o indivíduo sente que as condições ambientais limitam sua liberdade para agir em seu próprio ritmo ou em variar sua própria atividade, podem surgir sentimentos

de fadiga, monotonia e tédio. Segundo o autor, como resultados desses sentimentos negativos existirá também, a repercussão negativa na quantidade e qualidade do atendimento por ele prestado. Os acompanhantes mostram ainda, sentimentos e restrições à sua liberdade de ação, apesar de teoricamente estarem vivendo uma situação de harmonia familiar.

Para Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel e Sonthonnax (1985) a dependência do trabalho doméstico dos outros implica, para as mulheres a divisão de seu tempo. A jornada de trabalho para elas é determinada pela jornada de trabalho do marido e dos filhos. Ademais, o ordenamento da jornada apresenta numerosos momentos que não são empregados em um só tipo de atividade e sim aparece como uma combinação de múltiplas tarefas, com a superposição e o acúmulo de diversas delas.

O **fator econômico** é o segundo motivo de preocupação e transtornos para os acompanhantes:

"...alimentação, não temos dinheiro..."; "...locomoção, sou de Canoas e é cansativo ir e vir..."; "a nossa dificuldade é morar longe (...) moro em Osório (...) vim para cá fica longe e gasto com passagem (...) com tudo..."; "...é moramos longe, não temos um parente, não temos nada..."; "...o pessoal é de Caxias e não tem como revezar, só eu..."

A dificuldade financeira acarreta outras dificuldades como por exemplo a locomoção a qual, por vezes, torna o familiar acompanhante, por não ter outro lugar para permanecer enquanto o paciente encontra-se internado. Sabemos que muitos pacientes necessitariam apenas de uma visita de seus familiares, mas a distância faz com que esses acabem por permanecer durante as vinte e quatro horas do dia no hospital. Isso faz com que acabem se alimentando mal, dormindo mal acomodados, gerando cansaço e sobrecarga tanto emocional como física. Assim, o fator econômico associado ao fato de que 78,57% dos acompanhantes são mulheres, por vezes, acaba acarretando o **abandono dos afazeres** do lar, dificuldade que apareceu em terceiro lugar nos relatos.

"minha mãe é que cuida das crianças (...) a minha casa fica virada, tenho quatro filhos ..."; "...tenho outros afazeres (...) as vezes fica difícil..."; "...abandono do lar e filhos (...) o lado doméstico fica prejudicado"; "minha vontade é estar em casa ..."; "...tenho dificuldade porque meu marido se sente muito sozinho em casa ..."

Muitas vezes o sofrimento pode estar exacerbado pois é associado à uma manifestação

cultural que valoriza o sofrimento, no caso da família, pois quanto mais o indivíduo sofre, mais é valorizado pelo grupo. Idéia que compartilhamos com Erdmann (1996, p.74) quando ela descreve que “...a idéia de sofrimento é sensibilizada pela impossibilidade do conforto, do prazer, e mesmo pela troca ou pelos males feitos ou por crédito divino da promessa de vida eterna.”

No entanto, não podemos deixar de observar que as três maiores dificuldades dos acompanhantes aparecem em cadeia, onde uma determina a outra. Refletindo sobre essa questão, questionamos o sistema de saúde atual e a própria estrutura da sociedade que, muitas vezes, não permite que o paciente e sua família possam ser atendidos no local onde residem. Assim, quando um membro do grupo familiar adoece, além da ansiedade própria da doença, a estrutura do sistema de saúde impõem uma condição complementar, que consiste em toda essa mobilização da família. Frente ao somatório do que é impingido ao acompanhante do paciente hospitalizado, é fácil entender quando relatam como dificuldades, a falta de condições emocionais e de reconhecimento.

A **falta de informações** aparece como uma dificuldade, referida por 11% dos acompanhantes. Considerando que 55% deles referiu que não recebeu informações e apenas 11% consideram isso uma dificuldade, podemos inferir que talvez esses indivíduos ainda não estejam conscientes de seus direitos de autonomia e cidadania e também porque o acesso ao serviço de saúde é tão limitado, complexo e sofrido que quando essas pessoas tem acesso ao cuidado, estão suficientemente satisfeitos, não havendo preocupação com essas questões. Isto reflete os valores dominantes da sociedade que também relega a um segundo plano esses comportamentos.

“... o pessoal aqui não responde nada (...) importante que tivesse alguém para nos dar informações, eu trabalho e quando chego aqui, às vezes, não encontro ninguém (equipe médica)...”; “Ah! eles vem a toda hora, botam isso, botam aquilo e a gente não sabe de nada, é horrível...”.

