

**UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
CAMPUS DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FERNANDA DE CÁSSIA ISRAEL

**BUSCANDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: PERCEPÇÃO DO
ACOMPANHANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**BOTUCATU – SP
2008**

FERNANDA DE CÁSSIA ISRAEL

**BUSCANDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: PERCEPÇÃO DO
ACOMPANHANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada
ao Departamento de
Enfermagem, Campus
de Botucatu/UNESP,
para obtenção do título
de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Ione Correa

BOTUCATU – SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS.
E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO -
CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA
VICENTE**

Israel, Fernanda de Cássia.

Buscando a assistência humanizada: percepção do acompanhante em Unidade de Terapia Intensiva / Fernanda de Cássia Israel. – Botucatu : [s.n.], 2008.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2008.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Co-orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ione Correa

Assunto CAPES: 40405001

1. Enfermagem. 2. Unidade de Tratamento Intensivo. 3. Humanização na saúde.

CDD 610.73689

Palavras chave: Acompanhantes; Humanização; Unidade de Terapia Intensiva.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda de Cássia Israel

BUSCANDO A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada
ao Departamento de
Enfermagem, Campus
de Botucatu/UNESP,
para obtenção do título
de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP – Departamento de
Enfermagem

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ilda de Godoy

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP – Departamento de
Enfermagem

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria José Sanches Marin

Instituição: Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA – Departamento de
Enfermagem

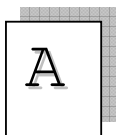
Assinatura: _____

D

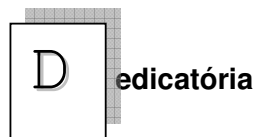
edico este trabalho a Deus nosso Senhor, por ter me colocado nessa vida, nesse caminho, nessa oportunidade, perto de pessoas muito especiais com as quais compartilhei, desfrutei e vivenci a essa grande experiência. Novamente, Senhor, me permitiste confirmar que sou uma de tuas filhas, e por isso agradeço muito. Se hoje concluo esse trabalho, Senhor foi através de sua infinita misericórdia. Muito obrigada!

*“E agora, eis o que diz o Senhor,
Aquele que te criou, Jacó, e te formou, Israel:
Nada temas, pois eu te resgato,
Eu te chamo pelo nome, és meu.
Se tiveres de atravessar a água, estarei contigo.
E os rios não te submergirão;
Se caminhares pelo fogo, não te queimarás,
E a chama não te consumirá.
Pois eu sou o Senhor, teu Deus,
O Santo de Israel, teu salvador.
Dou o Egito por teu resgate,
A Etiópia e Sabá em compensação.
Porque és precioso aos meus olhos,
Porque eu te aprecio e te amo,
Permuta reinos por ti,
Entrego nações em troca de ti.
Fica tranquilo, pois estou contigo,
Do oriente trarei tua raça,
E do ocidente eu te reunirei.”*

(Isaías 43, 1-5)



todos os familiares que aceitaram em fazer parte deste estudo, meu afeto.



Dedico este estudo a pessoas que têm um significado especial em
minha vida:

Aos meus amados pais, Manoel e Aparecida, pela força, apoio e amor, que, mesmo distantes, puderam proporcionar. Agradeço por todas as vezes que me socorreram e me acolheram nos momentos difíceis e por me amarem, sempre e incondicionalmente. Pelas vezes que se ausentaram de seus lares e vieram ficar comigo, me auxiliando nas viagens e cuidando de tudo para mim, sendo companheiros sem medir esforços.

Ao meu noivo, Jean, pelo amor, carinho, paciência e auxílio destinados a mim e ao meu trabalho.

Às minhas irmãs, sobrinhos e cunhados, por todo apoio e auxílio, acreditando sempre que a conclusão deste trabalho seria possível.

A todos os amigos, que cientes ou não, colaboraram de alguma forma para que este momento acontecesse.



gradecimentos

A todos os professores da Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, pela oportunidade de estar inserida no programa e por todo o embasamento teórico e prático que possibilitou a realização desse trabalho.

Agradeço também a todos os professores da graduação que me orientaram e prepararam para a realização do curso de mestrado.

Ao Departamento de Enfermagem, pela possibilidade de crescimento profissional.

Ao Hospital das Clinicas da UNESP de Botucatu, por proporcionar meios para que este trabalho pudesse ser realizado.

À Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, pela iniciativa.

Agradeço a Supervisora Técnica do Complexo-Uti do HC – Unesp, enfermeira Meire Cristina Novelli e Castro, por sempre me apoiar neste trabalho, sendo amiga e por estar presente colaborando com meu aprendizado.

A todos os enfermeiros da UTI-Adulto da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, por todo incentivo, auxílio e colaboração para meu curso de mestrado.

Aos enfermeiros Reginaldo Ribas de Alcântara e Rosa Maria T. Zanvetor, coordenadores do Pronto Socorro Adulto do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas, meu eterno agradecimento por todas às vezes que possibilitaram minhas ausências para a conclusão desse mestrado, acreditando em cada enfermeiro e proporcionando que cada um de nós cresça profissionalmente.

Aos colegas enfermeiros do Pronto Socorro Adulto do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti de Campinas, muito obrigada por todos os plantões que vocês trocaram para facilitar minhas viagens a Botucatu para a conclusão desse trabalho. Sem o auxílio de vocês, esse mestrado não seria possível.

Ao amigo e colega de profissão, Maykon Diego de Melo, pelas importantes contribuições ao meu trabalho.

Agradeço a aluna e futura enfermeira, Ana Carolina Garcia Bráz, pela colaboração e parceria nesse estudo.

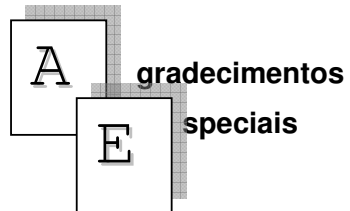
Aos profissionais do Departamento de enfermagem e Pós-graduação, por todo auxílio durante esse processo.

A Professora Margareth, por corrigir minhas incontáveis falhas da língua portuguesa.

As bibliotecárias Meire, Rose, Selma e Taíss, pelas correções da bibliografia e ficha catalográfica.

A Adnice e Abílio pela criatividade e competência ao encadernar essa dissertação.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, colaboraram para a conclusão deste trabalho.



Agradeço a minha orientadora, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, pelos ensinamentos, carinho e pela paciência ao me orientar, fazendo com que vislumbrasse novos horizontes.

Agradeço a minha co-orientadora, Ione Correa, pela dedicação e valorização ao meu mestrado, sempre acreditando e me aconselhando sobre os caminhos a seguir.

Lista de Siglas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

MS – Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RPA – Recuperação Pós-Anestésica

AC – Alojamento Conjunto

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UNESP – Universidade Estadual Paulista

DRS – Divisão Regional de Saúde

HC – Hospital das Clínicas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

BI – Boletim de Informação

Lista de Quadros

Quadro I - Quadro síntese das categorias e unidades de significados emergidas das narrativas.....	44
---	----

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa do Estado de São Paulo, com destaque para o município de Botucatu.....	31
--	----

Resumo

Israel FC. Buscando a assistência humanizada: percepção do acompanhante em unidade de terapia intensiva. 129f. Dissertação [Mestrado] – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. 2008.

A humanização é vista como um conjunto complexo de atitudes e ações motivadas por pensamentos éticos, humanísticos, sociais e holísticos. Hoje, a proposta de humanização em UTI tem um horizonte mais amplo, englobando desde o ambiente físico até as relações entre as equipes de saúde. Dessa forma, valorizar a presença de acompanhantes na instituição hospitalar e apreender sua percepção é um processo fundamental para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada. Assim, esse estudo tem o objetivo de analisar a percepção do acompanhante de pacientes que estão em processo de hospitalização, na busca da assistência humanizada em Unidade de Terapia Intensiva. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, sendo entrevistados os acompanhantes nas UTIs pediátrica e coronariana do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Os depoimentos foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁽⁹⁶⁾. As categorias identificadas foram: acolhimento e ambiente da UTI: estrutura física e profissionais de saúde. As percepções dos familiares em ser acompanhante refletem uma não diferenciação em ser acompanhante e ser visitante, porém enfatizam que a presença da família, mesmo nos horários de visitas, auxilia na recuperação do paciente, como também os tranquilizam. Os acompanhantes consideram as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, adequadas e verdadeiras. O atendimento das unidades é percebido como satisfatório, porém revelam ser necessário um repensar sobre as normas e rotinas das unidades, principalmente em relação aos horários de visitas. A percepção sobre acomodação reflete a possibilidade de estar próximo ao paciente, porém revelam a dificuldade por não ter um local apropriado para se acomodar que se localize próximo a UTI. Percebem ainda que o HC seja um local apropriado e com recursos humanos e tecnológicos satisfatórios para atender o paciente crítico. Frente à percepção dos acompanhantes identifica-se as necessidades dos mesmos. A necessidade de propor estratégias de informação sobre os direitos dos usuários, o preparo da equipe de saúde para receber e acolher o acompanhante, a efetivação das práticas de ações humanizadas referentes ao ambiente físico, regras e equipe multiprofissional.

Palavras chave: humanização, acompanhantes, unidade de terapia intensiva

Abstract

Israel FC. Seeking humanized care: perceptions of patient companions at an intensive care unit. 129f. Dissertação [Mestrado] – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. 2008.

Humanization is viewed as a set of complex attitudes and actions motivated by ethical, humanistic, social and holistic thoughts. Today, the proposal of humanization at ICUs has a broader horizon which includes the physical environment as well as relations between health care teams. Hence, valuing the presence of companions in hospitals and apprehending their perceptions is a fundamental process for accomplishing an actually humanized care provision practice. Therefore, this study aimed at analyzing the perceptions of companions of patients undergoing the hospitalization process in the search for humanized care at an Intensive Care Unit. It is a qualitative study in which companions of patients hospitalized at the pediatric and coronary ICUs of the Botucatu School of Medicine University Hospital – UNESP were interviewed. The reports were analyzed through the Content Analysis Technique proposed by Bardin ⁽⁹⁶⁾. The identified categories were: patient reception and the ICU environment - physical structure and health care professionals. Family members' perceptions of being companions reflected a non-differentiation between being a companion and being a visitor; however, they emphasized that the presence of relatives, even if only at visiting hours, helped patients' recovery as well as made them calm. Companions considered the information provided by health care professionals to be adequate and truthful. The care given at the units was perceived as satisfactory although the respondents reported the need to reconsider the units' rules and routine, especially as concerns visiting hours. The perception concerning accommodation reflected the possibility of being close to the patient; however, they revealed the difficulty of not having an appropriate accommodation area near the ICU. They also perceived that the University Hospital was an adequate place that provided satisfactory human and technological resources to assist critical patients. In face of the companions' perceptions, their needs were identified. The need to propose strategies for providing information concerning users' rights, the preparation of the health care team to receive and welcome companions, the implementation of humanized action practice related to the physical environment, rules and the multiprofessional team.

Key words: humanization, companions, intensive care unit

Resumen

Israel FC. Buscando la asistencia humanizada: percepción del acompañante en unidad de terapia intensiva. 129f. Dissertação [Mestrado] – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. 2008.

La humanización es vista como un conjunto complejo de actitudes y acciones motivadas por pensamientos éticos, humanísticos, sociales y holísticos. Hoy, la propuesta de humanización en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) tiene un horizonte más amplio y abarca desde el ambiente físico hasta las relaciones entre los equipos de salud. De esa forma, valorar la presencia de acompañantes en la institución hospitalaria y aprehender su percepción es un proceso fundamental para el alcance de una práctica asistencial realmente humanizada. Así, ese estudio tiene el objetivo de analizar la percepción del acompañante de pacientes que están hospitalizados para que haya una asistencia humanizada en Unidad de Terapia Intensiva. Es una investigación de enfoque cualitativo. Se entrevistó a los acompañantes en las UTI pediátrica y coronaria del HC de la Facultad de Medicina de Botucatu – UNESP. Se analizaron los testimonios con la Técnica de Análisis de Contenido propuesta por Bardin ⁽⁹⁶⁾. Las categorías identificadas fueron: acogida y ambiente de la UTI: estructura física y profesionales de salud. Las percepciones de los familiares en ser acompañantes reflejan una no diferenciación en ser acompañante y ser visitante, pero enfatizan que la presencia de la familia, aun en los horarios de visitas, auxilia en la recuperación del paciente y lo tranquiliza. Los acompañantes consideran las informaciones fornecidas por los profesionales de salud adecuadas y verdaderas. La atención de las unidades es percibida como satisfactoria, pero revela ser necesario repensar las normas y rutinas de las unidades, sobre todo en relación con los horarios de visitas. La percepción sobre acomodación refleja la posibilidad de estar próximo al paciente, pero revela la dificultad de no tener un local apropiado para acomodarse que esté cerca de la UTI. Perciben aun que el HC es un local apropiado y con recursos humanos y tecnológicos satisfactorios para atender al paciente crítico. Frente a la percepción de los acompañantes se identifican sus necesidades: la necesidad de proponer estrategias de información sobre los derechos de los usuarios, la preparación del equipo de salud para recibir y acoger al acompañante, la puesta en marcha de prácticas de acciones humanizadas referentes al ambiente físico, reglas y equipo multiprofesional.

Palabras clave: humanización, acompañantes, unidad de terapia intensiva

Sumário

Prefácio	1
Introdução	4
O processo de hospitalização	5
A unidade de Terapia Intensiva	14
Humanização da Assistência em UTI	20
Objetivo Geral	28
Procedimentos Metodológicos	29
Tipo de Estudo.....	29
Campo de Estudo	30
Local do Estudo	31
Caracterização da UTI Pediátrica	31
Caracterização da UTI Coronariana	33
Participantes do Estudo	34
Considerações Éticas	34
Coleta de Dados	35
Análise dos Dados	35
Resultados e Discussões	41
Caracterização dos Sujeitos – UTI Pediátrica.....	41
Caracterização dos Sujeitos – UTI Coronariana	42
Análise das Categorias e Temas	44
Considerações Finais	65
Referências Bibliográficas	68
Anexo 1	85
Anexo 2	86
Anexo 3	87
Anexo 4	88
Entrevistas - UTI-Pediátrica	88
Entrevistas UTI-Coronariana.....	94
Anexo 5	101
Anexo 6	114

Prefácio

Ao concluir a graduação, fui atuar como enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a que se refere o estudo, permanecendo nela por três anos. Ao vivenciar a unidade, surgiu a preocupação com a separação do paciente de sua família, e que mudanças na rotina familiar seriam inevitáveis.

Várias reflexões foram realizadas nesse sentido e pude perceber e me certificar acerca da importância de acolher o paciente e sua família com ações humanizadas.

Ser uma profissional de saúde implica em vivenciar, além de momentos gratificantes e compensadores, também momentos difíceis, como o adoecimento de um ser humano. Quando uma pessoa adoce, sua qualidade de vida fica alterada, podendo necessitar de cuidados intra-hospitalares para sua recuperação. Sentimentos de medo, insegurança e angústia surgem na iminência de uma hospitalização, pois além de todo o estresse causado pela internação, o indivíduo também sofre com a ausência do contato integral com sua família.

No momento de uma internação em unidades críticas, percebe-se que, para o familiar que aguarda do lado de fora da unidade é um momento muito angustiante, pois ele não tem certeza do que pode vir a acontecer. Dessa forma, apesar da intensa rotina da unidade, a qual se intensifica na admissão de um paciente, cabe ao profissional de saúde se dirigir até o familiar, explicar os motivos pelos quais o paciente deverá permanecer na unidade, informar-lhe brevemente o funcionamento de uma UTI, o porquê do número maior de recursos humanos e tecnológicos que a mesma comporta em relação a uma unidade de internação, explicitar os cuidados que serão prestados, assim como a rotina e horários de visita. Nesse momento, a comunicação entre a equipe de saúde e a família é essencial para a criação de vínculos; é o momento para que o profissional esteja acolhendo o familiar, estabelecendo com ele uma relação de confiança, segurança e empatia. A comunicação é o início, para que os indivíduos interajam entre si e com o ambiente hospitalar. Ela possibilita a aproximação da equipe com o paciente e sua família, garantindo o primeiro contato entre eles e criando vínculos, os quais perpetuarão durante todo o

período de hospitalização. É neste contexto que se estabelece o compromisso de assistir a família, assim como o paciente, respeitando suas necessidades, fragilidades e, sobretudo, sua individualidade.

Atuando na UTI, foi possível perceber que quando se cria um vínculo com uma família, ele se torna um meio facilitador para uma boa interação. Ao acolhermos o paciente e seus familiares, podemos conhecer sua história de vida, suas fragilidades e necessidades individuais. Com esse vínculo, eles se tornam seres únicos e o cuidado fica individualizado e direcionado para as necessidades de cada paciente e de seu grupo familiar. Perante tal reflexão, surgem questionamentos acerca de ações humanizadas na saúde contemplando o acompanhante do paciente hospitalizado na UTI, tais como: - Porque as famílias têm que ficar distantes na assistência ao paciente crítico? - Quais são as dificuldades do acompanhante em permanecer com o paciente na UTI em tempo integral? - Quais são as percepções do familiar em ser acompanhante na unidade de terapia intensiva como membro participante do cuidado?

Neste contexto, os componentes familiares também expressam os mesmos sentimentos de medo e insegurança sentidos pelo paciente. A internação hospitalar pode ocorrer em qualquer período da vida, causando mudanças na rotina familiar. A família é o primeiro grupo social no qual somos inseridos desde que nascemos. Ela nos prepara para enfrentar situações difíceis do mundo exterior, nos apresenta a uma comunidade da qual passaremos a fazer parte, para interagirmos e formarmos novas famílias.

Durante o processo de hospitalização, cada família apresenta necessidades individuais. Assim sendo, percebe-se uma preocupação cada vez maior dos profissionais de saúde em oferecer uma assistência com ações humanizadas, contemplando o usuário e sua família.

A humanização surgiu como proposta do Ministério da Saúde (MS), em 2001, com a criação da Política Nacional de Humanização. Ela tem como princípios norteadores: - a valorização em todas as práticas de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo o compromisso com os direitos dos usuários; - o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; - a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, entre outros.

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), há a necessidade de criar uma rede de apoio aos usuários das instituições de saúde, principalmente em instituições do Sistema Único de Saúde. Torna-se necessário ainda, zelar para que essa rede de apoio seja efetiva e funcionante nas instituições.

Percebe-se ainda que não é rotina o acompanhante em unidades críticas por tempo integral. Assim, o que se fala atualmente é em uma maior flexibilidade nos horários de visita e quanto ao número de visitantes, alguns defendem a importância de se deixar alguns objetos pessoais com o paciente, a fim de manter a individualidade e particularidade do mesmo.

Muitas são as questões a serem respondidas, as vivências analisadas, visto ser um tema de necessidade urgente para a assistência em saúde hoje. Precisamos de um cuidar humanizado, um entrosamento maior ao assistir um paciente crítico, precisamos nos educar para realizar um cuidado holístico. É necessário que haja humanização nas ações de saúde.

Convivendo e prestando assistência a pacientes graves, fragilizados pela doença, bem como pelo ambiente em que se encontram e pelo afastamento social, despertou-nos o interesse de analisar a percepção do acompanhante na UTI, como membro participante do cuidado, na busca por uma assistência humanizada.

1. Introdução

Com a finalidade de melhor organizar o conteúdo teórico desta pesquisa, optou-se por trazê-lo dividido em três temas:

- O primeiro, “o processo de hospitalização”, com o intuito de discutir sobre a mesma e a vivência para o paciente e sua família durante este processo. Com o processo de hospitalização, a dinâmica familiar fica alterada, podendo desencadear situações difíceis para o paciente e sua família. Este momento pode tornar-se um período de medos e angústias pela insegurança dos fatos que podem estar ocorrendo e pelas intervenções que poderão ser necessárias.
- O segundo, “a unidade de terapia intensiva”, delineando sobre o surgimento das unidades críticas, seus objetivos e como está a UTI hoje. Este tema aborda sobre o paciente internado em UTI e seus familiares.
- O terceiro tema, “humanização da assistência hospitalar na UTI”, com referencial histórico de como se iniciou a proposta de acolhimento dos pacientes, proposto por Florence Nithingale. Nesta época, estas ações não eram reconhecidas como possíveis ações de humanização e sim uma atuação voltada para o ambiente, limpeza e conforto do paciente. Este terceiro tema também aborda sobre a humanização da assistência em UTI, onde a prática do cuidar deve estar centrada no paciente e sua família. Salientamos, ainda sobre a percepção do acompanhante em unidade de terapia intensiva.

1.1. O processo de hospitalização

Falar em processo de hospitalização, em adoecimento implica em refletirmos sobre a criação dos hospitais, o processo saúde-doença e a necessidade da hospitalização.

Antigamente, os tratamentos e cuidados a pacientes eram realizados no próprio domicílio, uma vez que não existiam locais apropriados para receberem pacientes. Porém, com o aparecimento das doenças e a necessidades de cuidados mais complexos, surgiram lugares para abrigar os doentes, a fim de tratarem de suas moléstias. Os primeiros locais destinados para assistência a doentes ficaram conhecidos como as Casas de Saúde, estas eram casas que surgiram para o tratamento das doenças existentes na época e eram conduzidas por voluntários. Após as Casas de Saúde, foram criadas as Santas Casas de Misericórdia. Esta ordem foi instituída em Portugal em 1498, tendo como objetivo principal a prática de obras de caridade. No Brasil, a primeira Santa Casa foi fundada no ano de 1543, no povoado que originaria a Vila de Santos, na Capitania de São Vicente. Após a fundação da Santa Casa de Santos, outras muitas foram fundadas no Brasil, atualmente, encontramos muitos hospitais que se originaram a partir da ordem das Santas Casas. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é a mais antiga instituição assistencial e hospitalar em funcionamento na cidade de São Paulo, acredita-se que sua criação tenha ocorrido no ano de 1560 ^(1,2).

Assim como conhecer sobre a história da criação dos hospitais é importante para entendermos a trajetória do processo de hospitalização, entender o movimento entre a saúde e a doença, é essencial para compreender o processo de adoecimento dos indivíduos. O processo de transição entre a saúde para a doença também pode ser denominado de *continuum saúde-doença* por alguns estudiosos ⁽³⁾. Para melhor entendimento, importa saber sobre a normalidade, ou seja, sobre a saúde. A saúde ou bem-estar não é meramente ausência de doença, essa definição é difícil, pois cada pessoa tem um conceito pessoal de saúde ⁽³⁾. Ela está diretamente relacionada aos valores de cada ser humano. Para o Ministério da Saúde, “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (4).

O adoecimento é um processo onde a atuação do indivíduo está diminuída ou prejudicada, onde o mesmo não consegue manter um equilíbrio entre seu bem-estar físico, emocional, intelectual, social e espiritual (3). O adoecer proporciona ao paciente um sentimento de tensão, onde serão avaliadas suas condições de saúde, podendo acarretar em complicações mediante a avaliação médica. Este processo inicia-se com a necessidade da hospitalização e se estende durante todo o período o qual o paciente estiver na instituição hospitalar recebendo cuidados para sua recuperação. O processo de internação é muito doloroso, um período de medos e incertezas (5).

A vulnerabilidade do comportamento do indivíduo durante o adoecer é explicitada cientificamente pelos estágios do comportamento do ser quando doente (3). Saber sobre estes estágios propicia ao profissional de saúde um ótimo relacionamento com o doente, dependendo do momento o qual se encontra. São cinco estágios que caracterizam o processo de hospitalização:

- Percepção do sintoma: O primeiro estágio do adoecer é a percepção do sintoma, onde o indivíduo percebe uma sensação física ou uma limitação no seu funcionamento. A percepção do sintoma inclui o alerta para uma alteração física, a avaliação desta mudança, o reconhecimento de uma provável doença e respostas emocionais.
- Aceitação do papel de doente: O segundo estágio é a aceitação do papel de doente, neste o indivíduo assume a doença e compartilha com seus familiares e grupo social a confirmação da mesma. Podem surgir alterações físicas e emocionais, como o isolamento e a depressão.
- Contato com o cuidado médico: No terceiro estágio é que ocorre o contato com o cuidado médico. Após a não resolutividade dos sintomas com remédios caseiros, o indivíduo procura outros recursos, para a confirmação da doença e para o início de um

tratamento, além de uma explicação para as possíveis causas do adoecer.

- O papel de cliente dependente: O quarto estágio se caracteriza pela dependência do doente em relação aos recursos médicos para alívio dos sintomas. Observa-se, neste estágio, que o doente fica liberado de suas responsabilidades do dia-a-dia, onde este se afasta de suas relações sociais e familiares.
- Recuperação e reabilitação: O quinto estágio é marcado pela recuperação e reabilitação do indivíduo, assim, ele inicia suas atividades para o retorno ao convívio de suas redes sociais e familiares, reatando suas funções e responsabilidades.

Assim como nos adultos, o processo de enfrentamento também aparece no adoecer de uma criança. Com a mesma finalidade, a proteção de si mesmo, a criança apresenta reações que irão caracterizar os estágios do adoecimento. Nas crianças, observa-se uma vulnerabilidade frente a crises de doenças e hospitalização, uma vez que, crianças possuem um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores da situação ⁽⁶⁾. Os estágios do comportamento frente a uma hospitalização diferem de acordo com a fase do desenvolvimento da criança.

- Fase de protesto: Na metade da fase de lactância até o final do período pré-escolar, o principal estressor é a ansiedade típica da separação. Durante a fase de protesto, as crianças reagem de maneira agressiva à separação dos pais. Apresentam choros e gritos por seus pais, recusando a atenção de qualquer pessoa diferente, ficando inconsoláveis.
- Fase de desespero: Nesta fase, a criança cessa o choro e a depressão fica evidente. A criança apresenta-se muito menos

ativa, fica desinteressada por jogos, brincadeiras e alimentos. Isola-se dos demais.

- Fase de desligamento: Este terceiro estágio pode ser chamado também de fase de negação. Aparentemente, a impressão que temos da criança é que ela superou as perdas. Porém, seu comportamento é resultado de resignação. O esforço da criança para se desligar dos pais é muito grande, assim, ela se empenha para formar novos relacionamentos e fixa sua atenção em objetos materiais. É o estágio mais grave, pois a reversão desses comportamentos pode ser incerta.

Vale ressaltar que o ser humano, diante de situações adversas, pode apresentar-se de maneira defensiva, fazendo uso de estratégias para o enfrentamento da situação. A este conjunto de estratégias é dado o nome de “*Coping*” ⁽⁷⁾. Pesquisadores dividem o *coping* em duas categorias: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. Em 1984, o *coping* foi definido por autores como sendo um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelo indivíduo com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e podem ser avaliadas como sobrecargas ou mesmo exceder seus recursos pessoais ⁽⁸⁾. As estratégias de *coping* podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação estressante. Estas podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranqüilizante, se distrair assistindo a uma comédia na TV, sair para comer, beber, conversar com amigos, correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. O *coping* focalizado no problema

constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. A função desta estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A ação de *coping* pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de estresse, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor ⁽⁹⁾.

As estratégias de enfrentamento ou o *coping*, são muito utilizados no contexto hospitalar, podendo ser desempenhadas pelos pacientes e familiares, como também pela equipe de saúde ⁽³⁾.

Para os profissionais de saúde, o estresse é um fato que vem desempenhando um importante papel no processo de trabalho-saúde-doença ⁽¹⁰⁾. Este pode ser associado à necessidade de manter-se sempre em equilíbrio diante de situações estressoras, como cuidar de pacientes graves, com pouca proposta terapêutica, com necessidades de cuidados intensivos e prolongados e a elevada proximidade com o familiar ^(11,12). Para o enfrentamento destas, cada indivíduo utiliza-se de um processo de *coping*. A escolha do tipo de *coping* deve ser individual, visto que difere de cada ser humano a concepção do que é relaxante para si próprio. O respeito a essa escolha é o mais importante ^(11,13,14).

Assim, como o tipo de enfrentamento dos profissionais é individualizado, o mesmo ocorre em relação a todos os indivíduos. Nos pacientes adultos, várias estratégias são utilizadas diante de situações estressoras, como no caso da hospitalização. Muitos pacientes recorrem à negação, ao estresse e a depressão quando hospitalizados e outros diante de prognósticos definitivos, como as lesões raquimedulares, podem recorrer ao uso de drogas ilícitas e ao abuso do álcool, principalmente quando se tratam de pacientes jovens ⁽¹⁵⁾.

Para as crianças, as estratégias de enfrentamento variam de acordo com a fase do desenvolvimento. Reações como gritos, choros, isolamento, depressão e afastamento dos pais são comuns em crianças hospitalizadas ⁽⁶⁾. Estas passam por um processo de adaptação a novos horários, a um ambiente e pessoas diferentes, a ausência das atividades escolares, adaptar-se a tomar

remédios, injeções, ou seja, a uma nova rotina, caracterizando o período de hospitalização e proporcionando estratégias para o enfrentamento dessa situação ⁽¹⁶⁾.

No contexto do processo de hospitalização, a família também expressa inquietações, e possui os seus mecanismos de enfrentamento diante do adoecer. As relações sociais experienciadas pelos seres humanos iniciam-se com a família, onde esta é considerada o primeiro grupo social ^(3,17,18,19). Cada família é responsável pela formação de cada ser, influenciando em sua formação psicológica e moral. Os familiares, geralmente acompanhando o paciente direta ou indiretamente, também sofrem com a incerteza do diagnóstico médico e com a possibilidade de ficar distante do paciente, caso o mesmo necessite de alguma intervenção ^(15,20). O familiar pode vir a demonstrar sentimentos semelhantes ao do paciente, compartilhando com ele o momento da hospitalização ⁽³⁾.

A vivência de uma internação acomete o paciente e sua família, causando mudanças na rotina familiar, algo que vai interferir na tranquilidade desta, gerando uma situação de angústia, permeada por medo e insegurança ^(15,20). De acordo com autores, uma internação hospitalar é um momento acompanhado por crises familiares, onde os membros da mesma têm que se mobilizar para acompanhar o paciente no hospital, atendendo suas necessidades e ainda tentar manter a rotina de trabalho e os cuidados com os demais membros da família. Esse fenômeno é acompanhado pelos valores e costumes das famílias, ou seja, não é possível compreender as reações de cada indivíduo sem antes considerar a cultura em que foi educado e suas formas culturais de organização social frente a situações específicas. ^(21,22).

Assim como todas as situações adversas vivenciadas pelos indivíduos, durante o processo de adoecimento, algumas pessoas se demonstram mais sensíveis em relação a outras. Independente para aquelas que vivenciam uma situação grave, uma emergência, ou para aquelas que se deparam com um tratamento menos complexo e eletivo, quando surge a necessidade de uma intervenção em algo tão complexo e sensível como a vida humana, surgem uma gama de possibilidades que podem vir a ocorrer, onde os resultados, se positivos ou negativos, infelizmente ainda são incertos ⁽²³⁾.

Importa salientar que durante o estar doente e o processo de hospitalização, o ser humano apresenta-se emocionalmente vulnerável, pois o adoecer propicia no afastamento de ser humano da sociedade em qualquer momento da vida, deixando assim, de exercer suas relações e funções sociais e familiares. Durante a internação, a pessoa passa a vivenciar um ambiente de rigidez de horários, rigidez de normas, um espaço físico limitado, a impessoalidade de roupas e objetos, o afastamento dos familiares e a ausência de membros de sua rede social ^(3,13).

A internação hospitalar pode estar contribuindo para o sentimento de ruptura da rotina diária e com a perda da autonomia do paciente. Em internações longas, o paciente pode vir a ser reconhecido através de sinais e sintomas ou da patologia existente, muitas vezes ter sua identidade anulada, reduzindo suas necessidades individuais, sendo assistido através de cuidados padronizados ^(19,24).

À medida que as complicações do paciente se agravam, aumentam as proporções de medo, insegurança e angústia sentidas por ele, tornando-se difíceis de serem resolvidas. O indivíduo, quando em processo de hospitalização, focaliza toda sua atenção e entendimento para os comentários, as informações acerca de seu caso clínico. O paciente passa a observar a equipe de saúde, podendo reconhecer quando a mesma está preservando-o de informações sobre seu prognóstico. Dessa forma, o paciente pode se sentir inseguro, angustiado, podendo considerar uma piora em seu estado clínico, acarretando em momentos de desesperança e desânimo, não importando o tipo de patologia ou procedimento que está sendo submetido, mas sim o modo que o paciente vivencia esse momento ⁽²⁵⁾.

As reações familiares diante da internação hospitalar são evidenciadas de diferentes formas, visto que cada familiar apresenta necessidades individualizadas diante de situações adversas, as quais devem ser identificadas pela equipe de saúde. Assim, cabe aos profissionais um olhar individualizado para o familiar, respeitando o momento vivenciado e suas necessidades ⁽²²⁾. Esse olhar deve ser focado não somente nas informações dos familiares acerca do paciente, como também, o profissional de saúde deve atentar para detalhes de como estar auxiliando o paciente e o familiar, seja num

acolhimento maior da equipe, seja na compreensão das informações a respeito do paciente entre outras.

Vale enfatizar que, durante a hospitalização, o papel do familiar deve estar centrado no paciente, integrado a equipe de saúde, como participante do cuidado ^(26,27). No entanto, este familiar deve realizar atividades apenas para o conforto e tranquilidade do paciente, não devendo desempenhar atividades específicas da equipe de saúde ⁽²⁸⁾.

No ambiente hospitalar, a assistência ao paciente é de responsabilidade da equipe de saúde, visto que o mesmo pode vir a necessitar de auxílios tecnológicos ou farmacológicos e será imprescindível um profissional treinado para atender suas necessidades. As orientações à família, além de preparar para o cuidado domiciliar, visam integrar esse familiar ao cuidado prestado durante a hospitalização. Encorajar o familiar a tocar o paciente e proporcionar-lhe momentos de conforto por meio de massagens, mudança de decúbito, exercícios passivos, devem ser ações incentivadas pela equipe de saúde, visto a importância do toque, da interação entre o familiar e o paciente ⁽²⁹⁾.

A internação na unidade de terapia intensiva e suas particularidades são experiências também vivenciadas pelo núcleo familiar ^(20,30). Para estes que acompanham uma internação, a UTI pode ser reconhecida como um ambiente altamente agressivo, desconfortável, onde muitas vezes o medo de perda do familiar acaba sendo manifestado. Isto se deve à intensidade das situações e a iminência dos fatos que podem estar ocorrendo. As unidades críticas podem ser consideradas como um ambiente frio, assustador, hostil, criando barreiras maiores para os familiares, acentuando toda a preocupação e insegurança sentidas. Essas barreiras criam um distanciamento da equipe e família e da família com o paciente, pelo medo que o ambiente e pessoas desconhecidas geram nos familiares ⁽²⁵⁾. A rotina e a acelerada dinâmica das equipes atingem diretamente a família podendo acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar ⁽³¹⁾.

Na vivência da internação, mudanças bruscas podem estar ocorrendo com o paciente, alterações em sua identidade, fragilidade e dificuldade ao exercer sua autonomia, suas relações podem se demonstrar mais frágeis, distantes, com perdas, podendo se tornar em um receptor de cuidados, de procedimentos, sendo assistido por outros ou por máquinas, podendo também

ficar isolado, aguardando e confiando em recursos médicos, tecnológicos e farmacológicos para sua recuperação e volta ao convívio com os seus ⁽³²⁾.

As perdas vivenciadas pelo paciente podem ser entendidas pela privação significativa de algo, que podem ser objetos, ambiente, pessoas ou a própria vida. Na UTI, o paciente vivencia este processo de perda, onde geralmente fica distanciado de seu ambiente de costume, seus objetos pessoais e de sua rede familiar e social. Cada pessoa tem uma maneira de reagir diante de uma perda e isso pode influenciar no seu grau de angústia ⁽³⁾.

Como já discutido, o processo de hospitalização é um momento caracterizado pela insegurança e medo para os pacientes e seus familiares. É um processo difícil, podendo ser longo, que pode resultar na recuperação do paciente ou em sua perda, devido complicações da patologia. Na UTI, este processo ocorre de maneira mais intensa, visto que as unidades críticas são destinadas para o atendimento de pacientes mais graves, que necessitem de suporte tecnológico, farmacológico e humanos específicos e treinados, onde as reações do paciente e sua família acerca do medo da hospitalização se demonstram de maneira mais clara. Podem surgir as chamadas “síndromes de UTI”, que são reações intensas demonstradas por pacientes com dificuldade de adaptação a ambientes complexos, emergindo diversos sentimentos como a tensão, tristeza, desespero, medo, depressão, alucinação e delírio. As crianças também demonstram reações diversas quando hospitalizadas em unidades críticas, comportamentos como apreensão, negativismo e ansiedade podem surgir nesta fase ^(24,6,33).

1.2. A unidade de terapia intensiva

A UTI tem suas origens nas salas de recuperação pós-anestésica (RPA), onde os pacientes submetidos à procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham monitorizadas suas funções vitais, sendo instituídas medidas de suporte quando necessário até o término dos efeitos residuais dos agentes anestésicos ⁽³⁴⁾. Estas unidades surgiram na tentativa de otimizar recursos necessários para restaurar a saúde e manter a vida ⁽³⁵⁾. Vários nomes ⁽³⁴⁾ se destacaram na história e origem das unidades de terapia intensiva, entre eles:

- Florence Nightingale, a primeira enfermeira que cuidou de pacientes graves na Guerra da Criméia em 1854;
- Walter Eduard Dandy, médico, o qual deixou contribuições importantes para a neurocirurgia ;
- Peter Safar, primeiro médico intensivista, nascido na Áustria. Este preconizou o atendimento de urgência e emergência, colaborando com outras contribuições para este tema.

O processo de implantação e implementação em nível nacional das UTIs foi lento e substanciado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde. A alta tecnologia e capacitação necessariamente diferenciada desta área assistencial chamaram a atenção de grupos farmacêuticos, fornecedores de tecnologia médico-hospitalar e grupos hospitalares ⁽³⁶⁾. No âmbito da saúde, a criação das UTIs foi de extrema importância, pois o cuidado Intensivo dispensado a pacientes críticos, tornou-se mais eficaz ao ser desenvolvido em unidades específicas, propiciando recursos e facilidades para a sua progressiva recuperação ⁽³⁷⁾.

As UTIs surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais, humanos e tecnológicos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis. Nesta unidade se faz necessária a observação constante,

assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado ⁽³⁸⁾. O objetivo da UTI é prestar assistência permanente a pacientes clínicos graves, com capacidade de recuperação da saúde.

As unidades críticas sempre foram percebidas pela população leiga e por outros profissionais da saúde que não possuem experiência com UTIs como um ambiente de sofrimento, frio, altamente agressor e pouco acolhedor ⁽³⁹⁾. Todo o aparato tecnológico e de recursos humanos existentes na unidade e as rotinas muito intensas podem causar um distanciamento das relações, desumanizando as ações de cuidar ^(40,41). Na literatura, encontramos autores que defendem que o afastamento da equipe multiprofissional e do usuário pode ocorrer pela má utilização dos recursos tecnológicos e pelo descompromisso da equipe, refletindo em uma mecanização da assistência, com ações relacionais cada vez mais distantes e frias, descaracterizando o cuidado como ação humana ^(42,43,44,45).

Para o Ministério da Saúde, segundo o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo, a UTI é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves que necessitem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos e materiais especializados ⁽⁴⁶⁾. É o local onde se concentram tecnologias e recursos humanos especializados e treinados para este fim, uma vez que nas UTIs é freqüente o lidar com os limites entre a vida e a morte, sentimentos tão próximos daqueles que, por uma razão ou outra, se tornam em algum momento pacientes, familiares ou mesmo interlocutores profissionais destas unidades de tratamento intensivo. Dessa forma, espera-se destes setores muito mais que tecnologia, medicamentos, recursos humanos tecnicamente capacitados, processos organizacionais e administrativos próximos da perfeição e muito mais que fortes vínculos com outras unidades assistenciais da instituição hospitalar ⁽³⁶⁾. Espera-se atenção, carinho, capacidade de compreender o ser humano, diálogo, conforto, compromisso e respeito às famílias que estão perdendo ou perderam os seus, capacidade em compreender que a informação e o esclarecimento são direitos do paciente e seus familiares e que informar e esclarecer é dever dos profissionais que os assistem e enfim anseia-se por um processo assistencial humanizado e

humanizador enquanto instrumento claro e concreto de qualificação e bem estar do nosso meio ⁽³⁶⁾.

Enfatizamos que o Ministério do Estado da Saúde assegura a todos os cidadãos idosos e crianças/adolescentes, o direito da presença de acompanhantes durante o processo de hospitalização. Isso se deve ao reconhecimento da presença dos familiares, visto ser uma ação muito importante e fundamental para o bem-estar do indivíduo hospitalizado, considerando a melhoria de sua qualidade de vida ⁽⁴⁷⁾.

Diante do exposto, importa ressaltar que o paciente internado em UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente ligadas à doença física ⁽³⁸⁾. Durante a hospitalização, torna-se necessário considerar o paciente como um todo, incluindo suas redes de apoio e suas necessidades. Assim, o paciente, sua família, suas necessidades físicas, psíquicas, suas aspirações, fragilidades e sentimentos devem ser respeitados diante da hospitalização. A qualidade da assistência é reconhecida quando as ações são individualizadas, garantindo ao paciente seus direitos.

Nas unidades de terapia intensiva, a rotina do paciente é acompanhada diretamente pelo familiar, é ele que estará ciente da evolução do paciente e de todas as propostas de tratamento. Dessa maneira, a família é acometida por todo o processo de tomada de decisões, pelo estresse do momento e pelo impacto que isto poderá provocar no paciente. Essa vivência é dividida com a equipe multidisciplinar, porém para o familiar é um momento de grande angústia ⁽⁴⁸⁾. Percebe-se então, que a visão do familiar coincide com a visão que a sociedade tem em relação a UTI. É um local em que o morrer ocorre com maior predominância, que os pacientes são graves e dependentes de cuidados complexos e recursos sofisticados para o tratamento e manutenção de suas necessidades básicas ⁽⁴⁹⁾. Neste cenário, a hospitalização em UTI proporciona alterações na dinâmica familiar, justificada pela forma aguda e inadvertida a qual ocorre, restando pouco tempo para que a família consiga se estruturar ⁽⁵⁰⁾. A hospitalização de um indivíduo em UTI é uma questão difícil para os familiares, pois muitas vezes há uma dificuldade grande em aceitar o adoecimento das pessoas, surgindo o medo de perdas ⁽⁵¹⁾.

Para o familiar, todas as tecnologias e recursos humanos existentes nas UTIs refletem em conforto e segurança, porém também são responsáveis pelo distanciamento e isolamento submetidos pelo paciente ⁽¹⁹⁾. Os familiares desejam estar próximos ao doente, contribuindo com sua presença, ficando perto e participando do tratamento. Porém, todos os equipamentos da UTI, o dinamismo da unidade e a iminência de intercorrências, podem causar um distanciamento do acompanhante em relação ao paciente ⁽¹⁹⁾.

Além de refletir em segurança e conforto ao familiar, a presença de equipamentos nas unidades críticas pode também ser uma das causas de ruídos incessantes em UTIs. Os ruídos são provocados por alarmes dos aparelhos, que tem a finalidade de avisar à equipe multiprofissional na mudança de alguma condição vital do paciente, ou seja, são essenciais nas unidades. Porém, o ruído destes, associados a outros alarmes, conversas entre a equipe e entre essa com os pacientes, movimentação de móveis e outras ações produtoras de ruídos, estão associadas a um aumento de estresse na equipe e nos pacientes, denotando uma oposição a um ambiente que deveria ser silencioso e calmo ⁽⁵²⁾.

É importante lembrar, que a UTI não é apenas um serviço com equipamentos tecnológicos específicos e avançados. Nessa, o relacionamento interpessoal é fator primordial, à medida que os recursos tecnológicos existentes serão melhor aproveitados se aliados a recursos humanos que ofereçam segurança e apoio emocional aos usuários ⁽⁵³⁾.

Em trabalho realizado sobre a necessidade de aproximação entre familiares e profissionais de saúde, foi evidenciado que o repensar na vivência do familiar pode trazer subsídios para os profissionais refletirem sobre sua prática, envolvendo o acolhimento, incorporando a família como foco importante do cuidar ⁽⁵⁴⁾. A família deve estar presente durante a hospitalização e o reconhecimento de suas necessidades são de responsabilidade dos profissionais da saúde, devendo esta prática existir em todos os hospitais, sendo eles de rede pública ou privada, não devendo essa estratégia ser ignorada em locais relacionados à assistência à saúde ⁽⁵⁵⁾.

Atualmente, há uma intensa preocupação com a inserção do acompanhante na UTI por tempo integral. A necessidade de reflexão das práticas profissionais no gerenciamento da unidade consideram o

acompanhante como elemento importante no auxílio à recuperação do paciente, intensificando a importância de estar inserindo o tema para discussão e conscientização junto aos membros da equipe de saúde ⁽⁵⁶⁾.

Assistir familiares de pacientes internados, além de ser um ato de solidariedade é também um conjunto de estratégias e intervenções testadas e fundamentadas cientificamente que devem fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde de UTI. A presença do familiar na unidade é importante para o paciente e para a interação com a equipe. Essa deve acolher os familiares de pacientes internados de maneira individualizada, solidária e, sobretudo, holística ⁽⁵⁷⁾.

Cuidar é mais que um ato é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo, de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro ⁽⁵⁸⁾. O cuidado em saúde não pode diferir do aspecto humanístico e relacional, não pode ser apenas uma ação técnica, pois é relacional. No entanto e infelizmente, dentro de uma terapia intensiva são a tecnologia e o tecnicismo que predominam, o cuidar, por sua vez, fica desprovido do sentimento dos pacientes e de seus familiares ⁽²²⁾.

Vale ressaltar que uma comunicação adequada é conversar e receber informações sobre o que se quer saber é entender o que o outro diz e sentir-se bem atendido. As famílias, nos horários de visita, solicitam informações aos profissionais e esperam receber informações claras, concisas, de fácil entendimento, com carinho e atenção. Torna-se importante a comunicação enquanto prática terapêutica, a importância do toque na comunicação não-verbal e a necessidade de alguém da equipe de saúde ser referência aos familiares, alguém a quem possam recorrer e sentir-se tranquilizados diante de esclarecimentos e orientações ⁽⁵⁹⁾. O trabalho em equipe se define como uma modalidade de trabalho coletivo, configurado na interação dos agentes de diferentes áreas profissionais e nas múltiplas intervenções técnicas. Essa articulação entre os profissionais se dá através da mediação simbólica da linguagem, ou seja, a comunicação ^(60,61).