A dificuldade em se ter um acompanhante nos dias atuais em que a maioria da população trabalha, mesmo os aposentados, implica, muitas vezes, algumas pessoas acompanharem seu familiar mesmo apresentando **falta de condições emocionais** para tanto. Fator que pode acarretar transtornos para o paciente e algumas vezes, mais trabalho para a equipe. Isto pode ser observado nas falas:

“...me sinto mal estar aqui (...) porque perdi um filho aqui...”; “difícil é ficar ...”; “...ver

procedimentos, colher sangue, sondagens, exames (...) tenho dificuldade”; “...sou muito nervosa (...) qualquer coisa já começo a chorar”.

Também a **falta de reconhecimento** do familiar como elemento indispensável no cuidado ao paciente, parece que está relacionada tanto com a atitude de distanciamento da equipe de saúde, como pela gratidão que esse acompanhante gostaria de sentir, frente ao esforço que, muitas vezes, faz para estar ali, ajudar e ser útil. Acreditamos que quando a equipe reconhecer a importância do acompanhante, o terá como parceiro na assistência. A falta de reconhecimento foi expressa pelas falas:

“o acompanhante para a enfermagem não existe, na hora do trabalho a gente serve (...) depois, nem bom dia eles nos dão, eu fico super chateada ...”; “elas mal falam com a gente ...”

Com estas falas, fica claro que infelizmente a equipe de saúde tem dificuldades em reconhecer o familiar como um parceiro no cuidado ao paciente. Enquanto que o objetivo do familiar, ao que parece, é o mesmo da equipe interdisciplinar, isto é, a recuperação da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hospitalização é uma situação difícil de ser experienciada, onde se vive a fatalidade de um ser doente que precisa ser tratado, por vezes, até com procedimentos invasivos. O hospital é um mundo circundante estranho às experiências antes vivenciadas, onde a comunicação tem novos significados.

Os resultados dos dados demográficos dos sujeitos do estudo evidenciaram que os acompanhantes são familiares, mulheres, com idades superiores a 40 anos, sendo que 60% reside com o paciente.

A análise dos depoimentos dos acompanhantes que fizeram parte dessa investigação, foi classificada em seis (06) categorias: importância do acompanhante dentro do hospital, percepção em relação a equipe que cuida do paciente, qualidade do relacionamento entre acompanhante e paciente, qualidade da informação recebida e dificuldades encontradas pelo acompanhante.

Os depoimentos revelam que a instituição hospitalar oferece muito pouco em termos de orientação para a saúde aos acompanhantes e mesmo assim estes sentem-se gratificados com o pouco que recebem.

No entanto, acreditamos que a equipe multidisciplinar tem condições e suporte para ofere-

cer assistência integral ao indivíduo, incluindo seu acompanhante, uma vez que esse, é uma peça fundamental para a recuperação do paciente, não só em nível hospitalar como também domiciliar, o que na atualidade torna-se de fundamental importância face as condições do Sistema de Saúde Brasileiro, onde cada vez mais faz-se necessária a educação para a saúde de toda a população. Assim, a equipe deveria aproveitar a presença do acompanhante e o momento da internação para capacitá-lo para esse fim. Outro aspecto que se destacou foi a disponibilidade destes acompanhantes de quererem ajudar.

O acompanhante muitas vezes tem idade avançada, nem sempre mora junto, permanece longo período junto ao paciente em ambiente hospitalar, a relação com este nem sempre é das melhores, não recebe orientações adequadas da equipe, tem problemas econômicos, sobrecarga de atividades e mesmo assim quer dar apoio emocional ao paciente e tem os melhores sentimentos em relação a equipe. Isto reforça a disponibilidade e abnegação deste acompanhante.

Acreditamos que ser acompanhante é uma tarefa difícil; muitas vezes esta dificuldade é tão grande quanto a do paciente, pois este está atento a tudo, observando e até sentindo dor quando se vê observando um procedimento e ou um curativo do seu familiar. Por isso, consideramos que a atenção para o acompanhante deveria ser maior por parte da equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. C. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 39, 1987, Salvador. *Anais ...* Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1988. p.19-26.
- ASHLEY, J. A. Power in structural misogyny: implications for the politics of care. *Advances in Nursing Science*, v.2, n.3, p.3-22, 1980.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRANCO, D.S. Familiares em sala de espera de unidade de bloco cirúrgico (USC): percepção sobre informações recebidas. *R. bras. Enferm.*, Brasília, v.9, n.2, p.99-104, jul.1988.
- CARVELL, J. *Relações humanas nos negócios*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
- CENTRO DE ESTUDOS DA FAMÍLIA. *Teoria da crise: circunstâncias familiares*. S/L, 1990.
- CHABAUD-RYCHTER, D.; FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D.; SONTONAX, F. *Espace et temps du travail domestique*. Paris: Librairie des Méridiens, 1985.
- CLEVELAND AM. ICU visitation policies. *Nurs Manag.* 1994 Sep; 25(9):80A -80B, 80D
- COSTA, E.R. da; ACQUARONE, N.D. O cliente, a amputação e o planejamento da assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., Porto Alegre. Síntese. Porto Alegre: ABEn, 1994.
- ERDMANN, A.L. *Sistemas de cuidados de enfermagem*. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1996.
- FERREIRA, A.B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FRANCO, M.C. O acompanhante hospitalar de paciente adulto em seu contexto histórico, cultural e social. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1988., São Paulo. Trabalhos. São Paulo: USP/Escola de Enfermagem, 1988. p.70-72.
- GASTALDO, D. M. ; MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *R. bras. Enferm.*, Brasília, v.42, n.1/4, p.7-13, jan./dez. 1989.
- GOLDIM, J. R. Instrumento de coleta de dados. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v.10, n.2, p.120-124, 1990.
- GURLEY, M.J. Determining ICU visiting hours. *Medsurg. Nurs.*, v.4, n.1, p.40-43, 1995.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório anual* 1996. Porto Alegre, 1997.
- JOOS, I.M.; NELSON, R.; LYNESS, A. *Man, health and nursing: basic concepts and theories*. Virginia: Reston, 1985.
- KIRCHHOFF, K.T. et al. Nurses beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am. J. Crit. Care*, v.2, n.3, p.238-245, May 1993.
- LOPES, M. J. M. *Le soins: images et realites*. Le quotidien soignant au Brasil. Paris: Université de Paris VII, 1993. Tese. (Doutorado.)
- MARFELL, J. A.E.; GARCIA, J.S. Contrated visiting hours in the coronary care unit. *Clin. North Am.*, v.30, n.1, p.87-96, Mar. 1995.
- MILLET, K. *Sexual politics*. New York: Doubleday, 1970.
- MOSQUERA, Juan J. M.; STOBAS, Claus D. *Educação para a saúde: desafio para a sociedade em mudança*. Porto Alegre: D.C. Luzzato, 1984.
- MURARO, R.M. A arqueologia do feminino. In: MAUTNER, A.V. et al. *Em busca do feminino*. Ensaios psicoanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993. p.41-48.
- ORTNER, S. B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M.Z.; LAMPHERE, L. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p.95-120.
- SANTOS, B. R.L. *Educação, enfermagem e prática profissional com famílias: vivências de professores de um curso de graduação*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1996. Tese. (Doutorado.)
- SCARELLI, E. Orientação a família do paciente internado em unidade de terapia intensiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., Porto Alegre. Síntese. Porto Alegre: ABEn, 1994. p.100.
- SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e Realidade, Porto Alegre, v.16, n.2, p.5-22, jul./dez. 1990.
- SMELSER, Neil; ERIKSON, Erik H. *Trabajo y amor en la edad adulta*. Barcelona: Grijaldo, 1983.
- WARREN, N. A. Perceived need of the family members in the critical care waiting room. *Crt. Care Nurs. Q.* v.16, n.3, p.56-63, Nov.1993.
- WHITIS, G. Visiting hospitalized patients. *J. Adv. Nurs.*, v.19, n.1, p.85-88, Jan.1994.
- WITT, R.R. Gênero e diabetes: implicações para o auto cuidado. In: LOPES, M.J.; MEYER, D.E.; WALDOW, V. R. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.150-156.

Endereço do autor: Liana Lautert
 Author's address: Rua São Manoel, 963
 Porto Alegre - RS
 CEP: 90.620-110

ABSTRACT

The aim of this investigation is to unveil the adult patients companions at a hospital. This descriptive and exploratory study analyses with quality methodology the contents of 42 patients companions interviews. A statistical analysis of demographic data and interviews contents was made, resulting in the following categories: patients companionship importance within the hospital, their perceptions about the staff, the quality of the relation between the companions and the patients, the quality of the information received by the patients companions, and difficulties founded by them. The results show that patients companions are women, age over 40 years, relatives, and they live with the patient. It was proved that they accompany the patient to help him/her and to offer emotional support. However, most of the patients companions don't receive information from the staff about how to take care of the patient. So, they use their intuition and good sense for the patient care.

KEY WORDS: companion, hospital, adult patient

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es desvelar quién es el acompañante de pacientes adultos internados en una institución hospitalar. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, en que usamos la metodología cualitativa de análisis de contenido de entrevistas de cuarenta e dos acompañantes. Realizamos una análisis estadística con los datos demograficos de los sujetos y posteriormente analizamos las entrevistas, de donde, nacieron las siguientes categorias: importancia del acompañante dentro del hospital, percibir la equipe que cuida del paciente, calidad de relacionamiento entre acompañante y paciente, cualidad de la información recibida por el acompañante y dificultades encontradas por el acompañante. Los resultados evidencian que los acompañantes son familiares, mujeres, con edad superior a 40 años y la mayoría vive con el paciente. Constatamos que acompañar el paciente tiene como objetivo ayudarlo y proporcionarle apoyo emocional. Entretanto, la mayoría de los acompañantes no reciben informaciones de la equipe multidisciplinar de como ayudarlo, por eso, utilizan la intuición y la sensibilidad.

DESCRIPTORES: acompañante, hospital, paciente adulto.