A comunicação desenvolve um relacionamento interpessoal entre o usuário e a equipe de saúde, transmitindo confiança para ambos. Inicialmente, a comunicação será apenas uma breve interação social, que após um maior

contato, poderá tornar-se uma parceria, onde a meta é auxiliar o usuário a sentir-se confortável em compartilhar suas atitudes e sentimentos ⁽⁶⁰⁾.

O foco primordial do cuidar em UTI abrange o paciente, sua família, e a equipe de saúde, sendo essa fundamental para um bom desempenho das ações. Ao que refere à assistência em saúde, não podemos distanciar a equipe multiprofissional deste contexto. Uma equipe satisfeita em seu ambiente de trabalho estará transmitindo essa jovialidade ao cuidar de seus clientes. Principalmente em unidades fechadas e complexas como as UTIs são necessários não só o conhecimento tecnológico como também o preparo para com as perdas, a dor, o sofrimento e a morte do ser humano ⁽³⁹⁾.

Na rotina hospitalar, o principal objetivo é de assumir os cuidados para com as pessoas doentes que necessitam de cuidados complexos. A equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem tem principal responsabilidade para o desempenho da função de prover cuidados contínuos aos usuários, em período integral. Assim, essas equipes são acometidas por um alto grau de estresse, onde o ambiente de trabalho muitas vezes fica cerceado por situações difíceis e ainda a equipe pode partilhar com o estresse de outras pessoas: pacientes, famílias ou colegas, intensificando o estresse sentido pelos profissionais de saúde ^(14,39).

1.3. Humanização da assistência em UTI

Ao se falar em humanização, em qualidade em saúde, não se pode deixar de salientar a atuação de Florence Nightingale. Enfermeira, que durante a Guerra da Criméia, em 1854, implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, como forma de reduzir os efeitos negativos do meio hospitalar sobre os pacientes. Assim, utilizava-se da limpeza, da individualidade do cuidado, do isolamento, da dieta adequada, da diminuição do número de leitos por enfermaria e da diminuição da circulação de pessoas estranhas ao serviço. Florence Nightingale, “a dama da lâmpada” como era conhecida, já praticava ações de humanização muito antes de todos os programas e propostas que existem atualmente. Em seu livro “Notes on hospitals”, enfatiza que a enfermagem deve propiciar o uso do ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e seleção adequada da dieta, não só no preparo, mas também na distribuição destas aos pacientes ⁽⁶²⁾. Vê-se que a preocupação de Florence já caracterizava ações humanitárias para pacientes internados, sendo considerada uma precursora da enfermagem, cujas ações hoje são consideradas princípios básicos para a humanização da assistência.

Na história da humanização, a primeira estratégia surgida foi o Alojamento Conjunto (AC) ⁽⁶³⁾. Antigamente, mães eram separadas de seus filhos logo após o nascimento. Essa prática era embasada na justificativa da diminuição de infecção hospitalar no neonato. Na década de 40, começou-se a pensar nos desajustes afetivos que tal ação acarretaria no núcleo familiar. Porém, essa proposta foi extinta e somente na década de 70, foi novamente discutida. Nesse momento, organizações respeitadas como a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) apoiaram essa proposta de manter o neonato junto à mãe desde o nascimento até o momento de alta. O alojamento conjunto, desde então, foi sendo disseminado pelas instituições de saúde e atualmente, já existe um grande número de hospitais que compartilham dessa estratégia de humanização ^(63,64).

O direito integral de assistência à saúde deve ser garantido a todos os cidadãos pelo Governo Federal. Assim, temos estatutos que enumeram os

direitos e deveres dos usuários em relação à saúde contemplando várias ações de humanização e bem-estar do usuário ⁽⁴⁾. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ⁽⁶⁵⁾ traz em seu primeiro capítulo, o direito à vida e a saúde, onde contempla que: a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência; no hospital, é direito do neonato manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe; receberão atendimento especializado a criança e o adolescente portadores de deficiência; os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente; é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias”.

As ações de humanização sempre estiveram relacionadas em duas fases do ser humano: aos neonatos e aos adultos ⁽⁶⁶⁾. Para os neonatos, a instituição do alojamento conjunto foi à proposta de humanização. Além disso, outras ações humanitárias eram dominadas por uma visão “adultocêntrica”, a qual relaciona a criança a um futuro adulto. A mudança neste paradigma foi relativa ao processo de brincar das crianças, o qual, de acordo com estudiosos, tem uma importante função na constituição humana ^(67,68,69).

Outro marco importante na história da humanização para crianças foi o surgimento das brinquedotecas. Para o Ministério da Saúde, entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social ⁽⁷⁰⁾. A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências ⁽⁷⁰⁾.

As brinquedotecas surgiram a fim de resgatar o brincar espontâneo como elemento essencial para o desenvolvimento de crianças. Primeiramente, as brinquedotecas existiam nas escolas, tanto públicas como privadas. Após experiências positivas, estas passaram a existir também em hospitais, onde

seus objetivos foram se adequando a realidade da instituição, a demanda e a análise do contexto a qual está situada ^(66,71).

Na história da humanização, outro importante fato ocorrido foi à implantação do Método Mãe-Canguru aos recém-nascidos de baixo peso. Esse se deu em dezembro de 1999 ^(68,72). O método Mãe-Canguru é uma tecnologia humana de cuidado dos bebês prematuros e de baixo peso onde mãe e o recém-nascido ficam em contato pele-a-pele, trocando calor, amor e possibilitando uma amamentação em livre demanda ⁽⁷³⁾. A "posição canguru" foi idealizada na Colômbia em 1979 com o objetivo de diminuir a mortalidade neonatal elevada naquele país. A idéia era de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe promoveria maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e conseqüentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde ⁽⁷²⁾.

No Brasil, os primeiros hospitais a trabalhar com a posição canguru, foram os hospitais Guilherme Álvaro em Santos e em seguida o Instituto Materno e Infantil de Pernambuco, na cidade do Recife. Atualmente, vários hospitais brasileiros realizam as posturas de colocação do recém-nascido sobre o peito da mãe ⁽⁷²⁾. Para a implantação do método Mãe-Canguru, foram realizados, de 2000 a 2005, diversos cursos de capacitação e também elaborado um Manual Técnico para as instituições que aderiram à estratégia. O Ministério da Saúde, atualmente lança pesquisas com o objetivo de verificar a adesão das maternidades em relação ao método Mãe-Canguru. Essas não têm o objetivo de punir ou fiscalizar, mas sim, de orientar e ajudar a encontrar soluções para viabilizar a implantação dessa estratégia ⁽⁷⁴⁾.

Mais recentemente, no Brasil, Wanda Horta, a partir de suas experiências cotidianas com o ser humano, difundiu um modelo de atendimento de enfermagem que disponibilizou aos pacientes/clientes um tratamento que permite o auto cuidado sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem. Essa visão também pode ser entendida como uma busca da humanização no atendimento de enfermagem, uma vez que tenta colocar o enfermeiro a par do potencial do próprio paciente/cliente e, holisticamente, compreendê-lo como um todo. Contudo, apesar de sua crescente importância,

a humanização da assistência de enfermagem ainda é um assunto pouco pesquisado e pouco aplicado no Brasil ⁽⁷⁵⁾.

Visando a uma mudança desse panorama, o Ministério da Saúde criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar⁽⁷⁶⁾, com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar prestada aos pacientes atendidos nos hospitais públicos, e, em 2003, juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, o PNHAH transforma-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza - SUS ⁽⁷³⁾, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde. A proposta do PNHAH é de buscar melhorias na instituição hospitalar e na formação educacional de seus profissionais, tendo como objetivo fundamental aprimorar as relações entre clientes e profissionais, entre profissionais entre si, e da comunidade com o hospital, apontando para uma requalificação dos hospitais públicos, na intenção de se tornarem mais modernos, dinâmicos e solidários, contemplando as expectativas de seus gestores e da comunidade ⁽⁷⁶⁾.

Tendo em vista estratégias de humanização, o Ministério da Saúde, instituiu no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2001), propostas de atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto. Nesse, há um incentivo para que sejam criados centros de atendimento ao parto normal, que funcionem de acordo com as propostas de humanização ⁽⁷⁷⁾. A humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante ⁽⁷⁸⁾.

Para os adultos, a proposta de humanização lançada pelo Ministério da Saúde que merece destaque, é o Estatuto do Idoso ⁽⁷⁹⁾. Esse garante direitos a todos os usuários. Em seu artigo 16 “ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito de acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral”. Quanto à equipe “cabe ao profissional de saúde, responsável pelo tratamento, conceder autorização para acompanhamento do idoso, ou no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Também as Leis Estaduais/SP ^(80,81), garantem ao paciente internado em Unidade de Saúde, sob a responsabilidade do estado, a presença de um acompanhante”. Há também em nossa

constituição, programas específicos que protegem a mulher em diferentes fases da vida, como por exemplo, na fase reprodutiva, onde a mulher muitas vezes recorre à assistência hospitalar ⁽⁸²⁾.

A preocupação com os idosos no Brasil pode ser justificada pelo aumento da expectativa de vida da população e conseqüentemente, pelo aumento da parcela populacional acima de 60 anos. O último Censo Demográfico feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ⁽⁸³⁾, acusou que, no Brasil, a população com idade igual ou superior a 60 anos soma mais de 14,5 milhões de pessoas, 8,56% da população total. São números populacionais significativos, merecendo atenção para o bem-estar dessa demanda em relação à manutenção da saúde. Com o aumento da expectativa de vida, as instituições hospitalares terão que se atualizarem para receber o idoso e oferecer uma assistência adequada as suas necessidades. Para os idosos, o Estatuto do Idoso foi recebido com otimismo, para os profissionais, com expectativa. Na prática, o Estatuto do Idoso está trazendo resultados positivos na assistência ao idoso institucionalizado ⁽⁸⁴⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética ⁽⁷⁶⁾. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente” ⁽²⁷⁾.

A participação da comunidade e o reconhecimento da universalidade do direito à saúde foram instituídos na Constituição Cidadã de 1988⁽⁸⁵⁾, sendo também estabelecido o princípio estruturante do Sistema Único de Saúde. Liberdade pessoal de expressão, religião e movimentação; direitos políticos, como os eleitorais e de associação; e direitos sociais, referentes às condições de saúde, educação, trabalho, condições de vida e de assistência em situações de risco social estão inclusos nos direitos de cidadania, os quais o estado garante a cada cidadão ⁽⁷³⁾.

O processo de humanização do trabalho hospitalar implica uma série de dimensões organizacionais, institucionais, profissionais e pessoais, e cabe a nós usuários do Sistema Único de Saúde, questionar e avaliar as regras que

restringem o acesso e a participação de famílias e usuários, proporcionando formas mais abertas e livres de interação com o hospital, pois “muitas das restrições que os modernos hospitais colocam a seus usuários e familiares em termos de regras, horários, etc. não obedecem a razões técnicas, porém constituem parte de uma longa herança, de cunho autoritário”⁽⁷⁶⁾.

É nesse contexto que também se faz necessário focar a humanização nas Unidades de Terapia Intensiva. Na atualidade, vê-se um panorama nas UTIs que nos conduz para a urgência da preocupação com o resgate da humanização. Há uma maior preocupação com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o modo-de-ser-trabalho, em detrimento do modo-de-ser-cuidado⁽⁸⁶⁾.

Nas unidades de terapia intensiva, alguns aspectos relacionados aos cuidados de enfermagem contribuíram para a humanização, assim como a privacidade do paciente, a personalização do atendimento, o preparo para a cirurgia e a visita dos familiares⁽²⁰⁾. Hoje, a proposta de humanização em UTI tem um horizonte mais amplo, englobando desde o ambiente físico até as relações entre as equipes de saúde⁽⁷⁶⁾. Mesmo que ainda tímida, a filosofia da humanização vem ganhando espaço na percepção das unidades de terapia intensiva pelos leigos, sendo mais compreendida como um local que possibilita a recuperação dos pacientes e não um lugar destinado a pacientes sem chances de sobrevivência.

Estar em uma unidade crítica pode ser uma experiência negativa tanto para os adultos como para crianças/adolescentes. Percebe-se, pela literatura, o uso do brinquedo terapêutico para crianças nessas situações, que através de estratégias lúdicas, o profissional de saúde possibilita uma melhor aceitação da hospitalização, colaborando com a recuperação da mesma^(5,16,87).

O respeito aos direitos dos pacientes na prática cotidiana em terapia intensiva, passa pelo questionamento dos próprios pacientes e familiares e pela abertura de espaços para diálogo com os próprios profissionais de saúde, tornando essa prática mais humanizada. Mais uma vez é importante lembrarmos que a construção de uma assistência humanizada em UTI é um processo impulsionado por medidas de avaliação e da capacidade de aprender com a própria experiência e a dos outros. Entendemos que enquanto todos nós, profissionais da saúde, não nos empenharmos em prestar uma assistência

com ações humanizadas, colocando-nos sempre na situação do “outro”, fragilizado, dependente, carente, a procura de um tratamento de respeito, não conseguiremos atender os princípios da humanização proposto pelo Ministério da Saúde ⁽⁷⁶⁾.

No cenário hospitalar, ao analisarmos o compromisso com o usuário que sofre e com os cuidadores, veremos que humanizar a assistência hospitalar implica em dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à dos profissionais de saúde, criando uma rede de diálogo, a fim de promover ações, programas, campanhas, políticas assistenciais a partir de solidariedade, respeito, reconhecimento mútuo e dignidade ética ⁽⁷⁶⁾.

Uma das vertentes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar faz referência à equipe multiprofissional. Esse aborda a articulação existente entre a equipe, o usuário e a instituição de saúde. Dessa maneira, ao refletir sobre humanização, necessariamente temos que incluir os profissionais de saúde, uma vez que a empatia, o acolhimento, a execução dos cuidados, o conforto e o bem-estar do paciente e sua família, entre outros fatores, dependem diretamente da equipe multiprofissional de saúde ⁽⁷⁶⁾.

Na atualidade e com os conhecimentos sobre humanização, houve a necessidade de promover um ambiente que transmitisse bem-estar, privacidade, respeitando a integridade física e mental e favorecendo proximidade da família e o paciente. A família é de grande valia para a equipe e o paciente, pois auxilia no planejamento da assistência a ser prestada, pelas informações oferecidas ⁽⁸⁸⁾.

Ressalta-se ainda, que a humanização no ambiente hospitalar deve ser entendida não só na perspectiva do cuidado e tecnologias disponibilizadas pelos profissionais e serviços de saúde. Estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não-verbal, a otimização das informações entre a equipe e a família, e do paciente, adulto ou criança, com a família, devem ser valorizadas pela equipe de saúde. Dessa forma, frente a ações humanizadas, de parceria entre a equipe e familiares, possibilitam que opiniões, percepções, reclamações e sugestões sejam expressas de forma democrática, livre, cidadã aos membros da equipe de saúde. ⁽⁸⁹⁾

Na atualidade a humanização é vista como um conjunto complexo de atitudes e ações motivadas por pensamentos éticos, humanísticos, sociais e

holísticos ⁽⁹⁰⁾. Dessa forma, valorizar a presença de acompanhantes na instituição hospitalar e apreender sua percepção é um processo fundamental para o alcance de uma prática assistencial realmente humanizada.

2. Objetivo Geral

Analisar a percepção do acompanhante de pacientes que estão em processo de hospitalização, na busca da assistência humanizada em Unidade de Terapia Intensiva.

2.1. Objetivos Específicos

- Identificar como o acompanhante percebe o seu acolhimento durante a hospitalização de seu familiar;
- Identificar como o acompanhante percebe a unidade de terapia intensiva.

3. Procedimentos Metodológicos

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva na abordagem qualitativa, uma vez que se procurou compreender os significados e as características de uma situação específica.

A pesquisa qualitativa "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" ⁽⁹¹⁾. Esta tem suas raízes nas práticas desenvolvidas pelos antropólogos, seguidas pelos sociólogos em estudos sobre a vida em comunidades. Essa prática surgiu da necessidade de uma avaliação mais ampla de informações sobre a vida dos povos, dados estes que não poderiam ser somente quantificados ⁽⁹²⁾.

A abordagem qualitativa, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. É caracterizada pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias ⁽⁹¹⁾.

O que os fatos, fenômenos, manifestações e sentimentos representam na vida dos indivíduos passam a ser compartilhados culturalmente pela organização ou grupo social, refletindo nos significados em outro nível. Na área da saúde, em particular, conhecer o significado dos fenômenos do processo saúde – doença é essencial para realizar melhorias na qualidade da relação profissional paciente-família-instituição; promover maior adesão dos pacientes e da população diante dos tratamentos ministrados individualmente e das medidas implementadas coletivamente, entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, bem como de seus familiares e mesmo da equipe de saúde ⁽⁹¹⁾.

A pesquisa qualitativa pode ser distinguida, ainda, por cinco grandes características: a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal, pois não é possível separar o ato, a palavra ou o gesto do ser contexto, sem perder de vista o significado; há uma ênfase nas palavras e imagens; os investigadores tendem a analisar os dados de forma indutiva (do particular para o geral) e interessam-se mais pelos processos do que pelos resultados e por último que o significado é de importância vital, ou seja, são os participantes da pesquisa ou sujeitos que adquirem destaque, com os significados que atribuem ou percepções/representações que elaboram ⁽⁹³⁾.

Com esta abordagem pretendeu-se buscar uma compreensão detalhada da percepção do acompanhante acerca da busca da assistência humanizada em unidade de terapia intensiva.

Dentre as abordagens qualitativas, a análise de conteúdo foi a utilizada para análise dos dados dessa pesquisa.

3.2. Campo de Estudo

A investigação foi realizada no município de Botucatu, localizado no interior do Estado de São Paulo. A cidade dispõe de uma população com 121 mil habitantes, e comporta a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), responsável pela migração de parte do povoado jovem para o município. Na saúde, Botucatu se destaca por possuir um hospital terciário, de ensino, que é vinculado à Faculdade de Medicina. O hospital compõe a Divisão Regional de Saúde (DRS) VI, constituída por 68 municípios, sendo ainda referência para a maioria dos casos de doença da região.

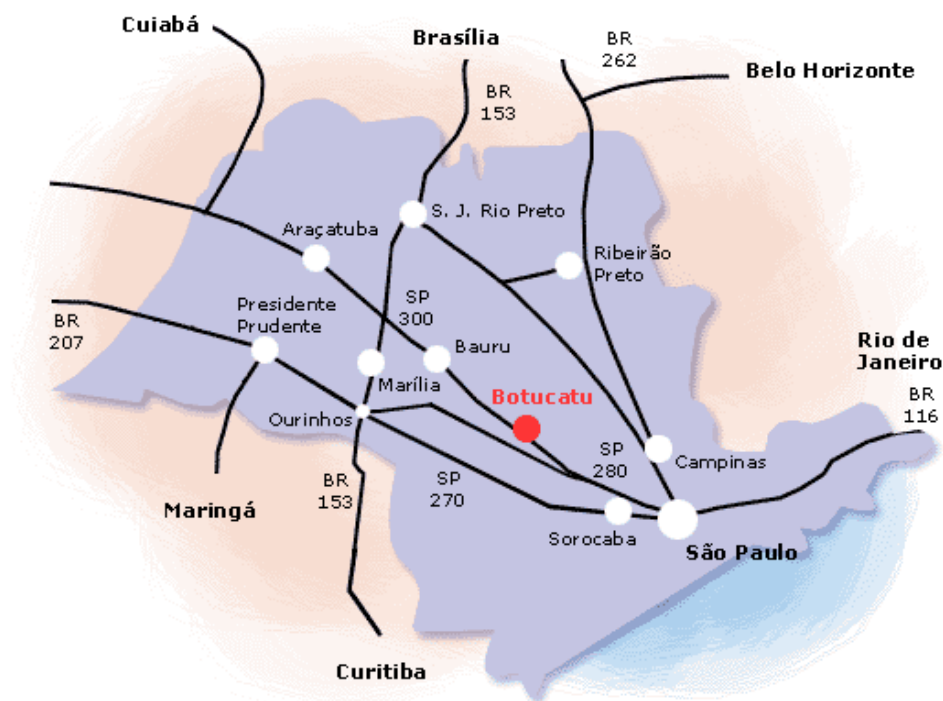


Figura 1 – Mapa do Estado de São Paulo, com destaque para o município de Botucatu.

3.3. Local do Estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Patologias Coronarianas, ambas fixadas ao Hospital das Clínicas (HC) da UNESP.

3.4. Caracterização da UTI Pediátrica

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica foi fundada no ano de 1988, com o objetivo de oferecer assistência adequada a crianças graves, dispondo de equipamentos e recursos humanos capacitados para tal. Localiza-se no térreo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, próximo às Unidades de Terapia Intensiva Coronariana e de Adultos.

Possui sete leitos de internação, sendo um destinado ao isolamento, em casos de patologias infectocontagiosas. Atende, em média, 25 crianças por mês, predominantemente menores de cinco anos de idade.

As paredes são de cor clara, neutra e há figuras ilustrativas em algumas delas, como no corredor de acesso, próximos aos leitos, inclusive no isolamento e no posto de enfermagem.

Os leitos são dispostos em duas salas, uma em cada lateral do posto de enfermagem. Este se localiza no centro da unidade, propiciando a visualização de todos os leitos, que apesar de não serem separados por paredes ou cortinas, dispõem de espaços adequados para facilitarem a transição da equipe e de familiares, além de comportarem equipamentos hospitalares e uma cadeira de conforto nos horários de visitas.

As salas onde se localizam os leitos possuem portas e janelas de vidro, facilitando a visualização das crianças, caso os familiares não queiram se aproximar. Cada sala dispõe ainda de um aparelho de televisão, fixados na parede e voltados para os leitos.

A unidade do paciente é constituída por uma cama ou um berço, monitor multiparamétrico mantido em suporte fixo na parede acima do leito, suporte de soro com bombas de infusão, criado-mudo com ficha de controle do paciente, e placa com identificação da criança. Na UTI, encontramos também carrinho de emergência e equipamentos para situações emergenciais, ambos encontrados no posto de enfermagem, próximo aos leitos.

No posto de enfermagem estão instaladas pias para lavagem das mãos, bancadas para o preparo dos medicamentos, dois refrigeradores (um para guarda de dietas e outro para acondicionar medicamentos), múltiplos armários com portas para a guarda de materiais, computador para a retirada e consulta de exames diversos e outras bancadas para a anotação das informações, pela equipe de saúde.

Ainda nesta UTI, próximo ao corredor principal, encontramos uma sala destinada aos trabalhos administrativos, a sala da chefia de enfermagem, uma sala com função de armazenar equipamentos danificados e um armário grande, fechado, reservado aos artigos respiratórios, como os circuitos de ventiladores mecânicos, CPAPs, entre outros itens. No corredor de acesso aos leitos, encontramos um local destinado para a rouparia. Encontramos os expurgos anexos em cada sala e um outro ao quarto de isolamento.

Na unidade observa-se ainda um ambiente de copa para a equipe, uma sala médica para discussão clínica dos casos, assim como quartos de conforto para os mesmos e uma sala de estudos e pesquisas.

A unidade pediátrica é composta por uma equipe que dispõe de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em seu quadro funcional. Contudo, têm-se também estudantes-internos da Faculdade de Medicina, residentes médicos, aprimorandos de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

3.5. Caracterização da UTI Coronariana

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana foi inaugurada no ano de 2004, como resultado de investimentos realizados pelo Governo do Estado de São Paulo em parceria com a Universidade Estadual Paulista e o Ministério da Saúde. A nova unidade, com seis leitos de UTI e dois de semi-intensivo e equipamentos de última geração, tem como objetivo, garantir atendimento especializado para uma ampla região de saúde. Situa-se no térreo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, em frente a UTI de Adultos.

Sua área física é ampla, agradável, com paredes de cores alegres e tonalidades diferentes, tornando o ambiente harmônico. Os leitos são divididos por quartos, sendo três quartos individuais, e uma suíte. Os dois leitos restantes ficam em um mesmo quarto, porém, maior em relação aos demais.

Em cada quarto há uma cama elétrica que possibilita diversas posições anatômicas, conferidas a partir de um controle-remoto; criado-mudo, monitor multiparamétrico, além de outros objetos que a família pode deixar na unidade, como: televisão, rádio, livros, entre outros.

Os leitos relacionados aos cuidados semi-intensivos, também são quartos individuais, todavia, carecem de monitores multiparamétricos.

O posto médico e de enfermagem situam-se no centro da UTI, possibilitando a visualização de todos os leitos. Há um computador central ligado a todos os monitores dos pacientes, o qual sinaliza o início de qualquer alteração física; e outro computador que permite a consulta de exames.

O posto de enfermagem desta unidade não difere daquele descrito na UTI Pediátrica.

Os demais ambientes de trabalho são semelhantes aos da UTI Pediátrica, porém com o acréscimo de banheiros masculinos e femininos para os pacientes e rouparia.

O quadro funcional da Unidade Coronariana conta com os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e ainda há a presença de estudantes do sexto ano da Faculdade de Medicina, residentes de Cardiologia, e também os aprimorandos de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia.

3.6. Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram constituídos por acompanhantes de pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva pediátrica e coronariana. Os critérios de inclusão dos familiares participantes da unidade coronariana foram:

- Ser acompanhante responsável pelo paciente no hospital, indicado pelo próprio paciente após ter sido submetido ao mini-exame do estado mental de Folstein ⁽⁹⁴⁾;
- Realizar visita ao menos uma vez durante a internação;

O mini-exame do estado mental de Folstein tem a finalidade de obter clareza e segurança em sua resposta. O paciente é considerado consciente quando obtém nota entre 27 a 30 neste teste (Anexo 3).

Para pacientes pediátricos, considerou-se acompanhante, o familiar que permaneceu durante o processo de hospitalização.

3.7. Considerações Éticas

Após elaboração do projeto, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para avaliação e aprovação de acordo com a

Resolução CNS nº 196/96⁽⁹⁵⁾ que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

As entrevistas iniciaram-se após o projeto ser aprovado pelo CEP. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo 1), o qual foi explicado aos sujeitos da pesquisa e assinado pelos mesmos, previamente ao início da entrevista. O conteúdo do TCLE contempla a participação voluntária dos sujeitos e a gravação das entrevistas, bem como a segurança de interrompê-la quando desejado. Informa sobre a transcrição das falas e o total anonimato dos participantes, seja no momento das entrevistas, como também na publicação dos resultados. Salientamos que esse termo foi preparado em duas vias de igual teor, e ambas assinadas pelos participantes e pelo investigador da pesquisa, sendo que uma via permaneceu com a entrevistadora da pesquisa e a outra com o participante.

3.8. Coleta de Dados

Visando a adequação e validação da questão norteadora na coleta de dados, foi aplicado um estudo piloto nas unidades de terapia intensiva pediátrica e coronariana. O teste foi aplicado com três acompanhantes, onde se considerou válido pela clareza e entendimento da pergunta, sendo incluído nos resultados finais do estudo.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, utilizando-se de um gravador e de um instrumento (Anexo 2) que continha dados de identificação dos sujeitos e a pergunta norteadora da pesquisa.

Importa salientar que durante o período de coleta dos dados, a pesquisadora não estava mais atuando na instituição do estudo, evitando, assim interferências nos resultados da pesquisa.

3.9. Análise dos Dados

Utilizamos neste estudo para a análise dos dados, a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽⁹⁶⁾, em 1979.

A análise de conteúdo se caracteriza por ser uma técnica de análise do material qualitativo e fazer parte de uma histórica busca teórica no campo das investigações sociais ⁽⁹¹⁾. A análise de conteúdo se define como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens ⁽⁹⁶⁾.

Esta análise trabalha a palavra e as significações, ou seja, a prática da língua realizada por emissores identificáveis, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, é uma busca de outras realidades através de mensagens. Ela visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, entre outros, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

A análise de conteúdo funciona ainda com unidades de significação simples, a palavra, as quais são classificadas através da frequência com a qual aparecem durante as mensagens estudadas. Ao domínio desse tipo de análise pertencem todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação, a partir de um conjunto de técnicas que embora parciais sejam complementares.

Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas referentes à origem das mensagens tomadas em consideração.

A análise de conteúdo ⁽⁹¹⁾ desdobra-se em três etapas:

1- Pré-análise: É a etapa de organização propriamente dita. É um período de intuições, porém tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A pré-análise é uma primeira leitura também denominada leitura flutuante. Determina a escolha dos documentos a serem analisados, o universo para análise, apesar de ser um período de intuições,

deve ser preciso. Para o desenvolvimento correto da pré-análise, o pesquisador deve obedecer a três missões: 1) a leitura flutuante: é uma leitura superficial, deixando-se invadir por impressões e orientações, que pouco a pouco, vai se tornando mais precisa; 2) a escolha dos documentos: os documentos podem ser determinados e assim determinar os objetivos ou os objetivos já são conhecidos e devemos escolher o universo de documentos suscetíveis para fornecer informações sobre o problema levantado, 3) a formulação de hipóteses e de objetivos: uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos verificar, recorrendo aos procedimentos de análise. Trata-se de uma suposição cuja origem é a intuição e que permanece em suspenso enquanto não for submetida à prova de dados seguros. O objetivo é a finalidade geral a que nos propomos o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados. Estas três missões não precisam necessariamente obedecer a essa ordem, mas obrigatoriamente, estão interligadas entre si. Embora a pré-análise seja composta por atividades não estruturadas (abertas), por oposição à exploração sistemática dos documentos, ela tem por objetivo a organização.

2- Exploração do material: essa segunda etapa, também conhecida como análise ou exploração do material, nada mais é do que a administração sistemática das decisões tomadas durante a fase da pré-análise. Após o primeiro contato com os documentos a serem analisados, os elementos do texto deverão ser classificados em um sistema de categorias e reunidos de acordo com o seu significado. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. Classificar os elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu

agrupamento é a parte comum existente entre eles. A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. Salientamos que a divisão dos componentes das mensagens em categorias não é uma etapa obrigatória de toda análise de conteúdo, porém a maioria dos procedimentos de análise se organiza através de um processo de categorização. Esta é uma fase longa que consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas que farão parte do tratamento dos resultados.

3- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos. Uma vez tendo à sua disposição resultados significativos, os analistas poderão propor interferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Tratar o material é codificá-lo. “A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo” ⁽⁴⁷⁾. A codificação é possível por recorte, agregação e enumeração. Ao se fazer o recorte, pressupõe-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base. A agregação ou classificação, diz respeito à escolha das categorias e a enumeração, à escolha das regras de contagem.

Dentro da análise de conteúdo, existem várias modalidades técnicas de investigação: a) análise lexical; b) análise de expressão; c) análise de relação;

d) análise temática; e) análise de enunciação. Para esta pesquisa, utilizou-se a análise temática, por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde ⁽⁹¹⁾.

Optou-se ainda neste estudo pela análise temática, por considerar o tema como uma unidade de significação que pode ser extraída das descrições que estamos nos propondo analisar ^(91,96). O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, entre outras. As respostas a questões abertas, as entrevistas individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupos, os psicodramas, as comunicações de massa, podem ser e são freqüentemente, analisados tendo o tema por base. Fazer uma análise temática consiste em descobrir as “unidades de significado” que compõem a comunicação e cuja presença, ou freqüência de aparição, pode significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.

A análise temática, como o próprio nome evidencia, é a análise através de um tema. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo ⁽⁹¹⁾. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura ⁽⁹⁶⁾.

Como instrumento para a coleta de dados desta pesquisa, foi empregado a técnica de entrevista. A entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. Considera-se a entrevista a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo ⁽⁹¹⁾.

A indagação aplicada aos participantes deste trabalho durante o ato da entrevista foi:

***“Qual a sua percepção em ser acompanhante em Unidade de
Terapia Intensiva?”***

Após reunir as respostas apresentadas, as mesmas foram codificadas e em seguida separadas por categorias de acordo com os trechos mais

significativos que emergiram das falas. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, as quais podem servir de índices ⁽⁹⁶⁾. Em nosso estudo, utilizou-se para a codificação: **A** para acompanhantes, seguida da letra **P** de pediatria ou **C** de coronariana; estas foram acompanhadas de números, os quais foram relativos à numeração das entrevistas. Em alguns casos, surgiram outras numerações acompanhadas por hífen, que se referem à seqüência de unidades de significados surgidas nas respostas. Para exemplificar a codificação utilizada, segue: **AP6-3**: esta codificação refere-se à terceira unidade de significado emergida na sexta entrevista respondida por um acompanhante entrevistado na UTI-Pediátrica.

A categorização, por sua vez, é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Os critérios de categorização podem ser: semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos ⁽⁹⁶⁾.

Após a codificação e categorização das falas, os dados obtidos foram tratados de acordo com as metodologias da análise temática e análise de conteúdo ⁽⁹⁶⁾.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados são apresentados a seguir em dois momentos: caracterização dos sujeitos e análise das categorias e temas.

4.1. Caracterização dos Sujeitos

Foram entrevistados 21 acompanhantes, sendo nove familiares da unidade de terapia intensiva pediátrica e 12 da unidade de terapia intensiva coronariana do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

Após as entrevistas, caracterizamos os familiares separadamente, de acordo com as unidades nas quais foram entrevistados.

4.1.1 UTI-Pediátrica

A amostra da UTI-Pediátrica constituiu-se de nove acompanhantes, os quais possuíam de um a três dias de permanência na unidade em estudo. Vale ressaltar que eles têm o direito de acompanhar seus filhos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, embora suas acomodações sejam distantes da unidade ⁽⁶⁵⁾.

A faixa etária predominante em relação ao acompanhante entrevistado compreendeu o intervalo de 17-58 anos, havendo totalidade do sexo feminino, predominantemente de mães. Esse dado vem de encontro com os já existentes em outras pesquisas, ao relatarem o predomínio da figura materna como acompanhante durante o processo de hospitalização, uma vez que a separação do binômio mãe-filho nesta fase, principalmente entre crianças menores de cinco anos, pode provocar uma série de dificuldades emocionais ^(97,98,103).

Reforçam ainda que o familiar acompanhante se autodesigna a cuidar, e quase sempre ele é mulher, “o que faz parte de um comportamento feminino na nossa cultura prevalente. Tanto a mulher avalia-se como mais preparada para cuidar, com esta habilidade é socialmente reconhecida nela” ⁽¹⁵⁾.

É fundamental compreender a família como mediadora da criança/adolescente no hospital, já que, ela é porta-voz das preocupações e sentimentos daqueles que acompanham, transmitindo à equipe sinais e as mensagens enviadas pela criança/adolescente ^(99,100).

Em relação à procedência, a maioria das entrevistadas informou morar na abrangência da Divisão Regional de Saúde VI, e apenas uma delas mora em outra DRS.

Ao serem indagados em relação à escolaridade a maioria respondeu ter o segundo grau completo seguido de três entrevistadas com ensino fundamental incompleto.

4.1.2 UTI-Coronariana

A amostra da UTI-Coronariana somou-se num total de 12 acompanhantes. O tempo de permanência do familiar na unidade variou de dois a seis dias, e assim como entre as crianças e adolescentes, é importante ressaltar aqui também que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, têm o direito de possuírem acompanhantes em período integral durante a hospitalização, conforme a Constituição do Estatuto do Idoso ⁽⁷⁹⁾. Na UTI-Coronariana não existem acomodações específicas para os acompanhantes na unidade por tempo integral. Nestes casos especiais, determinados pela equipe da unidade, os acompanhantes permanecem em cadeiras, tendo pouco espaço físico para sua acomodação. A maioria dos acompanhantes podem ver e acompanhar o estado de saúde de seu familiar internado somente durante as visitas.

No entanto, ainda há por parte da equipe de saúde, uma resistência em aceitar acompanhantes para os adultos e idosos, destacando-se, entre os motivos, a crença de que a presença de familiares seria mais estressante para os pacientes graves, ou um aumento de risco de infecção causado pelos acompanhantes ^(21,101).

A necessidade da presença do acompanhante junto ao idoso é essencial, pois a hospitalização o distancia do convívio familiar, fazendo com que o paciente se sinta desamparado. Além de tudo, o acompanhante do idoso hospitalizado atuará como um membro participante nos procedimentos básicos

de enfermagem, além de poder esclarecer-se quanto aos cuidados que serão realizados nos domicílios.

Em relação à idade dos acompanhantes, predominante no estudo, obteve-se a faixa etária de 25-68 anos, sendo a maioria deles do sexo feminino. Esse dado vem de encontro com os já existentes na literatura, quando relata que há um predomínio da figura feminina como acompanhante durante o processo de hospitalização ^(102,103).

Quanto à procedência, a maioria dos entrevistados também informou residir na abrangência da Divisão Regional de Saúde VI, e apenas uma delas em outra DRS.

Tanto este resultado sobre a procedência dos acompanhantes da UTI-Coronariana, como àquele da UTI-Pediátrica, nos remete à compreensão de que toda esta clientela tem o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina como referência para tratamento na região.

Em se tratando do nível de escolaridade a maioria possui o segundo grau completo e apenas cinco entrevistados com ensino fundamental incompleto.

4.2 Análise das Categorias e Temas

Para orientar a análise, realizou-se um quadro síntese, contendo as categorias e as unidades de significados para fins didáticos, pois durante a discussão das temáticas estes resultados serão evidenciados para que o leitor identifique o conteúdo apresentado.

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
ACOLHIMENTO	1- Possibilidade de ver e ficar junto do seu familiar
	2- Possibilidade de melhora do paciente na presença da família
	3- Informações da equipe profissional
AMBIENTE DA UTI – ESTRUTURA FÍSICA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	1- Bom atendimento
	2- Horários de visitas
	3- Acomodação para acompanhante
	4- Recursos da UTI do HC

Quadro I: Quadro síntese das categorias e unidades de significados emergidas das narrativas.

As categorias e unidades de significados elencadas no quadro I referem-se às duas populações do estudo, ou seja, englobam acompanhantes da UTI pediátrica e coronariana. Essa opção é justificada pela semelhança encontrada nas categorias e unidades de significados, emergidas nas narrativas dos sujeitos das duas unidades em estudo.

I - ACOLHIMENTO DURANTE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO: PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE

A análise da percepção do acompanhante na busca da assistência humanizada inicia-se com a discussão da categoria acolhimento durante o processo de hospitalização na UTI.

É importante destacar que o termo acompanhante em sua significação assemelha-se a palavra família, uma vez que na Medicina Intensiva, o familiar é quem acompanha diretamente a evolução do paciente, tendo ou não grau de parentesco, uma vez que é sobre ele que pesará o processo de tomada de decisões, mesmo estando somente na condição de acompanhante, membro familiar ou não ⁽⁴⁸⁾.

Os acompanhantes de ambas as unidades de terapia intensiva pediátrica e coronariana, revelam sua condição de acompanhante como a **possibilidade de ver e ficar junto do paciente**. O ato de ver e permanecer junto ao paciente pode estar relacionado ao que se considera família enquanto núcleo social, que necessita manter suas relações familiares mesmo em situações adversas, como a hospitalização ⁽⁵⁰⁾. Para esses familiares, o ato de ser acolhido torna-se muito importante no momento da hospitalização, permitindo o encontro, o relacionamento, o estar presente com seus familiares. Além disso, promove a criação de vínculos com os trabalhadores da saúde, possibilitando ações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado ⁽¹⁰⁴⁾. Nos depoimentos abaixo, podemos identificar que a **possibilidade de ver e ficar junto** do paciente é favorável para os acompanhantes, que acreditam proporcionar tranquilidade, calma e ânimo para os pacientes.

*“AC2-1: É muito **bom poder ver ele, ele fica tranquilo**, fala bastante, quer saber das coisas, ele é muito esperto, quer saber da vida, dos negócio dele [...]”*

*“AC11-1: [...] Então **estar perto dele**, acompanhando ele, é muito bom [...] **fica calmo comigo [...]**”*

*“AC10-1: [...] poder **ficar um pouquinho durante a visita, pra gente já é muito bom, ele gosta, fica animado, conta tudo, até acho que ele fica emocionado [...]**”*

Analisando as características do ser humano, percebe-se que no processo de enfrentamento de situações adversas, o indivíduo busca artifícios para poder conduzir melhor a situação. A hospitalização pode ser considerada um momento adverso e a família desempenha um papel fundamental no enfrentamento da situação. É a família, enquanto rede de apoio ao indivíduo que vai auxiliá-lo nesse contexto, dividindo a sobrecarga que podem advir deste processo ^(19,89).

A família é uma unidade que cuida de si, possui demandas e necessidades específicas no contexto hospitalar ⁽¹⁰⁵⁾. É o primeiro elemento de apoio ao paciente, e muitas vezes sua ansiedade advém da separação paciente-família no momento da hospitalização, pois estes acreditam que junto aos acompanhantes sentir-se-ão mais seguros ^(106,107), conforme trecho abaixo:

*“AP5-2: **E eu me sinto mais segura, toda hora que eu quero vê ele, eu vou lá, aperto ali (interfone) e elas deixam eu ver ele, não toda hora, mas quando não tem nenhum problema lá dentro, eles deixam eu ver.**”*

No processo de hospitalização, a família passa a enfrentar a realidade movida pela crença de que o familiar irá melhorar, mostrando-se disposta a estar com o paciente seja qual for a situação ⁽¹⁰⁸⁾, mesmo enfrentando eventos estressores, encontra recursos em si mesma ou no seu ambiente para retornar a um estado de equilíbrio ⁽¹⁰⁹⁾.

Ao aliar-se a família, a equipe de saúde consegue garantir a continuidade do cuidado instituído, além de promover interações humanas com esta e com o paciente ⁽¹¹⁰⁾.

*“AP6-2: [...] **eu posso ficar com ele, ficar perto, saber dele [...]. E com certeza, estou junto dele e vou ficar perto dele.**”*

O interesse no paciente, sentimento de co-responsabilidade para recuperação, oportunidade de aprender, respeito ou simplesmente por querer estar junto estão dentre os muitos motivos da família querer permanecer junto ao paciente durante a hospitalização ⁽¹¹¹⁾, conforme trechos abaixo:

*“AC8-1: [...] é porque eu acho **muito bom porque a gente tá com ele**, [...]. Então, é bom, **eu vou lá, vejo ele, converso, conto as coisa lá de casa**, ele gosta de saber, só as coisa boa, né!”*

*“AP2-2: Ah, aqui na UTI, **eu posso ver ela**, [...] o bom é que a gente **pode estar sempre vendo ela, ficar mais junto dela.**”*

*“AC1-2: Aqui é bom, **é bom estar aqui com ele [...]**”*

*“AC5-1: **É bom ficar com ele [...]**”*

Na unidade pediátrica, o acompanhante mais encontrado foi a mãe. Estudo sobre a percepção do acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade pediátrica corrobora com este nosso resultado, o qual verificou que quase a totalidade dos acompanhantes também foi constituída pela mãe ⁽⁸⁹⁾. De modo geral, cuidar é uma atividade regida pelo gênero tanto no âmbito do mercado de trabalho como na vida pessoal. Essa presença torna-se muito importante para os indivíduos, principalmente para crianças, pois a mãe é uma figura de confiança e que pode dar atenção e carinho em tempo integral ⁽¹¹²⁾.

Para as mães que acompanham seus filhos, estar próximas a eles é a oportunidade de compartilhar a experiência da hospitalização, apoiando e compartilhando as dificuldades ^(113,114).

*“AP8-1: Eu acho que é melhor **eu ficar com ele**. Eu acho que **ele se sente mais seguro, ele fica mais calmo, é muito importante pra ele, a mãe ficar junto [...]** é bom o hospital deixar eu estar ficando. Ele **fica diferente de eu estar aqui [...]**”*

Quando eu não estou lá, ele chora a noite e eles vem me chamar para ele acalmar.”

Dessa maneira, observa-se a prevalência de mulheres que expressam muito o desejo de estar ao lado do filho, sendo freqüentemente encontradas no ambiente hospitalar, quando tem seus filhos hospitalizados.

A condição de acompanhante do filho propicia a mãe momentos importantes na manutenção do vínculo, essenciais na relação mãe-filho, por meio da diminuição da distância.

*“AP4-3: [...] a gente pode **ficar um pouco mais com ele, pegar ele**, aqui é diferente, lá onde ele tava, não podia pegar, só olhar pelo vidro, aqui **eu pego na mão dele, faço carinho, ele sabe quando eu falo com ele**, tá espertinho [...]*

Em estudo sobre a interação familiar em UTI Neonatal, a figura materna também foi a mais encontrada. Entretanto, foi enfatizado a necessidade da figura do pai em oferecer sustento à mãe, amparando-a e compartilhando todo o período de hospitalização, dividindo as responsabilidades nas tomadas de decisões, apoiando a mãe na interação com o bebê e planejando o momento o qual mãe e bebê voltarão para casa. A equipe, nesse momento, tem que estar preparada para acolher essa família, apoiando tanto a mãe como o pai nos planejamentos e cuidados ao bebê, desenvolvendo ações humanizadas para com essa família ⁽¹¹⁵⁾.

Durante a hospitalização, o familiar assume o papel de visitante ou de acompanhante dependendo das situações encontradas. Torna-se familiar visitante em situações em que não consegue romper com as barreiras normativas da visita hospitalar ou quando não pode deixar suas atividades diárias ou quando o paciente não demonstra a necessidade de estar sendo acompanhando, preservando assim, seu núcleo familiar ⁽¹¹⁶⁾.

Nesta condição de familiar visitante, a oportunidade de **ver e ficar junto ao paciente** durante a visita é considerada importante e valorizada, como evidencia os depoimentos a seguir:

*“AP1-1: [...] é bom porque **dá tempo de eu ver ela**. Eu venho, daí eu pego a visita das dez pras 11, daqui eu vou embora pra casa e ainda **consigo ver ela** ainda, às três horas. Eu vejo duas vezes por dia, só a noite que eu não consigo ver, né,”*

*“AP3-3: [...] a gente também pode visitar ela, **ficar um pouco com ela**, eu achei que por ser UTI, não ia poder nem olhar, então é bom.”*

A família pode tornar-se um acompanhante na unidade quando seu familiar se encontra mais dependente de cuidados para suprir suas necessidades básicas ou quando um membro desta família tem disponibilidade de estar junto integralmente ou ainda quando há permissão da unidade hospitalar para que o familiar seja inserido como acompanhante ⁽¹¹⁶⁾.

*“AC3-2: [...] eu acho que ele até queria nós lá com ele. [...] **Ele fica mais tranquilo com a família aqui** A gente vai ficar com ele, **pra ele se sentir melhor com acompanhante, mais calmo com acompanhante**. Pra ele se sentir melhor.”*

*“AP5-3: É bom porque **eu posso ver ele**, né [...]; quando elas precisam, elas **vem me chamar pra ficar com ele, acalmar ele**. A vantagem é **de ficar mesmo, de acompanhar**.”*

*“AC10-1: É muito **importante estar acompanhando, saber como ele está** [...].”*

Além da possibilidade de ver e ficar junto de seu familiar, os acompanhantes relatam em seus depoimentos sobre a **possibilidade de melhora do paciente na presença de alguém da família**. Pelos trechos das narrativas, podemos evidenciar que os acompanhantes percebem que o paciente senta-se melhor quando acompanhado por alguém conhecido e que seu período de hospitalização possa até ser reduzido.

*“AC12-1: [...] eu acredito que a gente poder ficar com ele aqui, **ele vai se recuperar mais rápido** [...] com a gente aqui com ele, **ele tranqüiliza**, dorme, então **deve estar sendo melhor pra recuperação dele** [...]”*

*“AC6-1: [...] **estar junto**, perto da pessoa **para que haja melhora da pessoa** [...]”*

*“AC7-1: [...] é que pelo menos, **a pessoa se sente mais calma e segura com uma pessoa da família** dando atenção [...]”*

*“AC9-1: E, sabe, eu **cuidando dele, ele fica bem mais tranqüilo**, estou participando de cuidar dele, ele gosta, **fica calmo**, dorme (risos). Se eu não tivesse perto, **ele ia ficar nervoso** [...]”*

Há estudos que corroboram com nossos achados ao referirem-se o acompanhante como fonte de conforto e segurança para o paciente, podendo tornar o ambiente hospitalar mais agradável ⁽²¹⁾.

*“AC4-2: [...] a gente **pode ficar com ele**, é ajuda pra ele, ele **fica menos chateado**, mais seguro [...] acalma a gente também, a gente **gosta de estar vendo ele**, é bom pra nós, mas melhor pra ele [...]”*

A percepção da mãe revela que ser acolhido como acompanhante é estar oferecendo a oportunidade de estar junto do filho, participando do cuidado e proporcionando um ambiente favorável a sua recuperação. Algumas mães enfatizam nas descrições que a presença de alguém da família proporciona à criança a calma, tranqüilidade e segurança e verbalizam acreditar que seus filhos fiquem melhor com a presença de um acompanhante.

*“AP7-1: Ai, para mim é melhor tá aqui, porque **eu posso tá vendo ele** na hora da visita, tá vendo como ele tá, **fico perto dele** [...] **Eu acho que até pra criança, sentir a presença da mãe ajuda até no tratamento.**”*

*“AP9-2: Eu acho que **meu irmão melhora com a nossa presença [...]**”*

A presença da família traz segurança afetiva ao paciente, possibilitando um equilíbrio biopsicossocioespiritual a este, colaborando para uma melhor resposta ao tratamento instituído ⁽¹¹⁷⁾, além de ser um ato de humanização estar favorecendo o paciente com a presença de um familiar acompanhante.

Há estudos que evidenciam a presença de acompanhantes como o método mais efetivo para diminuir os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização ^(118,119).

Um momento muito importante percebido pelos acompanhantes nas unidades em estudo são **as informações da equipe profissional**.

Sabe-se que a falta de informação e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e em seus acompanhantes. A incerteza normalmente causa apreensão e ansiedade na família, que esperam aflitos o momento da visita para retirarem as suas dúvidas e, de preferência, receberem boas notícias. As boas notícias são esperadas pelos acompanhantes com expectativas muito grandes, porém cabe ao profissional de saúde um comportamento ético em fornecer informações verdadeiras, não se objetivando apenas a satisfazer os familiares ⁽⁵⁰⁾. Ouvir a família neste momento é muito importante, visto que é a maneira pela qual os familiares diminuem suas dúvidas e ansiedades, além de ser um cuidado humanizado estar atento às necessidades das famílias ⁽¹²⁰⁾.

Os acompanhantes ficam aguardando o momento em que serão passadas as informações acerca do tratamento e evolução de seus familiares. Desta maneira, é através das informações da equipe que os familiares podem acompanhar o tratamento realizado, muitas vezes diminuindo o medo, a angústia e até o desespero, podendo ter esses sentimentos amenizados à medida que recebem orientações e confiam na equipe de saúde ⁽¹²¹⁾.

*“AP6-3: [...] **ficar sabendo do tratamento, [...] o que vai ser feito, com certeza isso é muito bom [...]**”*

*“AC5-2: [...] **saber que está melhor.** [...] Então, **é bom saber dele** [...]”*

*“AP7-2: [...] **é muito bom acompanhar o tratamento dele.**”*

A importância da informação oferecida ao familiar também é evidenciada em estudo que corrobora os nossos achados, enfatiza que é por meio dela que o acompanhante se sente seguro dos cuidados prestados ao seu familiar e que a ansiedade e a desconfiança inicial do acompanhante podem ser amenizadas por meio de informações recebidas pela equipe de saúde ⁽¹²²⁾.

Importa salientar que a comunicação efetiva não somente é aquela estabelecida presencialmente, muitas vezes, é possível receber uma informação por telefone e ser esclarecedora e tranquilizadora.

*“AP1-2: [...] **mas daí eu ligo, falo com o médico mesmo e ele me passa as informações** [...] Daí, **deixa a gente mais tranqüila.**”*

Importantes dados são evidenciados em estudo que aborda sobre a percepção de familiares e profissionais de saúde a respeito do boletim informativo (BI) em UTI. Entretanto, esses dados vêm de encontro com nossos achados, pois a autora enfatiza sobre a necessidade e importância das informações serem transmitidas através de uma comunicação presencial, realizada por um profissional capacitado, buscando entendimento e confiabilidade das informações ⁽¹²³⁾.

Os familiares consideram que a comunicação adequada é aquela em que as informações sobre o estado do paciente acontecem nos horários da visita e são transmitidas de uma maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos difíceis, para a compreensão até de pessoas com menos escolaridade ^(59,124).

*“AP3-5: [...] **tudo que eu pergunto, eles falam, ontem eles me deram atenção muito bem, os médicos explicaram tudinho** [...], não teve problema, não.”*

*“AC8-3: às 18:30h horas, no horário da visita, eles vem, **tem diagnostico médico e a gente pergunta como ele passou a noite [...]**”*

Os acompanhantes demonstram sentirem-se calmos e menos ansiosos quando obtém informações sobre seus familiares internados, sentindo-se respeitados pelas dúvidas esclarecidas ⁽¹²⁵⁾.

*“AP5-2: [...] tudo que **a gente pergunta, eles respondem [...]**.”*

*“AC7-2: [...] os médicos são atenciosos **e explica como está o paciente [...]**”*

*“AP6-1: [...] **eu consigo ter informações**, a informação maior vou ter agora [...]*

Alguns acompanhantes relataram estar dispostos a saber sobre o estado de seu familiar e enfrentar a situação:

*“AC1-3: [...] **eles falam da pessoa**, não escondem nada, eles são realistas, mas é bom, a gente se sente preparado. Todas as vezes que eu tive aqui, a gente sabe que o caso dela era grave, **a médica conversava com a gente [...]**”*

*“AP9-3: Está sendo difícil porque a gente quer que ele consiga melhorar [...], **o médico disse que é grave [...]**”*

É direito tanto da família quanto do paciente estar ciente de seu diagnostico, prognóstico e tratamento de maneira clara e verdadeira, a fim de que possa tomar suas próprias decisões, exercendo o princípio da autonomia ⁽¹²⁶⁾. Este direito faz parte do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem ⁽¹²⁷⁾, devendo prestar informações adequadas aos pacientes e suas famílias.

II – AMBIENTE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - ESTRUTURA FÍSICA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DO ACOMPANHANTE

O ambiente da unidade de terapia intensiva, assim como todos os locais da instituição de saúde, deve ser planejado de maneira a serem agradáveis aos usuários, familiares e equipe de saúde. Assim, a planta física, o mobiliário, as cores, entre outros são importantes para criar um ambiente agradável ⁽¹²⁸⁾. Em instituições de saúde, atualmente se investe bastante no ambiente, na tentativa de amenizar momentos difíceis que o próprio local acaba gerando nos indivíduos. Assim como a estrutura física, os profissionais de saúde também compõem o ambiente das instituições, fazendo parte dos recursos humanos.

Nesse estudo, as narrativas revelaram a percepção do acompanhante acerca do ambiente incluindo a estrutura física e profissionais de saúde, **o bom atendimento** realizado pelos profissionais de saúde foi percebido pelos acompanhantes.

*“AP2-1: Ah, é que aqui **o atendimento é muito bom, os enfermeiros, os médicos [...]**”*

Corroborando com nossos achados, em trabalho realizado com mães de crianças que estiveram internadas em UTIs, houve grande parcela dessas mães-acompanhantes que revelaram opiniões positivas quanto ao atendimento na UTI relacionado com os cuidados dispensados pelos profissionais de saúde, principalmente pelo profissional médico ⁽¹²⁹⁾.

*“AP3-2: Na UTI, **eu achei muito bom, achei bom o atendimento, as enfermeiras todas foram muito atenciosas com ela. Eu achei muito bom [...]**”*

*“AP6-1: Para mim **o atendimento está tudo bom [...]**”*

*“AC4-3: Como eu disse, estão tratando ele direitinho, **ta cuidando muito bem. Aqui, em forma de atendimento, está sendo muito bem atendido**”.*

*“AC6-2: Mas, em relação ao tratamento, **aqui está muito bom, o atendimento, o cuidado, muito bom [...]**”*

*“AC2-5: [...] mas aqui é bom. **Qualquer dorzinha eles já tão em cima[...]**”*

*“AC1-5: [...], olha, é a primeira vez que eu venho aqui e eu não tenho do que reclamar. Ela mesmo falou que **eles são bons**, estão sempre aqui, ela mesmo falou: “qualquer ai, já estão aqui!!”.*

*“AC4-1: Ah, pra mim, é mais bom pra ele, **dele estar sendo bem tratado [...]**”*

Os acompanhantes percebem como bom atendimento a forma de interação com os profissionais, as informações relativas ao paciente e seu tratamento, revelando que também o acompanhante necessita de cuidados. Independente do ambiente, as ações de assistência devem ser baseadas na essência humana ⁽⁴³⁾. As ações de humanização devem ser aplicadas a todo instante neste contexto, pois o paciente e sua família carecem de atenção individualizada para sua recuperação. Assim, a assistência à saúde na busca de humanização, implica em que os profissionais de saúde assistam seus pacientes com mais cuidados, atentando para a dimensão subjetiva das necessidades individuais de cada ser humano ⁽⁷⁶⁾, sendo um passo fundamental para a humanização da assistência a saúde ⁽¹³⁰⁾.

*“AP4-2: Ele está melhorando aqui. Tá sendo **mais bem cuidado[...]** “*

*“AP1-5: Mas eu tô tranquila, porque **ela tá bem cuidada** aqui [...]”*

*“AC3-1: Pra mim, **tudo ta sendo bem atendida**. Eu não preciso fazer nada pra ele, pro meu pai, as enfermeiras cuida*

*bem dele, **eu fico tranqüila**, porque ele ta sendo bem cuidado [...]*”

*“AP9-1: Aqui **ele está sendo bem cuidado**, ele precisa melhorar , eu fico tranqüila com isso[...].”*

*“AP7-4: **tá bem cuidado.**”*

Ainda nas narrativas, outra unidade de significação emergida da categoria ambiente da UTI, foi o **horário de visitas**. Pelas descrições dos acompanhantes percebemos que esta unidade de significação designa a necessidade da flexibilização tanto nos horários das visitas, quanto na duração das mesmas e no número de pessoas que podem visitar o paciente.

Nesse contexto, há estudos que corroboram com nossos achados, acreditando não ser suficiente a entrada do familiar na UTI, mas que é necessário um repensar nas normas e rotinas hospitalares, principalmente sobre aquelas que dizem respeito aos horários de visitas e ao tempo de permanência dos familiares junto aos pacientes, possibilitando aos acompanhantes estar com maior frequência próximos ao paciente ⁽³⁹⁾. Dentro da UTI, a flexibilização das rotinas das visitas é fundamental para o estreitamento dos laços afetivos entre as famílias e seus pacientes. Assim, flexibilizar uma regra é promover a aproximação das famílias, permitindo a recuperação do estado de saúde dos pacientes junto com seus vínculos interpessoais ⁽¹³¹⁾.

Ainda neste contexto, evidencia-se uma política de visitação aberta e uma sala para que as famílias possam receber as informações, fatores importantes para a humanização da assistência à saúde. Assim, esses resultados corroboram com nossos achados, intensificando a importância de horários mais flexíveis e adequados às necessidades das famílias ^(132,133).

*“AC7-3: Mas, se a parte da tarde, o **horário fosse mais prolongado [...]**, o **horário de almoço é difícil** pra quem trabalha, e a noite é difícil pra ir embora [...]*”

AP8-3: *Eu preferia eu ficar o tempo todo lá junto com ele. **Acho o horário restrito.***”

“AC2-3: *Agora, aqui tem uma coisa, **poderia estar melhorando o horário de visita**, melhorar o horário de visita. **O horário à tarde é muito pouco**, entra duas pessoas e só. A família é grande. **O horário é fogo [...]. o horário é difícil [...]**eu não tenho queixas, só o horário que é fogo.”*

“AC12-2: ***A dificuldade maior é o horário**. Por que às vezes **não dá certo pra gente vir no horário, se perde é difícil de entrar mais tarde, às vezes, eles não deixam [...]**, é a rotina deles, né? Mas, é muito corrido pra gente estar se adequando aos horários da unidade, **seria mais fácil um horário flexível**, onde eu pudesse entrar quando eu saísse do serviço [...].”*

“AC10-2: *E eu acho que o **tempo da visita é muito curto [...]***”

“AC6-3: *Mas, eu acho que o **horário de visita devia aumentar na hora do almoço [...]**.*

Ainda com relação ao horário, os acompanhantes consideram que o número estabelecido de visitantes por horário é restrito, impossibilitando que todos os membros da família consigam visitar o paciente. Isso demonstra uma rigidez em relação às visitas e acompanhantes, determinando-se horários, números de pessoas que podem visitar, favorecendo assim, a instituição de saúde, não o doente ⁽²¹⁾.

“AC10-2: *[...] **a família é grande**, não dá nem pra conversar bem com ele. Hoje mesmo, **agora são só duas pessoas**, e eu já trouxe o meu filho pra ver também, somos em três, tivemos que negociar pra deixar ele entrar também, e ele ficou tão feliz em ver o vô, ele chama meu irmão de vô, não de tio, mas ficaram tão felizes os dois, dá até dó [...]*”

“AC6-3: Hoje mesmo, hoje é domingo, hoje mesmo veio o irmão dela e não pode entrar, ela ficou sabendo, pediu pra ver, ficou chateada, quase chorou [...]. Eu tenho dó, mas não sabia que ele vinha, se o horário aumentasse um pouco e pudesse entrar mais gente, seria muito melhor, sei lá, talvez só nos domingos, fins de semana, eu sei que é difícil pra vocês da área, mas o paciente, coitado [...].”

As narrativas dos acompanhantes demonstram a rigidez das normas institucionais no estabelecimento de regras e a conformidade perante estas. Neste contexto, há estudo que fundamenta nossos achados quando discute que para os acompanhantes, romper com as normas institucionais significa estar transcendendo normas e comprometendo o relacionamento com a equipe. Assim, a família apresenta-se conformada e aceita as rotinas da unidade, porém não se sentindo acolhida pela equipe de saúde em suas particularidades, apenas se adequando as normas e rotinas da unidade de saúde ⁽¹¹⁶⁾.

“AP1-3: O que eu acho ruim, é não poder ficar mais, não poder ficar mais tempo, a gente tem que respeitar o horário, né, porque tudo tem horário, né.” Eu gostaria de ficar lá com ela, de manhã se tivesse um período maior de visitas, né”

“AP7-3: Mas aí, já tinha acabado o horário de visita,[...] ”

“AC1-3: Os horários de visita são bons, mas às vezes tem tanta gente pra visitar, que não dá pra gente entrar.”

“AC1-6: [...] esperando o horário, correndo o risco de ter um monte de gente e não dar pra entrar, mas [...] é regra, né?”

A acomodação do acompanhante também foi identificada como unidade de significado pelas narrativas dos entrevistados. Esse dado foi mais evidenciado em relação aos acompanhantes da UTI-pediátrica. Isso se deve ao fato que sempre foi mais evidente a presença de acompanhantes entre as

crianças durante a história da hospitalização, porém, a partir da implantação do Estatuto do Idoso, é que adultos com idade igual ou maior que 60 anos, começaram a ter este direito legalizado.

A necessidade de acomodação para os acompanhantes foi uma estratégia revelada para possibilitar a proximidade com seu familiar. Nas descrições percebemos que ter um local de acomodação no hospital, significa estar próximo ao doente durante todos os momentos de visitas e quando for necessário. Na atualidade, nos deparamos com estudo que traz em sua discussão a necessidade das UTIs possuírem um local apropriado para os acompanhantes poderem descansar, comer e até compartilhar a solidão. A visão de familiares em corredores, nas portas das UTIs, deve ser substituída por outro cenário, diferente da realidade atual, um cenário mais humano ⁽¹³⁴⁾.

*“AP7-2: Então, pra mim é bem melhor tá acompanhando ele. E muito bom **eu poder ficar aqui no hospital**, porque se eles não deixassem eu ficar, pra mim seria muito difícil, muito mesmo [...]Mas, pra mim, é bom ficar pra ficar perto dele, mesmo não tendo ele junto comigo, eu posso ver ele na hora da visita.”*

*“AC2-4: O melhor é ficar acompanhando, mas aqui não é certo, **não dá pra ficar** [...]. Quando eu podia ficar na enfermaria, eu ficava a tarde toda, **se aqui pudesse**, ele ia gostar, eu acho que era mais melhor, ele ia ficar sossegado.”*

Os relatos revelam ainda sobre as dificuldades de obter um local com um mínimo de conforto durante o período de hospitalização de seus familiares e os enfrentamentos para ficar próximo ao paciente. Dados semelhantes foram encontrados em estudo sobre unidades de internações pediátricas, evidenciando a importância da presença do acompanhante durante a hospitalização, porém para tal é fundamental que existam acomodações adequadas para que os acompanhantes possam estar no hospital, próximos de seus familiares ⁽¹³⁵⁾.

*“AP1-4: Se **tivesse um lugar melhor pra eu ficar**, eu ficaria.”*

*“AP2-4: Quando nós chegamos, uma coisa difícil é que **não tinha nenhuma vaga pra pessoa ficar aqui** quando ela chegou. Vaga?[Entrevistador] É, não tinha vaga pro acompanhante na pediatria. Mas [...], só isso! Outro dia, eu fiquei na pediatria e foi difícil de conseguir, não tinha ontem e eles falaram: “Vai ter pra a manhã!”. Mas lá, eu fiquei no quarto, junto com as crianças, **fiquei naquelas cadeiras que deita [..]**”*

*“AP3-4: **A casa de apoio** deram cobertura e foi muito bom passar a noite.”*

*“AP4-4: Até agora difícil, **acho que é ficar aqui**. A mãe dele já ficou posando aqui no corredor, eu sou tia. Mas a **dificuldade é posar no corredor**. A mãe dele tá ficando lá no final, aqui é muito grande, lá no final, em uma salinha com as crianças. Lá na Pediatria?[Entrevistador]. É, acho que é na pediatria. No dia em que ele veio, **ela posou numa cadeira**. Não sei se vai continuar na cadeira, parece que vão arrumar, eu não sei, um bicama! No primeiro dia quando ela veio, era meia-noite, ela não tomou banho, ficou desde cedo com ele no hospital e não comeu nada!!”*

*“AP8-2: Mas é difícil porque eu moro muito longe, **não tem como eu trocar de roupa e descansar**.”*

Ter um ambiente adequado para o descanso e permanência daqueles que vão acompanhar o tratamento de seus familiares, integra o Projeto de Humanização do SUS preconizado pelo Ministério da Saúde ⁽⁷⁶⁾. Assim, a humanização deve fazer parte de uma das metas da equipe de enfermagem, entendendo que humanizar é uma medida que visa tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, todavia não deve ter esse olhar apenas para o paciente, pois humanização também se estende à equipe multiprofissional, ao ambiente e à família ⁽⁴³⁾.

A última unidade de significado emergida das categorias denominou-se de **recursos da UTI do HC**. Os acompanhantes consideram vantajoso estarem com seus familiares na UTI da instituição do estudo, visto considerarem esta um ambiente avançado, com melhores recursos humanos e tecnológicos em relação a outras instituições secundárias. Corroborando com nossos achados, importa salientar que nas UTIs são concentrados recursos materiais e humanos necessários para um adequado atendimento a pacientes graves, que necessitem de recursos para sua recuperação ⁽¹³⁶⁾.

"AP3-1: Foi uma boa coisa que fizeram com minha neta, porque lá no hospital lá, ela não teria recursos, né para tentar descobrir o que é que foi, [...]"

*"AP4-1: **Aqui é melhor**, porque lá não tem recurso [...]"*

*"AC1-1: Ah, eu sei que **aqui são muito bom**, né? [...] ela tá muito bem cuidada."*

*"AC2-2: Mas **aqui, é um lugar apropriado** [...]"*

*"AP7-4: Olha, sinceramente, ele tem vantagem de estar na UTI, **tem tudo ali perto**, mas se ele estivesse comigo, estaria melhor porque estava perto, mas **eu tenho que reconhecer que na UTI ele tá bem lá**[...]"*

*"AC2-5: [...] **o melhor lugar do hospital que tem é aqui**, tem médico 24 horas, equipamentos, todos bem atenciosos [...]"*

Foi também observado em depoimento que o acompanhante revelou sentir-se mais seguro e tranquilo em estar com o paciente na UTI, relacionando a isso o número maior de profissionais em relação às unidades de internação. A presença de profissionais em quantidade suficiente e equipamentos adequados ao atendimento dos pacientes são fatores que propiciam tranquilidade e segurança para as famílias. Essas se sentem

motivadas em estar na UTI com seus pacientes, pois a elas são destinados um sentimento de segurança concreto, fazendo com que as famílias sintam-se bem ao ter seus familiares na UTI e confiem no tratamento, cooperando com os profissionais de saúde, a ação de cuidar ⁽¹³⁷⁾.

*“AP2-3: [...] eu **fico mais tranqüila com a UTI**, porque aqui é **mais seguro** ainda [...]. Aqui também **tem bem mais gente e o médico fica 24 horas, fica todo mundo aí,né?**.”*

Ainda nesta unidade de significado, alguns acompanhantes revelam pelas narrativas uma comparação da instituição do estudo com outros hospitais, reconhecendo a assistência como favorável. O hospital a que se refere o estudo é atualmente referência terciária para a DRV VI e desde sua criação em 1967, observou-se um aumento importante de sua área de abrangência e de indivíduos que recorriam à instituição para tratamento e resolução de agravos à saúde ⁽¹³⁸⁾, tal fato corrobora com nossos achados e fundamenta os depoimentos a seguir dos acompanhantes:

*“AP5-1: **Isso não acontece em todos os lugares [...]**”*

*“AP4-1: [...] **porque lá na cidade onde eu moro não tem isso não, não tem esse tratamento [...]**”*

Em nosso estudo, podemos reconhecer pelos achados obtidos que o exposto nas categorias e unidades de significação traduzem, não além de que a necessidade de ações humanizadas na assistência em saúde, principalmente nas unidades de terapia intensiva. A humanização deve permear todas as ações de saúde, envolvendo o usuário, os profissionais e as instituições de saúde.

O cuidado em saúde deve ter como base as ações de humanização, a qual deve estar inserida nessa área e ser inerente aos profissionais.

Ser considerado humano, nada mais é do que reconhecer-se no outro, ter empatia com os indivíduos e fazer do cuidado um ato de amor e solidariedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da humanização no âmbito da saúde hoje é incontestável, é ela quem norteia as relações entre o usuário, a equipe e a instituição de saúde. A humanização, cada vez mais, ocupa importante posição entre os paradigmas da saúde.

A humanização tem a finalidade de assegurar ao usuário, equipe e instituição, relações mais respeitadas, mais humanas na área da saúde. Porém, ao olhar para as relações em saúde hoje e considerarmos o questionamento realizado em nosso estudo, evidenciamos que as famílias dos pacientes internados na UTI desconhecem muitos de seus direitos frente a hospitalização, possuem uma percepção equivocada em ser acompanhante, percepção esta de visitante. O familiar não percebe a diferença entre ser acompanhante e ser visitante, o que contribui para o não cumprimento de seus direitos. Acreditam que estão acompanhando seus familiares mesmo estando longe. A percepção de ser acompanhante está relacionada ao tratamento realizado e não o de estar em tempo integral com o seu familiar internado na UTI.

Entretanto, é revelado pelos acompanhantes que, mesmo estando longe, e vendo o paciente somente nos horários de visitas, ficam mais tranquilos, e que seu familiar internado, quando na presença da família seja por pouco tempo, fique mais calmo e colabore para o tratamento.

Os acompanhantes consideram importantes as informações da equipe profissional, e enfatizam ser fundamental a honestidade dos profissionais de saúde nas informações, não escondendo nada a respeito do tratamento de seus familiares.

Foi evidenciado que os acompanhantes percebem o atendimento das unidades estudadas como satisfatório, porém quanto aos horários de visitas das unidades, acreditam na necessidade de serem melhorados, adequados às necessidades das famílias, flexibilizando os horários, a duração desses e o número de visitantes de acordo com cada grupo familiar, individualizando a família e o paciente.

A percepção de ser acompanhante contemplou a acomodação das famílias, revelando a necessidade de poder ficar no hospital como estratégia para estar próximo ao familiar. Porém, consideram difícil o tipo de acomodação que a instituição dispõe, sendo distante das UTIs, portanto, distante dos pacientes.

Os acompanhantes revelam em seus depoimentos que a UTI do HC é considerada um local com muitos recursos, tanto tecnológicos quanto humanos, quando comparada a outras instituições. Dessa forma, se sentem mais tranquilos em estar com seu familiar na unidade. O HC em estudo é referência como hospital terciário na região e por se encontrar na condição de hospital-escola comporta maiores rendas destinadas ao ensino, possibilitando uma melhor capacitação em termos de equipamentos e recursos humanos.

Diante dos resultados obtidos, acreditamos que outros fatores devem ser repensados para transpor uma prática empírica e rotineira e transformá-la em uma prática fundamentada nas propostas atuais de humanização, de forma consciente e responsável, tendo como elemento norteador o ser humano.

Assim, apresentamos propostas baseadas nas vertentes do PNHAH de acordo com nossos resultados:

- A necessidade de propor estratégias de informação dos usuários sobre seus direitos como acompanhante e usuário do Sistema Único de Saúde;
- Preparar e atualizar a equipe de saúde para receber e acolher o acompanhante nas unidades críticas, uma vez que essa realidade está cada vez mais próxima;
- A necessidade de que as instituições de saúde forneçam subsídios para que se efetivem as práticas de ações humanizadas, no que se refere ao ambiente físico, regras das UTIs e equipe multiprofissional.

Frente às necessidades percebidas pelos usuários surgem questões que refletem um paradigma difícil de ser resolvido, porém de caráter urgente.

Uma aproximação das vertentes do PNHAH só poderá trazer subsídios para uma prática mais segura, individualizada, que considera cada indivíduo um ser único, e também, que tem na figura do acompanhante, um membro participante junto ao cuidado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Martire Jr. L. A evolução da medicina ao longo da história. In: Martire JR. L. História da medicina: curiosidades e fatos. Itajubá: Faculdade de Medicina; 2004.
- 2- Santascasasp.org.br[homepage da internet]. Ordem das Santas Casas. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; 2008 [acesso 20 jan 2008]. Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/santascasas.htm>.
- 3- Potter PA, Perry AG. Continuum Saúde-Doença. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997.p. 2-87.
- 4- Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19/07/1990.
- 5- Sagatio SG, Adam AAB, Makovski C, Esturilho GG, Almeida EB. Pedagogia em ambientes clínicos: alguns aspectos didático-pedagógicos no processo da hospitalização [Projeto Pedagógico] [monografia da internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004 [acesso 20 maio 2008]. Disponível em: <http://www.proec.ufpr.br/enec.download/pdf/3ENEC/educaçao>.
- 6- Wong DL. Cuidado de Enfermagem centrado na família à criança doente ou hospitalizada. In: Wong DL. Enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.p. 542-98.

- 7- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, De Longis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986; 50: 992-1003.
- 8- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
- 9- Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 1980; 21: 219-39.
- 10-Servo MLS. Implantação de um hospital geral e o caminhar da coordenação do serviço de enfermagem: stress, coping e burnout. *Sitientibus*. 2006; (34): 7-24.
- 11-Chacón R M, Grau AJ. Burn out em enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cuba Oncol* 1997; 13: 118-25.
- 12-Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burn out and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*. 2004; 31: 47-54.
- 13-Grilo AM, Pedro H. Contributos da psicologia para as profissões de saúde. *Psic Saúde Doenças*. 2005; 6: 69-89.
- 14-Menzies I. *O funcionamento das organizações como sistemas de defesa contra a ansiedade*. Londres: Tavistok Institute of Human Relations; 1970.
- 15-Carvalho ZMF, Holanda KM, Freitas GL, Silva GA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino-aprendizagem no cuidado para suas famílias. *Esc Anna Nery*. 2006; 10: 316-22.

- 16-Motta AB, Fiorum SR. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicol Estud.* 2004; 9: 19-28.
- 17-Gonzales RMB. A auto-percepção: um trajeto vivenciado por enfermeiras. In: Gonzales RMB, Beck CLC, Denardin ML. *Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem.* Santa Maria: Pallotti; 1999. 15-60.
- 18-Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12: 250-7.
- 19-Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Cienc Enferm.* 2004; 10: 67-77.
- 20-Fighera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirurgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Rev SBPH.* 2005; 8: 51-63.
- 21- Maciel MR, Souza MF. Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19: 138-43.
- 22-Lacerda AC, Carvalho ACS, Rocha RM. Acompanhantes no centro de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2004; 12: 18-23.
- 23-Pinho LB, Santos SMA. Fragilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo de abordagem dialética. *Online Braz J Nurs.* 2007; 6: 8.

- 24-Mello PC. A atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva. Psicópio: Rev Virtual Psicol Hosp Saúde. 2007; 4: 36-9.
- 25-Cosmo M, Carvalho JWA. Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia. Rev Soc Bras Psicol Hosp. 2000; 3: 27-32.
- 26-Souza ABG. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na unidade de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33: 255-64.
- 27-Pena SB, Diogo MJD. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13: 663-9.
- 28-Kummer K, Echer IC. Meaning of the participation in a support group for family members of dependent patients for the undergraduate nursing student. Online Braz J Nurs. [serial on the internet]. 2005 Aug; [ated 27 fev 2008]; 4(2). Available from: www.uff.br/nepae/objn402kummeretal.htm
- 29- Brandão ESB, Bastos MRCM, Vila VSC. O significado da cirurgia cardíaca e do toque na perspectiva de pacientes internados em UTI. Rev Eletr Enferm.[periódico da internet] 2005 [acesso 24 fev 2008]; 7: 278-84. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_04.htm.
- 30- Damas KCA, Munari DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Rev Eletron Enferm. [periódico da internet] 2004[acesso 20 set 2007]; 6: 272-78. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista_6_2/pdf/R1_cuidados.pdf.

- 31-Morgon FH, Guirardello EB. Validadação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2004; 12: 198-203.
- 32-Marsden C. An ethical assessment of intensive care. JI Technol Assess Healt Care. 1992; 8: 408-18.
- 33- Scherer ZAP, Scherer EA, Labate RC. Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade? Rev Latinoam Enferm. 2004; 10. ISSN 0104-1169.
- 34- medicinaintensiva.com.br [homepage da internet]. História da UTI. Santo André: SOBRATI; 2008 [acesso 29 mar 2008]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br>
- 35- Madureira CR, Veiga K, Sant'Ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8: 68-75.
- 36- Associação de Medicina Intensiva Brasileira [homepage da internet]. A medicina intensiva. São Paulo: AMIB; 2008 [acesso 20 jun 2007] Disponível em: <http://www.amib.org.br/paginasdinamicas/htm>.
- 37- Gomes AM. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. 2nd Ed.. São Paulo: EDU; 1988.
- 38- Araújo DL, Avi ALRO, Morais TMN, Sasdelli MDM. A importância do cirurgião dentista no atendimento de pacientes internados na unidade de tratamento intensivo. [artigo da internet]. São Paulo: Medcenter; 2007 [acesso 23 jul 2007]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=686>

- 39-Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13: 145-50.
- 40-Souza H. Uma proposta mínima para um programa de Aids no Brasil. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, editors. A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 353-8.
- 41-Backes DS, Martins D, Dellazzana AR. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: Costenaro RGS. Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões. Santa Maria: Editora; 2001. p.132-35.
- 42-Padilha KG, Kimura M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Sobeti Rev. 2000; 1: 8-11.
- 43-Vila VSA, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Latinoam Enferm. 2002; 10: 137-44.
- 44-Bittes AJ. Cuidando e des-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
- 45-Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder : Colorado Associated University Press; 1985.
- 46- ANVISA [homepage da internet]. Consulta Pública nº 21, de 27 de abril de 2006. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Intermediários. [acesso 05 jan 2008]. Disponível em: www.anvisa.gov.br

- 47-Ministério da Saúde (BR). [homepage da internet]. Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999. Biblioteca virtual [acesso 08 jan 2008]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- 48-Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR, et al. Qualidade e Humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares?. Rev Bras Terap Intensiva. 2006; 18: 45-51.
- 49-Cesarino CB, Rodrigues MAS, Mendonça RCHR, Corrêa LCL, Amorim RC. Percepções dos pacientes em relação à Unidade de Terapia Intensiva. Arq Ciênc Saúde 2005; 12: 158-61.
- 50-Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15: 20-34.
- 51-Bousso RS, Angelo M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35: 172-9.
- 52-Pereira RP, Toledo RN, Amaral JLG, Guilherme A. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. Rev Bras Otorrinolaringol, 2003; 69. ISSN 0034-7299.
- 53-Miyadahira AMK, Cruz DALM, Padilha KG, Kimura M, Sousa RMC. Recursos humanos nas unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. Rev Latinoam Enferm. 1999; 7. ISSN 0104-1169.
- 54-Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. Rev Latinoam Enferm. 2007; 15: 15-9.

- 55-Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- 56-Shiotsu C H, Takahashi RT. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34: 99-107.
- 57-Soares M. Cuidando da família de pacientes em situações de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2007; 19: 481-4.
- 58-Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
- 59-Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39: 423-9.
- 60-Potter PA, Perry AG. Comunicação. In: Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1997.p. 215-38.
- 61-Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- 62-Nightingale F. Notes on hospitals. 3rd ed. Londres: Harvard College Library; 1863.
- 63-Ungerer RLS, Miranda ATC. História do alojamento conjunto. J Pediatr. 1999; 75: 5-10.

- 64-Monteiro CA, Júnior IF, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34. ISSN 0034-8910.
- 65-Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.
- 66-Magalhães CMC, Pontes FAR. Criação e manutenção de brinquedotecas: reflexões acerca do desenvolvimento de parcerias. Psicol Reflex Crit. 2002; 15. ISSN 0102-7972.
- 67-Burghardt GM. The evolutionary origins of play revisited: lessons from turtles. In: Bekoff M, Byers JA, organizadores. Animal play: evolutionary, comparative, and ecological perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.p. 1-26.
- 68-Smith PK. Does playmatter? Functional and evolutionary aspects of animal and human play. Behav Brain Sci. 1982; 5:139-84.
- 69-Smith PK, Cowie H, Blades M. Understanding children's development. 4th ed. Oxford: England; 1998.
- 70- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.261de 23 de novembro de 2005. Dispõe sobre o regulamento que estabelece as diretrizes da instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde. Brasília; 2005.
- 71-Ramalho MRB, Silva CCM. A brinquedoteca. Rev ACB. 2005; 8: 26-34.

- 72-Oliveira ND. Como o Brasil trabalha o método mãe-canguru. [homepage da internet]. [acesso 21 abr 2008]. Disponível em: <http://www.metodomaecanguru.org.br>.
- 73-Ministério da Saúde. Sobre a política nacional de humanização. [homepage da internet]. Brasília; Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política de Humanização; 2008 [acesso 01 mar 2008]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal>.
- 74- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [homepage da internet]. Estratégias para a implantação do Método Mãe-Canguru. [acesso 05 jan 2008]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- 75-Horta W. Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas. Enf Nova Dimens. 1979.
- 76-Brasil. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 77- Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [homepage da internet]. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério – assistência humanizada a mulher. [acesso 27 out 2007]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
- 78-Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Cienc Saúde Coletiva. 2005; 10.ISSN 1413-8123.
- 79-Brasil. Lei nº 10741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 01 out 2003.
- 80-Brasil. Lei nº 10689 de 30 de novembro de 2000. Dispõe sobre a permanência de acompanhantes dos pacientes internados nas

unidades de saúde do Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 1 dez 2000; Seç I.

81-Brasil. Lei nº 10241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 18 mar 1999; Seç I, p. 2.

82-Ministério da Saúde. Portal da Saúde. [homepage da internet]. Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática. [acesso 01 fev 2008]. Centro de Documentação; 1984.

83-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil – 2000. Rio de Janeiro; IBGE; 2002.

84-Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42. ISSN 0080-6234.

85-Leme JHC. O Federalismo na Constituição de 1988: representações políticas e distribuição de recursos tributários. [Dissertação]. Unicamp; 1992.

86- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde socied. 2004; 13: 16-29.

87-Ribeiro CA. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1998; 32: 73-9.

88- Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. Nursing. 1999; 2: 26-9.

- 89- Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16: 608-16.
- 90- Lamego DTS, Deslandes S, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Cienc saúde colet.* 2005; 10. ISSN 1413-8123.
- 91- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3rd Ed. São Paulo: Hucitec Abrasco; 2000.
- 92- Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1rd nd. Atlas: São Paulo; 1992.
- 93- Matheus MCC. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. *Pesquisa qualitativa em enfermagem.* São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2006. cap. 2, p. 17-28.
- 94- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh RP. Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res* 1975; 12: 189.
- 95- Resolução nº 196/96. Dispõe sobre a regulamentação e deliberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).
- 96- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1994.
- 97- Sá Neto JÁ. *Mães e Bebês: a formação do apego num contexto de hospitalização.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – IFF; 1998. Apud: Barbosa ECV, Rodrigues BMRD. *Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica.* *Acta Scient.* 2004; 26: 205-12.

- 98- Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. REME: Rev Min Enferm. 2006; 10: 18-23.
- 99- Motta MGC. O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. [Tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
- 100- Andraus LMS, Oliveira LMAC, Minamisava R, Munari DB, Borges IK. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. Rev Eletron Enferm [periódico da internet]. 2004 [acesso 23 jul 2008]; 6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
- 101- Nascimento AZ, Ribeiro G, Bernardino E, Oliveira ES. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. Cogit Enferm. 2007; 12: 446-51.
- 102- Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Latinoam de Enferm. 2007; 15: 239-46.
- 103- Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saud Publica [periódico da internet]. 2000 [acesso 27 jul 2008]; 19-6: 129-37.
- 104- Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Text Context Enferm. 2008; 17. ISSN 0104-0707.

- 105- Imori MC, Rocha SMM, Sousa HGBL, Lima RAG. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: revisão crítica da literatura. *Acta Paul Enferm.* 1997; 10: 37-43.
- 106- Santos SSC, Luiz MAV. A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico. Goiânia: AB; 1999.
- 107- Monticelli M, Boechs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41. ISSN 0080-6234.
- 108- Bocchi SCM. Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC. [Tese]. Escola de Enfermagem/USP; 2001.
- 109- Antoni CD, Koller SH. A visão de família entre os adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estud psicol.* 2000; 5. ISSN 1413-294X.
- 110- Santos D, Rezende MM, Bianco RPR, Leite GL. As representações sociais dos familiares frente aos sentimentos dos pacientes queimados e hospitalizados. *Saud Coletiva.* 2007; 4: 104-8.
- 111- Andrade OG, Marcon SS, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Rev Gauch Enferm.* 1997; 18: 123-32.
- 112- Lichteneker K, Ferrari RAP. Internação conjunta: opinião da equipe de enfermagem. *Rev Eletron Enferm.* 2005; 7: 19-28.
- 113- Fletcher B. Rooming-in: a reassessment. *Matern Child Nurs J.* 1981; 10: 85-98.

- 114- Smitherman CH. Parents of hospitalized children have needs, too. *Am J Nurs.* 1979; 79: 1423-4.
- 115- Valansi L, Mosch DS. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicol Cienc Prof.* 2004; 24: 112-9.
- 116- Silva L, Bocchi SCM. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhantes de adulto e idoso. *Rev Latinoam Enferm.* 2005; 13: 180-87.
- 117- Alpen MA, Halm MA. Family needs: an annotated bibliography. *Crit Care Nurse.* 1992; 12: 41-50.
- 118- Neira HP. Internação conjunta: critérios para decisão sobre que as mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. *Rev Esc Enferm USP.* 1984; 18: 13-21.
- 119- _____. Interação entre enfermeiras e pais de crianças hospitalizadas. *Rev Esc Enferm USP.* 1985; 19: 81-93.
- 120- Lima EC, Issi HB, Cachafeiro MEH, Hilling MG, Ribeiro NRR. Modelo de cuidado diferenciado de enfermagem à família da criança internada na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Fam Saude Desenv.* 2006; 8: 168-77.
- 121- Mittag BF, Wall ML. Pais com filhos internados na UTI neonatal – sentimentos e percepções. *Fam Saude Desenv.* 2004; 6: 134-45.
- 122- Almeida VA, Narciso L, Bermudo R, Kiyomi U. Visitas em UTI: uma abordagem frente os sentimentos dos familiares e da equipe de enfermagem. In: Anon. *Anais do primeiro ciclo de debates sobre assistência de enfermagem.* 1988; s.n.: 276-92.

- 123- Barbosa EMA. Boletim Informativo em UTI: percepções de familiares e profissionais da saúde. Rev Eletron Enferm. 2008; 10: 261-62.
- 124- Albístur MC, Bacigalupo JC, Gerez J, Uzal M, Ebeid A, Maciel M, et al. La familia Del paciente internado em La Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Med Uruguay. 2000; 16: 243-56.
- 125- Kamada I, Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40: 404-11.
- 126- Visentin A, Labronici L, Leonardt MH. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. Acta Paul Enferm. 2007; 20. ISSN 0103-2100.
- 127- Resolução COFEN nº 240-2000. Código de Ética de Enfermagem. Rio de Janeiro, 30 ago 2000.
- 128- Boccanera NB, Boccanera SFB, Barbosa MA. As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40. ISSN 0080-6234.
- 129- Silva AMR, Andrade SM, Thompsin Z. Opiniões de mães de crianças que morreram no primeiro ano de vida no município de Londrina, Paraná, Brasil. Cad Saud Pública. 2002; 18. ISSN 0102-311X.
- 130- Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38: 13-20.
- 131- Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42. ISSN 0080-6234.

- 132- Abbot KH, SAgo JG, Abernethy AP, Tulsy JÁ. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life – sustaining support. *Crit Care Med.* 2001; 29: 197-201.
- 133- Garros D. uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? *J Pediatr.* 2003; 79: 243-54.
- 134- Lunardi Filho WD, Nunes AC, Pauletti G, Lunardi VL. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais. *Fam Saude Desenv.* 2004; 6: 100-9.
- 135- Guareschi APDF, Martins LMM. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. *Rev Esc Enferm USP.* 1997; 31: 423-36.
- 136- Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP.* 1999; 33: 123-9.
- 137- Santos LCG. Necessidades de familiares da pessoa internada em UTI: uma percepção compreensiva para a humanização do cuidar. [Tese]. Escola de Enfermagem Anna Nery; 1998.
- 138- Minicucci MF, Azevedo PS, Duarte DR, Matsui M, Inoue RMT, Matsubara LS, et al. Internato de clínica médica em hospital secundário: a experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31: 186-9.

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA – acompanhante

“Buscando a Assistência Humanizada: percepção do acompanhante em Unidade de Terapia Intensiva”

Convidamos você para participar do estudo intitulado “Buscando a Assistência Humanizada: percepção do acompanhante em Unidade de Terapia Intensiva”, cujo objetivo será analisar a percepção do acompanhante na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Coronariana. Salientamos que sua participação é voluntária e não afetará suas relações atuais e futuras com o hospital e com a universidade. Caso decida participar, você tem o direito de interromper sua participação em qualquer momento. Afirmamos que esta pesquisa não apresenta desconforto, risco ou inconveniência para ninguém. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora através de gravador e as mesmas serão deletadas após a transcrição das falas, estas transcrições ficarão em poder do orientador da pesquisa por um período de 5 anos, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa. A transição e análise das mesmas serão de responsabilidade da investigadora. Garantimos que mesmo depois de analisadas as respostas nada será identificado, de forma a garantir o total anonimato. Isso também se estende aos resultados, mesmo quando publicados ou apresentados em reuniões científicas.

Esse estudo será feito para obtenção do grau de Mestre no Departamento de Enfermagem – UNESP Botucatu onde Fernanda de Cássia Israel é a investigadora principal e a Profª Ass. Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira e a Profª Ass. Drª Ione Corrêa são respectivamente a orientadora e a co-orientadora do referido projeto.

De acordo com o conteúdo deste termo, relato que me foi dado à oportunidade de fazer perguntas e que estas foram respondidas com satisfação. Assino abaixo como demonstrativo de que concordo em participar da pesquisa e de que recebi uma cópia de igual teor para ser consultada ou guardada por mim se assim desejar.

Data:...../...../.....

Assinatura do

Paciente:.....

Nome do

Paciente:.....

Assinatura do Investigador

Principal:.....

Caso queira retirar dúvidas você poderá contatar a Pesquisadora Principal:
Fernanda de Cássia Israel – e-mail: fe_israel@yahoo.com.br
R: Bernardino Martins Filho, 275, apto 12, Bloco O. Jd. das Bandeiras II – Campinas – SP
Tel. (019) 32275314
Ou a Orientadora do Estudo:
Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira – e-mail: malusa@fmb.unesp.br
Rua João de Oliveira, 440. Jd Paraíso II – Botucatu – S.Paulo
Tel. (014) 38138622 ou (014) 81198061

Anexo 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM FAMILIARES

1- Identificação

Identificação do acompanhante/visitante

Idade:

Sexo: ()Fem ()Mas

Procedência:

Grau de parentesco com o usuário:

Escolaridade:

2- Pergunta norteadora

***“Qual a sua percepção em ser acompanhante em Unidade de
Terapia Intensiva?”***

Data da entrevista e horário:...../...../....., às.....:.....horas

ANEXO 3

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

ORIENTAÇÃO TÊMPORO-ESPACIAL	PONTOS	
Qual o dia da semana?	1	
Qual o dia do mês?	1	
Qual é o mês?	1	
Qual é o ano?	1	
Que horas são? (hora aproximada)	1	
Onde se encontra?	1	
Qual é a instituição onde se encontra?	1	
Qual é o bairro ou rua próximo de onde está?	1	
Qual é a cidade?	1	
Qual é o estado?	1	
MEMÓRIA IMEDIATA	PONTOS	
Nomeie três objetos e peça para repetir	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO	PONTOS	
Peça para contar de trás para frente começando de 100, de 7 em 7, pare na 5ª resposta	5	
MEMÓRIA RECENTE (EVOCAÇÃO)	PONTOS	
Peça para repetir as três palavras que foram informadas anteriormente	3	
LINGUAGEM	PONTOS	
Mostre um relógio e uma caneta. Peça para nomear	2	
Peça para repetir: “nem aqui, nem ali e nem lá”.	1	
Dê o seguinte comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.	3	
Peça para ler e fazer o que está escrito: “feche os olhos”.	1	
Peça para escrever uma frase	1	
Peça para copiar um desenho	1	
TOTAL	30	

VALORES: 27 a 30 → NORMAL 26 a 24 → FRONTEIRIÇOS Menor de 24 → DEF. COGNITIVA

ANEXO 4

TRANSCRIÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

UTI-PEDIÁTRICA

ENTREVISTA 1

Bom, AP1-1 é bom que dá tempo de eu vê ela. Eu venho, daí eu pego a visita das dez pras 11, daqui eu vou embora pra casa e ainda consigo vê ela ainda, às três horas. Eu vejo duas vezes por dia, só a noite que eu não consigo vê, né, que é das oito e meia às dez e meia, AP1-2 mas daí eu ligo, falo com o médico mesmo e ele me passa as informações [...] Daí, deixa a gente mais tranqüila. AP1-3 O que eu acho ruim, é não poder ficar mais, não poder ficar mais tempo, a gente tem que respeitar o horário, né, porque tudo tem horário, né. Quando ela for para a pediatria, aí eu vou ficar lá. Como eu moro perto, eu vô e venho, porque ficar lá (pediatria), não tem aconchego, né. AP1-3 **Eu gostaria de ficar lá com ela, de manhã se tivesse um período maior de visitas, né.** Eu não gosto de ver ela com aquele monte de aparelhos, ela chora quando eu falo com ela, mas agora ela saiu do tubo e está no CPAP, então eu consigo carregar ela, mas só agora isso! Mas eu tenho medo, é muito fio. É mais ou menos isso, né. AP1-4 **Se tivesse um lugar melhor pra eu ficar, eu ficaria.** Mas eu tenho como vir, de final de semana eu venho com meu marido, na semana, eu venho com ônibus da prefeitura, é cansativo, né. AP1-5 **Mas eu tô tranqüila, porque ela tá bem cuidada aqui,** eu tenho medo, morro de medo, porque ela é desnutrida, tenho medo quando ela for para a pediatria, porque lá que ela pegou pneumonia [...], ela é fraquinha, então tenho medo [...].

ENTREVISTA 2

AP2-1 **Ah, aqui o atendimento é muito bom, os enfermeiros, os médicos [...], é muito bom,** acho que é isso! AP2-2 **Ah, aqui na UTI, eu posso ver ela,** AP2-3 **eu fico mais tranqüila com a UTI, porque aqui**

é mais seguro ainda AP2-2 e o bom é que a gente pode estar sempre vendo ela, ficar mais junto dela. AP2-3 Aqui também tem bem mais gente e o médico fica 24 horas, fica todo mundo aí, né?. AP2-4 Quando nós chegamos, uma coisa difícil é que não tinha nenhuma vaga pra pessoa ficar aqui quando ela chegou. Vaga?[Entrevistador] É, não tinha vaga pro acompanhante na pediatria. Mas [...], só isso! Outro dia, eu fiquei na pediatria e foi difícil de conseguir, não tinha ontem e eles falaram: “Vai ter pra amanhã!”. Mas lá, eu fiquei no quarto, junto com as crianças, fiquei naquelas cadeiras que deita [..], e foi só disso de não ter onde ficar [...]. Mas agora, tem o carro da prefeitura que vem cedo e volta cinco da tarde, acho que nós vamos viajar agora [...]. E a mãe dela?[Entrevistador]. A mãe dela teve nenê, por isso que eu tô ficando [...], tenho que ficar [...]

ENTREVISTA 3

AP3-1 Foi uma boa coisa que fizeram com minha neta, porque lá no hospital lá, ela não teria recursos, né para tentar descobrir o que é que foi, né?. AP3-2 Na UTI, eu achei muito bom, achei bom o atendimento, as enfermeiras todas foram muito atenciosas com ela. Eu achei muito bom, AP3-3 a gente também pode visitar ela, ficar um pouco com ela, eu achei que por ser UTI, não ia poder nem olhar, então é bom. Mas, de tudo que estamos passando, o que ta dificultando é à distância, uma que a gente não pode deixar sempre ela sozinha. Então, está sendo difícil a viagem, tem que ir lá e voltar. AP3-4 A casa de apoio deram cobertura e foi muito bom passar a noite. A dificuldade é só a viagem. E lá na casa de apoio fui bem recebida pelas pessoas do trabalho e pessoas de lá. Aqui, na UTI, também não tenho problemas, AP3-5 tudo que eu pergunto, eles falam, ontem eles me deram atenção muito bem, os médicos explicaram tudinho [...], não teve problema, não.

ENTREVISTA 4

AP4-1 **Aqui é melhor, porque lá na cidade onde eu moro não tem isso não, não tem esse tratamento.** AP4-2 **Ele está melhorando aqui. Tá sendo mais bem cuidado,** AP4-3 **a gente pode ficar um pouco mais com ele, pegar ele, aqui é diferente, lá onde ele tava, não podia pegar, só olhar pelo vidro, aqui eu pego na mão dele, faço carinho, ele sabe quando eu falo com ele, tá espertinho [...]** (emociona-se). AP4-4 **Até agora, difícil, acho que é ficar aqui. A mãe dele já ficou posando aqui no corredor, eu sou tia. Mas a dificuldade é posar no corredor. A mãe dele tá ficando lá no final, aqui é muito grande, lá no final, em uma salinha com as crianças. Lá na Pediatria?[Entrevistador]. É, acho que é na pediatria. No dia em que ele veio, ela posou numa cadeira. Não sei se vai continuar na cadeira, parece que vão arrumar, eu não sei, um bicama! No primeiro dia quando ela veio, era meia-noite, ela não tomou banho, ficou desde cedo com ele no hospital e não comeu nada!! O pai dele veio aqui, levou ela pra Lençóis e comprou alguma coisa para ela comer e trazer pra cá. Então, a nossa dificuldade tá sendo ficar no hospital, a gente tá vindo de ônibus, mas é difícil ficar aqui.**

ENTREVISTA 5

A vantagem é que eu posso ver ele, né [...] **porque na cidade onde eu moro não tem isso não, não tem esse tratamento. Aqui as enfermeiras são muito educadas, os médicos também, muito educados.** AP5-1 **Isso não acontece em todos os lugares,** AP5-2 **tudo que a gente pergunta, eles respondem [...]. E eu me sinto mais segura, toda hora que eu quero vê ele, eu vou lá, aperto ali (interfone) e elas deixam eu ver ele, não toda hora, mas quando não tem nenhum problema lá dentro, eles deixam eu ver.** AP5-3 **É bom porque eu posso ver ele; quando elas precisam, elas vem me chamar pra ficar com ele, acalmar ele. É bom ficar mesmo, de acompanhar. É uma boa coisa [...]. Mas sabe?, o difícil é[...] vir de lá, ah [...] é longe! Todo dia: o meu marido traz eu cedo e vem me buscar a noite, porque na UTI, lá, ele fica bem tratado à noite, então, porque eu**

vou ficar sentada aqui fora? Aí, eu vou embora. Mas sei que cansa! Você não vai ficar na pediatria?[Entrevistador] Eu não fiquei porque não tinha nem graça eu ficar ocupando o lugar de outra pessoa, de outra família, sendo que eu moro perto [...] e porque eu vou ficar a noite aqui, se eu não posso ver ele?. Mas o difícil é o transporte.

ENTREVISTA 6

AP6-1 **Para mim o atendimento está tudo bom, eu consigo ter informações, a informação maior vou ter agora. Eu considero aqui um hospital bom, que tem vantagens: AP6-2 eu posso ficar com ele, ficar perto, saber dele, ver, AP6-3 ficar sabendo do tratamento, [...] o que vai ser feito, com certeza isso é muito bom. E com certeza, estou junto dele e vou ficar perto dele.** Tenho dificuldade no momento ele está desacordado, não posso entrar e ficar lá com ele. Só vou poder ficar com ele, quando ele sair da intubação e eu nem entrei ainda no horário de visita, porque ele não estava lá, foi no exame, eu tô esperando [...]. É difícil ficar aqui esperando, eu queria ele melhor, posso ver ele, mas queria ficar todo o tempo com ele, acho que ele vai ficar com medo quando acordar, não conhece ninguém [...]

ENTREVISTA 7

AP7-1 **Ai, para mim é melhor tá aqui, porque eu posso tá vendo ele na hora da visita, tá vendo como ele tá, fico perto dele,** porque se eu for embora pra casa, é mais difícil, porque eu moro muito longe, não tem como tá fazendo pra vim pra cá direto, então eu tando aqui, eu tô acompanhando, tô pertinho, pra mim já tá melhor, né?. AP7-2 **Então, pra mim é muito bom acompanhar o tratamento dele. Então [...] pra mim, é bem melhor tá acompanhando ele. E muito AP7-3 bom eu poder ficar aqui no hospital, porque se eles não deixassem eu ficar, pra mim seria muito difícil, muito mesmo. AP7-1 Eu acho que até pra criança, sentir a presença da mãe ajuda até no tratamento.** Então, pra mim é muito importante tá perto dele, eu percebo que ele muda, [...] apesar de ele só ter quatro meses, que fez agora dia seis, mas ele é espertinho, ele sente que eu tô lá. Apesar dele não estar

assim mamando, ele mama no peito, só no peito que ele mamava e aí, há três dias atrás, o leite começou a secar, sabe?, a enfermeira falou que foi nervoso, acho que foi nervoso, então começou a diminuir, aí eu peguei e dava o meu peito até conseguir tirar, ele tava mamando 40 (ml), mas às vezes, não dava nem 40, aí eu dava primeiro o leite que eu tirava, aí completava com Nan, pra ver se assim não faz mal pra ele, porque nem o Nan dá certo. Aí, eles tava dando o Nan, aí eles mandou por no seio pra ver se ele pegava, porque ele tava mamando pela sonda, porque tava meio fraquinho, só que ele não pega no peito, mas ainda tô tentando, hoje de manhã mesmo a gente tentou, mas ele não pegou, aí eu nem fiquei na visita, porque ele tava tomando Nan e meu peito, graças a Deus, voltou o leite, aí eu saí pra tirar o leite pra ver se dava tempo dele mamar naquela mamada, só que não deu tempo, acho que demorei um pouco tirando o leite, já tinha mamado o outro. AP7-3 **Mas aí, já tinha acabado o horário de visita, [...].** mas agora, eu tirei pra três mamadas e deixei lá. Agora, eu só vou nos horários de visita, aí, eu vou oferecer o peito de novo, o leite já tá lá, mas eu vou tentar de novo, pra ele não beber o Nan, o certo é o da mãe. Hoje, eu achei ele muito caidinho, com olhinho meio vermelho, eles falaram que ele passou bem a noite, não sei se teve febre, da próxima vez (visita), vou perguntar se ele teve febre. Agora, não sei, em Marília, ele mamava, mas depois que tirou o cano da garganta, eu acho que dói pra mamar, então eu creio que talvez seja isso que ele não quer pegar o peito [...]. Ah, mas eu não vejo a hora do meu filho melhorar, eu não sei se ele vai fazer a cirurgia, tá meio caidinho, tá com oxigênio, tá ficando roxinho [...], quando chora, fica todo roxinho [...], mas já é problema do coração. AP7-4 **Olha, sinceramente, ele tem benefício de estar na UTI, tem tudo ali perto, mas se ele estivesse comigo, estaria melhor porque estava perto, mas eu tenho que reconhecer que na UTI ele tá bem lá, ta bem cuidado.** Agora, é ruim pra mim na parte de deixar as crianças, o marido, minha casa. AP7-2 **Mas, pra mim, é bom ficar pra ficar perto dele, mesmo não tendo ele junto comigo, eu posso ver ele na hora da visita.** A distância é uma dificuldade muito grande, se eu tivesse em casa, eu não ia tá vindo aqui todo dia, e realmente, é muito

importante eu tá aqui, eu agradeço muito a eles a oportunidade de estar aqui com ele acompanhando. E não é só a distância, eu não teria nem dinheiro pra tá aqui, porque Tarumã é muito longe. Mas, mesmo se não tivesse lugar aqui (Pediatría), eu ia ficar lá fora, eu ia posar na porta.

ENTREVISTA 8

AP8-1 Eu acho é melhor eu ficar com ele. Eu acho que ele se sente mais seguro, ele fica mais calmo, é muito importante pra ele, a mãe ficar junto [...] é bom o hospital deixar eu estar ficando. Ele fica diferente de eu estar aqui [...] Quando eu não estou lá, ele chora a noite e eles vem me chamar para ele acalmar. AP8-2 Mas é difícil porque eu moro muito longe, não tem como eu trocar de roupa e descansar. AP8-3 Eu preferia eu ficar o tempo todo lá junto com ele. Acho o horário restrito. Vou ficar com ele até ele sair.

ENTREVISTA 9

AP9-1 Aqui ele está bem cuidado, ele precisa melhorar, eu fico tranqüila com isso[...]. AP9-2 Eu acho que meu irmão melhora com a nossa presença (emociona-se), ele precisa melhorar [...]. AP9-3 Está sendo difícil porque a gente quer que ele consiga melhorar [...], o médico disse que é grave [...]. É difícil, a minha mãe é fraca, não consegue ficar aqui, eu queria ficar lá com ele, meu pai também, ele estava bom, foi tudo tão rápido [...]. Se ele estivesse bom pra ficar junto com a gente, ou se a gente conseguisse ficar lá dentro, mas é muito triste ver ele entubado, não está mais conseguindo respirar (emociona-se), talvez vá para cirurgia, o médico ainda ficou de falar pra nós. Ninguém esperava isso [...], ele é o caçula [...]

UTI-CORONARIANA

ENTREVISTA 1

AC1-1 **Ah, eu sei que aqui são muito bom, né?** Eu tive a oportunidade de levar minha mãe pra São Paulo e eu falei: “Lá é muito mais difícil para conseguir pra conseguir um lugar para tratamento”, igual aqui, AC1-1 **ela ta muito bem cuidada.** AC1-2 **Aqui é bom, é bom estar aqui com ele.** AC1-3 **Os horários de visita são bons, mas às vezes tem tanta gente pra visitar, que não dá pra gente entrar.** Eu gostaria mesmo de estar ficando com ela, ia ser mais fácil, não ia ser o transtorno de ir e vir. Eu vim pra ficar com ela, mas não pode, seria bom se eu pudesse, bom pra ela, ela não gosta de ficar sozinha, ela gosta muito de conversar, se eu ficasse aí, o tempo passava mais rápido e ela ia distrair. Mas aí é bom, AC1-4 **eles falam da pessoa, não escondem nada, eles são realistas, mas é bom, a gente se sente preparado.** Pra mim, **todas as vezes que eu tive aqui, a gente sabe que o caso dela era grave, a médica conversava com a gente,** mas, eu esperava que ela ia viver, e foi bem, pra gente é uma alegria. A dureza da UTI é de acompanhar, pra gente que mora longe, é uma dificuldade vir até aqui. Eu venho todos os dias, aqui só tem eu e meu irmão, talvez amanhã ele venha, se não vier, eu fico. Mas sabe, [...], AC1-5 **olha, é a primeira vez que eu venho aqui e eu não tenho do que reclamar. Ela mesmo falou que eles são bons, estão sempre aqui, ela mesmo falou: “qualquer ai, já estão aqui!!”.** Então, ficar aqui não é difícil, visitar, o duro é estar vindo, AC1-6 **esperando o horário, correndo o risco de ter um monte de gente e não dar pra entrar, mas [...] é regra, né?**

ENTREVISTA 2

Uma das vantagens é deles ter socorrido o meu marido, acudiram ele rápido. Eles ajudaram o meu marido que veio ruim, acudiram ele, acudiram em tempo, ficou só um pouco na Secor. O atendimento foi rápido, ele foi para o hospital, depois veio para o pronto socorro. AC2-1 **É muito bom poder ver ele, ele fica tranquilo, fala bastante, quer**

saber das coisas, ele é muito esperto, quer saber da vida, dos negócio dele, [...]. AC2-2 Mas aqui, é um lugar apropriado, né, não pode estar entrando muito, pode dar problema, eu quero ele bom e aqui todos é legal, não pode atrapalhar. AC2-3 Agora, aqui tem uma coisa, poderia estar melhorando o horário de visita, melhorar o horário de visita. O horário à tarde é muito pouco, entra duas pessoas e só. A família é grande. O horário é fogo [...]. o horário é difícil e não tem lugar pra ficar e é difícil não ta em casa. Tem que ficar indo e vindo. AC2-4 O melhor é ficar acompanhando, mas aqui não é certo, não dá pra ficar. Mas eles aqui são muito bom. Quando eu podia ficar na enfermaria, eu ficava a tarde toda, se aqui pudesse, ele ia gostar, eu acho que era mais melhor, ele ia ficar sossegado, AC2-5 mas aqui é bom. Qualquer dorzinha eles já tão em cima, o melhor lugar do hospital que tem é aqui, tem médico 24 horas, equipamentos, todos bem atenciosos, eu não tenho queixas, só o horário que é fogo.

ENTREVISTA 3

AC3-1 Pra mim tudo ta sendo bem atendida. Eu não preciso fazer nada pra ele, pro meu pai, as enfermeiras cuida bem dele, eu fico tranqüila, porque ele ta sendo bem cuidado. Elas dão comida, troca ele, mas ele sente a companhia, sente nossa falta, [...], **AC3-2 eu acho que ele até queria nós lá com ele. [...]. Ele fica mais tranqüilo com a família aqui,** Por isso acho que estão pedindo para nós, algum de nós ficar com ele, eles tão pedindo para a família ficar. Aqui é estranho, né, eles aceita a família ficar junto!. **AC3-2 A gente vai ficar com ele, pra ele se sentir melhor com acompanhante, mais calmo com acompanhante. Pra ele se sentir melhor.** As dificuldade todo mundo tem, não basta o trabalho [...] Mas, em casos de doenças, a gente tem que ficar junto, é o único tempo que a gente tem pra ficar junto. Difícil é, mas [...] é a família, tem que fazer tudo de bom agora, tem que cuidar agora [...]. apesar que, [...] somos em 18 irmãos e, como diz, um pai cria 20 filhos, mas 1 filho não cuida de um pai, e agora a gente tem que cuidar [...]. Eu tenho medo, eles falaram que é perigoso dar outro infarte por causa do nervoso, então a gente tente deixar ele calmo.

ENTREVISTA 4

(Silêncio). AC4-1 **Ah, pra mim, é mais bom pra ele, dele estar sendo bem tratado**, AC4-2 **a gente pode ficar com ele, ajuda pra ele, fica menos chateado, mais seguro [...]**, toda vez que ele fica nervoso, a pressão pode subir [...]. então, a vantagem é mesmo pra ele, AC4-2 **acalma a gente também gosta de estar vendo ele, é bom pra nós, mas melhor pra ele**. Eles deixam mais no horário de visita, mas já da pra ficar um pouco, conversar, ficar ao lado dele um pouco. Aqui, estão tratando ele direitinho, ta cuidando muito bem[...]. Agora, eu tenho uma desvantagem (ênfatisou), é a distância [...]. Hoje, não deu pra vir duas vezes por causa do carro, a gente ocupa o carro, não é sempre que dá pra gente ficar pegando, meus irmãos trabalha com o carro, o pai não quer que eles fique sem o trabalho. AC4-3 **Como eu disse, estão tratando dele direitinho, ta cuidando muito bem. Aqui, em forma de atendimento, está sendo muito bem atendido**, mas tem essa dificuldade de estar vindo, mas também, a gente não pode deixar de vir, ele fica triste, ele espera todo dia [...] é bom ver como é que ele está [...]

ENTREVISTA 5

AC5-1 **É bom ficar com ele**, AC5-2 **saber que está melhor. [...]**. A gente é muito unido, sabe? AC5-2 **Então, é bom saber dele**, chegar aqui, e mesmo por ser uma UTI, a gente pode estar indo lá [...], no quarto dele, agora tem um companheiro com a mesma [...] problema do coração, então, agora ele fica conversando com o outro, parece que passou um pouco todo o medo, o outro também teve a mesma coisa, ai eles ficam conversando [...]. É bom, porque quando ele tava sozinho, ficava triste e nois também, não podia ficar lá, só na visita, mas não ficar junto, agora com o companheiro [...]. Mas, eu ainda acho bom, em forma de atendimento, ele está muito bem atendido. Tá difícil pra nois ta sendo a distância, é por causa da distância. Mas, a gente faz força um pouco mais e vem. A dificuldade é a condução para estar vindo, às vezes não dá muito certo vir com o carro da prefeitura, às vezes ta lotado, e tem outras pessoas que também tem que vir para Rubião, então, tem dia que não sobra lugar, ai, a gente tem que tentar de outro jeito, de ônibus,

emprestar um carro e alguém vir guiando, não é muito fácil, mas como vamos deixar ele sem visita?, ele fica atento na hora e pra ver quem vem, da dó [...]

ENTREVISTA 6

AC6-1 **É muito bom participar bem do tratamento, estar junto, perto da pessoa para que haja melhora da pessoa.** Se precisar de algum medicamento, estar por perto para auxiliar. Quando você fala em acompanhante, mas aqui é só na hora da visita, não tem acompanhante [...]. A minha mãe ta ficando lá, mas ela ta sozinha e ela tem mais de 60 anos, podia ter alguém da família com ela, mas a gente só vem no horário de visita, minha irmão até tentou conversar, mas disseram que ela estava calma e que não precisava ficar ninguém. Você me pergunta de acompanhante, eu acho que seria muito bom se pudesse ficar acompanhante da família, mas aqui não pode, minha mãe mesmo, ela ia adorar, ela fala muito e é muito ligada na gente, ela ta sentindo falta, da pra perceber, mas agora ela já está melhor, isso vai ser logo e daí ela tem alta. AC6-2 **Mas, em relação ao tratamento, aqui está muito bom, o atendimento, o cuidado, muito bom [...].** AC6-3 **Mas, eu acho que o horário de visita devia aumentar na hora do almoço [...]. Hoje mesmo, hoje é domingo, hoje mesmo veio o irmão dela e não pode entrar, ela ficou sabendo, pediu pra ver, ficou chateada, quase chorou [...]. Eu tenho dó, mas não sabia que ele vinha, se o horário aumentasse um pouco e pudesse entrar mais gente, seria muito melhor, sei lá, talvez só nos domingos, fins de semana, eu sei que é difícil pra vocês da área, mas o paciente, coitado [...].** É algo a ser pensado, ia ser muito bom pra ela, porque ela gosta e uma companhia da família ia ser muito bom pra ela.

ENTREVISTA 7

Com o acompanhante, AC7-1 **é que pelo menos, a pessoa se sente mais calma e segura com uma pessoa da família dando atenção.** Ainda mais ela, não gosta de ficar sozinha, fica com medo, se alguém ficasse lá com ela, ela ia tirar de letra essa internação e podia até ficar

melhor mais rápido, o medo também atrapalha, sendo que a segurança e a calma dão assim, (gesticula com as mãos), uma segurança, um alívio, a pessoa confia mais, acho que também partilha com o familiar o momento e assim, fica melhor mais fácil. Quando for eu, nem penso em ficar sozinho [...] (risos). Agora de bom aqui, é que AC7-2 **os médicos são atenciosos e explica como está o paciente** e nos horários de visita a gente pode conversar e perguntar como o paciente está. AC7-3 **Mas, se a parte da tarde, o horário fosse mais prolongado [...], o horário de almoço é difícil pra quem trabalha, e a noite é difícil pra ir embora [...]**

ENTREVISTA 8

A vantagem AC8-1 **é porque eu acho muito bom porque a gente ta com ele**, a gente preocupa, mas entra lá e pode ver ele [...], tem vantagem, eu tenho o nervo atacado e eu não ia acreditar que ele ta melhorando se eu não visse ele [...]. AC8-1 **Então, é bom, eu vou lá, vejo ele, converso, conta as coisa lá de casa, ele gosta de saber, só as coisa boa, né!**. Não, é muito bom mesmo, é bom estar na visita, bom pra ele também, tadinho [...] (emociona-se), ele fica esperando nois vim vê ele, e pra gente é uma alegria poder entrar e ficar, mesmo que seja um pouquinho, lá com ele [...]. Mas aqui, a gente fica com o sistema nervoso atacado, eu fico, muito nervosa, fico até tremendo [...], o que melhora é que AC8-3 **às 18:30h horas, no horário da visita, eles vem, tem diagnostico médico e a gente pergunta como ele passou a noite [...]**. É difícil como acompanhante na internação, eu trabalho. É difícil deixar uma filha de três anos, ontem ela não queria dormir sem o vô, queria ver o vô (emociona-se). Hoje, ela ta com a minha cunhada, mas é difícil pra eu ficar aqui, puxa, trabalho a semana toda, no fim de semana aqui, faz um tempo já que ele está aqui, minha filha fica pela mão dos outros [...], e ela tem tanta saudades do vô [...]

ENTREVISTA 9 – Esposa acompanhando o marido por tempo integral

É ótimo estar auxiliando ele [...]. Na casa, eu que cuido sempre dele, já tamo casado há 42 anos [...], ele é forte, sabe?, nunca teve doente.

AC9-1 **E, sabe, eu cuidando dele, ele fica bem mais tranquilo, estou participando de cuidar dele, ele gosta, fica calmo, dorme (risos). Se eu não tivesse perto, ele ia ficar nervoso**, e não é bom, não é?, no caso dele assim [...], não pode o nervo, né? Tá até bom estar aqui com ele, é como eu falei, a vida inteira eu fiquei cuidando dele, então, se eu não tiver perto, ele vai ficar mais nervoso [...]

ENTREVISTA 10

AC10-1 **É muito importante estar acompanhando, saber como ele está**, falar, sentir [...]. Não é a primeira vez que meu irmão tem isso, aliás, este é o 4º infarto, ele já sabe que o caso ta sério [...], e ele tem medo, lógico, ele ainda é novo [...]. Então, AC10-1 **poder ficar um pouquinho durante a visita, pra gente já é muito bom, ele gosta, fica animado, conta tudo, até acho que ele fica emocionado**, deve ser duro ficar no quarto sozinho, meu irmão sempre teve muitos amigos, agora ficar sozinho, de repouso absoluto [...], ele fez “cate”, todo mundo falando pra ele: “não pode mexer a perninha, toma cuidado, ainda tem que ficar com o peso, se não sangra!”. Ele já sabe de tudo isso, já está acostumado, mas não é fácil [...]. Eu sei que ele tem medo, e por isso, eu tenho dó,[...]. É bom acompanhar ele, mesmo daqui de fora, é bom poder ver, esperar a notícia, ficar junto pra ele ir se acalmando. Ficar junto com muito carinho (ênfatisou), ele fica bem mais calmo. Mas, ele ta bem ta tomando o remédio, mas [...] fica pensando na família. AC10-2 **E eu acho que o tempo da visita é muito curto, a família é grande, não dá nem pra conversar bem com ele. Hoje mesmo, agora são só duas pessoas, e eu já trouxe o meu filho pra ver também, somos em três, tivemos que negociar pra deixar ele entrar também, e ele ficou tão feliz em ver o vô, ele chama meu irmão de vô, não de tio, mas ficaram tão felizes os dois, dá até dó [...]**

ENTREVISTA 11

É a primeira vez que eu to vindo aqui. Eu nunca tinha vindo aqui antes, então, AC11-1 **então, é muito bom estar perto dele, acompanhando ele**. Acho que pra ele é bom, venho ficar com ele nas visitas, nós

combinamos, os filhos vem só alguns dias e eu venho todos os dias e fico com ele durante a visita, já é pouco tempo, se vier muita gente, eu nem fico com ele, e eu que sou a esposa (ênfatisou), então, eu não abro mão, venho todo dia e fico mesmo, fico o máximo que eu puder (risos). Ele gosta, a gente conversa tanto, já falei pra ele que voltamos a namorar, então, não podemos ficar o tempo todo juntos, só um pouquinho, ele fica esperando (emocionou-se). Meu dia já amanhece todo voltado pra vir aqui, eu ajeito tudo logo pra vir, ele fica esperando, fica contente quando eu chego, trago até flores pra ele, ele AC11-1 **fica calmo comigo**, a gente sempre foi de conversar muito, acho que é isso que ele sente falta. Eu quero o meu marido bom de novo, curado! (ênfatisa). Só tem coisas boas de eu estar acompanhando ele, e [...] eu até acho o horário de visita bom, nesse horário ele fica bom.

ENTREVISTA 12

De vantagens AC12-1 **eu acredito que a gente puder ficar com ele aqui, ele vai se recuperar mais rápido, porque o médico já tinha falado dele ser nervoso, ter a pressão alta, então, com a gente aqui com ele, ele tranquiliza, dorme, então deve estar sendo melhor pra recuperação dele.** AC12-2 **A dificuldade maior é o horário. Por que as vezes não dá certo pra gente vir no horário, se perde é difícil de entrar mais tarde, as vezes, eles não deixam [...], é a rotina deles, né? Mas, é muito corrido pra gente estar se adequando aos horários da unidade, seria mais fácil um horário flexível, onde eu pudesse entrar quando eu saísse do serviço [...].** Porque, é difícil eu não vir, eu acho até se eu tivesse mais com ele, seria melhor, a recuperação seria melhor. Não vejo a hora dele ir para casa, daí eu posso cuidar e distrair o tempo todo.

ANEXO 5 – Categorização

Categoria Acolhimento

1- Possibilidades de ver e ficar junto de seu familiar

Depoimentos
<i>“AC2-1: É muito bom poder ver ele, ele fica tranqüilo, fala bastante, quer saber das coisas, ele é muito esperto, quer saber da vida, dos negócio dele [...]”</i>
<i>“AC11-1: [...] Então estar perto dele, acompanhando ele, é muito bom [...] fica calmo comigo [...]”</i>
<i>“AC10-1: [...] poder ficar um pouquinho durante a visita, pra gente já é muito bom, ele gosta, fica animado, conta tudo, até acho que ele fica emocionado [...]”</i>
<i>“AP5-2: E eu me sinto mais segura, toda hora que eu quero vê ele, eu vou lá, aperto ali (interfone) e elas deixam eu ver ele, não toda hora, mas quando não tem nenhum problema lá dentro, eles deixam eu ver.”</i>
<i>“AP6-2: [...] eu posso ficar com ele, ficar perto, saber dele [...]. E com certeza, estou junto dele e vou ficar perto dele.”</i>
<i>“AC8-1: [...] é porque eu acho muito bom porque a gente ta com ele, [...]. Então, é bom, eu vou lá, vejo ele, converso, conto as coisa lá de casa, ele gosta de saber, só as coisa boa, né!”</i>
<i>“AP2-2: Ah, aqui na UTI, eu posso ver ela, [...] o bom é que a gente pode estar sempre vendo ela, ficar mais junto dela.”</i>
<i>”AC1-2: Aqui é bom, é bom estar aqui com ele [...]”</i>
<i>“AC5-1: É bom ficar com ele [...]”</i>
<i>“AP8-1: Eu acho que é melhor eu ficar com ele. Eu acho que ele se sente mais seguro, ele fica mais calmo, é muito importante pra ele, a mãe ficar junto [...] é bom o hospital deixar eu estar ficando. Ele fica diferente de eu estar aqui [...] Quando eu não estou lá, ele chora a noite e eles vem me chamar para ele</i>

acalmar.”

“AP4-3: [...] a gente pode **ficar um pouco mais com ele, pegar ele**, aqui é diferente, lá onde ele tava, não podia pegar, só olhar pelo vidro, aqui **eu pego na mão dele, faço carinho, ele sabe quando eu falo com ele**, tá espertinho [...]”

“AP1-1: [...] é bom porque **dá tempo de eu ver ela**. Eu venho, daí eu pego a visita das dez pras 11, daqui eu vou embora pra casa e ainda **consigo ver ela** ainda, às três horas. Eu vejo duas vezes por dia, só a noite que eu não consigo ver, né,”

“AP3-3: [...] a gente também pode visitar ela, **ficar um pouco com ela**, eu achei que por ser UTI, não ia poder nem olhar, então é bom.”

“AC3-2: [...] eu acho que ele até queria nós lá com ele. [...] **Ele fica mais tranquilo com a família aqui** A gente vai ficar com ele, **pra ele se sentir melhor com acompanhante, mais calmo com acompanhante**. Pra ele se sentir melhor.”

“AP5-3: É bom porque **eu posso ver ele**, né [...]; quando elas precisam, elas **vem me chamar pra ficar com ele, acalmar ele**. A vantagem é **de ficar mesmo, de acompanhar**.”

“AC10-1: É muito **importante estar acompanhando, saber como ele está** [...]”

2- Possibilidade de melhora do paciente na presença da família

Depoimentos
<p>“AC12-1: [...] eu acredito que a gente poder ficar com ele aqui, ele vai se recuperar mais rápido [...] com a gente aqui com ele, ele tranqüiliza, dorme, então deve estar sendo melhor pra recuperação dele [...]”</p>
<p>“AC6-1: [...] estar junto, perto da pessoa para que haja melhora da pessoa [...]”</p>
<p>“AC7-1: [...] é que pelo menos, a pessoa se sente mais calma e segura com uma pessoa da família dando atenção [...]”</p>
<p>“AC9-1: E, sabe, eu cuidando dele, ele fica bem mais tranqüilo, estou participando de cuidar dele, ele gosta, fica calmo, dorme (risos). Se eu não tivesse perto, ele ia ficar nervoso [...]”</p>
<p>“AC4-2: [...] a gente pode ficar com ele, é ajuda pra ele, ele fica menos chateado, mais seguro [...] acalma a gente também, a gente gosta de estar vendo ele, é bom pra nós, mas melhor pra ele [...]”</p>
<p>“AP7-1: Ai, para mim é melhor tá aqui, porque eu posso tá vendo ele na hora da visita, tá vendo como ele tá, fico perto dele [...] Eu acho que até pra criança, sentir a presença da mãe ajuda até no tratamento.”</p>
<p>“AP9-2: Eu acho que meu irmão melhora com a nossa presença [...]”</p>

3- Informações da equipe profissional

Depoimentos
<i>“AP6-3: [...] ficar sabendo do tratamento, [...] o que vai ser feito, com certeza isso é muito bom [...]”</i>
<i>“AC5-2: [...] saber que está melhor. [...] Então, é bom saber dele [...]”</i>
<i>“AP7-2: [...] é muito bom acompanhar o tratamento dele.”</i>
<i>“AP1-2: [...] mas daí eu ligo, falo com o médico mesmo e ele me passa as informações [...] Daí, deixa a gente mais tranqüila.”</i>
<i>“AP3-5: [...] tudo que eu pergunto, eles falam, ontem eles me deram atenção muito bem, os médicos explicaram tudinho [...], não teve problema, não.”</i>
<i>“AC8-3: às 18:30h horas, no horário da visita, eles vem, tem diagnostico médico e a gente pergunta como ele passou a noite [...]”</i>
<i>“AP5-2: [...] tudo que a gente pergunta, eles respondem [...].”</i>
<i>“AC7-2: [...] os médicos são atenciosos e explica como está o paciente [...]”</i>
<i>“AP6-1: [...] eu consigo ter informações, a informação maior vou ter agora [...]”</i>
<i>“AC1-3: [...] eles falam da pessoa, não escondem nada, eles são realistas, mas é bom, a gente se sente preparado. Todas as vezes que eu tive aqui, a gente sabe que o caso dela era grave, a médica conversava com a gente [...]”</i>
<i>“AP9-3: Está sendo difícil porque a gente quer que ele consiga melhorar [...], o médico disse que é grave [...]”</i>

Categoria Ambiente da UTI – Estrutura física e profissionais de saúde

1- Bom atendimento

Depoimentos
<i>“AP2-1: Ah, é que aqui o atendimento é muito bom, os enfermeiros, os médicos [...]”</i>
<i>“AP3-2: Na UTI, eu achei muito bom, achei bom o atendimento, as enfermeiras todas foram muito atenciosas com ela. Eu achei muito bom [...]”</i>
<i>“AP6-1: Para mim o atendimento está tudo bom [...]”</i>
<i>“AC4-3: Como eu disse, estão tratando ele direitinho, ta cuidando muito bem. Aqui, em forma de atendimento, está sendo muito bem atendido”.</i>
<i>“AC6-2: Mas, em relação ao tratamento, aqui está muito bom, o atendimento, o cuidado, muito bom [...]”</i>
<i>“AC2-5: [...] mas aqui é bom. Qualquer dorzinha eles já tão em cima[...]”</i>
<i>“AC1-5: [...], olha, é a primeira vez que eu venho aqui e eu não tenho do que reclamar. Ela mesmo falou que eles são bons, estão sempre aqui, ela mesmo falou: “qualquer ai, já estão aqui!!”.</i>
<i>“AP4-2: Ele está melhorando aqui. Tá sendo mais bem cuidado[...] “</i>
<i>“AP1-5: Mas eu tô tranquila, porque ela tá bem cuidada aqui [...]”</i>
<i>“AC3-1: Pra mim, tudo ta sendo bem atendida. Eu não preciso fazer nada pra ele, pro meu pai, as enfermeiras cuida bem dele, eu fico tranqüila, porque ele ta sendo bem cuidado [...]”</i>
<i>“AP9-1: Aqui ele está sendo bem cuidado, ele precisa melhorar , eu fico tranqüila com isso[...].”</i>
<i>“AP7-4: tá bem cuidado.”</i>

2- Horário de visitas

Depoimentos
<p>“AC7-3: Mas, se a parte da tarde, o horário fosse mais prolongado [...], o horário de almoço é difícil pra quem trabalha, e a noite é difícil pra ir embora [...].”</p>
<p>“AP8-3: Eu preferia eu ficar o tempo todo lá junto com ele. Acho o horário restrito.”</p>
<p>“AC2-3: Agora, aqui tem uma coisa, poderia estar melhorando o horário de visita, melhorar o horário de visita. O horário à tarde é muito pouco, entra duas pessoas e só. A família é grande. O horário é fogo [...]. o horário é difícil [...]eu não tenho queixas, só o horário que é fogo.”</p>
<p>“AC12-2: A dificuldade maior é o horário. Por que às vezes não dá certo pra gente vir no horário, se perde é difícil de entrar mais tarde, às vezes, eles não deixam [...], é a rotina deles, né? Mas, é muito corrido pra gente estar se adequando aos horários da unidade, seria mais fácil um horário flexível, onde eu pudesse entrar quando eu saísse do serviço [...].”</p>
<p>“AC10-2: E eu acho que o tempo da visita é muito curto [...]”</p>
<p>“AC6-3: Mas, eu acho que o horário de visita devia aumentar na hora do almoço [...].”</p>
<p>“AC10-2: [...] a família é grande, não dá nem pra conversar bem com ele. Hoje mesmo, agora são só duas pessoas, e eu já trouxe o meu filho pra ver também, somos em três, tivemos que negociar pra deixar ele entrar também, e ele ficou tão feliz em ver o vô, ele chama meu irmão de vô, não de tio, mas ficaram tão felizes os dois, dá até dó [...].”</p>
<p>“AC6-3: Hoje mesmo, hoje é domingo, hoje mesmo veio o irmão dela e não pode entrar, ela ficou sabendo, pediu pra ver, ficou chateada, quase chorou [...]. Eu tenho dó, mas não sabia que ele vinha, se o horário aumentasse um pouco e pudesse entrar mais gente, seria muito melhor, sei lá, talvez só nos domingos, fins de semana, eu sei que é difícil pra vocês da área, mas o paciente, coitado [...]”</p>
<p>“AP1-3: O que eu acho ruim, é não poder ficar mais, não poder ficar mais tempo, a gente tem que respeitar o horário, né, porque tudo tem horário, né.” Eu gostaria de</p>

ficar lá com ela, de manhã se tivesse um **período maior de visitas**, né”

“AP7-3: Mas aí, já tinha **acabado o horário de visita**,[...]”

“AC1-3: Os horários de visita são bons, mas às vezes tem tanta gente pra visitar, que **não dá pra gente entrar.**”

“AC1-6: [...] esperando o horário, correndo o risco de ter um monte de gente e **não dar pra entrar, mas [...] é regra, né?**”

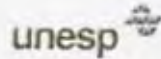
3- Acomodação para acompanhante

Depoimentos
<p>“AP7-2: Então, pra mim é bem melhor tá acompanhando ele. E muito bom eu poder ficar aqui no hospital, porque se eles não deixassem eu ficar, pra mim seria muito difícil, muito mesmo [...]Mas, pra mim, é bom ficar pra ficar perto dele, mesmo não tendo ele junto comigo, eu posso ver ele na hora da visita.”</p>
<p>“AC2-4: O melhor é ficar acompanhando, mas aqui não é certo, não dá pra ficar [...]. Quando eu podia ficar na enfermaria, eu ficava a tarde toda, se aqui pudesse, ele ia gostar, eu acho que era mais melhor, ele ia ficar sossegado.”</p>
<p>“AP1-4: Se tivesse um lugar melhor pra eu ficar, eu ficaria.”</p>
<p>“AP2-4: Quando nós chegamos, uma coisa difícil é que não tinha nenhuma vaga pra pessoa ficar aqui quando ela chegou. Vaga?[Entrevistador] É, não tinha vaga pro acompanhante na pediatria. Mas [...], só isso! Outro dia, eu fiquei na pediatria e foi difícil de conseguir, não tinha ontem e eles falaram: “Vai ter pra a manhã!”. Mas lá, eu fiquei no quarto, junto com as crianças, fiquei naquelas cadeiras que deita [...]”</p>
<p>“AP3-4: A casa de apoio deram cobertura e foi muito bom passar a noite.”</p>
<p>“AP4-4: Até agora difícil, acho que é ficar aqui. A mãe dele já ficou posando aqui no corredor, eu sou tia. Mas a difficuldade é posar no corredor. A mãe dele tá ficando lá no final, aqui é muito grande, lá no final, em uma salinha com as crianças. Lá na Pediatria?[Entrevistador]. É, acho que é na pediatria. No dia em que ele veio, ela posou numa cadeira. Não sei se vai continuar na cadeira, parece que vão arrumar, eu não sei, um bicama! No primeiro dia quando ela veio, era meia-noite, ela não tomou banho, ficou desde cedo com ele no hospital e não comeu nada!!”</p>
<p>“AP8-2: Mas é difícil porque eu moro muito longe, não tem como eu trocar de roupa e descansar.”</p>

4-Recursos da UTI do HC

Depoimentos
<i>“AP3-1: Foi uma boa coisa que fizeram com minha neta, porque lá no hospital lá, ela não teria recursos, né para tentar descobrir o que é que foi, [...]“</i>
<i>“AP4-1: Aqui é melhor, porque lá não tem recurso [...]</i>
<i>“AC1-1: Ah, eu sei que aqui são muito bom, né? [...] ela tá muito bem cuidada.”</i>
<i>“AC2-2: Mas aqui, é um lugar apropriado [...]</i>
<i>“AP7-4: Olha, sinceramente, ele tem vantagem de estar na UTI, tem tudo ali perto, mas se ele estivesse comigo, estaria melhor porque estava perto, mas eu tenho que reconhecer que na UTI ele tá bem lá[...]”</i>
<i>“AC2-5: [...] o melhor lugar do hospital que tem é aqui, tem médico 24 horas, equipamentos, todos bem atenciosos [...]</i>
<i>“AP2-3: [...] eu fico mais tranqüila com a UTI, porque aqui é mais seguro ainda [...]. Aqui também tem bem mais gente e o médico fica 24 horas, fica todo mundo aí,né?.”</i>
<i>“AP5-1: Isso não acontece em todos os lugares [...]</i>
<i>“AP4-1: [...] porque lá na cidade onde eu moro não tem isso não, não tem esse tratamento [...]</i>

Anexo 6
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 07 de maio de 2.007

OF. 149/2007-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof. Dr.ª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

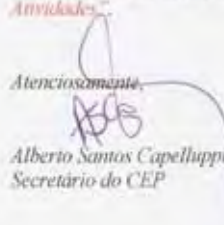
Prezada Prof.ª Maria de Lourdes,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "A busca da assistência humanizada: percepção da equipe e do familiar acompanhante em uma Unidade de Terapia Intensiva", a ser conduzido por Fernanda de C. Israel, orientada por Vossa Senhoria, com a colaboração da Prof.ª Dr.ª Ione Corrêa, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 07 de maio de 2.007.

Situação do Projeto: APROVADO.

OBS: Ao final da execução deste projeto, deverá ser apresentado ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP