

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**DO ACOLHIMENTO A DESCONSIDERAÇÃO DA
FAMÍLIA NO CENÁRIO HOSPITALAR PELA
ENFERMAGEM: A DIVERGÊNCIA DE MODELOS
ASSISTENCIAIS E O SOFRIMENTO NO
TRABALHO, COMO COMPONENTES
INTERVENIENTES**

MARCOS LOURENÇO DELL’ACQUA

BOTUCATU - SP

2008

MARCOS LOURENÇO DELL'ACQUA

**DO ACOLHIMENTO A DESCONSIDERAÇÃO DA
FAMÍLIA NO CENÁRIO HOSPITALAR PELA
ENFERMAGEM: A DIVERGÊNCIA DE MODELOS
ASSISTENCIAIS E O SOFRIMENTO NO
TRABALHO, COMO COMPONENTES
INTERVENIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na Área de concentração – Prática de Enfermagem.

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Orientadora

Botucatu - SP

2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Dell'Acqua, Marcos Lourenço.

Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes / Marcos Lourenço Dell'Acqua. – Botucatu: [s.n.], 2008.

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

Orientadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Assunto CAPES: 40401006

1. Enfermagem 2. Serviços de enfermagem 3. Hospitalização 4. Família - Aspectos psicológicos

CDD 610.7306

Palavras-chave: Acolhimento; Enfermagem; Equipe de enfermagem; Família; Hospitalização

MARCOS LOURENÇO DELL'ACQUA

DO ACOLHIMENTO A DESCONSIDERAÇÃO DA FAMÍLIA NO CENÁRIO HOSPITALAR PELA ENFERMAGEM: A DIVERGÊNCIA DE MODELOS ASSISTENCIAIS E O SOFRIMENTO NO TRABALHO, COMO COMPONENTES INTERVENIENTES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM** e aprovada em 29 de setembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado Profissional – na Área de concentração – Prática de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista.

Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Presidente/Orientadora

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri
Membro

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Trevizan
Membro

*DEDICATÓRIA**A Deus!**Aleluia!**Louva, ó minha
alma, ao
SENHOR.**Louvarei ao SENHOR
durante a minha vida;
cantarei louvores ao meu Deus,
enquanto eu viver.**Não confieis em príncipes,
nem nos filhos dos homens,
em quem não há salvação.
Sai-lhes o espírito, e eles tornam ao pó;
nesse mesmo dia, perecem
todos os seus desígnios.**Bem-aventurado aquele que tem
o Deus de Jacó por seu auxílio,
cuja esperança está no SENHOR,
seu DEUS,
que fez os céus e a terra,
o mar e tudo que neles há
e mantém para sempre e sua fidelidade.**Que faz justiça aos oprimidos
e dá pão aos que têm fome.**O SENHOR liberta os encarcerados.**O SENHOR abre os olhos dos cegos,**o SENHOR levanta os abatidos,**o SENHOR ama os justos.**O SENHOR guarda o peregrino,**ampara o órfão e a viúva,**porém transforma o caminho dos ímpios.**O SENHOR reina para sempre;**o teu Deus, ó Sião, reina**de geração em geração**Aleluia!**Salmos:146*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Sílvia:

Sei bem que Deus distribuiu vários dons entre as pessoas. Eu encontrei em você, dentre vários, a amizade, o amparo, a paciência, a perseverança e a sabedoria que possibilitaram esta caminhada. Eu lhe agradeço pela segurança de poder contar com você em todos os momentos.

Obrigado!

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Magda e meus filhos Marco Antônio e João Vitor por representarem o meu tesouro aqui na Terra;

Ao Dr° Antônio Tornich pelo suporte nas horas difíceis;

À Equipe de Enfermagem e Médica e da seção de Hemodinâmica e Angiografia Digital, representadas dentre outros, pelos enfermeiros Jorge, Susane, Clara, bem como pelos médicos Dr° Edson e Dr° Fábio, pelo acolhimento e pela oportunidade de vivenciar um processo de trabalho gratificante;

Às famílias do HC-FMB-UNESP, as quais me permitiram trocas e aprendizado;

Ao corpo docente do Departamento de Enfermagem que muito contribuíram para a minha aprendizagem;

À Meire e Selma pelo suporte bibliográfico;

À secretária Elisandra pela atenção;

À Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo pelo apoio financeiro ao curso;

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da FMB pela atenção;

Dell'Acqua ML. Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com os objetivos de compreender a experiência interacional sob a perspectiva da equipe de enfermagem, acerca dos familiares visitantes e acompanhantes durante a hospitalização de adultos ou idosos, bem como, desenvolver um modelo teórico representativo da vivência. A saturação teórica se configurou durante a análise da 11ª entrevista, conduzida com 11 membros da equipe de enfermagem, sendo: quatro enfermeiros, três técnicos e quatro auxiliares de enfermagem, lotados em unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário de grande porte do interior paulista. A entrevista não diretiva foi a técnica de coleta de dados, tendo como questão norteadora: — Como tem sido a sua experiência com familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas, segundo os passos da Teoria Fundamentada em Dados, conhecida internacionalmente por *Grounded Theory*. Desta análise emergiram quatro fenômenos: (a) deixando de acolher famílias não colaborativas, como estratégia de enfrentamento à sobrecarga gerada pelo déficit de recursos humanos e indefinição do papel de acompanhante; (b) condicionando o acolhimento das famílias às suas competências de: auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada e de acatar as orientações e as normas institucionais; (c) enfermeiro vivendo o dilema de autorizar ou não o ingresso de familiares no papel de acompanhante e visitante; (d) sinalizando o apoio psicológico à equipe de enfermagem como uma estratégia para se resgatar a confiança e o respeito da família, por meio da cordialidade e hospitalidade. Da inter-relação entre os seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos), configurou-se a categoria central, intitulada: do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o

sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes. Analisando a experiência e o modelo teórico à luz do referencial teórico Interacionismo Simbólico, verificou-se que o processo pelo qual a equipe de enfermagem vem empreendendo suas ações tem resultado no afastamento do objeto de trabalho (a pessoa hospitalizada e a sua família), ou seja, da essência da profissão; o cuidado de enfermagem decorre da representação da família como símbolo de agravamento da carga de trabalho, para a equipe, associado a todo seu sofrimento oriundo do processo de trabalho. Fruto da precarização do trabalho, principalmente, da falta de um serviço de apoio psicológico e da escassez de recursos humanos, impulsionando-a ao distanciamento da família e do paciente para se preservar do agravamento da sobrecarga, deflagrado pela incompatibilidade entre o modelo de assistência oferecido pela enfermagem (funcional) e o esperado pela família (integral/individualizado).

Descritores: família; equipe de enfermagem; hospitalização; acolhimento; enfermagem.

Dell'Acqua ML. From receptiveness to family disregard by the nursing staff in the hospital scenario: the divergence from care provision models and suffering at work as intervenient components [thesis]. Botucatu: Botucatu School of Medicine, São Paulo State University - "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

ABSTRACT

This is a qualitative study approved by the Research Ethics Committee with the objective to understand an interactional experience under the perspective of the nursing team in relation to visiting relatives and companions during the hospitalization of elderly or adult patients and develop a representative theoretical model for such experience. Theoretical saturation occurred during the 11th interview conducted with 11 members of the nursing team, namely: four nurses, three nursing technicians and four auxiliaries working in the clinical and surgical wards of a large university hospital in inner São Paulo State. Non-directive interviews were used as a technique for data collection with the following guiding question: — what has your experience with visiting relatives and companions of adult and elderly patients been like? The interviews were recorded, fully transcribed and analyzed according to the Grounded Theory. Four phenomena emerged from the analysis: (a) not being receptive to non-collaborative families as strategy to cope with work overload caused by a deficit in human resources and the lack of definition for the companion's role; (b) conditioning receptiveness towards families to their competence to: aid the nursing team with the care to be provided to the hospitalized person and accept guidance and institutional rules; (c) the nurse's experiencing the dilemma of authorizing or not the access of relatives as companions and visitors; (d) signaling psychological support to the nursing team as a strategy to recover the family's trust and respect by means of cordiality and hospitality. From the inter-relation of its components (topics, categories, sub-categories and elements), the core category was formed and entitled: from receptiveness to family disregard by the nursing staff in the hospital scenario: the divergence from care provision models and suffering at work as intervenient components. By analyzing the experience and the theoretical model in light of the theoretical framework of Symbolic Interactionism, it was observed that the process through which the nursing team has undertaken its actions has resulted in the

team's withdrawal from its object of work (the hospitalized person and his/her family), that is, from the essence of the profession; nursing care occurs from representing the family as a symbol of aggravation of work overload for the team in association with all its suffering as a result of the work process. This is a consequence of the precarious conditions to which work has been submitted, and mainly of the lack of a psychological support service and the scarcity of human resources, which leads the nursing team to remain distant from the family and the patient in order to preserve its members from the aggravation of work overload caused by the incompatibility between the care provision model offered by the nursing staff (functional) and that expected by the family (integral/individualized).
Descriptors: family; nursing team; hospitalization; receptiveness; nursing.

Dell'Acqua ML. De la acogida a la desconsideración de la familia en el escenario hospitalario por la enfermería: la divergencia de modelos asistenciales y el sufrimiento en el trabajo, como componentes intervinientes [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de São Paulo "Júlio de Mesquita Filho"; 2008.

RESUMEN

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con los objetivos de comprender la experiencia interactiva bajo la perspectiva del equipo de enfermería, acerca de los familiares visitantes y acompañantes durante la hospitalización de adultos o ancianos, así como de desarrollar un modelo teórico representativo de la vivencia. La saturación teórica se configuró durante el análisis de la 11ª entrevista, conducida con 11 miembros del equipo de enfermería, de los cuales cuatro enfermeros, tres técnicos y cuatro auxiliares de enfermería, asignados a unidades clínicas y quirúrgicas de un hospital universitario de gran porte del interior del Estado de São Paulo. La entrevista no directiva fue la técnica de cosecha de datos y tuvo como cuestión guía: — ¿Cómo ha sido su experiencia con familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos? Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en la íntegra y analizadas, según los pasos de la Teoría Fundamentada en Datos, conocida internacionalmente por *Grounded Theory*. De este análisis emergieron cuatro fenómenos: (a) dejando de acoger familias no colaborativas, como estrategia de enfrentamiento a la sobrecarga generada por el déficit de recursos humanos e indefinición del papel de acompañante; (b) condicionando la acogida de las familias a sus competencias de: auxiliar al equipo de enfermería en los cuidados a la persona hospitalizada y llevar a cabo las orientaciones y las normas institucionales; (c) enfermero viviendo el dilema de autorizar o no el ingreso de familiares en el papel de acompañante y visitante; (d) señalizando el apoyo psicológico al equipo de enfermería como una estrategia para rescatar la confianza y el respeto de la familia por medio de la cordialidad y hospitalidad. De la interrelación entre sus componentes (temas, categorías, subcategorías y elementos), se configuró la categoría central, titulada: de la acogida a la desconsideración de la familia en el escenario hospitalario por la enfermería: la

divergencia de modelos asistenciales y el sufrimiento en el trabajo, como componentes intervinientes. Analizando la experiencia y el modelo teórico a luz del referencial teórico Interaccionismo Simbólico, se verificó que el proceso por el cual el equipo de enfermería viene emprendiendo sus acciones ha resultado en el alejamiento del objeto de trabajo (la persona hospitalizada y su familia), o sea, de la esencia de la profesión; el cuidado de enfermería deriva de la representación de la familia como símbolo de agravamiento de la carga de trabajo, para el equipo, asociado a todo su sufrimiento oriundo del proceso de trabajo. Fruto de la precarización del trabajo, principalmente, de la falta de un servicio de apoyo psicológico y de la escasez de recursos humanos, impulsándola al alejamiento de la familia y del paciente para preservarse del agravamiento de la sobrecarga, deflagrado por la incompatibilidad entre el modelo de asistencia ofrecido por la enfermería (funcional) y lo esperado por la familia (integral/individualizado).

Descriptor: familia; equipo de enfermería; hospitalización; acogida; enfermería.

LISTA DE DIAGRAMAS

| | |
|--|----|
| Diagrama 1. Fenômeno A. Deixando de acolher famílias não colaborativas, como estratégia de enfrentamento à sobrecarga gerada pelo déficit de recursos humanos e indefinição do papel de acompanhante: categorias..... | 33 |
| Diagrama 2. Categoria A2. Relegando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente para priorizar a administração de medicamentos: subcategorias..... | 35 |
| Diagrama 3. Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família: subcategorias..... | 37 |
| Diagrama 4. Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa: subcategorias..... | 41 |
| Diagrama 5. Categoria A6. Gerando sobrecarga psicológica ao lidar com famílias não colaborativas: subcategorias..... | 47 |
| Diagrama 6. Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho: subcategorias..... | 50 |
| Diagrama 7. Fenômeno B. Condicionando o acolhimento das famílias, às suas competências de: auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada e de acatar as orientações e as normas institucionais: categorias..... | 52 |
| Diagrama 8. Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada: subcategorias..... | 54 |
| Diagrama 9. Fenômeno C. Enfermeiro vivendo o dilema de autorizar ou não o ingresso de familiares no papel de acompanhante e visitante: temas..... | 59 |
| Diagrama 10. Tema C1. Enfermeiro sentindo-se coagido pelo restante da equipe a seguir, estritamente, as normas convencionadas, acerca do ingresso de acompanhantes: categorias..... | 60 |
| Diagrama 11. Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação: subcategorias..... | 63 |
| Diagrama 12. Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adequem à convenção: subcategorias..... | 67 |
| Diagrama 13. Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas: subcategorias..... | 70 |

| | |
|--|----|
| Diagrama 14. Tema C2. Enfermeiro confrontando os critérios para autorizar o movimento entre os papéis de visitante e acompanhante com a situação da pessoa hospitalizada: categorias..... | 72 |
| Diagrama 15. Fenômeno D. Sinalizando o apoio psicológico à equipe de enfermagem, como uma estratégia para se resgatar a confiança e o respeito da família, por meio da cordialidade e hospitalidade: categorias..... | 76 |
| Diagrama 16. Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade: subcategorias..... | 77 |
| Diagrama 17. Categoria central. Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes..... | 83 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1. Categoria A1. Convivendo com a sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos: códigos..... | 117 |
| Quadro 2. Categoria A2. Deixando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente, para priorizando o preparo e administração de medicamentos: subcategorias, códigos..... | 117 |
| Quadro 3. Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família: subcategorias, elementos, códigos..... | 118 |
| Quadro 4. Categoria A4. Equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família: código..... | 120 |
| Quadro 5. Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa: subcategorias, códigos..... | 121 |
| Quadro 6. Categoria A6. Conflito equipe de enfermagem-família, gerando sobrecarga psicológica à equipe, estendida a pessoa hospitalizada: subcategorias, códigos..... | 127 |
| Quadro 7. Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho: subcategorias, códigos..... | 128 |
| Quadro 8. Categoria B.1. Equipe de enfermagem acolhendo os familiares acompanhantes que auxiliam nos cuidados à pessoa hospitalizada: códigos..... | 129 |
| Quadro 9. Categoria B.2. Equipe de enfermagem não acolhendo familiares que atravancam o desenvolvimento de suas atividades: códigos.. | 129 |
| Quadro 10. Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada: subcategorias, elementos, códigos..... | 130 |
| Quadro 11. Categoria C.1.1. Equipe de enfermagem reconhecendo a hostilidade do cenário hospitalar à pessoa hospitalizada: códigos. | 132 |
| Quadro 12. Categoria C1.2. Reconhecendo os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio de acompanhantes e visitantes: códigos..... | 132 |
| Quadro 13. Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação: subcategorias, elementos, códigos..... | 133 |
| Quadro 14. Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adéqüem à convenção: subcategoria, códigos..... | 135 |
| Quadro 15. Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas: códigos..... | 136 |
| Quadro 16. Categoria C2.1. Considerando a faixa etária: códigos..... | 137 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 17. Categoria C2.2. Considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem: códigos..... | 137 |
| Quadro 18. Categoria C2.3. Considerando situações de risco de responsabilidade institucional: códigos..... | 137 |
| Quadro 19. Categoria C2.4. Levando em conta o tipo de enfermidade que acomete a pessoa hospitalizada: códigos..... | 137 |
| Quadro 20. Categoria D1. Oferecendo um serviço de apoio psicológico a equipe de enfermagem: códigos..... | 138 |
| Quadro 21. Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade: subcategorias, códigos..... | 138 |
| Quadro 22. Categoria D3. Conquistando a confiança, o respeito ao relevar o comportamento do acompanhante: códigos..... | 139 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| RESUMO..... | v |
| ABSTRACT..... | vii |
| RESUMEN..... | ix |
| LISTA DE DIAGRAMAS..... | xi |
| LISTA DE QUADROS..... | xiii |
| CAPÍTULO 1. INTRODUZINDO O ESTUDO..... | 1 |
| 1.1. Apresentando a minha trajetória profissional..... | 2 |
| 1.2. Abordando o processo de trabalho em saúde e em enfermagem..... | 5 |
| 1.3. Contextualizando a humanização no processo de trabalho do enfermeiro..... | 13 |
| 1.4. Propondo os objetivos da pesquisa..... | 21 |
| CAPÍTULO 2. APRESENTANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 22 |
| 2.1. Optando pela metodologia qualitativa..... | 23 |
| 2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais..... | 23 |
| 2.2.1. Interacionismo simbólico: referencial teórico..... | 23 |
| 2.2.2. <i>Grounded theory</i> : referencial metodológico..... | 26 |
| 2.3. Os atores participantes e o local da pesquisa..... | 26 |
| 2.4. Estratégias para coleta e análise de dados..... | 28 |
| CAPÍTULO 3. A EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE ENFERMAGEM-FAMÍLIA DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS..... | 30 |
| 3.1. Identificando os fenômenos..... | 31 |
| 3.2. Descobrimo a categoria central..... | 80 |
| CAPÍTULO 4. DISCUTINDO A EXPERIÊNCIA E O MODELO TEÓRICO DESCOBERTOS..... | 84 |
| CAPÍTULO 5. TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 98 |
| REFERÊNCIAS..... | 101 |
| ANEXOS..... | 113 |

Capítulo 1

INTRODUZINDO O ESTUDO



1.1. Apresentando a minha trajetória profissional

Em 1998, começo a atuar na área da saúde, após ser habilitado em concurso público como Atendente de Enfermagem – em regime autárquico – designado para prestar cuidados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Nesta unidade e nesta função trabalhei até 1995.

O contato com usuários em estado grave proporcionou-me aprimorar conhecimentos técnicos e científicos relacionados à vivência com equipamentos e situações clínicas de urgência e emergência, já que estes atores, geralmente, são submetidos a inúmeros procedimentos invasivos, condutas diagnósticas e terapêuticas das mais variadas. Obtive também, um grande crescimento pessoal, aprendendo a lidar com a morte e o sofrimento dos usuários e familiares. Já nesta época me sentia incomodado, buscando entender e a atuar de forma terapêutica junto à pessoa doente e seus familiares.

Em 1999, terminei a Graduação em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Jaú – Fundação Educacional “Dr. Raul Bauab”.

Com o título de Enfermeiro e após concurso público, habilitado, passo a prestar cuidados junto à Supervisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de Botucatu pela FAMESP (CLT - por tempo indeterminado), atuando em várias unidades deste Hospital Universitário, isto até 2004.

Neste mesmo ano (2004), obtive aprovação em concurso público para Enfermeiro – regime autárquico – e passo a trabalhar como Supervisor Técnico da Seção de Neurologia do mesmo Hospital Universitário.

A minha inquietação só aumentava! Agora, com um pouco mais de autonomia, inserido neste cenário, buscava compreender melhor, questionando o processo de trabalho em enfermagem, tentando alternativas e soluções para os problemas diários vividos pelos usuários e seus familiares, bem como para os trabalhadores da saúde envolvidos no cuidado. A enorme contradição entre os ideais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a realidade vivenciada me estimula a buscar formas de trabalho e relações mais humanizadas.

Em 2006, ingresso como aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa - “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”.

Desta forma, continuo buscando subsídios para uma prática profissional, embasada em ciência, construída por meio de interações mais efetivas entre a equipe de saúde e as pessoas que buscam o cuidado. Acredito assim, na possibilidade de vivenciar um processo de trabalho, na dimensão assistencial, onde haja espaço para relações mais humanizadas, bem como, contribuir para construção de conhecimentos retro alimentadores para o ensino na Enfermagem.

Considerando a complexidade em que ocorre o processo interacional, acerca da experiência dos familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos durante a hospitalização, o investimento desta pesquisa é buscar compreender quais perspectivas vêm permeando esta interação entre os usuários-sujeitos e os profissionais que atuam nos serviços.

Esse processo acontece em contextos cultural e socialmente regulados, ocorrendo em determinado processo de trabalho com os sujeitos sociais que vivem esta realidade. Também como questão de fundo, embasando o processo destaca-se que no local há vinculação com o SUS.

Desta forma, abordamos que o atendimento à saúde no Brasil obteve inúmeros avanços desde a criação do SUS em 1988. Os seus princípios gerais de organização, garantindo o acesso a qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, a participação cidadã no processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução, propiciam um sentimento idealizado. No entanto, há uma enorme contradição entre estes ideais estabelecidos no plano legal e a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais do setor^(1,2).

Por um aspecto apontamos avanços com a descentralização e regionalização da atenção e gestão da saúde, ampliando os níveis de equidade, integralidade e universalidade, por outro, as relações entre os profissionais de saúde e os usuários deste sistema sofrem com a fragmentação dos processos de trabalho. O trabalho em equipe, bem como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção à saúde ficam fragilizados^(1,2).

A humanização deste processo de trabalho e as relações se tornaram mais que uma necessidade, uma condição imprescindível para aproximar o plano real do idealizado. Dessa demanda originou-se uma Política Nacional voltada para a humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS^(1,2).

Na implementação das diretrizes gerais, na Atenção Hospitalar, destacamos os seguintes parâmetros:

- ... Garantia de visita aberta, através da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares^(2:15).

Contraopondo estes princípios apresentados com o que temos observado em nosso meio, percebemos que o enfermeiro e a equipe de enfermagem não aproveitam, de forma integrada e participativa, a presença da família, quando acompanham adultos e idosos durante a hospitalização. Até mesmo, chegando a sentir-se incomodados com a presença da família, impondo com austeridade normas e rotinas, como forma de manter um distanciamento.

Destaca-se que há na literatura importantes contribuições tendo como objeto de estudo a temática enfermagem da família ou família, assim vem se ampliando esta produção em termos de construir conhecimentos teóricos, caminhando mesmo para elaboração de modelos teóricos que, permitam sustentação à prática profissional. Nesse sentido, há trabalhos que contribuem com evidências, propondo reflexões e intervenções nessa área. Assim, estudos sobre conceitos; percepção da família de crianças internadas; em UTI; adultos, idosos e familiares e a percepção da equipe, têm sido importantes para esse pretendido aprofundamento teórico, com objetivo de transformar o ensino e a prática assistencial⁽³⁻³¹⁾.

Norteados pela produção na área, passamos então, a compor com os estudos que tratam sobre o processo de trabalho em saúde e em enfermagem e humanização, enquanto elementos conceituais que se correlacionam, podendo oferecer subsídios para a compreensão, acerca da experiência dos familiares visitantes e acompanhantes durante a hospitalização.

1.2. Abordando o processo de trabalho em saúde e em enfermagem

Iniciamos, apresentando o conceito desenvolvido por Marx⁽³²⁾, na clássica obra *O Capital*, em que aborda o trabalho constituindo-se em mediação entre o homem e a natureza, tendo como característica um processo de transformação advinda das necessidades humanas. Trás como atividade essencialmente humana, eminentemente social, orientada por uma finalidade que dá ao homem a potencialidade de conscientemente transformar a natureza, sendo por ela transformado, no exercício da criatividade⁽³²⁾.

Marx^(32:201) define o trabalho como:

Um processo, onde o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. O trabalhador põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços, e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana.

Os elementos que compõem o processo de trabalho são: o próprio trabalho, a atividade adequada a um fim, o objeto, a matéria a que se aplica o trabalho e os meios de trabalho, o instrumental que incidirá sobre o objeto na realização do produto. Completando, o produto resulta de uma intenção, marcado por um projeto que o homem tem em mente, acrescido a um saber tecnológico (saber fazer), isto correlacionado aos elementos que compõem o processo⁽³²⁾.

O homem ao desenvolver o trabalho o próprio trabalho pode modificá-lo, revendo a concepção inicial, sendo capaz de dar soluções a imprevistos, transformando seu modo de pensar⁽³³⁾.

Enquanto processo histórico-social temos os objetos assim como os instrumentos de trabalho que não existem por si sós na natureza. O trabalho se

concretiza pela capacidade de trabalho, na qual o trabalhador coloca sua energia intelectual-mecânica, para a transformação do objeto^(34,35).

Transpondo os conceitos para a abordagem do trabalho dos profissionais de saúde e enfermagem, podemos compreender as atividades não como fruto do progresso técnico-científico, mas como intervenções que expressam uma dada concepção de processo saúde-doença, bem como a dinâmica social e de organização dos serviços⁽³⁶⁾.

Então, a transformação do objeto de trabalho em saúde e enfermagem pode se dar, tanto na perspectiva da promoção como da prevenção e ou recuperação da saúde. Amplia-se o conceito ao conceber saúde não apenas como ausência de doença, mas qualidade de vida e emancipação dos sujeitos-usuários e trabalhadores⁽³⁶⁾.

No cotidiano, o trabalho de saúde e de enfermagem, enfrenta grandes paradoxos, como a vida e a morte, a dor e o prazer, conforme é colocado nesse processo assistencial há possibilidade de o trabalhador perder o seu objeto de trabalho⁽³⁷⁾.

Quando se assumi essa natureza humana do objeto de trabalho a ser transformado, considera-se que se trata de um trabalho que necessita uma intensa relação humana e imprescindível inter-relação e o vínculo.

Desta forma, o trabalho em enfermagem e o trabalho em saúde constituem-se com ação produtiva e de interação social⁽³⁸⁾.

O processo de trabalho em saúde também se caracteriza, ao mesmo tempo pela complexidade, heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade é decorrente da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho. A heterogeneidade retrata-se pela diversidade de muitos processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcional sem se articular de forma adequada com os demais processos de trabalho. A fragmentação encerra várias dimensões, tais como a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social, que estabelece relações

rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais⁽³⁹⁾.

Para todos os profissionais, com seus diferentes processos de trabalhos o objeto de trabalho é a matéria que será transformada, estando em estado bruto ou resultado de um trabalho anterior, como a matéria-prima. Haverá relação de reciprocidade entre o objeto e o instrumento, uma vez que o objeto demanda instrumentos apropriados a ele, assim os instrumentos aplicar-se-ão aos objetos correspondentes. O objeto, por si só, não é objeto; será quando estiver direcionado a uma finalidade, de acordo com a prévia concepção por parte do trabalhador^(33,40).

Os instrumentos proporcionam a identificação das épocas econômicas com suas respectivas condições sociais em que o trabalho foi realizado, apresentando-se nas diferenças dos instrumentais, saber estruturado, dentre outras⁽³³⁾.

Os meios de trabalhos traduzidos pelos instrumentos utilizados pelo trabalhador inserem entre si mesmo e o objeto de trabalho, servindo para dirigir sua atividade sobre esse objeto, transformando-o. Assim o processo de trabalho termina quando se conclui o produto⁽³²⁾.

Pelas necessidades sociais move o sujeito à ação, sendo o trabalho um processo de transformação social, porque o homem tem necessidades a serem atendidas e essa transformação ocorre com o consumo da força de trabalho, com os instrumentos apropriados à ação durante a realização do seu trabalho. Na essência do trabalho humano, o objetivo maior é a manutenção da espécie humana, melhorando suas condições de existência⁽³³⁾.

O trabalho em saúde teve influência da visão marxista em seu processo, que aborda a dinâmica estabelecida entre dimensão técnica e dimensão social. Constitui-se em necessidade a ser satisfeita e, na saúde, a finalidade refere-se então às necessidades de saúde da pessoa ou da população^(41,42).

O trabalho em saúde caracteriza-se por uma produção não material, consumida no ato de sua realização; integra a prestação de serviço à saúde; ou seja, reitera-se dizendo que no momento da assistência individual, grupal ou coletiva, os serviços são consumidos. Por ser um trabalho que lida com o objeto

humano é que também o diferencia de outros trabalhos, inclusive do mesmo setor de prestação de serviços⁽⁴³⁾.

O trabalho vivo que se estabelece em ato, é trabalho em ação, é trabalho que se realiza utilizando certo saber operante e de determinados instrumentos materiais, com expressão de criação por parte do trabalhador, fazendo uso do que é dado, denominado trabalho morto e pode exercer alguma autonomia sobre esse já dado. Destaca-se que na expressão trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios e instrumentos para re-criação do trabalho, de si e dos outros, fazendo-se produto e produtor de trabalho⁽⁴⁴⁾.

A linguagem é colocada não apenas como atos de fala, mas como todas as formas de expressão e manifestação da produção desejante da micropolítica. Assim, por essa via se pretende realizar a análise do modo de produção das organizações, sobretudo dos processos produtivos de trabalho, que são a dimensão mais viva dessa produção. Trazemos um olhar analítico sobre as organizações da saúde, que tem um modo de produção dependente do trabalho vivo, o que por si só constitui-se em alta complexidade, ao ser operado em ato, nos processos de trabalho, trazendo uma grande potência instituinte de formar redes, com alta capacidade de subjetivação⁽⁴⁵⁾.

No interior de uma organização, tem-se como grande desafio a busca pela compreensão do modo de produção do cuidado, que traz inscrito no seu cerne, a ação dos trabalhadores com eles próprios, com os usuários dos serviços de saúde e com os processos organizacionais. Percebe-se que uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca para o processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado⁽⁴⁵⁾.

O trabalho não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional, ganha a dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estrutura não como ato congelado no espaço e tempo, mas sim como processo, dinâmico, que se modifica, permeado por muitos interesses, tantos quantos os sujeitos que interagem na atividade que dá o labor diário em torno da produção do cuidado. Por isso, para se analisar o modo como se produz o cuidado, faz-se necessário pensar nos sujeitos e sua ação cotidiana. Por sua vez, os sujeitos são histórica e socialmente produzidos, isto é, na medida em que trabalham,

produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmos, em processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os também resultados das vivências do cotidiano somado às experiências pregressas vivenciadas no seu microcosmo de trabalho na saúde⁽⁴⁵⁾.

Abordando o trabalho coletivo, as ações de enfermagem são executadas em conjunto com outros trabalhos realizados por diferentes agentes da equipe multiprofissional de saúde. Geralmente é constituída por médico, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentre outros. Esse trabalho realizado em equipe, que consiste em uma modalidade peculiar de organização do trabalho coletivo, compreendendo que mesmo quando realizado individualmente por um profissional é dito trabalho coletivo, isto na medida em que ocorreu um intenso processo de divisão, configurando as diferentes áreas de atuação na perspectiva de trabalhos especializados, sendo o produto final, a assistência e o cuidado como resultado das múltiplas intervenções executadas pelos diferentes agentes⁽⁴⁶⁾.

Com esta configuração o trabalho pode ser executado de maneira fragmentada, com justaposição das ações dos diferentes profissionais, ou de forma articulada, o que poderá favorecer a oferta de assistência integral de enfermagem e de atenção integral à saúde^(47,48).

Cada trabalho especializado seja ele de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia, ou outro, em articulação para assistência à saúde, é meio para a realização do trabalho em saúde. Assim, nesse trabalho, o conjunto de atividades realizadas pelos diversos profissionais é organizado e executado, expressando relações de desigualdade entre os trabalhadores, posto pelas condições hierárquicas. O trabalho de enfermagem, particularmente, transforma o objeto, utilizando um saber específico, em uma dada estrutura física, bem como outros instrumentos próprios, ou seja, métodos, materiais, equipamentos, visto que o saber técnico constitui instrumento de trabalho⁽³⁶⁾.

É destacado, também, que a divisão do trabalho referida nesse processo produtivo, permite o início da história da desqualificação do trabalhador e a extração da mais-valia⁽⁴⁹⁾.

Assim, um único trabalhador não conseguirá produzir nenhum trabalho por completo, apenas será possível o resultado do trabalho de vários

trabalhadores em um trabalho coletivo, reforçando o conceito de trabalhador coletivo. Para o médico, na área da saúde ele passa a ser o agente hegemônico do processo de produção, pela condição de apropriar-se do momento mais sensível da tomada de decisão que é o diagnóstico e a terapêutica⁽³³⁾.

Também no âmbito do trabalho, os trabalhadores atuais podem estar pertencendo a duas classes, que não são mutuamente exclusivas; os seguidores de rotinas, que realizam um trabalho repetitivo, quase sempre um trabalho em migalhas, com poucas possibilidades de criação; os analistas simbólicos, que conseguem uma visão global do que produzem, da concepção à produção, seja de bens ou de serviços, mantendo vivas as possibilidades de criação, sendo essas classes – rotineiros e analistas – não são mutuamente exclusivas; em todas as atividades existem rotinas necessárias e nem tudo é criação. Porém, a preservação do espaço aberto para a criação é condição de possibilidade de uma vida significativa⁽⁵⁰⁾.

Com isto se percebe o trabalho de cada profissional especializado, constituindo-se, também, num processo de trabalho específico, conferindo autonomia técnica voltado à ação baseada no saber da própria profissão, segundo sua legislação⁽³³⁾.

Quanto ao contexto atual é de mercado de trabalho instável e flexível, com exigências crescentes de produtividade e de qualidade, e isto, amplia os requisitos de qualificação dos trabalhadores e tornam cada vez mais generalizada a implantação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais. As novas exigências do trabalho requerem, além da flexibilidade técnico-instrumental, a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços⁽⁵¹⁾.

O trabalho em enfermagem é analisado como prática social que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

O processo de institucionalização das práticas de saúde apresenta-se enquanto marco da ruptura de um modelo vinculado ao senso comum e conseqüentemente, marco para a conformação da trajetória da Enfermagem enquanto atuação profissional. Então, na esfera do processo de trabalho, a

institucionalização das práticas de saúde insere o médico nesse cenário, conferindo-lhe o poder e o dever de curar. Como sustentação para a sua atuação, a Enfermagem profissional também é institucionalizada, tendo como atribuição peculiar promover condições para o êxito da relação terapêutica médico-doente. Sua intervenção passa a ter como especificidade não a relação dual profissional-doente, comum à prática médica e sim uma atuação voltada ao controle do ambiente, considerando condições de higiene, iluminação, aeração; ao controle das pessoas nele inseridas, estabelecendo uma relação dúbia manifesta pela adesão ao poder médico, investidos de poder administrativo e de coerção para com os trabalhadores e doentes; ao controle do tempo e dos movimentos, determinando locais, horários e ritmos de trabalho pertinentes ao modelo e também, ao controle do processo de formação, estabelecendo pressupostos norteadores da conduta moral e da atuação profissional. Assim, vindo do que era ação para o religioso, sagrado, a sociedade do século 19 institucionaliza a Enfermagem, agora, como profissão responsável pelo ambiente hospitalar em sua nova versão, ou seja, a recuperação de vidas necessárias à sustentação do sistema. Essa inserção, se por um lado organiza o cenário, por outro reitera o que de mais cristalizado o hospital tem, ou seja, o seu caráter total^(55,57).

Fica explicitado que como característica desse caráter total, que a todos limita e coloca em papéis sociais, enquanto construções socialmente determinadas, construindo sistemas que permitem aos membros de uma sociedade mecanizar a maior parte de suas ações pela imitação ativa da totalidade dos comportamentos valorizados⁽⁵⁵⁾.

Presenciam-se então os conflitos que emergem ainda na prática do enfermeiro. A sociedade se apropriou de demandas psíquicas dos que cuidavam para responder, tanto a demandas sociais, mantendo a força de trabalho quanto a expectativas institucionais no controle e gestão do processo de trabalho no âmbito da saúde, amortecendo a demanda por cuidar por meio de funções que contemplam, porém não dominam o cuidar enquanto prerrogativa da atuação do enfermeiro^(55,58).

Desta forma, o trabalho em enfermagem mostrou, desde sua origem, uma divisão técnica e social do trabalho, originando uma hierarquia, na qual as pessoas provenientes de classes sociais mais altas assumiam a função de

supervisão e educação, enquanto as de classe social menos favorecida assumiam o cuidado ao doente^(52,53).

Portanto, trata-se de uma profissão que tem enfrentado muitos desafios na construção de sua identidade, na apropriação do objeto central de seu trabalho, que é o cuidado de enfermagem⁽³³⁾.

Assim, a consolidação da expressão profissional do enfermeiro, poderia perpassar, também, pela constituição da competência clínica, enquanto uma das balizas identitárias da sua exigência no âmbito dos profissionais de nível superior em saúde⁽⁵⁹⁾.

Na questão clínica, a mobilização pode estar pautada no resgate de um poder que, tendo o paciente não mais como objeto também de controle e subordinação, mas como um indicador da qualidade de trabalho da Enfermagem, necessita atendê-lo além do papel de vigilante das ações dos auxiliares encarregados do atendimento das necessidades fisiológicas básicas e do cumprimento da prescrição médica⁽⁶⁰⁾.

Enquanto atividades no processo de trabalho do enfermeiro são citadas quatro como essenciais, sendo a dimensão assistencial, gerencial, educativa e de pesquisa^(61,63).

As intervenções do enfermeiro no trabalho são conceituadas e concretizam-se, nesta abordagem, em duas formas, processo de cuidar e o processo administrar, sendo enfatizado, que o enfermeiro tem assumido cada vez mais as atividades de cunho administrativo⁽³⁶⁾.

No nosso meio, as ações de cuidados, configurou-se pelo processo de divisão do trabalho em enfermagem, sendo atribuída como atividades assistenciais, em sua maioria, ao pessoal de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem e ao enfermeiro destinadas as atividades mais intelectuais de gerenciamento do cuidado e da unidade, incluindo os recursos materiais e humanos^(33,40,42).

Nessa realidade, na clássica contribuição da obra de Almeida e Rocha, as autoras ainda abordam que o enfermeiro está distanciado do seu objeto de trabalho, o cuidado em enfermagem, gerencia o processo de trabalho realizado por trabalhadores parcelados e alienados do processo de trabalho, ao mesmo

tempo, para controlar esse pessoal utiliza o seu saber como instrumental ideológico do poder⁽⁵²⁾.

Conforme é proposto como desafio a uma possibilidade de nova configuração de estilo de atuação que pode vir a se constituir, investindo na conformação de um padrão de formação e de atuação centrados na coordenação do processo de cuidar. Nessa dinâmica de trabalho a enfermeira assistencial tem por competência a coordenação do processo de cuidar e como instrumentos a sistematização do cuidar, a mediação das relações profissionais e a representação da sua equipe junto às esferas de gestão, interface com o processo de trabalho de administrar, descrevendo como conceito de processo de cuidar:

A seqüência dinâmica e sistematizada de ações necessárias e suficientes para a construção, desempenho e validação do trabalho da equipe de enfermagem, agregando intervenções específicas (cuidar dual), ações complementares e interdependentes do conjunto multiprofissional (assistir-cuidar) desenvolvidas em contextos institucionais peculiares^(57:160).

Em vista do que foi exposto sobre o processo de trabalho em saúde e enfermagem, pode-se numa seqüência lógica de apresentação de conceitos, abordar o tema humanização no processo de cuidar, enquanto perspectiva de continuidade ao tema proposto no estudo, que é a compreensão sobre a experiência do familiar visitante e acompanhante em interação com os profissionais responsáveis pelo cuidar.

1.3. Contextualizando a humanização no processo de trabalho do enfermeiro

Durante a hospitalização, quando o doente não preenche critérios normativos institucionais para que permaneça com acompanhante, e a família quer se tornar acompanhante, ela passa a não aceitar a rigidez das normas para visitantes e tenta burlá-las. Está estabelecido um conflito, onde a equipe de enfermagem, liderada pelo enfermeiro, revestida de poder legitimado pela

instituição, trata a família como transgressora das normas institucionais. A família, por sua vez, percebe uma equipe incomodada com sua presença, desatenciosa e como barreira na autonomia ao livre movimento entre os papéis de familiar visitante e de acompanhante, não se sentindo acolhida pela equipe⁽¹³⁾.

No entanto, quando a família passa de visitante para acompanhante e vivencia o contexto hospitalar por mais tempo, há a possibilidade do estabelecimento de um relacionamento mais próximo com a equipe de enfermagem e um relacionamento terapêutico doente-família, aliviando o sofrimento de ambos⁽¹³⁾.

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem sabem que o cuidado ao paciente deve ser humanizado, estendendo-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença, e isto envolve a família e ou rede social. Porém, sabe-se que vivenciar esse processo na perspectiva de todos, ou seja, usuário-família-profissional, é complexo, necessitando de abordagem teórica e reflexiva para analisar tal questão.

Quando estamos diante de um usuário-sujeito, há a necessidade do entendimento de que aquela pessoa, nosso semelhante, pode encontrar-se fragilizada, assustada, em desconforto físico e psíquico, desabilitada de suas funções, esperando um tratamento digno e respeitoso, com proximidade, atenção, afetividade e, sobretudo serem ouvidos atentamente⁽⁶⁵⁾.

Outro aspecto importante a ser considerado é a mutualidade, que implica em compartilhar, em boa vontade, em estar aberto, em ouvir a realidade, o que o outro tem a dizer, o entregar-se e envolver-se realmente com o outro. Sem envolvimento pode não existir a cura, quando ela for possível, e nem o reconforto quando nada mais puder ser feito pela pessoa que estiver morrendo⁽⁶⁵⁾.

Com isto, com a intenção de trazer subsídios à discussão do tema, abordaremos os conceitos de humanização, acolhimento e vínculo, como elementos indissociáveis no processo de trabalho em saúde e em enfermagem, tendo a assistência como referência, bem como a relação usuário-família-profissionais. Destaca-se também que tais conceitos se alinham aos princípios do SUS.

No âmbito da saúde, a temática humanização, sempre esteve presente em alguma medida, porém ganhou força e maior legitimidade quando em maio de

2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em dezembro do mesmo ano. Então o PNHAH passa a constituir-se uma política ministerial distinta quando comparada a outras do mesmo setor, pois se destina promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, tendo como objetivo fundamental o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários-profissionais, entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados pelas instituições. O Programa então, foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma Política de assistência e não mais um programa provisoriamente intitulada “Humaniza SUS”^(66,68).

Então, enquanto Política Nacional de Humanização (PNH) e não programa aponta-se as definições presente para estas ações, sendo:

Ser tomada como diretriz política transversal, isto é, perpassando todas as ações e instâncias de efetuação; traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS; pautar-se pela construção de trocas solidárias, comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos^(69:10).

Assim, entende-se o conceito de humanização como sendo:

O aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Para isso, a humanização se fundamenta em “troca e construção de saberes; diálogo entre os profissionais; trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde^(69:10).

Os princípios norteadores da PNH, conforme proposto pelo Ministério da Saúde são:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos^(69:12).

Dentro da Política de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde, espera-se que sejam consolidadas as quatro marcas de governo específicas, definidas como:

Todo usuário do SUS saberá que são os profissionais que cuidam de sua saúde; as unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários (código de direitos dos usuários) e possibilitarão acompanhamento pelos familiares; redução de filas por meio de acolhimento com avaliação de risco e agilidade e as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e aos usuários^(69:13).

Na atenção hospitalar, foco do estudo em questão, são propostos três níveis de referência (C, B e A), como padrões para adesão à PNH, apresentados como:

- **Exigências para o nível C:** mecanismos básicos de escuta e participação dos usuários e funcionários; visita aberta e familiar participante; comitê local de humanização; equipe de referência (responsáveis pelo acompanhamento – com médico e enfermeiro), com agenda para atendimento da família (com horário definido) e garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência.
 - **Exigências para o nível B:** ouvidoria; conselho gestor; visita aberta e familiar participante, comitê local de humanização; equipe de referência (responsável pelo acompanhamento) com médico e enfermeiro; agenda da equipe de referência com horário definido para atendimento da família; garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência; acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA/PS, Amb, SADTS) e plano de educação permanente com temas de humanização.
 - **Exigências para nível A:** ouvidoria; conselho gestor, visita aberta e familiar participante e equipe de referência (responsáveis pelo
-

acompanhamento com médico e enfermeiro; agenda da equipe de referência com horário definido para o atendimento da família; garantia de continuidade de assistência com programa de referência e contra-referência; acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (PA/PS, Amb., SADTS); comitê local de humanização com plano diretor de humanização; equipe multiprofissional de assistência; inserção nos programas especiais do Ministério (quando couber); núcleo de educação permanente articulado pólo de educação permanente de sua região⁽⁷⁰⁾. Brasil, 2003

Nos três níveis de referência, enquanto elemento comum, descritos pelo Ministério da Saúde para adesão à PNH na atenção hospitalar, fica explicitado, dentre outros, exigências voltadas à visita aberta e familiar participante. Percebe-se a intenção de abrir espaço para o diálogo e a produção de saúde dos sujeitos.

Fica explicitada a relevância da implantação nos serviços de saúde das práticas relacionadas à humanização, acolhimento e vínculo, enquanto condicionadores para assegurar a atenção integral à população, implementando estratégias para ampliar a condição de direitos e de cidadania.

Ao longo destes anos, desde a elaboração, implantação e monitoramento do PNH, várias publicações foram realizadas a respeito deste tema, com o objetivo de auxiliar os estados e os municípios a compreender, organizar e consolidar modelos de saúde que apliquem esses princípios, na forma de estratégias/ações voltadas ao usuário, à equipe e gestores.

Nessa linha também foi construído o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006, voltadas à consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, para contemplar o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão⁽⁷⁰⁾.

Destacando o Pacto pela Vida há o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população. Assim os estado, regiões, municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos, sendo seis as prioridades pactuadas:

Saúde do Idoso; controle do câncer do colo do útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica⁽⁷⁰⁾.

O Ministério da Saúde conceitua humanização como:

A valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão^(71:19).

Relacionado ao conceito apresentado, quando se pensa na avaliação dos serviços, um aspecto chama atenção nessa temática, diz respeito ao despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que, toda prática de saúde supõe⁽⁷¹⁾.

Corroborando com o que foi citado de todos os desafios para se implantar com maior efetividade o PNH, o aspecto subjetividade, terá que ser seriamente considerado e trabalhado nas múltiplas dimensões que o compõem.

A vontade dos órgãos governamentais ou as posições institucionais não garantem por si só a implantação de uma política. Será preciso o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão, diariamente junto aos usuários e demais profissionais, que mostram por meio de seu trabalho e atitudes, quais são as características do serviço de saúde que está sendo oferecido à população⁽⁷²⁾.

A compreensão de novos princípios e valores que balizam a humanização poderá ser alcançada por profissionais da saúde aptos a articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelece por meio da sua prática, para qual a humanização não se restrinja às atribuições meramente técnicas, mas, principalmente à capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de ser e existir⁽⁷³⁾.

Trazendo significativa contribuição ao modo de se pensar em produzir saúde no Brasil, Emerson Elias Merhy, dentre tantas produções científicas, com sentido à reflexão e possibilidade de um novo modo de agir em saúde, apresenta-nos uma abordagem sobre o trabalho em saúde e suas tecnologias. Assim esse autor conceitua tecnologia na saúde, iniciando que a visão já muito comum de tecnologia como sinônimo de uma máquina moderna tem dificultado a compreensão de processo de trabalho em saúde. Ampliando o conceito, tecnologia são saberes que são produzidos, comprometidos com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano. Essas tecnologias são caracterizadas, segundo o autor, em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura está relacionada à utilização de máquinas e ferramentas de trabalho, conforme exemplificada por raios-X, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, fichários para anotar dados dos usuários. A leve-dura é considerada leve quando é representada pelo saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, protocolado, normalizável e normalizado. A tecnologia leve é caracterizada quando há um encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, onde se cria a intersubjetividade, com momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculos e aceitação⁽⁶⁶⁾.

A complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde expressa como resultados a maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo⁽⁶⁶⁾.

Então, relações humanizadas pressupõem a condição para vivenciar o respeito à pessoa humana, com sua singularidade e visão particular de mundo e forma de agir nele, enquanto ser dotado de características subjetivas terá alguns

recursos possíveis voltados à inter-subjetividade, demandando assim, acolhimento e produção de vínculo para se pensar em produção de saúde com responsabilização. Nesta complexidade a interação entre usuário e profissionais, bem como profissionais e profissionais se dará em alguma proporção.

Na saúde acolhimento consiste:

Na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde. Assume-se então nos serviços, uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização com a saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e a população^(74:21-4).

Para o Ministério da Saúde o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto”, ou seja, uma atitude de inclusão, implicando, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. Por isso, destaca o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS⁽⁷¹⁾.

Desta forma, entendemos, que por meio dos autores apresentados nesta etapa do estudo, contribuindo sobre processo de trabalho em saúde e os conceitos relacionados à humanização, poderão nos ajudar no aprofundamento das discussões sobre a compreensão da relação existente entre os profissionais e o usuário visitante-acompanhante.

Assim, o estudo perpassa pela intencionalidade em entender melhor o viés desta interação, “equipe de enfermagem-família”; uma vez que nos deparamos com uma carência de pesquisas específicas sobre essa temática, vivida diariamente na perspectiva de pessoa e profissional responsável pelo processo de cuidar. Por isso, exploramos o objeto "compreendendo a experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados", norteadas pela perspectiva metodológica da *Grounded Theory* e do Interacionismo Simbólico.

Diante dos argumentos apresentados e preocupados em produzir conhecimentos retro alimentadores da assistência de Enfermagem e do ensino,

num cenário humanizado, perguntamos:

— Como têm sido as experiências, na perspectiva da equipe de enfermagem, acerca dos familiares visitantes e acompanhantes de pacientes adultos ou idosos hospitalizados, em unidades clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário?

Face ao questionamento, traçamos os seguintes objetivos.

1.4. Propondo os objetivos da pesquisa

- Compreender a experiência interacional sob a perspectiva da equipe de enfermagem, acerca dos familiares visitantes e acompanhantes durante a hospitalização de adultos ou idosos.
 - Desenvolver um modelo teórico representativo da experiência vivida por eles.
-

Capítulo 2

APRESENTANDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



2.1. Optando pela metodologia qualitativa

Escolhemos a metodologia qualitativa, mediante a pretensão de descrever os fenômenos que compõem a experiência da equipe de enfermagem com familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos internados em unidades clínicas e cirúrgicas.

Dentre os principais referenciais teóricos e metodológicos utilizados nos estudos qualitativos, optamos pelo Interacionismo Simbólico e pela *Grounded Theory*.

2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais

2.2.1. Interacionismo Simbólico: referencial teórico

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da Psicologia:

- o interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo;
 - o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação;
 - interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação;
 - o interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção^(75:22-3).
-

Os conceitos do interacionismo simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social⁽⁷⁵⁾.

- **Símbolo**

É o conceito central, pois, sem os símbolos não podemos interagir uns com os outros. Eles pertencem a uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa⁽⁷⁵⁾.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combinem os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros^(75:41).

- **Self**

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”^(75:82).

- **Mente**

Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos^(75:92).

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*⁽⁷⁵⁾.

- **Assumir o papel do outro**

Esse conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”^(75:103).

- **Ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá^(75:125).

- **Interação social**

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação, bem como são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro^(75:149).

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como essas, permite a compreensão da natureza da interação.

2.2.2. Grounded Theory: referencial metodológico

Segundo os idealizadores da *Grounded Theory*, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistematicamente e comparativamente⁽⁷⁶⁾.

Para eles a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar⁽⁷⁶⁾.

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, onde o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados⁽⁷⁶⁾.

Esse é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados⁽⁷⁶⁾.

2.3. Os atores participantes e o local da pesquisa

A saturação teórica foi obtida a partir da análise da 11ª entrevista com membros da equipe de enfermagem, sendo: quatro Enfermeiros, três Técnicos e quatro Auxiliares de Enfermagem, lotados em três unidades clínicas e três cirúrgicas, de um Hospital Universitário Público de grande porte, do interior paulista.

Dos 11(100%) atores, 7(64%) do gênero feminino, com um tempo de serviço na área de Enfermagem entre um a 31 anos. Todos referiram ter experiências em internar e visitar alguém da família, sendo que 64% já havia vivenciado o papel de paciente e 46% o de acompanhante (Tabela 1).

Tabela1. Caracterização individual dos atores da pesquisa.

| N° | Sexo | Função | Tempo na instituição | Esteve internado | Internou Alguém da família | Visitou alguém internado | Acompanhou alguém internado |
|----|------|------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | F | Enfermeira | 21 anos | Sim | Sim | Sim | Não |
| 2 | F | Enfermeira | 1a 8meses | Não | Sim | Sim | Não |
| 3 | F | Auxiliar de Enfermagem | 22anos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| 4 | M | Auxiliar de Enfermagem | 12 anos | Não | Sim | Sim | Sim |
| 5 | M | Técnico de Enfermagem | 31 anos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| 6 | M | Técnico de Enfermagem | 12 anos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| 7 | F | Auxiliar de Enfermagem | 18 anos | Sim | Sim | Sim | Não |
| 8 | M | Auxiliar de Enfermagem | 13 anos | Não | Sim | Sim | Não |
| 9 | F | Enfermeira | 1 ano | Sim | Sim | Sim | Não |
| 10 | F | Enfermeira | 1 ano | Não | Sim | Sim | Não |
| 11 | F | Técnico de Enfermagem | 15 anos | Sim | Sim | Sim | Sim |

O cenário hospitalar, onde os atores desta pesquisa vivenciam as suas experiências pertence a um dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo que, engloba 68 municípios. Conta com o Pronto Socorro que atende aos casos de urgência e emergência da região, e a maternidade recebe os casos de parturientes com gestação de risco. O Hospital funciona com 415 leitos, sendo o Serviço Técnico de Enfermagem dividido em áreas distintas: Diretoria Materno-infantil, que abrange enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia, Centro Obstétrico, Banco de Leite Humano, UTI de Neonatologia, Alojamento conjunto e Enfermaria de Pediatria; Diretoria Clínico-Cirúrgico, abrangendo as enfermarias de Neurologia clínica e cirúrgica, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Clínica Médica I, II e III, Dermatologia, Moléstias infecciosas e parasitárias, Cirurgia cardíaca e torácica, Cirurgia vascular, Ortopedia e cirurgia plástica, Urologia e transplante renal e, Gastrocirurgia e Unidade de pacientes conveniados; Diretoria de Unidades Especiais: UTI de Adultos, UTI Pediátrica, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterelizado, Cirurgia Ambulatorial, Hemodiálise, Ambulatório Geral e Terapia Antálgica. Os setores de Quimioterapia, Hemocentro, Serviço de Diagnóstico por Imagem e Pronto Socorro, pertencem às Diretorias Médicas do Hospital das Clínicas.

2.4. Estratégias para coleta e análise de dados

Antes de realizar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado, na forma de projeto de pesquisa, conforme Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁷⁷⁾, tendo o parecer favorável com o N° OF 557 do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1).

Consta no estudo, também, a justificativa de alteração no título do projeto de pesquisa (Anexo 2).

A coleta de dados ocorreu no período de novembro, dezembro de 2006 e janeiro de 2007, na seqüência da aprovação em 06 de novembro de 2006.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, quando se agendou data e local que favorecesse a abordagem para os depoimentos. Os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo, a dinâmica da entrevista, sendo áudio-gravadas, a garantia do anonimato e a destruição das fitas após o procedimento de transcrição das narrativas. Considerando-se o interesse dos sujeitos em participar do estudo, foi solicitada a leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

Diante disto, a coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas não diretivas, tendo como questão de partida: — Como tem sido a sua experiência com familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos?

Essa questão foi formulada aos atores pelo próprio pesquisador, em ambiente que pudesse assegurar a privacidade das informações.

O registro das observações foi realizado por meio de anotações, durante os eventos, utilizando-se de um diário. O registro constou de notas breves, como palavras e frases, de modo que possibilitassem a reconstrução da situação observada. Tivemos o cuidado de efetuar os registros, imediatamente após o término da observação para evitar esquecimentos ou confundir as situações⁽⁷⁸⁾.

A análise dos dados foi realizada de acordo com o método da *Grounded Theory*, tendo como orientação às estratégias básicas para a formação de categorias, apresentadas por Chenitz, Swanson⁽⁷⁹⁾.

Categorias, segundo as autoras, são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory*. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise.

As fases da análise dos dados são: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo⁽⁷⁹⁾.

- **Descobrir categorias.** O passo inicial, uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistirá em quebrar os dados em pequenos pedaços, onde cada um deles representará um incidente específico ou fato. Para isso, os dados serão analisados linha por linha, e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente será codificado como um conceito ou abstração do dado⁽⁷⁹⁾.
- **Ligando categorias.** Uma vez identificadas às categorias, será efetuada nova comparação, desta vez entre categorias, o que determinará uma melhor estruturação do conceito. Deste modo, ocorrerá um processo de redução das categorias, onde pela comparação será identificada a idéia que melhor explicará o fenômeno daquele grupo de categorias. Serão, então, identificadas as categorias e seus componentes (ou subcategorias)⁽⁷⁹⁾.
- **Desenvolvimento de memorandos.** O processo de construção da teoria implicará no registro do processo analítico desde o seu início, de modo a que se possa perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, após a codificação inicial das primeiras observações, todas as idéias que irão surgir em função da leitura e das próprias observações passarão a ser registradas⁽⁷⁹⁾.
- **Identificação do processo.** Uma vez identificadas às categorias e seus componentes, passaremos a ordená-las de maneira a identificar uma que fosse central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionam. Para chegar a ela, serão elaborados esquemas e aplicados aos dados (novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles pareça melhor expressar as experiências dos pacientes, enfermeiros e famílias, em termos conceituais)⁽⁹⁾.

A **análise dos dados** foi realizada à luz da *Grounded Theory*, conforme apresenta-se no próximo capítulo.

Capítulo 3

*A EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE
ENFERMAGEM-FAMÍLIA DE ADULTOS E
IDOSOS HOSPITALIZADOS*



3.1. Identificando os fenômenos

A análise dos dados à luz da *Grounded Theory* nos permitiu compreender a experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados.

Seguindo os passos do referencial identificamos quatro fenômenos:

Fenômeno A. Deixando de acolher famílias não colaborativas, como estratégia de enfrentamento à sobrecarga gerada pelo déficit de recursos humanos e indefinição do papel de acompanhante.

Fenômeno B. Condicionando o acolhimento das famílias, às suas competências de: auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada e de acatar as orientações e as normas institucionais.

Fenômeno C. Enfermeiro vivendo o dilema de autorizar ou não o ingresso de familiares no papel de acompanhante e visitante.

Fenômeno D. Sinalizando o apoio psicológico a equipe de enfermagem como uma estratégia para se resgatar a confiança e o respeito da família, por meio da cordialidade e hospitalidade.

Os fenômenos serão apresentados em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergiram da experiência, segundo os componentes que compõem o processo: fenômenos, temas, categorias, subcategorias e elementos.

Ressalto que, os quadros dispostos no Anexo 4 apresentam os códigos decorrentes do processo de codificação das entrevistas, agrupados em seus respectivos componentes. Os códigos alfa numéricos representam: E=enfermeiro, T= técnico de enfermagem, A= auxiliar de enfermagem, primeiro algarismo=classificação numérica do ator, segundo algarismo=alocação do código segundo a página da entrevista transcrita.

FENÔMENO A. DEIXANDO DE ACOLHER FAMÍLIAS NÃO COLABORATIVAS, COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À SOBRECARGA GERADA PELO DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS E INDEFINIÇÃO DO PAPEL DE ACOMPANHANTE.

Este fenômeno retrata que o movimento de rejeição às famílias pela equipe de enfermagem, no cenário hospitalar, está diretamente relacionado à precarização das condições de trabalho, principalmente, imposta pela sobrecarga de atividades, em face de a escassez de recursos humanos na área, bem como a indefinição do papel do acompanhante na instituição. Este fato gera conflitos na relação equipe-família, podendo repercutir no tratamento do paciente, influenciados pela perda de confiança, de vínculo e de cooperação. Enquanto a família espera uma assistência individualizada e integral ao seu ente, a enfermagem se vê impossibilitada e pressionada a oferecê-la, uma vez que, seu trabalho é organizado pelo estabelecimento de prioridades de tarefas. Não compreendendo o processo de trabalho da enfermagem e passando por uma fase difícil, mediante a doença de uma pessoa querida, a família tende a agir de forma não colaborativa, ao desordenar e tumultuar a seqüência de atividades, idealizada pela enfermagem para os pacientes da unidade, principalmente, quando exigem atendimento individualizado, adotam uma postura de vigilância sobre a enfermagem, bem como agem em inobservância às orientações oferecidas e as normas institucional, portanto, se configurado em indutores de conflitos equipe de enfermagem-famílias-pacientes. Nesta perspectiva a enfermagem se mostra cada vez mais resistente, no sentido de empreender um movimento contrário a qualquer possibilidade de tornar aberto o cenário às famílias, como uma forma de se preservar. Certamente, o acolhimento é oferecido somente para aqueles familiares que se mostrarem preparados a auxiliá-la nos cuidados a pessoa hospitalizada e cooperativa para o bom andamento do trabalho da enfermagem. Este fenômeno reúne sete categorias: convivendo com a sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos; deixando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente para priorizar a administração de medicamentos; considerando a escassez de recursos

humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família; equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família; considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa; conflito equipe de enfermagem-família, gerando sobrecarga psicológica à equipe, estendida a pessoa hospitalizada; deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho (Diagrama 1).

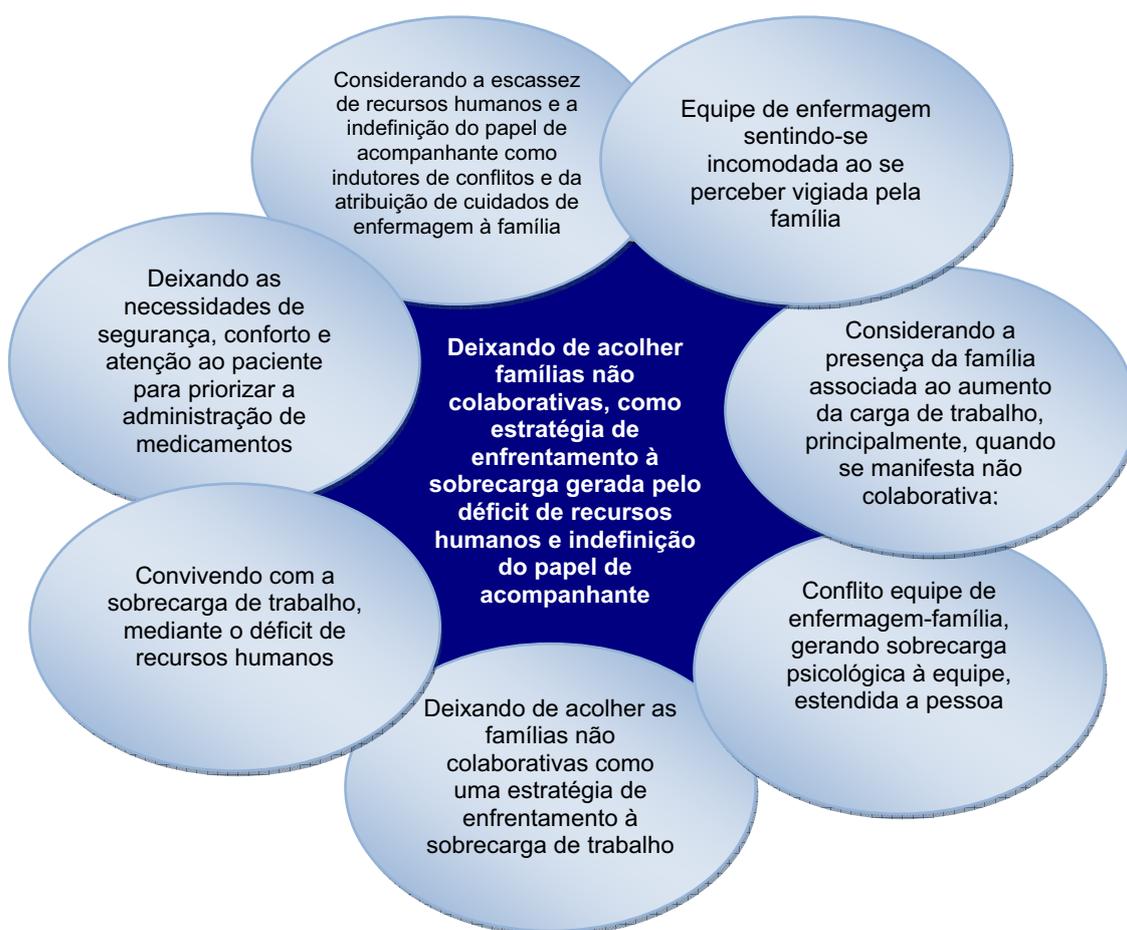


Diagrama 1. Fenômeno A. Deixando de acolher famílias não colaborativas, como estratégia de enfrentamento à sobrecarga gerada pelo déficit de recursos humanos e indefinição do papel de acompanhante: categorias.

Categoria A1. Convivendo com a sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos e indefinição do papel de acompanhante.

Significa um componente dificultador para a equipe de Enfermagem operacionalizar a assistência, segundo as necessidades integrais da pessoa hospitalizada. É uma condição que gera sobrecarga de trabalho e declínio na qualidade assistencial, segundo a demanda requerida pelo binômio paciente-família (Quadro 1).

“... é complicado porque a gente tem um número de funcionário muito menor do que o adequado...” (E9-47)

“... a gente fica com 6, 7, 8 pacientes e tem que dar atenção para todo mundo...” (A3-17)

“... o hospital em si, os funcionários eles não tem muito tempo... é muita correria e a gente vai naquela correria no dia-a-dia que tem que fazer isso, tem que fazer aquilo...” (E1-1).

“... então eles estão tão cansados, é muito serviço...” (E9-49)

Categoria A2. Deixando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente para priorizar o preparo e a administração de medicamentos.

É a tomada de decisão da equipe de enfermagem, em face de a sobrecarga de trabalho, pautada no estabelecimento de prioridades, como o preparo e administração de medicamentos, deixando para o segundo momento, o atendimento das necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente. A família sob esta perspectiva passa a ser vista pela enfermagem como uma parceira no processo de trabalho e, portanto, sua aceitação torna-se mais difícil, mediante atitudes contrárias à dinâmica de seu trabalho. Esta categoria reúne duas subcategorias: dando prioridade ao preparo e administração de medicamentos; relegando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente (Quadro 2).



Diagrama 2. Categoria A2. Relegando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente para priorizar a administração de medicamentos: subcategorias.

Subcategoria A2.1. Dando prioridade ao preparo e administração de medicamentos

Mediante o déficit de recursos humanos a equipe de enfermagem no dia-a-dia tem priorizado o preparo e administração de medicamentos e esse processo nem sempre é compreendido pela família (Quadro 2).

"... A gente trabalha em ordem, você prepara, administra as medicações e troca os pacientes..." (A7-38)

"... O acompanhante às vezes exige que você troque o paciente naquele momento..." (A7-38)

"... O acompanhante às vezes exige que você troque o paciente naquele momento e a gente está fazendo outra coisa, uma medicação urgente..." (A7-38)

"... Ou eles ficam exigindo coisas que na hora você não está podendo fazer, e não é aquilo que é o primordial da hora, entendeu..." (T11-59)

Subcategoria A2.2. Relegando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente

Significa que a equipe de enfermagem quando submetida à sobrecarga de trabalho, movida pelo déficit de pessoal, tende a priorizar o atendimento das necessidades fisiológicas dos pacientes, ainda que avaliadas de maneira insatisfatória, mediante a indisponibilidade de tempo. Para tanto, as necessidades de segurança, conforto e atenção acabam sendo colocadas num segundo plano. Perante este fato, a enfermagem sente-se mais segura em

contar com um familiar que se mostre competente em auxiliá-la na vigilância, bem como no atendimento de outras necessidades que fogem ao seu alcance (Quadro 2).

“... então com nove pacientes para cuidar, um monte de coisas para fazer... então é estressante para eles, tem dia que eles estão com dez pacientes, cinco deles dependentes então, sobrecarrega muito...” (E9-51)

“... e a gente não tem tanto tempo para ficar conversando com o paciente, falando...” (A3-16)

“... é muita correria tanto de médico, quanto de interno, auxiliar, técnico, do enfermeiro principalmente...” (E1-1)

“... às vezes a gente não dá muita importância para isso, à gente não vê esse lado, essa necessidade do paciente, então... acho que fica muito a desejar nesse ponto...” (E1-1)

“... porque a gente está trabalhando com um número muito reduzido de funcionários então, uma água que o acompanhante dê, uma comida... até você chegar lá já está gelada... mas tem hora que não dá e vai comer comida fria... O acompanhante nessa hora ajuda bem sim...” (A7-38)

“... Eu fico mais tranqüilo de saber que um paciente tem um acompanhante dentro do quarto, porque a falta de funcionário é bastante...” (A4-19)

Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família.

Significa que, o processo vivenciado de desorientação, tanto da família quanto da equipe, acerca das atribuições de acompanhantes no cenário hospitalar, advém da inexistência de definição do papel deste ator, ou seja, quais são os seus limites de atuação na assistência à pessoa hospitalizada, bem como da escassez de recursos humanos. Esta categoria agrupa três subcategorias: atribuindo os cuidados de enfermagem simples à família e os complexos à equipe; considerando que o papel do acompanhante não está condicionado a prestação de cuidados de enfermagem; gerando conflitos na equipe de enfermagem e na relação equipe-família, mediante a falta de conduta e linguagem uniformes (Diagrama 3).

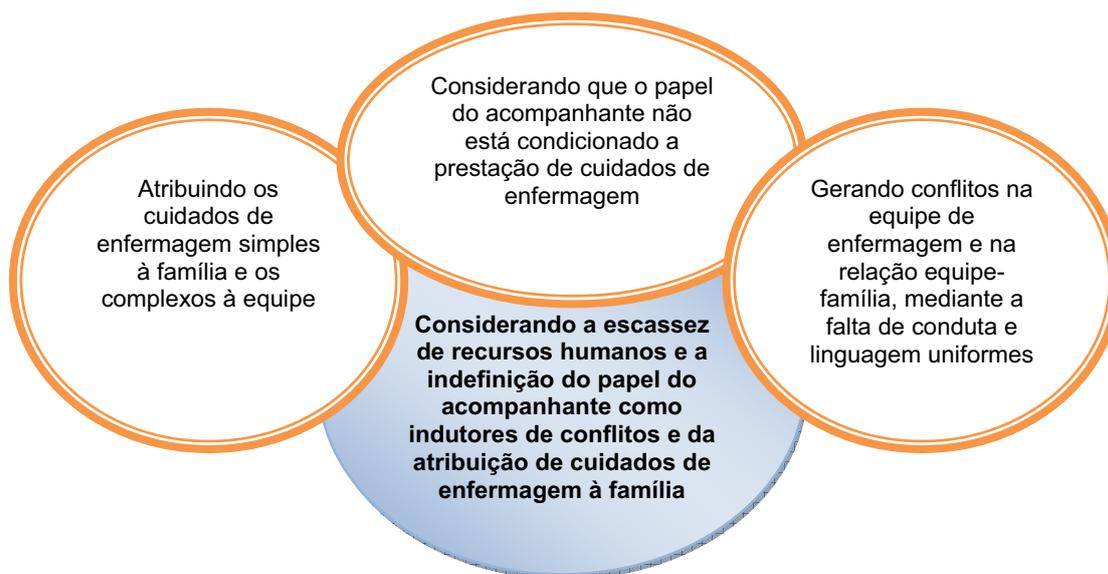


Diagrama 3. Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família: subcategorias.

Subcategoria A.3.1. Atribuindo os cuidados de enfermagem simples à família e os complexos à equipe

Significa a compreensão quase unânime da equipe de enfermagem que as atribuições do acompanhante devam envolver cuidados classificados como simples, dentre estes: colocar comadre e encaminhar ao banheiro, auxiliar na alimentação e hidratação e mudar roupas da cama. À equipe de enfermagem caberiam os cuidados mais complexos, como exemplo, a ênfase as ações relativas às medicações. Esta subcategoria agrupa dois elementos: atribuindo ao acompanhante a responsabilidade por cuidados simples à pessoa hospitalizada; elegendo cuidados importantes (alta complexidade) como de competência da equipe de enfermagem (Quadro 3).

“... A vantagem é quando o acompanhante colabora, o paciente precisa de uma água e ele pega entendeu, coisas pequenas, práticas e ele vai e faz...” (T6-30)

“... se for uma pessoa idosa às vezes a família já está até acostumada cuidar em casa...” (A7-37)

“... Então a gente vai, explica que se possível, para dar uma mão, para estar ajudando, pondo uma comadre, se conseguir, ajudar, porque aqui tem pouco funcionário... porque acho que colocar uma comadre, não vai matar o acompanhante, vai até ajudar a gente...” (E9-48)

“... No meu pensar, o acompanhante ajuda bastante, não que ele tenha a obrigação de fazer as coisas, porque, tem uma parte que é nossa...” (A8-18)

“... teve uma paciente que internou aqui e ela estava recebendo quimioterapia em bomba de infusão, a filha dela ficava aqui mexendo na bomba de infusão... A hora que a gente ia ver, estava tudo desregulado... com a intenção de ajudar... Então, tem que conversar e explicar até onde você pode ajudar e até onde você não deve entrar e deve estar chamando a equipe de enfermagem...” (E9-48)

Subcategoria A.3.2. Considerando que o papel do acompanhante não está condicionado a prestação de cuidados de enfermagem

Significa que um grupo aparentemente minoritário vem se posicionando contrário à atribuição de cuidados de enfermagem para acompanhantes. Considera as atividades relativas à higiene e conforto, bem como alimentação, como de competência da enfermagem (Quadro 3).

“... Isso para o paciente é bom, é bom quando tem um da família que fica com ele mas, não precisa fazer tudo certo... não é trocar ele, ficar dando comida para ele, isso tudo a gente faz...” (T5-22)

“... (a família está) ali não para atender as necessidades fisiológicas, porque a gente atende...” (A3-16)

“... não vejo problema nenhum nisso, desde que a equipe não esteja atribuindo ao acompanhante a função que é sua...” (E2-7)

“... Por que... vem a ser acompanhante. Ele tem que tirar o paciente da cama, acompanhá-lo até o banheiro, colocar comadre? Isso é uma obrigação do acompanhante?... A equipe de enfermagem precisa definir, qual é o papel do acompanhante... Eu acho que isso não está bem determinado...” (T11-60)

Subcategoria A3.3. Gerando conflitos na equipe de enfermagem e na relação equipe-família, mediante a falta de conduta e linguagem uniformes

A falta de definição do papel da família no cenário hospitalar gera divergências de orientações e conseqüentemente conflitos entre os membros da própria equipe de enfermagem, bem como da família. Esta subcategoria agrega três elementos: faltando definição formal do papel de acompanhante para a família e para a equipe; acometendo os processos de coordenação, orientação e supervisão de familiares visitantes e acompanhantes; gerando conturbações entre os profissionais e familiar-equipe (Quadro 3).

“... Eu posso falar com tal paciente? Não pode! Esse telefone é da enfermaria. Mas a enfermeira do dia deixou a gente falar!...Então como é uma enfermaria muito grande é difícil você trabalhar em equipe, principalmente com várias enfermeiras em vários horários...” (E9-46)

“... Eu acho que o que está faltando aí é uma conversa, entrar num acordo. Porque se um vem e fala que pode entrar, aí você vem e fala que não...” (A8-43)

“... eles ficam até mesmo um pouco perdidos, porque a gente fala que o acompanhante vem para acabar ajudando a gente, então não sei o que passa na cabeça deles...” (E9-48)

“... mas eu acho assim... eu acho que há uma má orientação para o acompanhante que fica...” (A8-39)

Categoria A4. Equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família

Significa um sentimento que fragiliza o vínculo equipe de enfermagem-família, quando se estabelece uma relação de desconfiança, sinalizada por questionamentos, observações, comparações sobre o tratamento e cuidados oferecidos pelos membros da equipe da equipe (Quadro 4).

“...Os funcionários se sentem questionados – Será que ela não sabe que eu sei o que eu estou fazendo? Será que ela pensa que eu não sei? Eu trabalho aqui há tanto tempo...” (E2-9)

“...então eles não têm muita paciência... são muito poucos que têm... paciência de explicar, de falar, então eles acham que é uma pessoa que está ali observando o serviço, entendeu, então eles não gostam muito disso...” (E1-4)

“...Mas a família observa a gente. Observa os cuidados que você faz. Algumas vezes você passa um creme no paciente, para hidratar, e a pessoa fica até agradecida: Nossa você faz isso... e o colega seu de ontem não fez isso para ele!...” (A7-37)

Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa.

A enfermagem reconhece que a sua carga de trabalho tende a aumentar com a presença da família. Acarreta demanda por atenção da equipe, principalmente, quando o familiar começa a exigir uma assistência individualizada ao doente, bem como adotar comportamentos que infringem as normas hospitalares. A experiência da enfermagem com familiares no cenário hospitalar a tem levado a avaliar que, algumas vezes, seria melhor não contar com os mesmos, principalmente, quando estes não compreendem o processo de trabalho empreendido pela equipe, bem como a observância às rotinas hospitalares. Esta categoria agrupa oito subcategorias: acompanhantes e visitantes desordenando o trabalho da equipe de enfermagem ao exigirem um tratamento individualizado ao seu familiar; familiares interferindo nas condutas estabelecidas pela equipe; familiares desrespeitando o número permitido de visitas por paciente; prolongando os horários de visitas; acompanhante empreendendo movimento além do espaço junto ao seu ente; acompanhantes idosos tornando-se dependentes da assistência de enfermagem; visitantes entrando nos quartos dos pacientes com crianças; comprometendo a privacidade os acompanhantes de sexo oposto ao da pessoa hospitalizada em quartos coletivos (Diagrama 4).



Diagrama 4. Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa: subcategorias.

Subcategoria A5.1. Acompanhantes e visitantes desordenando o trabalho da equipe de enfermagem ao exigirem um tratamento individualizado ao seu familiar

Significa uma das atitudes da família que contribui para a sobrecarga da equipe, mediante a adoção de postura não colaborativa com a enfermagem, ao exigir uma assistência individualizada, impossível de ser oferecida ao seu ente, segundo a avaliação da enfermagem, quando o modelo de organização do trabalho institucional não está fundamentado na integralidade e sim na prioridade de tarefas, definida pela equipe. A família, na maioria das vezes, não consegue avaliar no paciente o que demanda atendimento imediato ou não, o que ela quer é que seu ente tenha uma atenção imediata e individualizada, mediante aquilo que a mesma entende ser um problema. Trata-se de necessidades divergentes na relação equipe-família que acabam gerando insatisfações bilaterais. Para a equipe, ao ver o desenvolvimento de seu plano idealizado de trabalho tumultuado e, provavelmente, a família por não contar com um modelo de atendimento integral. Nessa lógica, certamente, a família atrapalha o trabalho da enfermagem (Quadro 5).

“... Às vezes eles ficam exigindo muita coisa, e as vezes, não dá para a gente dar na hora, eles ficam no corredor atrás da gente e a gente está ocupado com outras coisas, sendo que dá para esperar um pouquinho...” (A3-15)

“... E aí acaba criando um tumulto, por que a pessoa quer que a gente esteja ali na hora, às vezes você está dando um cuidado para um paciente, pede para aguardar, então esse é o atrito que acaba acontecendo...” (A3-17)

“... mas, tem certas pessoas que às vezes faz a gente de empregado deles...” (A3-15)

Subcategoria A5.2. Familiares interferindo nas condutas estabelecidas pela equipe

A interferência de familiares nas condutas estabelecidas pela equipe no tratamento do seu ente, bem como de outros pacientes na unidade de internação, acaba tumultuando o andamento da assistência prestada pela equipe de enfermagem (Quadro 5).

“... Atrapalha porque ele cria uma resistência ao tratamento, ele interfere...” (T6-30)

“... acaba atrapalhando. Muitos acompanhantes acabam interferindo no outro paciente, então acho que isso acontece...” (E10-58)

“... Tem situações que o paciente é dependente, aí a equipe precisa dar alguns cuidados e a família quer interferir, não acha que é o correto...” (T6-30)

“... até num episódio que teve um acompanhante que era a mãe de uma adolescente... o paciente tinha um diagnóstico de fratura de coluna então é uma coisa que assusta, a família fica... vai mexer, vai fraturar mais, vai ficar paraplégica... e tem pessoas que são mais ignorantes, mais simples, não sabem mesmo... e aí o funcionário foi colocar a comadre e ela falou: Não! Não! Não vai por comadre! Eu não vou deixar, porque vai levantar o bumbum...” (E2-9)

“... O acompanhante está aqui ele quer que a gente dê atenção, que tenha um funcionário só para atender o parente dele que está ali na cama...” (A3-14)

Subcategoria A5.3. Familiares desrespeitando o número permitido de visitas por paciente

A equipe de enfermagem considera o número excessivo de visitantes por paciente um componente que tumultua o ambiente e a assistência a ser oferecida ao doente, principalmente, quando não atendem às ordens dos funcionários para deixarem o quarto (Quadro 5).

“... já aconteceu de eu chegar no plantão e ter quatro ou cinco dentro do quarto... aí você chega e pede, fala que já terminou o horário de visita e que só pode ficar o acompanhante... a pessoa não quer sair...” (A8-40)

“... a paciente ... ficou nervosa e passou mal. Então vieram chamar. Eu corri lá no quarto e não conseguia verificar a pressão da mulher, eu não conseguia dar um cuidado para a mulher porque tinha quatro ou cinco perto e eu pedindo para sair e ninguém saía...” (A8-44)

“... Os quartos tem três camas, três doentes e o permitido são dois visitantes por pessoa mas, ninguém controla, você chega tem pessoas sentadas pelas camas...” (T11-60)

“... Em relação à visita, a única coisa que eu acho é que às vezes é excessiva, entra muita gente... então acaba virando aquele tumulto dentro do quarto...” (A3-16)

Subcategoria A5.4. Prolongando os horários de visitas

Os visitantes que rompem com as normas quanto ao tempo pré-determinado pela unidade de internação configura-se num problema para a equipe de enfermagem, porque acabam atrapalhando o andamento do trabalho de enfermagem (Quadro 5).

“... aí você chega e pede, fala que já terminou o horário de visita e que só pode ficar o acompanhante... a pessoa não quer sair, acaba achando ruim, vem para cima da gente sabe...” (A8-40)

“... Então fica difícil porque, às vezes já fica o dia todo o quarto cheio e depois das dezenove, dezenove e trinta eles continuam ali. Então uma das dificuldades é isso sim, é o próprio respeito das pessoas a esse horário de visita... (E10-52)

“... Uma coisa que deveria mudar nessa enfermaria seria o horário que é das 13 às 20 horas porque eu acho que chega um ponto que acaba atrapalhando a equipe. Eu acho esse horário muito longo para visitante...” (E11-59)

“... daqui a pouco o funcionário vai com a bandeja e continua o quarto cheio, e fica um estresse, acaba gerando um estresse. Isso é um dos problemas...” (E10-53)

Subcategoria A5.5. Acompanhante empreendendo movimento além do espaço junto ao seu ente

Significa aquele acompanhante que com o passar do tempo vai se familiarizando com a unidade e, portanto interagindo com outros familiares e pacientes, no sentido de conhecê-los não só no sentido pessoal, mas também de explorarem a condição clínica de cada indivíduo hospitalizado. Este fato, algumas vezes acaba gerando problemas, não só por transitarem pelos quartos, mas principalmente quando revelam, antecipadamente à equipe, os diagnósticos às famílias e pacientes. Muitas vezes, passando informações distorcidas que acabam gerando problemas (Quadro 5).

“... não aqueles que ficam transitando de quarto em quarto, é... vendo mais os problemas dos outros do que o do próprio paciente que é dele da família...” (T5-22)

“... mas, não interferindo com os outros pacientes... vendo diagnóstico dos outros pacientes porque aí atrapalha bastante...” (T5-22)

“... E normalmente, às vezes, quando o familiar sabe do diagnóstico dele, se for um tumor alguma coisa assim, o hospital inteiro fica sabendo...” (T5-23)

“... Outras vezes o acompanhante já se sente em casa, invade... já aconteceu do acompanhante de um paciente nosso entrar na nossa copa, romper os quites de roupa para pegar roupa... é... invadir...” (E2-13)

“... ou então alguns querem ocupar a cama do lado, mesmo você orientado eles ocupam...” (E10-54)

Subcategoria A5.6. Acompanhantes idosos tornando-se dependentes da assistência de enfermagem

A experiência denota que tem se tornado cada vez mais freqüente o familiar acompanhante idoso que, por sua própria condição acaba tendo problemas de saúde que demandam esforços da equipe de enfermagem em assisti-lo, bem como apresentam limitações em auxiliar nos cuidados da pessoa hospitalizada (Quadro 5).

“...Porque eu acho assim, que às vezes tem vindo acompanhante ficar, com uma idade avançada, idoso acompanhando outro idoso. Às vezes o acompanhante dá mais trabalho do que o próprio paciente. O que está errado aí, eu acho que é isso...” (A8-39)

Subcategoria A5.7. Visitantes entrando nos quartos dos pacientes com crianças

Significa aquela família que afronta as normas da instituição, no sentido de rompê-las e isso demanda mobilização da enfermagem tenha para reorientá-la, bem como pedir que se restabeleça a ordem, como exemplo: a entrada de crianças na unidade de internação, demandando enfrentamentos equipe-família (Quadro 5).

“... com visita que vem fora de hora, que entra, é... não quer sair... traz criança... então aqui na enfermaria tem esses problemas também...” (E1-2)

“... Mas tem, principalmente quando trazem criança e querem que entre... isso daí dá bastante atrito...” (T5-25)

“... Tem uma pessoa que traz uma criança e aí você vai falar , não, não pode... eles acham ruim e não querem sair...” (A8-41)

Subcategoria A5.8. Comprometendo a privacidade os acompanhantes de sexo oposto ao da pessoa hospitalizada em quartos coletivos

A presença de acompanhante de sexo oposto ao paciente, em quartos coletivos, compromete a privacidade e gera constrangimentos aos companheiros (Quadro 5).

“...Outra coisa que acontece muito, e que é até um conflito, quando a gente precisa do acompanhante, mas só tem o acompanhante do sexo oposto... e aí é um problema e a gente fica em um dilema: E agora?...” (E2-12)

“...Tem também problema quando o acompanhante é do outro sexo, geralmente a gente conversa com os familiares que na medida do possível que eles coloquem uma pessoa do mesmo sexo para ser acompanhante, para não tirar a privacidade do outro doente que está ali...” (A4-21)

“...Então, às vezes o paciente está de camisola, com bomba de infusão, e eles levantam e tem uma preocupação maior às vezes de fechar a camisola, porque tem mulher no quarto, do que proteger a veia, o acesso. E os próprios pacientes reclamam quando tem oportunidade: Nossa aquela moça ali, eu fico tão chateado, eu nem levanto para ir ao banheiro...” (E10-56)

Categoria A6. Conflito equipe de enfermagem-família, gerando sobrecarga psicológica à equipe, estendida a pessoa hospitalizada.

A experiência da equipe de enfermagem denota que, além de aumentar a carga de trabalho, as famílias de pessoa hospitalizadas geram sobrecarga psicológica, ao agirem de maneira não colaborativa para a consecução da assistência de enfermagem. Esta condição, algumas vezes, gera desfechos conflituosos. Neste caso extremo, há a quebra de vínculos na relação equipe-família-paciente, podendo repercutir na cooperação com o tratamento da pessoa hospitalizada. Esta categoria abarca três subcategorias: família gerando desgaste emocional quando não se mostra cooperativa com a equipe de enfermagem, também, sobrecarregada pelo trabalho; equipe de enfermagem envolvendo-se em conflitos com familiares, mediante o descompasso de prioridades e inobservância às orientações e normas; conflitos equipe-família tornando a pessoa hospitalizada menos cooperativa com o tratamento (Diagrama 6).

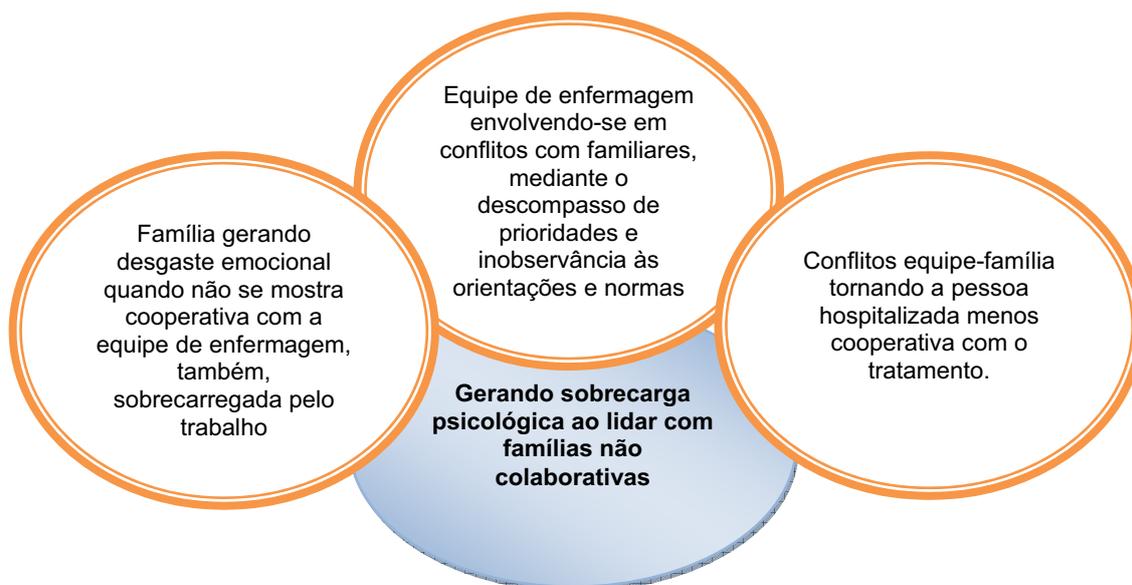


Diagrama 5. Categoria A6. Gerando sobrecarga psicológica ao lidar com famílias não colaborativas: subcategorias.

Subcategoria A6.1. Família gerando desgaste emocional quando não se mostra cooperativa com equipe de enfermagem, também, sobrecarregada pelo trabalho

As constantes necessidades de reorientar á família acabam gerando desgastes emocionais na equipe de enfermagem, em manter-se persistente numa atividade que algumas vezes exige perseverança no exercício de um papel que demanda tempo e preparo psicológico para suportar, possíveis dissabores, fruto de um momento difícil que a família está passando, justamente, quando a enfermagem também, vivencia o impacto de uma carga de trabalho, imposta principalmente pela escassez de recursos humanos na instituição (Quadro 6).

“... É difícil para o enfermeiro porque é assim... das dezenove às vinte que é o meu horário... me passam as coisas e eu vou dando prioridade para eu resolver e muitas vezes eu tenho que deixar de resolver o que eu preciso porque eu não consigo entrar no quarto...” (E10-53)

“... E assim, quem está com o paciente, familiar... chama, solicita a equipe as vezes... e eles não gostam disso. Isso porque eles já estabeleceram um esquema de trabalho... eles tem esta visão...” (E2-10)

Subcategoria A6.2. Equipe de enfermagem envolvendo-se em conflitos com familiares mediante o descompasso de prioridades e inobservância às orientações e normas

Os conflitos deflagram mediante o descompasso entre equipe e família no estabelecimento de prioridades de atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada. Enquanto a família exige um modelo de assistência individualizada para seu ente, certamente, num momento difícil de sua vida, a Enfermagem pode oferecer uma assistência norteada por aquilo que entende ser de prioridade no atendimento, levando-se em conta o momento e a demanda de cuidados pelos quais é responsável, dentro de suas possibilidades numéricas. O segundo motivo gerador de conflitos é quando há insistência da família em não acatar as orientações e normas hospitalares, gerando assim tumulto no desenvolvimento do trabalho da enfermagem (Quadro 6).

“... Então você não pode sair da seqüência, se não você vai ficar a noite inteira e não vai resolver nada...” (A7-38)

“... Às vezes, eles ficam exigindo muita coisa, e às vezes, não dá para a gente dar na hora, eles ficam no corredor atrás da gente...” (A3-15)

“... mas, tem certas pessoas que as vezes faz a gente de empregado deles...” (A3-15)

“... já teve dois casos, agora, nessa enfermaria que, a pessoa quis até agredir... Então, eu acho errado isso...” (A8-40)

“... às vezes tem problema com o acompanhante, com visita que vem fora de hora, que entra...” (E1-2)

“... tem pessoas que não respeitam, e esse tipo de pessoas você vai encontrar em tudo que é lugar...” (T5-25)

Subcategoria A6.3. Conflitos equipe-família tornando a pessoa hospitalizada menos cooperativa com o tratamento.

Os efeitos dos conflitos família-equipe de enfermagem vão além da relação equipe-família, podendo tornar a pessoa hospitalizada menos cooperativa com o tratamento oferecido (Quadro 6).

“...Porque se você arruma atrito com um da família aqui, você não vai conseguir, principalmente o paciente neurológico, manobrar mais ele, ele vai pegar bronca de você.

Isso já aconteceu aqui, o atrito que teve com o auxiliar de enfermagem não era porque o auxiliar estava fazendo alguma coisa para o paciente, o paciente estava com bronca dele porque tocou a visita...” (T5-26)

“...Você pegando a confiança do acompanhante, você consegue tudo com o paciente. Se você se alterar, você não consegue mais nada...” (A4-19)

Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho.

Significa o conjunto de atitudes da equipe de enfermagem voltadas a rejeição de familiares, porque reconhece que a expectativa destes é por uma assistência individualizada a seu ente e a enfermagem que vive a escassez de recursos humanos sabe das suas limitações em oferecê-la. Para tanto, é melhor trabalhar se possível longe da família, para que seu trabalho, norteado em tarefas possa se desenvolver com chances menores de serem interrompidos. Nesta lógica, longe das famílias, certamente, a enfermagem será menos cobrada e vigiada, bem como se envolverá em menos conflitos e, portanto sofrerá uma sobrecarga menor. O familiar só é bem aceito se auxiliar a enfermagem nos cuidados a pessoa hospitalizada, respeitando as orientações e normas. Esta categoria agrupa duas subcategorias: impondo normas cada vez mais rígidas para os visitantes; equipe de enfermagem manifestando-se hostil às famílias que desejam se tornar acompanhantes ou que não conseguem auxiliá-la nos cuidados da pessoa hospitalizada (Diagrama 6).



Diagrama 6. Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho: categorias.

Subcategoria A7.1. Impondo normas cada vez mais rígidas para os visitantes.

Nessas situações a equipe de enfermagem acha que seria melhor não contar com famílias no cenário hospitalar e para se preservar empreende um movimento contrário a qualquer movimento tanto institucional, quanto das famílias em tornar o cenário hospitalar aberto a elas. É por esta razão que a equipe de enfermagem passa a adotar atitudes restritivas e coercitivas, como: cerceando de liberdade de acesso; limitando número, horário e tempo de visitas; elaborando normas que possibilitam controle sobre elas; chamando a atenção das famílias em observância às normas (Quadro 7).

“... Mas, vamos falar de visitante. Uma coisa que deveria mudar nessa enfermaria seria o horário que é das 13 às 20 horas porque eu acho que chega um ponto que acaba atrapalhando a equipe. Eu acho esse horário muito longo para visitante...” (T11-59)

“... Eu acho que tem que chegar mais junto, não dar uma liberdade total...” (T5-23)

“... Em relação à visita... é muita gente não! Isso daí, eu acho que devia ser limitado, bem mais. Para nós é um problema...” (T5-25)

Subcategoria A7.2. Equipe de enfermagem manifestando-se hostil às famílias que desejam se tornar acompanhantes ou que não conseguem auxiliá-la nos cuidados da pessoa hospitalizada.

São atitudes pouco acolhedoras a qualquer movimento empreendido pela família no sentido de tornar-se um familiar acompanhante, bem como aquele que assumiu o papel, porém age de maneira não colaborativa com os

cuidados da pessoa hospitalizada. As respostas agressivas às famílias tem se configurado como uma estratégia de enfrentamento à precarização do trabalho da enfermagem, traduzida pela sobrecarga física e psicológica, mediante a escassez de recursos humanos, somado a peculiaridade da profissão, também, lidar com o sofrimento da pessoa doente (Quadro 7).

“... sabe, às vezes, eles chegam abordando de uma forma meio, é, é... pouco gentil mesmo, pedindo para sair... Eu não acho que você chega meio assim... tipo: Olha! Acabou o horário de visita, sai!...” (E1-3)

“... não sei explicar, mas eu vejo que hoje ... está mais complicado, está mais difícil sim, seja pelo acúmulo de serviço, pela falta de pessoal talvez...” (E1-6)

“... eu não sei se pelo cansaço ou pelo estresse do funcionário. Eu acho que hoje em dia, o pessoal tem menos paciência do que antigamente...” (E1-5)

“... não sei se pela correria ou pelo estresse do serviço ou pelo cansaço, ou do próprio sistema de saúde, do hospital de você lidar com o doente, então eles não têm muita paciência...” (E1-4)

FENÔMENO B. CONDICIONANDO O ACOLHIMENTO DAS FAMÍLIAS, ÀS SUAS COMPETÊNCIAS DE: AUXILIAR A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS À PESSOA HOSPITALIZADA E DE ACATAR AS ORIENTAÇÕES E AS NORMAS INSTITUCIONAIS.

Este fenômeno retrata que a participação da família no cenário hospitalar, está condicionada ao seu papel colaborativo com a enfermagem, principalmente, nos cuidados com a pessoa hospitalizada, bem como no seguimento das orientações e normas institucionais, sem atravancar o andamento das atividades da equipe. Este fenômeno agrega três categorias: equipe de enfermagem acolhendo os familiares acompanhantes que auxiliam nos cuidados à pessoa hospitalizada; equipe de enfermagem não acolhendo familiares que atravancam o desenvolvimento de suas atividades; equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada (Diagrama 7).

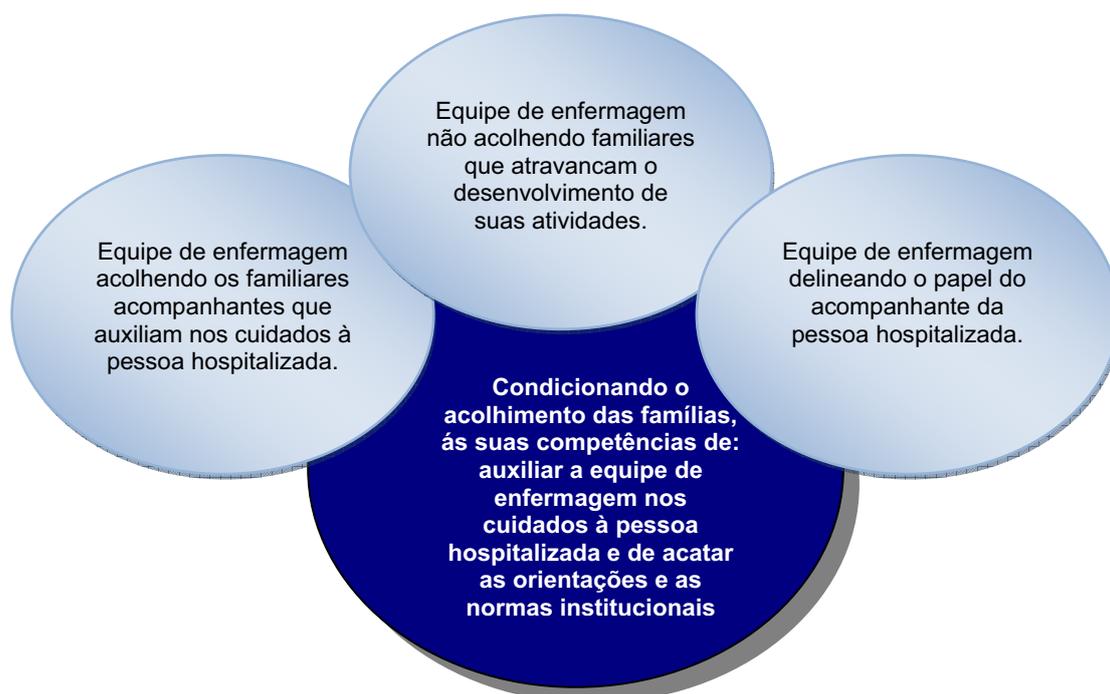


Diagrama. 7. Fenômeno B. Condicionando o acolhimento das famílias, às suas competências de: auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada e de acatar as orientações e as normas institucionais: categorias.

Categoria B1. Equipe de enfermagem acolhendo os familiares acompanhantes que auxiliam nos cuidados à pessoa hospitalizada.

Significa que os familiares acompanhantes são melhores aceitos pela equipe de enfermagem, quando estes adotam uma postura colaborativa nos cuidados à pessoa hospitalizada, mediante a sobrecarga de trabalho imposta pelo déficit de pessoal (Quadro 8).

“... Quando a gente tem que trocar um paciente até mesmo a família ajuda e não precisa nem do colega...” (A7-37)

“... ajudam mesmo nas trocas, às vezes tem um funcionário só, eles falam: Vamos lá que eu te ajudo...” (E10-57)

Categoria B.2. Equipe de enfermagem não acolhendo familiares que atravancam o desenvolvimento de suas atividades.

Equipe de enfermagem manifesta-se contrária à presença de familiares acompanhantes ou visitantes, quando estes dificultam a dinâmica de seu trabalho, ou seja, agindo de maneira não colaborativa para a consecução dos cuidados à pessoa hospitalizada e muitas vezes aumentando a sua carga de trabalho (Quadro 9).

“... porque tem família que não colabora, mesmo você pedindo, por favor...” (A4-18)

“... eu acho que tem que ter certo limite, porque... aqui é um ambiente de trabalho, também. Isso aqui não é um hotel cinco estrelas...” (E9-47)

“... A equipe de enfermagem vê que, dependendo do paciente que é melhor que não fique acompanhante, porque vai acabar atrapalhando...” (T6-30)

“... em certos pontos eu acho que atrapalha a equipe de enfermagem...” (T11-59)

“... Já têm aqueles que se sentem os donos do local, não fazem nada e acabam atrapalhando a equipe...” (T6-27)

“... Eu acredito que assim, pesando... eu acho que mais para ajudar, mas tem a parte que não ajuda mesmo e acaba atrapalhando...” (E10-58)

“... Agora um absurdo que eu vivenciei era de um doente que apertou a campainha, o colega foi lá e o paciente falou: Oh! Faça o favor! Cobre a minha filha, aí! É um absurdo... A pessoa vem aqui para cuidar e o doente que está cuidando do acompanhante...” (A8-43)

Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada.

Significa que o papel de acompanhante é delineado pela equipe em duas dimensões. A primeira é assumir cuidados com o paciente, segundo a avaliação da competência do familiar pela enfermagem. Comumente a família já vem assumindo atividades consideradas pela enfermagem de menor complexidade, como por exemplo: apoio psicológico e na segurança do paciente, bem como colocar uma comadre. A segunda dimensão é o compromisso de a família acatar as orientações da enfermagem e as normas da instituição. Esta categoria agrupa duas subcategorias: auxiliando a enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada; respeitando as normas da instituição e as orientações da enfermagem (Diagrama 9).



Diagrama 8. Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada: subcategorias.

Subcategoria B3.1. Auxiliando a enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada

Trata-se da primeira condição para que a família seja acolhida no cenário hospital pela equipe de enfermagem. Mediante a sobrecarga de trabalho a família se torna colaborativa quando consegue auxiliá-la em atividades, como: apoio psicológico e vigilância contínua para garantir a segurança ao paciente, bem como assumir cuidados que a enfermagem avalie

que o acompanhante tenha condições de realizar. Esta subcategoria reúne três elementos: oferecendo apoio psicológico; contribuindo com a segurança da pessoa hospitalizada; auxiliando em outros cuidados que estiverem ao alcance do acompanhante (Quadro 10).

“... Isso para o paciente é bom, é bom quando tem um da família que fica com ele, mas, não precisa fazer tudo certo, fica apoiando ele...” (T5-22)

“... a ajuda maior é a psicológica ... são aquelas famílias que vem para ficar com o paciente... a família que fica e apóia...” (T5-22)

“... Mas, como teve essa última família que a gente gostava muito, que era de Tatuí, todos eles que ficavam. O apoio maior que eles davam era o carinho para o garoto, e você via que o garoto desenvolvia muito mais. Ele não era um garoto problema para a enfermagem...” (T5-23)

“... Eu acho que é muito positivo o acompanhante, mesmo que eles estejam aqui para fazer companhia...” (A8-44)

“... o acompanhante... dá... segurança e conforto...” (E1-2)

“... é positivo que alguém fique. Porque vai se sentir mais seguro, vai dormir mais tranquilo, vai dar menos trabalho...” (A8-41)

“O paciente com acompanhante... ele se sente como se ele estivesse protegido...” (T6-29)

“... Na realidade ele ajuda muito, aqueles que cuidam mesmo dos seus pacientes...” (T5-22)

“... eu já vivenciei isso, que o acompanhante dorme a noite inteira, mais que o doente, nem conversa... mas para conversar, sei lá, ajudar também...” (A8-43)

“... É para ajudar, tanto o doente ou o que o pessoal precisar e que estiver ao seu alcance...” (A8-42)

“... Então a gente vai, explica que se possível, para dar uma mão, para estar ajudando, pondo uma comadre...” (E9-47)

“... Então a gente vai, explica que se possível, para dar uma mão, para estar ajudando... se conseguir ajudar, porque aqui tem pouco funcionário...” (E9-47)

“... Por exemplo: os pacientes da gastroclínica, a maioria faz encefalopatia então eles ficam muito confusos... não tem como você deixa-lo sozinho. Então, quando a família vem junto na admissão, eu explico: — Olha aqui o número de funcionários é isso, a enfermaria é grande, tem como ficar um acompanhante porque se ele desorientar, vocês estão aqui...” (E10-55)

“... o próprio acompanhante é um aviso para a gente, no momento em que está acontecendo alguma coisa...” (A4-19)

“... Eu acredito que o acompanhante ajuda sim, ajuda na divisão das responsabilidades...” (E10-57)

Subcategoria B3.2. Respeitando as normas da instituição e as orientações da enfermagem

Significa a segunda condição para que a família seja acolhida pela equipe de enfermagem na qualidade de acompanhante. Para isso, precisa acatar as normas institucionais já estabelecidas, bem como contribuir com a enfermagem, em alguns aspectos, conforme delineado nos três elementos: evitando o máximo possível de troca de acompanhantes; não interferindo no tratamento de outros pacientes; não invadindo o espaço pertencente a outros pacientes e à enfermagem (Quadro 10).

“... Eu acho que a família, ela faz muito bem para o doente né... desde que obedeça as regras...” (A4-18)

“... A gente teve um caso de um garoto aí, que nossa!...Ela não largava do garoto um minuto, ficava ali e não interferia com outros pacientes...” (T5-22)

“... Agora se tem uma família como aquela que fica aí, olhava, saia lá fora, se tinha alguém conversando conversava... Era um bate papo saudável, nunca chegou nada para a gente. Não interferiam com o tratamento do paciente do lado...” (T5-24)

“... Eu acho que é muito positivo o acompanhante... desde que não atrapalhe o andamento...” (A8-44)

“... Em relação ao acompanhante, eu vejo vantagens que o paciente tenha, desde que... não fique aquele rodízio, entra um, sai outro...” (T6-28)

“... mas assim ficar sempre a menor quantidade possível e estipular um horário, vai trocar, vamos dizer assim um rendição, vamos dizer assim meio dia, as dezenove horas, estipular um

horário e o próximo que ficar tem que chegar, para não acontecer de... como já aconteceu, meia noite, uma hora da manhã estar trocando um estar indo embora e a gente nem entende o que está acontecendo...” (T6-29)

“... A equipe da unidade é favorável a presença do acompanhante, porém, depende do comportamento do acompanhante...” (E10-54)

FENÔMENO C. ENFERMEIRO VIVENDO O DILEMA DE AUTORIZAR OU NÃO O INGRESSO DE FAMILIARES NO PAPEL DE ACOMPANHANTE E VISITANTE

Este fenômeno retrata o impacto sobre o enfermeiro, acerca do movimento empreendido entre os membros da equipe de enfermagem para regular o acesso de acompanhantes ao cenário hospitalar. Ao enfermeiro cabe autorizar ou não o acesso do familiar ao papel de acompanhante ou então permanecer no de visitante e aos técnicos e auxiliares de enfermagem observar no dia-a-dia se o acompanhante preenche ou não os requisitos pactuados. Caso não preencha, provavelmente, conflitos irão surgir e os enfermeiros serão envolvidos no gerenciamento dos mesmos. Interagindo com esse processo, o enfermeiro acaba percebendo que, precisa ser mais cauteloso nas autorizações. Na próxima experiência, deverá ser mais prudente, no sentido de não se deixar seduzir aos apelos da família que, freqüentemente, deseja exercer o papel de acompanhante, para se manter firme nos critérios pactuados de seleção, que são: idosos e crianças; pessoas dependentes do cuidado de enfermagem ou que inspiram riscos de responsabilidade institucional, bem como alguns tipos de enfermidades que demandam uma maior atenção da enfermagem. A condição para o acompanhante permanecer no papel é a de assumir em parceria com a enfermagem os cuidados da pessoa hospitalizada. Resta, portanto, ao enfermeiro tentar convencer os que não atendem que seria melhor permanecerem no papel de visitantes. Este fenômeno abarca dois temas: enfermeiro sentindo-se coagido pelo restante da equipe, a seguir estritamente as normas convencionadas, acerca do ingresso de acompanhantes; enfermeiro confrontando os critérios para autorizar o movimento entre os papéis de visitante e acompanhante com a situação da pessoa hospitalizada (Diagrama 9).

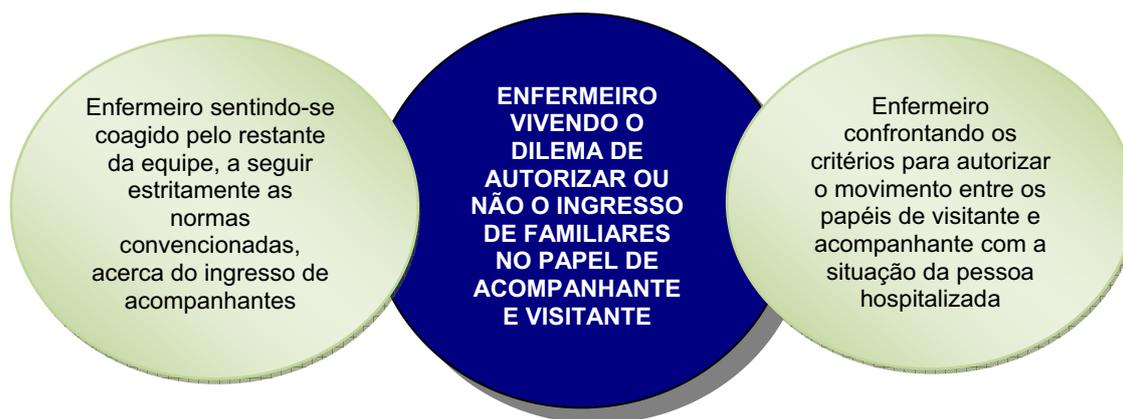


Diagrama 9. Fenômeno C. Enfermeiro vivendo o dilema de autorizar ou não o ingresso de familiares no papel de acompanhante e visitante: temas.

Tema C1. Enfermeiro sentindo-se coagido pelo restante da equipe, a seguir estritamente as normas convencionadas, acerca do ingresso de acompanhantes.

Significa que não há um consenso entre os elementos da equipe de enfermagem sobre a aceitação da permanência de visitantes e acompanhantes. A equipe de enfermagem reconhece os benefícios terapêuticos proporcionados por visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada, entretanto, percebe-se que a resistência tem se mostrado cada vez maior. O enfermeiro sente-se pressionado pela equipe de enfermagem a sempre usar as normas. Sendo assim, encontrou-se um mecanismo regulador aceito por todos, para autorizar ou não o ingresso de familiares ao papel de visitante e acompanhante. As exceções não são bem aceitas. Embora se reconheça os benefícios, o enfermeiro utiliza argumentos variados para tentar convencer a família a não permanecer no hospital. Esta categoria agrupa cinco subcategorias: equipe de enfermagem reconhecendo a hostilidade do cenário hospitalar à pessoa hospitalizada, reconhecendo os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio de acompanhantes e visitantes; percebendo os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometendo o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação; percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca do ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada (Diagrama 9).



Diagrama 10. Tema C1. Enfermeiro sentindo-se coagido pelo restante da equipe a seguir, estritamente, as normas convencionadas, acerca do ingresso de acompanhantes: categorias.

Categoria C.1.1. Equipe de enfermagem reconhecendo a hostilidade do cenário hospitalar à pessoa hospitalizada

A equipe de enfermagem avalia que pelo fato do cenário hospitalar se configurar em um ambiente desconhecido e pouco acolhedor ao paciente, gerando no mesmo: insegurança, medo, tristeza, é a razão pela qual a pessoa solicita e deseja contar com uma acompanhante, durante todo o processo de hospitalização (Quadro 11).

“... por que a partir da hora que entra aqui... eles vêm a gente... eles assustam, é o desconhecido...” (A3-16)

“... porque é isso que a gente sente quando você está internado se sente um medo sente uma insegurança...” (E1-1)

“... por exemplo, a gente tem paciente de pneumologia, eles, eles tem um medo do noturno... Eles querem alguém perto...” (A8-41)

“... porque acaba ficando deprimido, o ambiente hospitalar, eu mesma já fiquei internada e é terrível...” (E9-47)

Categoria C1.2. Reconhecendo os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio de acompanhantes e visitantes.

Significa que, a equipe de enfermagem não se omite em manifestar a sua compreensão, acerca dos benefícios terapêuticos, proporcionados por visitantes e acompanhantes à pessoa hospitalizada. Mesmo para aqueles membros que justificam a existência de alguns pontos negativos, ao fazer um balanço, acabam ressaltando os benefícios para o paciente, por considerarem uma manifestação delicada, de apreço, de amor, de cuidado e desvelo, da pessoa que se presta a desenvolver papéis de apoio ao outro, durante a experiência de estar institucionalizado (Quadro 12).

“... Em relação à visitante e acompanhante para o paciente eu acho que é vantajoso...” (E9-47)

“... A visita em si faz bem...” (T6-27)

“... Eu acho positivo, ficar com acompanhante para a recuperação deles...” (A8-39)

“... Em relação ao acompanhante, na maioria das vezes tem benefícios para o paciente...” (T11-60)

“... acho que é melhor dessa forma, porque o paciente se sente mais seguro com a família ali e para a recuperação dele eu acho que é mais rápido...” (A4-20)

“... todos eles que ficavam, o apoio maior que eles davam era o carinho para o garoto, e você via que o garoto desenvolvia muito mais...” (T5-23)

“... O benefício para o paciente é melhor, ele se sente melhor...” (T6-31)

“... Tem o lado positivo e tem o lado negativo, mas eu acho que o lado positivo é maior...” (A8-42)

“... o paciente está em um ambiente totalmente estranho, não é um ambiente familiar...” (T11-60)

“... eu passei por uma experiência de ficar internada, fiz uma cirurgia... então eu percebi a importância de ter uma pessoa da família dando apoio, conforto...” (E1-1)

“... necessidade de sentir que você tem uma pessoa do seu lado, de atenção de carinho de conforto sabe... de falar: Eu estou aqui!” (E1-1)

“... em relação à visitante e acompanhante para o paciente eu acho que é vantajoso, principalmente para o paciente que fica por um período longo de internação; acho que precisa ter esse contato com a família...” (E9-47)

“... o benefício para o paciente é bom, ele se sente melhor...” (T6-31)

“... eu acho bom o paciente ter um acompanhante...” (A4-18)

“... Já alguns que ficam, vamos dizer assim, meio que abandonado...” (T6-30)

“... eles se sentem assim meio que rejeitados pela família, abandonados...” (T6-30)

“... Eu estou aqui do lado! Se o senhor precisar o senhor pode chamar que a gente está aqui do lado! Ele falou: Não aí do lado não, tem uma cama vazia aqui, deita aqui...” (A8-41)

Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação.

Significa o componente estrutural e organizacional do hospital que, contribui com o atravancamento do trabalho da equipe de enfermagem, nas unidades de internação, mediante a falta de orientação mais eficiente às pessoas que chegam a portaria da instituição, bem como de sistemas de controles e barreiras em acessos à instituição e unidades de internação, bem como à situação inóspita, principalmente, ao acompanhante. Esta categoria agrupa três subcategorias: considerando a falta de orientações e controle de acesso de pessoas às unidades de internação como um dificultador à consecução do cuidado de enfermagem; considerando a indefinição de quem seria o papel de orientar e supervisionar visitas e acompanhantes no cenário hospitalar; observando a inadequação da área física como um dos principais desafios no acolhimento do acompanhante com hospitalidade (Diagrama 11).

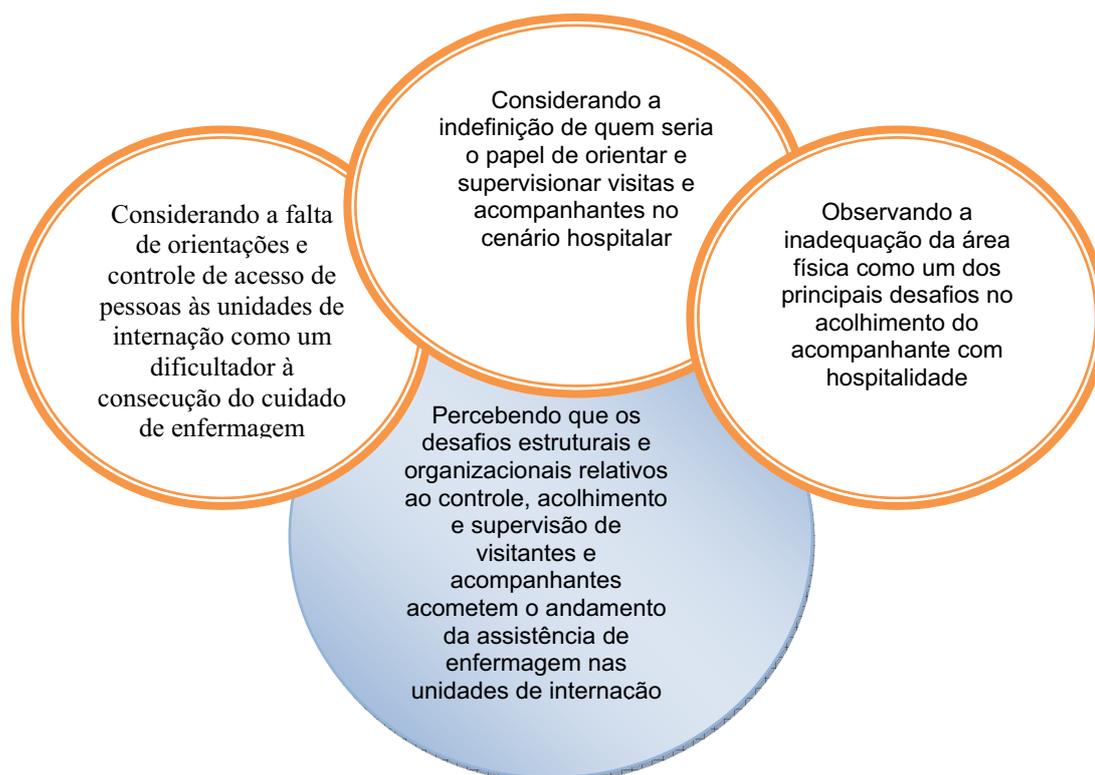


Diagrama 11. Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação: subcategorias.

Subcategoria C1.3.1. Considerando a falta de orientações e controle de acesso de pessoas às unidades de internação, como um dificultador à consecução do cuidado de enfermagem

Significa uma condição que acaba atravancando o desenvolvimento das atividades de enfermagem, uma vez que o excesso de visitas no quarto dificulta a execução de cuidados, tanto pelo espaço físico limitado, quanto em respeito à privacidade da pessoa hospitalizada. Ademais, a circulação pelas unidades de internação de pessoas estranhas e desorientadas quanto ao seu destino, freqüentemente, acabam gerando interrupção do trabalho realizado pelos membros da equipe para que possam reorientá-las. Fatos estes que, poderiam ser amenizados caso houvesse um serviço de recepção, mais eficiente no processo de orientação, bem como de barreiras de controle de livre acesso e circulação pela instituição. Para isso, seria necessário que houvesse um serviço de manutenção mais eficiente para os sistemas eletrônicos de controles das portas de acessos às unidades de internação, bem como

limitasse as inúmeras portas de entradas à instituição, possibilitando assim um melhor controle de entrada e saídas de pessoas. Esta subcategoria reúne três elementos: percebendo a Ineficiência do serviço de orientação da portaria, bem como das barreiras de controle de livre circulação de acompanhantes, visitantes e pessoas estranhas ao serviço; facilitando o acesso de pessoas estranhas a unidade de internação, bem como a entrada excessiva de visitas nos quartos; dificultando a execução do cuidado de enfermagem na presença de visitantes e acompanhantes, mediante área física restrita e em respeito à privacidade do paciente (Quadro 13).

“...Então eu acho que não está tendo aí uma orientação, no horário de visita, o pessoal que está entrando...eu acho que tinha que ser mais... como as portas aqui agora estão todas abertas, antes tinha interfone agora, depois que quebrou, nunca mais consertaram. As outras enfermarias até tem, aqui na nossa não tem mais. E não tem como você controlar...” (A8-40)

“...Agora quanto à visita mais é a porta de entrada, às portas de entrada do hospital e especificamente da Clínica Médica, à noite, ficam todas abertas...” (E10-57)

“...A estrutura física é terrível, são duas camas mais o quarto é muito pequeno. Geralmente quando tem parada, é aquela movimentação, é carrinho, é médico, é enfermeiro, todo mundo entrando no quarto e não tem espaço. Não tem espaço e você tem que empurrar a cama, às vezes tem paciente do outro lado e não tem como colocar biombo, eu acho totalmente errado isto daqui...” (E9-48)

Subcategoria C1.3.2. Considerando a indefinição de quem seria o papel de orientar e supervisionar visitas e acompanhantes no cenário hospitalar

Não existe um consenso entre os membros da equipe de enfermagem de quem seria a responsabilidade de orientar e supervisionar visitas e acompanhantes no cenário hospitalar. A experiência tem demonstrado que os familiares tendem a não respeitarem auxiliares e técnicos de enfermagem e sim os médico e os enfermeiros, para tanto, avaliam que seria melhor que esse papel ficasse com o enfermeiro, visto que o médico não tem se mostrado com habilidade para tal. O segundo grupo acha que esse papel não deveria ficar com a enfermagem e sim com o porteiro ou outra equipe, afastando-a de embates com a família (Quadro 13).

“... Porque visita entra a hora que quer, faz o que quer sabe... e você vai falar a gente é que fica de ruim na história...” (A8-39)

“... Para nós é um problema, você sabe, a gente vai falar... e você não é ninguém! Quem é ou é o enfermeiro ou é o médico! Eles respeitam mais do que a gente. A gente simplesmente é o LB, e você fala alguma coisa eles aumentam você vai encontrar muitas pessoas que fazem assim...” (T5-25)

“... agora, em relação à entrada de visita deveria ser, não nós aqui, deixar fazendo esse controle...” (T5-25)

“... esse controle eu acho que quem deveria fazer seria um porteiro...” (T5-25)

“... isso diminuiria os atritos com a enfermagem, não a enfermagem se responsável...” (T5-25)

“... Porque um hospital de São Paulo que eu fui, a enfermagem não vê essa parte. O atrito começa lá com o porteiro, o porteiro não tem nada a ver com paciente...” (T5-26)

“... Entrando controlado por alguém que é de fora, a enfermagem, acho que trabalha bem melhor...” (T5-26)

“... O único problema é a falta de conversa mesmo...” (A8-44)

“... E acho que tinha que ter um critério aí para avaliar, para estar conversando... não sei quem que é para fazer isso certo...” (A8-39)

“... porque é o que está acima da gente, vamos dizer, o médico fazer essas orientações jamais vai fazer...” (T6-28)

“... as coisas ficam um pouco desencontradas, então a gente tem que acabar dando informação do estado do paciente...” (E2-8)

“... porque a gente fala uma coisa e todos devem falar a mesma palavra. A chefe orienta nós, e a gente passa a mesma orientação...” (A7-36)

Subcategoria C1.3.4. Observando a inadequação da área física como um dos principais desafios no acolhimento do acompanhante com hospitalidade

Significa que o serviço de hotelaria do hospital não é condizente ao atendimento das necessidades do acompanhante, relacionado principalmente,

a inadequação de estrutura física que não prevê um espaço e mobiliário privativo para que a pessoa possa satisfazer às suas necessidades de alimentação, higiene e conforto, eliminações, sono e repouso, bem como qualquer tipo de entretenimento. De um modo geral, o acompanhante fica recluso, em quartos pequenos, dividindo com outros pacientes, sem nenhum entretenimento e banheiro privativo (Quadro 13).

“...o acompanhante tem direito a alimentação, tem direito a uma série de coisas... e a gente não tem um lugar adequado para ele ficar... e nem condições, nesse momento, o hospital tem de subsidiar isso aí...” (E2-12)

“...Eu acho que a nossa enfermagem precisa de uma reforma, os quartos deviam ter um banheiro, televisão para o paciente passar o dia porque ele não tem a não ser uma revista que é oferecida aqui pelos funcionários que trazem. O acompanhante não tem nada, o dia todo para ele fazer... isso é uma dificuldade porque você passar o dia todo aqui já é difícil, e não tem um televisor, não tem um banheiro dentro do quarto, é um banheiro para todos os pacientes e mesmo para os acompanhantes...” (A4-21)

Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adéqüem à convenção.

Significa que não há um consenso entre os elementos da equipe de enfermagem sobre a liberação do horário de visitas e da permanência de acompanhantes como um direito de toda a pessoa hospitalizada. Entretanto percebe-se que a resistência tem se mostrado cada vez maior, de se contar com acompanhante. Esta categoria agrega duas subcategorias: identificando um grupo favorável ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada; Observando um grupo não favorável e dominante ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada (Diagrama 12).



Diagrama 12. Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adéqüem à convenção: subcategorias.

Subcategoria C1.4.1. Identificando um grupo favorável ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada.

Significa aquele grupo de membros da equipe de enfermagem que se manifesta favorável a presença de acompanhantes junto à pessoa hospitalizada (Quadro 14).

“... No dia-a-dia a maioria dos funcionários não comenta que não devia ter... então eu acho que eles concordam... eu sou um dos mais novos da enfermagem e quando eu entrei aqui já era assim...” (A4-20)

“... Em relação à visita e a ficar acompanhante a maior parte da equipe é favorável...” (T5-25)

“... então, aqui na enfermagem, eu vejo assim... pessoalmente eu acho que... eu sou a favor de ficar acompanhante (E1-1)

“... em relação à visita e a ficar acompanhante a maior parte da equipe é favorável. Eu sou favorável a ficar acompanhante...” (T5-25)

“... eu gostaria muito que ficasse sempre alguém, porque quando a gente está doente a gente quer alguém da família...” (A3-15)

“... eu acho que existe resistência da maior parte da equipe a permanência de um acompanhante...” (E2-13)

“... a visita em si eu mesmo não gosto de trabalhar...” (T6-31)

“... eu sou a favor de ficar com acompanhante e nunca tive problema. Mas eu acho que nem todo mundo pensa assim...” (A7-38)

“... tudo é bom em ter um acompanhante... então eu concordo...” (A4-18)

“... Mas em geral eu gosto quando tem acompanhante...” (T6-31)

“... eu, pessoalmente eu acho que... eu sou a favor de ficar acompanhante...”
(E1-1)

“... Em relação à visita e a ficar acompanhante a maior parte da equipe é favorável. Eu sou favorável a ficar acompanhante...” (T5-25)

“... Eu, eu gostaria muito que ficasse sempre alguém...” (A3-15)

“... porque quando a gente está doente a gente quer alguém da família...” (A3-15)

“... O acompanhante é bom... O acompanhante nessa hora ajuda bem sim...” (A7-38)

Subcategoria C1.4.2. Observando um grupo não favorável e dominante ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada.

Trata-se do segundo grupo, percebido como o maior que, posiciona-se com resistência a visitantes e acompanhantes no cenário hospitalar (Quadro 14).

“A maior parte da equipe de enfermagem não é favorável a ficar acompanhante...”
(E9-49)

“... eu sou a favor de ficar com acompanhante e nunca tive problema. Mas eu acho que nem todo mundo pensa assim...” (A7-38)

“Eu acho que existe resistência da maior parte da equipe a permanência de um acompanhante...” (E2-13)

“A equipe, pelo menos aqui, é bem dividida... tem as pessoas que gostam, outras não...” (E2-7)
“... eu acho que com o tempo, esse problema piorou...” (E1-5)

“... mas eu vejo assim, que a maioria é resistente, a maioria não gosta...” (E1-5)

“... e o pessoal da equipe... acho que eles... estão, à maioria, tanto aqui quanto no resto do hospital, eles têm um pouco de... resistência quanto ao acompanhante, quanto à visita, sabe...”
(E1-2)

“... com a visita em si eu mesmo não gosto de trabalhar...” (T6-31)

Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas.

O enfermeiro sente-se pressionado pela equipe de enfermagem a manter-se fiel às normas. Sendo assim, encontrou-se um mecanismo regulador aceito por todos, para autorizar ou não o ingresso de familiares ao papel de visitante e acompanhante. As exceções não são bem aceitas. Embora se reconheça os benefícios, o enfermeiro utiliza argumentos variados para tentar convencer a família a não permanecer no hospital. Esta categoria abarca duas subcategorias: equipe de enfermagem acreditando que o enfermeiro rompe a norma; equipe de enfermagem envolvendo o enfermeiro na mediação de conflitos com acompanhantes (Diagrama 13).

“... Então! A gente fica nessa sinuca de bico... você quer deixar, mas no final das contas o pessoal fica reclamando, ficam todos estressados... então você tem que avaliar bem, ou você vai contra os funcionários ou contra o acompanhante... ou um ou outro.” (E9-50)

“...eu vejo assim...que os funcionários se acham o dono do lugar, sabe...” (E1-3)

“Mas eu acho que tem que ter um certo limite porque esse aqui é um ambiente de trabalho também, isso aqui não é um hotel 5 estrelas, então a gente precisa colocar um limite para a gente conseguir trabalhar direito...” (E9-47)

“... Ao mesmo tempo, os funcionários estão ali: Mas vai ficar acompanhante? Não tem idade para ficar com acompanhante! Mas se ficar aqui vai atrapalhar, o quarto está cheio...” (E9-50)

“... assim eu falo: olha, não é bom dormir no hospital não é nada agradável...”
(E2-11)

“... ele está bem, o paciente está bem, está estável, tenha a certeza de que se houver necessidade eu vou convocar...” (E2-11)

“... Eu sempre falo do lado de como é ruim para a pessoa ficar no hospital desnecessariamente...” (E2-11)

“... não vai ficar no hospital... tem história de infecção... de levar bactéria para casa...” (E2-12)

“Mas é... já tivemos vários casos aqui de, por exemplo, eu autorizar o acompanhante porque a pessoa me pediu... e porque eu fico sensibilizada... e aí eu chegar a conclusão de que teria sido melhor não!...” (E2-10)



Diagrama 13. Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas: subcategorias.

Subcategoria C1.5.1. Restante da equipe de enfermagem ficando atenta a fidelidade do enfermeiro à convenção, no processo de autorização de permanência de acompanhantes

Os técnicos e auxiliares tendem a ficar atentos à decisão do enfermeiro, porque cabe a ele a permissão da família ingressar no cenário hospitalar no papel de acompanhante. Para tanto precisa ser regulada e para isso não se pode abrir exceções. Percebem que, algumas vezes, o enfermeiro acaba rompendo a convenção (Quadro 15).

“... Com relação à visitantes eu tenho problema porque são vários enfermeiros em vários períodos e cada uma acaba trabalhando de um jeito...” (E9-45)

“... Quando a gente vai explicar olha o quarto está muito cheio de gente, acaba atrapalhando, é pior para o próprio doente que está aqui, eles não entendem, porque as outras enfermeiras acabam dando liberdade para outras pessoas, depois eles acabam não entendendo...” (E9-45)

“... isso é uma coisa que a equipe acha... que eu sou muito é... abro muito é... exceção...” (E2-11)

Subcategoria C1.5.2. Equipe de enfermagem envolvendo o enfermeiro na mediação de conflitos com acompanhantes

A maioria dos conflitos surge da relação entre técnicos ou auxiliares, principalmente, com acompanhantes, pela falta de habilidade dos primeiros em resolver ou contornar as situações que se configuram como problemas. Ao final, cabe quase sempre ao enfermeiro resolvê-los (Quadro 15).

“... eu graças a Deus nunca tive problema com as visitas e nem com acompanhante. Mas aqui já aconteceram problemas...” (A7-33)

“... eles não conseguem resolver qualquer tipo de... de conflito... por exemplo: Olha, eu já pedi para sair e eles não saíram! Eles já passam a bola. E eu acho que isso é bom...” (E2-9)

“... mas acho que os funcionários não têm muita paciência não...” (E2-9)

“... e aí eu tenho que ir lá, tem que conversar, orientar, que não é assim, não é assim...” (E2-9)

“... O maior problema assim com acompanhantes que eu noto, não é muito com a supervisão de enfermagem, é mais com os funcionários auxiliares e técnicos de enfermagem...” (E9-45)

“... Os funcionários trazem muitos desses problemas para o enfermeiro...” (E9-46)

“... Ai tem um monte de acompanhante no quarto, pelo amor de Deus, tira eles de lá se não eu vou acabar surtando aqui...” (E9-46)

“... Todo plantão acontece problemas, isso parece a festa do caqui...” (E9-46)

“... dependo do funcionário, tem alguns que tem mais tato para lidar com isso e às vezes eles nem falam nada para a gente...” (E9-46)

“... então, nos chamamos à supervisão para conversar...” (A8-44)

“... Eu tenho mais problemas com acompanhante...” (E10-52)

“... eu particularmente, não tenho problema com visitante e com acompanhante, mas tem bastante funcionário que tem sim...” (A4-19)

Tema C2. Enfermeiro confrontando os critérios para autorizar o movimento entre os papéis de visitante e acompanhante com a situação da pessoa hospitalizada.

O enfermeiro desempenha na equipe um papel regulatório de entrada de acompanhantes e, portanto, cabe a ele estabelecer critérios para autorização da permanência de acompanhantes. Parece-nos ser bem aceito como critério, a classificação do grau de dependência do paciente para autorizar a permanência de acompanhantes. Desta forma, entendemos que o acompanhante é bem aceito quando o paciente é dependente de cuidados e na condição de auxiliar a equipe de enfermagem a prestar cuidados. É considerada mais a necessidade da equipe que do próprio paciente. Este tema agrupa quatro categorias: considerando a faixa etária; considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem; considerando situações de risco de responsabilidade institucional; Levando em conta o tipo de enfermidade que acomete a pessoa hospitalizada (Diagrama 14).

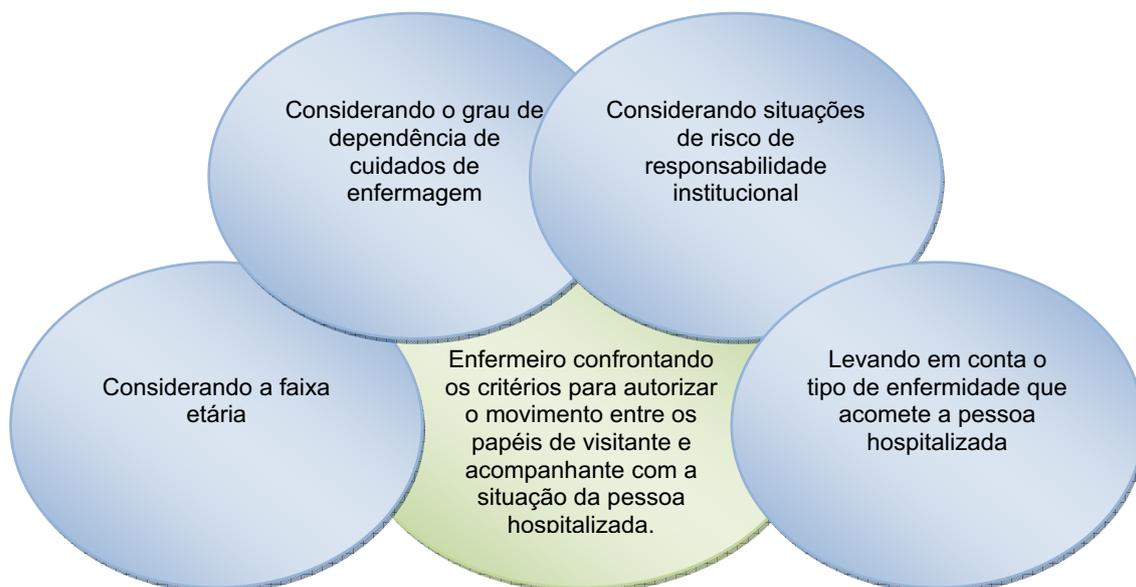


Diagrama 14. Tema C2. Enfermeiro confrontando os critérios para autorizar o movimento entre os papéis de visitante e acompanhante com a situação da pessoa hospitalizada: categorias.

Categoria C2.1. Considerando a faixa etária

É um dos critérios utilizados para discriminar quando a pessoa hospitalizada necessita de acompanhante. A faixa etária é considerada, levando em conta o direito legal, bem como o aumento da demanda por

cuidado de enfermagem, dentre estes: os idosos, as crianças, pessoas com dependência física ou mental (Quadro 16).

“... a partir dos acompanhantes para idosos eu acho que é até necessário...” (A3-14)

“... então eu acho que uma pessoa da família ajuda muito nessas horas, com o paciente idoso...” (A3-14)

“... devido à debilidade do paciente, às vezes tem manias assim, então eu acho que uma pessoa da família ajuda muito nessas horas, com o paciente idoso, com criança, paciente com problema mental...” (A3-14)

“... É assim, se sabe que a família vai embora o paciente já fica mais ansioso, principalmente se for criança ou idoso...” (A7-37)

“... isso tanto ajudaria para a gente quanto para o doente... eu acho que assim, nos casos mais idosos...” (A8-40)

Categoria C2.2. Considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem

É um dos principais critérios utilizados pela equipe de enfermagem para determinar o movimento do familiar entre o papel de acompanhante e de visitante. Quanto maior for o grau de dependência, mais fácil a aceitação de acompanhantes. Já se for baixo, a resistência é mais acentuada (Quadro 17).

“... por exemplo, os pacientes da angiografia, muitas vezes são homens assim de 40 anos, que só ficam de repouso... não tem porque, mas mesmo assim eles continuam...” (E10-56)

“... não vamos ver... como é que vai ficar o seu estado... se você vai melhorar ou não...eu sempre agora costumo fazer assim...depende muito do paciente...”

(E2-11)

“... nos casos onde legalmente não é permitido ficar acompanhante, ele deveria ficar só no pós-operatório, no dia da cirurgia, naquele dia que sai da cirurgia, no pós-operatório...” (A3-14)

“... eu acho que nesse caso deveria ficar uma pessoa da família para somente passar a noite, nas primeiras 24 horas, depois não precisa mais...” (A3-14)

Categoria C2.3. Considerando situações de risco de responsabilidade institucional

É um consenso para a equipe de enfermagem que pessoas hospitalizadas em risco de queda ou lesão, sejam por distúrbio de consciência ou agitação psicomotora, devem contar com um acompanhante para dividir responsabilidades (Quadro 18).

“... está ali, está vendo, então se ele perceber, vamos dizer assim, evitar uma queda, principalmente, uma queda...” (E10-57)

“... Eu acredito que o acompanhante ajuda sim, ajuda na divisão das responsabilidades...” (E10-57)

“... por exemplo, os pacientes da gastroclínica, a maioria faz encefalopatia então eles ficam muito confusos, então não é nem dependência física mas, de confuso, não tem como você deixa-lo sozinho...” (E10-55)

“... Eu fico mais tranquilo de saber que um paciente tem um acompanhante dentro do quarto...” (A4-19)

“... mais na observação, ele não vai fazer muita coisa, mas, ele está ali, está vendo, então se ele perceber: Olha o paciente está começando a desorientar! Se o acompanhante não estivesse lá talvez à gente viesse tarde...” (E10-57)

Categoria C2.4. Levando em conta o tipo de enfermidade que acomete a pessoa hospitalizada.

A equipe de enfermagem entende que algumas doenças mais debilitantes geram nas pessoas medo da morte ou um desconforto significativo que justifica a permanência de um acompanhante (Quadro 19).

“... por exemplo, a gente tem paciente de pneumologia, eles têm um medo do noturno...” (A8-40)

“... isso por medo, às vezes nem está precisando de nada, mas por medo eles querem que a gente fique ali, do lado...” (A8-41)

“... Os pacientes da hematologia, os próprios médicos já orientam a família que eles têm o direito de ficar, mesmo que sejam pacientes novos, acho que pelo fato de eles estarem fazendo quimioterapia, muito debilitado... paciente da hematologia é meio que entrada livre para acompanhante...” (E10-55)

FENÔMENO D. SINALIZANDO O APOIO PSICOLÓGICO A EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO UMA ESTRATÉGIA PARA SE RESGATAR A CONFIANÇA E O RESPEITO DA FAMÍLIA, POR MEIO DA CORDIALIDADE E HOSPITALIDADE.

Significa que, para a enfermagem ser capaz de reconquistar a confiança e o respeito da família, estendida ao paciente, é necessário que a equipe restabeleça primeiramente o vínculo e para isso, faz-se necessário considerar os membros da família como são, ajudando-os e direcionando-os com cordialidade e hospitalidade, consciente que, a maioria, está vivenciando um momento difícil. Para tanto, é necessário que cada membro da equipe esteja preparado psicologicamente, para apoiá-los. Condição esta que, nem sempre é possível, porque também estão em sofrimento, por problemas de cunho pessoal, associados aos decorrentes de uma profissão que não só lida com a saúde, mas com a doença e situações que envolvem a finitude do ser humano. Assim, a criação de um serviço que promova a saúde mental da equipe seria essencial para não só melhorar o relacionamento com a família, mas também a sua produtividade e a qualidade assistencial. Este fenômeno agrega três categorias: oferecendo um serviço de apoio psicológico a equipe de enfermagem; tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos à visitantes e à acompanhantes com cordialidade e hospitalidade; reconquistando a confiança, o respeito ao relevar o comportamento do acompanhante, mediante o momento difícil vivenciado (Diagrama 15).



Diagrama 15. Fenômeno D. Sinalizando o apoio psicológico à equipe de enfermagem, como uma estratégia para se resgatar a confiança e o respeito da família, por meio da cordialidade e hospitalidade: categorias.

Categoria D1. Oferecendo um serviço de apoio psicológico a equipe de enfermagem

Trata-se de uma estratégia a ser implementada pela instituição, voltada à saúde mental dos membros da equipe de enfermagem, ajudando-a a enfrentar o sofrimento psíquico decorrente de sua experiência com situações de doença e morte, capacitando-a aos relacionamentos interpessoais no trabalho. Dentre os quais, o restabelecimento do vínculo equipe de enfermagem-família, como forma de reconquistar a confiança e o respeito de visitantes e acompanhantes familiares (Quadro 20).

"...eu acho que seria mesmo muito importante o acompanhamento psicológico da equipe de enfermagem porque, tem os problemas lá fora, tem problema aqui, e a gente lida com doença, com morte, com tudo, então... e eles não tem isso... é muito difícil se conseguir, talvez fosse o caminho..." (E1-6)

"...Mas eu acho que seria muito importante esse apoio psicológico para a pessoa poder tentar dar mais dele..." (E1-6)

Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade

Significa que ao proporcionar um serviço de apoio psicológico à equipe de enfermagem, esta terá melhores condições de empreender movimento de aproximação, com hospitalidade e delicadeza no atendimento às necessidades da família, condições esta que certamente levará a diminuição dos conflitos e tornará a família mais colaborativa durante o processo de hospitalização. Esta categoria agrupa três subcategorias: adotando medidas de aproximação da família e não de afastamento; procurando manter-se polido com a família, mesmo em momentos difíceis, para torná-la colaborativa; explicando à família as limitações que a instituição apresenta para recebê-los com hospitalidade, bem como as normas e rotinas da instituição (Diagrama 16).



Diagrama 16. Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade: subcategorias.

Subcategoria D2.1. Procurando manter-se polido com a família, mesmo em momentos difíceis, para torná-la colaborativa

Significa que ao tratar a família com hospitalidade, polidez é mais provável de se obter respostas semelhantes e, portanto contar com a colaboração no processo da hospitalização de um ente. Manifestações indelicadas, ríspidas tendem a gerar respostas a mesma altura e assim desencadear conflitos (Quadro 21).

“...Mas explique o porquê, explica tudo direitinho porque, eu acho que se você chegar com educação, com jeito com a pessoa, você desarma a pessoa... ela não tem como contra atacar...” (E1-3)

“...Se você chegar e falar – Olha fulano, já passou o horário de visita, você não sabe o horário de visita? Olha, está aqui na parede você não está vendo? - Não é assim que chega no ser humano porque, dá problema. Você tem que chegar com educação, explicar...” (A7-33)

Subcategoria D2.2. Adotando medidas de aproximação da família e não de afastamento

Adotar estratégias de aproximação da família e não de afastamento, por exemplo: ao invés de reduzir os horários de visitas, seria interessante aumentar de maneira que as famílias possam conversar com os profissionais e assim obter informações. Esse tipo de atitude pode ajudar a diminuir os conflitos (Quadro 21).

“...o visitante ele pergunta ele quer saber, e com todo o direito... então a gente tem que acabar dando informação do estado do paciente... é uma sugestão, poderiam ter um momento, porque de repente você entra no quarto, tem várias visitas com vários pacientes, e fica aquela falação...” (E2-8)

“...Agora o horário de visita é maior, e eu acho que foi melhor porque, durante o dia muita gente não da para vir por causa do horário... aí colocando esse horário à noite, então ficou mais tranquilo. Antes saia muita briga lá na porta, muita briga... agora pelo menos tem o horário para esse pessoal entrar... (A3-16)

Subcategoria D2.3. Explicando à família as limitações que a instituição apresenta para recebê-los com hospitalidade, bem como as normas e rotinas da instituição quanto a visitantes e acompanhantes

Significa fazer a família compreender os desafios que a instituição tem em acolhê-la como um hóspede, mediante a inadequação da estrutura física e mobiliária, de forma a garantir o conforto, a privacidade, ou seja, a satisfação de suas necessidades. Ademais, as normas e rotinas a ser cumpridas, como forma de colaborar com o serviço (Quadro 21).

“...porque tem acompanhante que dá trabalho, dá problema, que não entende direito as coisas do hospital a rotina do hospital...então teria que ser uma educação... para a pessoa que está aqui ajudar colaborando com o paciente, com o médico e com a equipe, também para não atrapalhar porque, às vezes tem problema com o acompanhante, com visita que vem fora de hora... não quer sair, traz criança... então aqui na enfermaria tem esses problemas também...”
(E1-2)

“...Eu acho que teria que a pessoa chegar, porque não é todo mundo que chega e orienta o acompanhante a fazer o que o acompanhante tem que fazer, dar os limites as normas as regras da enfermaria...” **(A3-15)**

Categoria D3. Conquistando a confiança, o respeito ao relevar o comportamento do acompanhante

Significa o resultado de se investir em um relacionamento de hospitalidade com a família, sendo este o caminho mais provável para a equipe de enfermagem reconquistar o respeito e a confiança, bem como, tornando-a colaborativa durante o processo de hospitalização (Quadro 22).

“...Tem acompanhante que é difícil você lidar com ele, mas mesmo assim você tem que tentar porque....você consegue. Você pegando a confiança do acompanhante, você consegue tudo com ele, em primeiro lugar o respeito, porque a pessoa que está ali ela já esta abalada com a doença do outro, então ela não quer seguir regras, ela quer ficar, ela quer fazer... então se você se alterar também, você não consegue mais nada... mas, com bom senso e conversando, você consegue sim...” **(A4-19)**

3.2. Descobrendo a categoria central

A estratégia para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os quatro fenômenos, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes. Esta estratégia nos permitiu identificar as categorias e subcategorias-chave que, evidenciasse o movimento da experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados.

Durante esse processo, percebeu-se que o movimento engendrado pela experiência da equipe de enfermagem no acolhimento ou não da família, ou seja, decidir qual será o seu papel (de visitante ou de acompanhante) durante a hospitalização de adultos e idosos, decorre de um mecanismo de enfrentamento da sobrecarga imposta pelo trabalho. Fruto da precarização das condições de trabalho, evidenciadas pelo déficit de recursos humanos na área de enfermagem, associado aos desafios estruturais e organizacionais, relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes, acometendo o andamento da assistência de enfermagem, bem como a ausência de um serviço de apoio psicológico para auxiliar a equipe no enfrentamento do sofrimento psíquico inerente ao processo de trabalho.

Em face do déficit de recursos humanos, a enfermagem é levada a se organizar, por meio de divisão de tarefas entre seus membros e cada um é responsabilizado quanto a sua seqüência e execução em menor tempo. É por essa razão que a experiência revela a enfermagem, dando prioridade ao preparo e administração de medicamentos, de todos os pacientes da unidade, deixando para um segundo momento o atendimento das necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente.

Por outro lado, a família, não aceitando o processo de trabalho da enfermagem (modalidade de assistência funcional), somado ao desconhecimento de sinais, sintomas, procedimentos, ou seja, tudo que envolve o cenário e as cenas no hospital, passa a requisitar mais atenção da enfermagem que, por sua vez, sente-se pressionada em oferecer um modelo de assistência individualizado à pessoa. Esse processo, na maioria das vezes, acaba gerando tensões, conflitos e desgastes no relacionamento, porque além de desordenar a dinâmica de trabalho, a enfermagem se sente impotente em

atender a demanda de necessidades da família que, ainda sofre com sua adaptação a um espaço físico e mobiliário inóspito.

É nesse momento que os desentendimentos começam a deflagrar e, comumente, vê-se a equipe de enfermagem envolvendo-se em conflitos com familiares, mediante o descompasso de prioridades e inobservância às orientações, rotinas e normas.

As divergências comprometem o vínculo equipe de enfermagem-família-paciente, bem como contribuem com a perda da confiança da família na enfermagem, porque esta percebe que o seu ente pode estar correndo risco, durante a hospitalização. Este fato é evidenciado mediante a vivência da equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família, bem como, familiares interferindo nas condutas estabelecidas pela equipe, principalmente, pela perda da confiança na enfermagem.

Essa é uma das razões que movimenta os familiares visitantes, quando não preenchem os critérios a se tornarem acompanhantes, tentando romper as rotinas e normas institucionais, para permanecer por mais tempo com a pessoa hospitalizada, como por exemplo: familiares desrespeitando o número permitido de visitas por paciente e prolongando os horários de visitas.

Em resposta, a equipe de enfermagem vai impondo medidas restritivas à famílias cada vez mais rígidas para os visitantes, bem como manifestando-se hostil às famílias que desejam se tornar acompanhantes ou que não conseguem auxiliá-la nos cuidados da pessoa hospitalizada.

A equipe adota, também, um mecanismo de controle de acesso de acompanhantes ao cenário hospitalar, cabendo ao enfermeiro a indicação do familiar ao papel de acompanhante ou de visitante, e aos técnicos e auxiliares de enfermagem a observarem no dia-a-dia se o enfermeiro não rompeu com os critérios pactuados entre a equipe, quanto ao acompanhante de adultos e idosos, sendo esses: considerando a faixa etária determinada legalmente (idoso, criança, pessoas com dependência física ou mental); considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem (componente determinante para aceitação da família); pessoas que oferecem riscos à responsabilidade institucional e pacientes com determinadas patologias que, podem exigir uma maior atenção da enfermagem (pacientes da pneumologia e da hematologia).

Durante o processo de hospitalização os critérios para o paciente permanecer com acompanhante continua sendo avaliado e tão logo este deixe de preencher, como por exemplo, torne-se autônomo, o acompanhante passa a ser incentivado a tornar-se um familiar visitante.

Apesar da equipe de enfermagem reconhecer os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio do acompanhante e visitante, a experiência sinaliza um grupo não favorável dominante ao ingresso de visitantes e acompanhantes.

Apesar do papel do acompanhante não estar definido formalmente na instituição e isso ser um dos problemas que contribuem com tensões e aumento dos conflitos, não só com famílias, mas também, na própria equipe. Não é consensual para a equipe que se atribua os cuidados simples (alimentação, hidratação, colocação de comadres, troca de roupas de cama, ou seja, de cuidados que a enfermagem venha avaliá-los como possíveis da família auxiliar a equipe de enfermagem nos cuidados), para a família. Entretanto, parece um grupo bastante reduzido.

A família no cenário hospitalar vem dividindo os cuidados com a enfermagem, ela é só dispensada quando o paciente recupera a sua autonomia física e mental, bem como não coloque em risco a responsabilidade legal da instituição.

Vale ressaltar que a presença da família, em face da precarização do trabalho na área de enfermagem, está associada a sobrecarga de trabalho, na dimensão física e psíquica, principalmente quando, comporta-se de maneira não colaborativa. Nesse sentido é melhor não tê-la para se preservar.

Desta maneira propomos como categoria central e modelo teórico, representada no Diagrama 17 e intitulada: DO ACOLHIMENTO A DESCONSIDERAÇÃO DA FAMÍLIA NO CENÁRIO HOSPITALAR: A DIVERGÊNCIA DE MODELOS ASSISTENCIAIS E O SOFRIMENTO NO TRABALHO, COMO COMPONENTES INTERVENIENTES.

Capítulo 4

*DISCUTINDO A EXPERIÊNCIA E O
MODELO TEÓRICO DESCOBERTOS*



Perante os dados do estudo, constituídos pelos fenômenos e a categoria central intitulada “Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes”, verificamos que o referencial metodológico e teórico: a *Grounded Theory*⁽⁷⁶⁾ e o Interacionismo Simbólico⁽⁷⁵⁾ mostraram-se capazes de nos responder à pergunta do estudo, atendendo aos objetivos propostos. Assim, compreendemos a experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados, conforme o modelo teórico apresentado.

Esta pesquisa, na perspectiva interacionista, revela o processo pelo qual a equipe de enfermagem vem empreendendo movimento de afastamento do objeto de trabalho (a pessoa hospitalizada e a sua família), bem como da essência da profissão; o cuidado de enfermagem que, para algumas categorias de sua assistência têm sido desconsideradas, como: alimentação, hidratação, eliminações, conforto e higiene.

Esse processo também tem sido impulsionado pela precarização do trabalho de enfermagem, mediante a escassez de recursos humanos na área, impondo à equipe à sobrecarga de trabalho, incluindo a esta o sofrimento psíquico. Sendo este último, decorrente da somatória dos desafios vivenciados pelo trabalhador, em seu processo de trabalho, mediante a própria carga física e emocional decorrente do déficit de pessoas e das peculiaridades destes indivíduos. Considera-se a complexidade deste processo, pensando em determinados cenários hospitalares, onde há interações com a experiência de pessoas doentes e muitas vivenciando a sua finitude, pela família, juntamente com a equipe, estando todos desprovidos de qualquer serviço de apoio psicológico.

O trabalho em saúde e em enfermagem diferencia-se dos demais por lidar com o objeto humano, além do adoecimento tem risco de morrer, portanto de se perder o objeto; um trabalho vivo que se estabelece em ato, é trabalho em ação e para analisar o modo que se produz o cuidado, faz-se necessário pensar nos sujeitos e sua ação cotidiana⁽⁴³⁻⁴⁵⁾.

Estes elementos teóricos descritos delineiam e corroboram com a complexidade do trabalho em saúde e em enfermagem. Colaborando com estas

premissas vem o conceito de tecnologia, enquanto saberes que são produzidos, comprometidos com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano, podendo ser caracterizada em dura (relacionada à utilização de máquinas, dentre outras), leve-dura (saber-fazer) e leve (encontro entre duas pessoas, atuando uma sobre a outra, onde se cria a inter-subjetividade)⁽⁶⁶⁾.

É no campo das interações humanas que o trabalho vai acontecer, precisando de espaços concretos para haver momentos de cumplicidade, com produção de responsabilização por todos os atores, sujeitos envolvidos no processo, aqui nomeados por enfermeiros, equipe de enfermagem, usuário, família, equipe de saúde, gestores, conforme propõe a Política Nacional de Humanização (PNH)⁽⁷¹⁾. Com esta produção em saúde os problemas poderiam ser enfrentados, possibilitando o acolhimento e vínculos. A atenção integral de um paciente no hospital seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares⁽⁸⁰⁾.

Percebe-se um esforço da instituição, cenário da pesquisa, em proporcionar ações que poderiam ser entendidas como estratégias para assegurar direitos dos usuários e dos trabalhadores. Para isto, conta-se com um serviço de ouvidoria, estruturado para responder e apoiar às questões que lhe são atribuídas. Há referência no serviço que tem sido utilizada como canal de comunicação, principalmente, por usuários e também por profissionais que instruem os usuários desse direito. Por outro lado, no momento não se conta com a Comissão de Humanização, sendo que por anos, também, foi um espaço importante de representatividade e de proposição de ações, por ela acompanhada e estimulada.

Nesse processo se faz necessário responder uma pergunta: Por que, ao mesmo tempo em que, a enfermagem reconhece a família como um componente essencial na recuperação da pessoa hospitalizada, ela só a acolhe como acompanhante em situações previstas pela legislação ou em condições de risco e de dependência do paciente dos cuidados de enfermagem?

O movimento referente aos componentes que constituem o modelo teórico vai se apresentando, de acordo com o que foi relatado pelos sujeitos e

podemos evidenciar a incompatibilidade entre o modelo de assistência oferecido pela enfermagem e o esperado pela família.

Em seu processo de trabalho, a enfermagem oferece um modelo de assistência funcional ao paciente, enquanto a família deseja que o modelo de assistência seja o individualizado, gerando tensão, conflito e quebra de vínculo.

Como resultante fica demonstrado que há um distanciamento do objeto de trabalho, o cuidado. Nestas interações a enfermagem desenvolverá mecanismos de enfrentamento para conviver com essa realidade.

As estratégias restritivas, coercitivas e hostis dirigidas a qualquer movimento empreendido pelo familiar visitante para se tornar acompanhante, no cenário hospitalar, decorrem da representação da família como símbolo de agravamento da carga de trabalho, para a equipe de enfermagem, associado a todo seu processo de sofrimento vivenciado, em instituições que ainda não conseguem tratá-las como um capital social, na área da saúde.

Segundo o Interacionismo Simbólico, o símbolo é o conceito central. A mente é ação que usa símbolos e os dirige em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos. As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisões pelo sujeito que, envolve a definição da situação e esta por sua vez envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá⁽⁷⁵⁾.

De acordo com os dados, evidencia-se que a escassez de recursos humanos na área de enfermagem, na instituição tem imposto sobrecarga de trabalho à equipe, levando-a a adotar o modelo funcional de prestação de assistência que, por sua vez tem se mostrado incompatível ao esperado pela família e à pessoa hospitalizada, conforme referido. Enquanto a família requer uma assistência individualizada, a enfermagem sente-se pressionada por não conseguir oferecer esse modelo ainda que, possa reconhecer ser mais adequada para atender as demandas por cuidar. Essa incompatibilidade de modelos de assistência, oferecida pela enfermagem e o esperado pela família se constitui em

um foco central de tensão, conflito e quebra de vínculo equipe-família, podendo repercutir no tratamento da pessoa hospitalizada.

Na seqüência dessa análise dos dados e à luz do interacionismo e da literatura, percebemos que os comportamentos traduzidos em ações de enfermagem, perante a família têm ressonância com o que os estudos demonstram, subsidiando a compreensão sobre o processo de trabalho do enfermeiro e sua equipe, as interações humanas, perante uma profissão que tem o objeto vivo, inclusive com risco de morte. É um processo de trabalho complexo por todas as razões expostas.

O processo de institucionalização das práticas de saúde vem com a necessidade de organizar o trabalho, e na enfermagem apresenta-se enquanto marco da ruptura de um modelo vinculado ao senso comum e conseqüentemente, marco para a conformação da trajetória da Enfermagem enquanto atuação profissional. Não cabendo explorar todas as vertentes sobre os feitos de Florence Nightingale, destaca-se que o modelo se funda alicerçado num triplo controle: o ambiente, as relações e a ação^(57,64).

O primeiro âmbito desse controle relaciona-se ao ambiente físico, onde noções de territorialidade garantem e limitam doentes ao leito, reservando espaços peculiares a cada personagem. O ritmo da ação passa a ser marcado, como que antecedendo a instauração posterior da linha de montagem taylorista⁽⁵⁷⁾.

A concepção estética é evidenciada com a lógica do higienismo, talvez mais por hábito que por ciência há enfoque na iluminação, na aeração, na separação dos corpos, nos espaços e o rigor na limpeza dos seres e das coisas. Há uma revolução cultural que se institui, possibilitando contrapor-se à transgressão e à desordem, preceitos e valores centrados em princípios de moralidade conformam uma rede de sentidos em sintonia com uma personalidade que tinha a rigidez do julgamento e da conduta como marca distintiva. Esses princípios também seriam utilizados para selecionar e formar os futuros profissionais com perfil para um hospital⁽⁵⁷⁾.

Situando o trabalho em enfermagem conforme prática social que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, marcada por determinações históricas, sociais, econômicas e políticas⁽⁵²⁻⁵⁴⁾; podemos compreender a força do

modelo funcional, marcado no estudo em questão como uma forte vertente para a proposição do cuidado.

Do modelo Nigthingale, abordando o segundo âmbito de controle seria aquele capaz de promover a concordância entre o cenário, os atores e a ação, ou seja, a dimensão das relações. O padrão das interações visa a contenção, tendo na disciplina, nos dispositivos hierárquicos e nos ritos de pertinência mecanismos aptos a identificar, a julgar e a punir os desvios de comportamento⁽⁵⁷⁾.

As relações entre a enfermagem e a família foram apontadas por comportamentos que geram tensão, conflito e quebra de vínculo, corroborando com o padrão de interações apresentadas.

Há motivos atribuídos pela família para permanecer junto ao doente no hospital, como o interesse no paciente, a insegurança, o sentimento de coresponsabilidade pela recuperação do paciente, oportunidade de aprender, obrigação, respeito e simplesmente para estar junto⁽⁸¹⁾.

Então, ao considerar os sentimentos da família e do usuário, esses dados referidos como atributos para se manter presente no hospital, poderiam ser suficientes garantir a sua permanência. Mas o que se percebe na realidade é que nem mesmo a lei tem sido respeitada, pois os Direitos do Paciente, no artigo 26 diz "direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de parentes e amigos devem ser disciplinada em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico-sanitárias"⁽⁸²⁾.

Nesse esquema descrito para sustentação do modelo, a terceira dimensão do controle se volta para a esfera da ação, ficando marcada uma ruptura definitiva que desvincula o enfermeiro do cuidado direto. O trabalho passa a ter objetivos postos no controle do cenário e do desempenho dos subalternos – o princípio de estratificação a quem caberia o cuidar delegado. As ações assistenciais específicas para Nightingale, estariam centradas na esfera da avaliação e da deliberação^(56,57).

Após o afastamento do objeto, nessa perspectiva a ação passa a ter por finalidade evitar a angústia desse descentramento da subjetividade, passando a uma automação revelada por ritos de demarcação (o conferir coisas e pessoas, receber plantão); a distribuição, quase sempre do mesmo fazer para as mesmas pessoas – emblema da prática taylorizada; a valorização das coisas (contar,

solicitar, distribuir, controlar o uso de materiais e equipamentos) e os registros (escala, censos, requisições, relatórios). Ações postas no controle, sem poder assegurar o sentido desse processo que seria o cuidado^(56,57).

Os mecanismos de defesa psíquica presente nas relações profissionais ao longo do curso da história do hospital foram evidenciados; dentre eles a fragmentação de relacionamento enfermeiro-paciente, a despersonalização, o distanciamento e negação de sentimentos, a tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas, redução da responsabilidade utilizando o sistema de verificações e contra-verificações e a resistência à mudanças. Essas técnicas de defesa contra ansiedade apresentam-se frágeis e com pouca validade, porém são utilizadas⁽⁸³⁾.

Na profissão e também em nossa realidade esses mecanismos são reconhecidos, e afastar-se do paciente, portanto do objeto de trabalho, tendo um sentido já revelado, passando a ser uma explicação. Faz-se necessário conhecer, reconhecer e avançar, pois como já foi referido no momento que se utiliza os mecanismos, eles aliviam ansiedade, mas são frágeis em resolução.

Desde a origem, o trabalho em enfermagem mostrou uma divisão técnica e social, marcada pela hierarquia na qual as classes sociais mais altas assumiam a função de supervisão, atribuindo funções e tendo ações voltadas a educação, enquanto as classes sociais menos favorecidas cuidavam^(52,53).

A divisão do trabalho configura-se enquanto elemento e produto da forma gerencial taylorista/fordista, com postos de trabalho separados, mas encadeados, as tarefas simples e rotineiras, prescritas, intensa divisão técnica do trabalho com separação entre concepção e execução e grande contingente de trabalhadores semi-qualificados, tendo mínima possibilidade de intervenção autônoma no processo de trabalho⁽⁵¹⁾.

O trabalho em saúde e, portanto o trabalho em enfermagem teve influência da visão marxista em seu processo, que aborda a dinâmica estabelecida entre a dimensão técnica (saber fazer) e a dimensão social. Constitui-se em necessidade a ser satisfeita e, na saúde, a finalidade refere-se então às necessidades de saúde da pessoa ou da população^(41,42)

A profissão, indubitavelmente, enfrenta muitos desafios na construção de sua identidade e na apropriação do objeto central de seu trabalho, que é o cuidado de enfermagem⁽³³⁾.

Como possibilidade de consolidação da expressão profissional do enfermeiro, pensa-se que tal desafio perpassa também pela constituição da competência clínica, enquanto uma das balizas identitárias como exigência para os profissionais de nível superior em saúde⁽⁵⁹⁾.

Então o poder não seria pelo controle hierárquico e sim pautado no resgate do objeto, o paciente⁽⁶⁰⁾.

Na dimensão gerencial, também, é posta a fragilidade em termos de compromisso com os clientes e prestadores de serviço, sendo apresentado como alternativa de conduta gerencial para o enfermeiro, que seja fundamentada na práxis criadora, atenção voltada à prática clínica⁽⁸⁴⁾.

Nesse sentido é importante destacar alguns aspectos conceituais que possam expressar o significado de cuidar, isto sem a pretensão do aprofundamento teórico que determinadas teorias poderiam fornecer.

Numa perspectiva foucaultiana, a liberdade, então, é essencialmente política, na medida em que ser livre significa não ser escravo nem de si mesmo [...] exercendo sobre si uma relação de domínio [...] poder, mando. Quem cuida de modo adequado de si mesmo, encontra-se em condições de relaciona-se de conduzir-se adequadamente na relação com os demais⁽⁸⁵⁾.

Ao apresentar e discutir, o filósofo do cuidado, Martin Heidegger (1889-1976) que em sua obra *Ser e Tempo*, mostrou que realidades fundamentais como querer e o desejar se encontram enraizados no cuidado essencial. Somente a partir da dimensão do cuidado elas emergem como realizações do humano. O cuidado é uma constituição ontológica, que diz respeito à essência, à identidade profunda, com a natureza de um ser. Portanto, sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projetou e faz. Cuidado subministra preliminarmente o solo em que se move toda interpretação do ser humano. Heidegger entende aquilo que na definição essencial do ser humano e estrutura a sua prática. Quando fala do cuidado como o solo em que se move toda a interpretação do ser humano sinaliza que o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano. Se não nos basearmos no cuidado, não lograremos compreender o

ser humano”⁽⁸⁶⁾.

Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele. A razão analítico-instrumental abre caminho para a razão cordial, o *esprit de finesse*, o espírito de delicadeza, o sentimento profundo. A cordialidade não é mais ocupada pela razão, mas pelo *pathos* sentimento⁽⁸⁶⁾.

Ao localizar o modelo funcional, com suas características e repercussões, bem como ao trazer as estratégias de defesa no cenário hospitalar para aliviar a ansiedade, podemos perceber que não faz sentido com os conceitos apresentados sobre o cuidar. Nessa dimensão cuidar é representado por ações e movimentos que dizem respeito às pessoas, usuários e profissionais, com condições para a interação e percepção individual do outro. Assim são propostos os modelos de assistência, nominados integral/individual.

Nessa perspectiva de demanda individual por cuidado é que a família reivindica atenção aos problemas de saúde, de seus entes internados.

Segundo o autor, cuidados de enfermagem individuais baseiam-se no conceito de cuidados integrais e a relação paciente-membros da equipe de enfermagem é 1:1, ou mais do que um, se a “carga de trabalho” exigir. O atendimento não é fragmentado, a totalidade dos cuidados é prestada pelo membro da equipe designado por pessoa hospitalizada e não por atividades. A responsabilidade de todos os cuidados é de um membro da equipe de enfermagem, embora a responsabilidade última seja do enfermeiro da unidade. Cabe ao enfermeiro, principalmente, a supervisão e a avaliação dos cuidados, e um poder decisório em todas as etapas do processo de cuidar⁽⁸⁷⁾.

Ao contrário, os cuidados de enfermagem funcionais consistem num modo de organização em que o processo global de trabalho é fragmentado em tarefas, de forma que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua seqüência e execução. É uma estrutura de tarefas que requer a execução repetida de atividades com vários clientes e um desempenho rápido e eficiente de ações de enfermagem, puramente técnicas. O princípio taylorista da fragmentação das diferentes atividades comportadas pelo trabalho de

enfermagem é, assim, o valor central de estruturação deste modelo. As “missões” são divididas entre os membros da equipe de acordo com a descrição da tarefa e quantidade de trabalho a realizar durante o turno. Logo, a divisão do trabalho demanda que cada membro da equipe esteja mais atento às tarefas do que às pessoas atendidas. A ênfase está no “fazer com que seja feito”, levando a enfermagem funcional a ser descrita como método de atendimento tipo “linha de montagem”. Nesta modalidade é comum se ouvir da enfermagem, descrevendo as suas ações: “preparar e ministrar as medicações, conferir os soros, verificar os sinais vitais, dentre outra. Esta modalidade tem como consequência reduzir e ocultar os espaços de indeterminação do trabalho de enfermagem. É que, apesar desses espaços estarem presentes, isto é, apesar do trabalho, principalmente, dos enfermeiros requererem, níveis de interpretação e decisão, vão além da execução das tarefas que lhe foram distribuídas, essa dimensão não é objetivamente valorizada como trabalho⁽⁸⁷⁾.

O modelo de assistência que não atende as necessidades da família nem dos membros da equipe gera desmotivação, insatisfação, as altas taxas de absentismo e crescente esgotamento do pessoal que cuida, caracterizando serviços de saúde desumanizados, centrados na técnica e na doença. A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afetam a enfermagem de todo o mundo, motivando a exploração de caminhos alternativos⁽⁸⁷⁾.

Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa. É que, a boa prestação de cuidados implica um componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se ao cuidado humano (componente moral) e ao cuidado social. Estaremos, assim enveredados, objetivamente, por uma qualidade global, conjunto de atividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interação entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados)⁽⁸⁷⁾.

O doente não é colocado como centro do seu trabalho, pela equipe, mas objetivamente, cada membro, no final do turno não tem a percepção de ter cuidado um dado número de doentes, mas sim de ter “ministrado tantas injeções”, “tantos banhos”, “tantos curativos”, dentre outros cuidados. As prescrições médicas e os procedimentos necessários à execução dessas prescrições, juntamente com a administração de cuidados físicos de rotina, recebem a prioridade. Por isso, os clientes sentem muitas vezes uma diminuição de interesse humano durante a sua estada no hospital⁽⁸⁷⁾.

Quanto aos pressupostos que sustentariam esse modelo citamos três dimensões em que podem definir processo de enfermagem: propósito, organização e propriedade. O **propósito** principal do processo de enfermagem é oferecer uma estrutura, nas quais as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade possam ser satisfeitas. Afirmo ainda, que “processo de enfermagem envolve uma relação interativa entre o cliente e a enfermeira, tendo como foco o cliente. A enfermeira confirma as observações com o cliente e, juntos, utilizam o processo. Isso auxilia o cliente a lidar com mudanças reais ou potenciais em saúde e resulta num cuidado individualizado.”⁽⁸⁸⁾

Quanto à **organização** o processo de enfermagem é constituído de cinco fases identificáveis, interrelacionadas e interdependentes: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação⁽⁸⁸⁾.

O processo de enfermagem apresenta seis propriedades, apontadas por ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias⁽⁸⁸⁾

Também é importante refletir sobre resultados de estudos que apresentam evidências de cisão entre os pressupostos e a sua operacionalização.

Nessa lógica, embora há discurso que o processo de enfermagem seja realizado, ao contrapor os dados com os pressupostos, verifica-se uma prática atrelada a lógica taylorizada, onde as necessidades e prioridades identificadas pouco alteram a distribuição das atividades, ainda vinculadas à uma escala funcional modificada, os registros expressariam manifestações de seres mediados por papéis sociais; nessa interação reducionista, defensiva, o processo se dá numa seqüência rígida, regida e pré-determinada aprioristicamente

podendo comprometer, sob a ótica do enfermeiro, sua singularidade, criatividade e responsabilidade⁽⁸⁹⁾.

Na perspectiva do paciente, o estudo mostra, um processo que viabilizaria sua biologização e enquadramento à dinâmica institucional⁽⁸⁹⁾.

Há contradições com a cisão entre o planejamento e a execução do cuidado e a ausência de apropriação do saber de enfermagem por parte dos agentes que executam majoritariamente o cuidado⁽⁴²⁾.

Por essas razões que o processo de assistir, dos atores desta pesquisa trabalha com prioridades, sendo esta a medicação, deixando para um segundo momento às outras necessidades do paciente, como: conforto, segurança, higiene, hidratação, alimentação, eliminações, dentre outras. Essa é uma das razões que facilita o movimento do familiar da condição de visitante para acompanhante, bem como o seu acolhimento, caso assuma esses cuidados, sem trazer mais problemas para a equipe (acompanhante colaborativo). Esses cuidados são classificados pela enfermagem como “simples”, ou seja, não exige competência profissional. Aqui, percebemos emergir outro momento que coloca a essência da profissão em condição de vulnerabilidade, em face da desvalorização de parte dos cuidados de enfermagem que, ainda se mantêm sob o domínio exclusivo da profissão.

Também em estudo sobre banho no leito a equipe de enfermagem considera um procedimento simples, aquele que não há necessidade de conhecimentos técnico-científicos profundos e da incorporação de tecnologias⁽⁹⁰⁾.

O conceito de cuidado simples também é considerado, nesse estudo que demonstra que quando se concede a oportunidade de ter um familiar acompanhante, existe um reduzido aproveitamento da pessoa do cuidador tidos como simples pela enfermagem, como higiene, alimentação e observação de eliminações⁽⁹¹⁾.

Na perspectiva de familiares visitantes e de acompanhantes de pacientes adultos e idosos hospitalizados, para tornar-se acompanhante significa uma oportunidade para a família aproximar-se da equipe de saúde. Assim, o familiar acompanhante tem que se adaptar a um cenário hostil, que não promove conforto, não proporciona leito para repouso e precisa se adaptar à rotina hospitalar. Passa a conviver com experiências de sofrimento, sendo aconselhado

pela equipe de saúde a se acostumar às situações e ainda passa a assumir o papel de cuidador⁽¹³⁾.

Seja na condição de visitante ou acompanhante é notório o desafio para essas vivências, é uma “prova de fogo” que a família terá que passar. Percebe-se que existe um longo caminho a ser trilhado para efetivas mudanças.

Ao perceber que o paciente pode estar em risco eminente, mediante a dificuldade que a equipe de enfermagem tem em dar atenção ao paciente, a família sente-se insegura, passando a adotar um processo de vigilância sobre as ações da enfermagem e isso a incomoda demasiadamente. Por outro lado, aqueles familiares que desempenham o papel de visitantes empreendem um movimento de pressão para tentar romper as barreiras físicas e normativas, para permanece o maior número de tempo, próximo ao paciente.

Esse se constitui em outro foco de tensão, porque a enfermagem percebendo o movimento de familiares visitantes impõe um movimento contrário e austero, norteado por barreiras físicas, normativas, de controle e supervisão, bem como partindo para um relacionamento de hostilidade.

Por meio dessas estratégias, a enfermagem consegue controlar o acesso de familiares visitantes à condição desejada de acompanhante, mantendo-os por grande parte do tempo, afastadas de seu cenário de trabalho. Nessa perspectiva, tanto a manutenção do distanciamento de familiares visitantes, bem como o acolhimento de acompanhantes que se mostram colaborativos com o cuidado de pessoas dependentes com demandas de cuidados, configura-se em uma estratégia de enfrentamento da equipe, mediante a possibilidade de vivenciar mais sobrecarga de trabalho e de sofrimento psíquico.

Por outro lado, o enfermeiro quando não permite o acesso do familiar à condição de acompanhante, ele não está permitindo que o binômio pessoa hospitalizada-família vivencie a interdependência emocional.

É importante considerar a família como uma unidade de cuidado, quando se tem um adulto ou idoso hospitalizado, bem como de reconhecer os atributos que constituem o ser adulto e idoso para se pensar em cuidar^(31,92).

Quando a Instituição concede a oportunidade de um familiar estar com o doente durante a hospitalização, acredita-se que esteja favorecendo o

desenvolvimento de um processo interacional, em que a reciprocidade de sentimentos promove um relacionamento terapêutico doente-família, aliviando o sofrimento de ambos⁽¹³⁾.

Finalizando esta etapa destacamos que acolher ou desconsiderar a família de um adulto ou idoso hospitalizado, de toda forma trás à decisão a complexidade da escolha, porém acreditamos que a Enfermagem possa em seu processo de trabalho pensar, sentir e agir, enquanto elementos necessários para se avançar.

Capítulo 5

TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS



O estudo possibilitou-nos compreender a experiência interacional entre a equipe de enfermagem e família de adultos e idosos em um Hospital Universitário, permitindo ainda a descoberta de um modelo teórico representativo para tal fenômeno, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre um tema significativo para a Enfermagem.

Considerando o resultado e a análise dos dados, cabe abordar que o processo de trabalho em enfermagem, no cenário hospitalar, tem ocorrido pela prestação de assistência pautada em modelo funcional, enquanto a família espera que seja pelo modelo integral/individual; gerando tensão, conflito e quebra de vínculo nessas interações e em consequência disto e outros elementos intervenientes, afastam o enfermeiro do seu objeto de trabalho – o cuidado.

Pelo exposto, acreditando poder avançar em conhecimento produzido e em intervenção, por isso, estamos propondo um exercício de reflexão e discussão, que pressupõem:

- Faz-se necessário considerar a força histórico-social, influenciando realidades e utilizada em grande maioria pelas instituições hospitalares, levando-a por vezes a ter como referência, o modelo funcional, como forma de organizar e propor a assistência;
 - Conhecer, portanto o contexto, com os atributos da cultura institucional, faz-se necessário, porém não limitar-se a isto de forma irrefutável, sendo possível encontrar estratégias para a vivência de modelos assistenciais que poderão responder melhor às demandas por cuidado;
 - Pensar e articular espaços institucionais para analisar, refletir, discutir e exercitar modelos de assistência pautados na coordenação do processo de cuidar, com abordagem voltada à compreensão do agir do enfermeiro;
-

- Buscar espaços institucionais concretos para discutir e promover suporte que garanta o cuidado voltado à subjetividade das pessoas que compõem a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde;
- Perceber que há demanda premente para discutir recursos humanos na perspectiva gerencial relativo ao quantitativo recomendado para as atividades a eles destinadas, como também, na perspectiva da educação permanente, enquanto possibilidade de gerar e alimentar condições para o cuidar;
- Será importante reconhecer o usuário adulto e idoso, sua família e a equipe de enfermagem, como capital social, produtor de direitos;
- Que adultos e idosos possam ter espaço dentro da sua proposta terapêutica para responder sobre suas vontades e desejos, incluindo a família, nesse processo de saber o que é melhor para si, existindo um clima favorável, acolher, de respeito, com possibilidades de vínculos;
- Que a lógica, a finalidade do trabalho em enfermagem, seja posta no objeto de trabalho – o cuidar, como elemento central na Enfermagem e, portanto com sentido de ações direcionadas para as pessoas-usuários.

Perante essas premissas cabe finalizar a pesquisa, propondo enquanto desafio necessário a Enfermagem, outras produções científicas na área, que possam colocar o tema em análise e a utilização de outros estudos e desse em particular, como ciência que poderá ser aplicada, objetivando a essência da profissão – o cuidar.

REFERÊNCIAS



- 1–Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3^a. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
 - 2–Traverso-Yépes M, Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1): 80-8.
 - 3-Guiorsi AR. Possibilidades e limitações para uma prática transformadora na enfermagem familiar. *Texto Contexto Enferm*. 1992; 1(1): 137-41.
 - 4-Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto familiar. *Rev Cogitare Enferm*. 1997; 2(1): 44-9.
 - 5-Mancussi AC. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. *Rev Lat Am Enferm*. 1998; 6(4): 67-73.
 - 6-Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam Saúde Desenv*. 1999; 1(1/2): 7-14.
 - 7-Angelo M, Bousso RS. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35 : 172-9.
 - 8-Paula AAD, Furegato AR, Scatena MCM. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. *Rev Lat Am Enferm*. 2000; 8(4): 45-51.
 - 9-Rossato-Abéde LM, Ângelo M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. *Rev Lat Am Enferm*. 2002; 10(1): 48-54.
-

- 10-Weirich CF, Tavares JB, Silva KS. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004; 6(2): 172-80.
- 11-Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira F, Sales CA. vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14 (esp): 116-24.
- 12-Silveira RS, Lunardi VL, Filho WDL, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto contexto Enferm.* 2005; 14(esp): 125-30.
- 13-Silva L, Bocchi SCM. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhantes de adulto e idoso. *Rev Latino-Am Enferm.* 2005; 13 (2): 180-7.
- 14-Pettengeill MAM, Ângelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Lat Am Enferm.* 2005; 13(6): 982-8.
- 15-Marcon SS, Waidman MAP, Decesaro MN, Arêas MMM. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da enfermagem do Sul do Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19 (1): 21-7.
- 16-Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006; 14 (2): 207-13.
- 17-Silveira AO, Ângelo M. A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Rev Lat Am Enferm.* 2006; 14(6): 893-900.
- 18-Pettengill MAM, Ângelo M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(2): 280-5.
-

- 19-Monticelli M, Boehs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41 (3): 468-77.
- 20-Machado ALG, Freitas CHA, Jorge MSB. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(5): 530-4.
- 21-Maruiti MR, Galdeano LE. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*. 2007; 30(1): 37-43.
- 22-Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2): 229-36.
- 23-Silva L, Galera SPF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4): 397-403.
- 24-Lustosa MA. A família do paciente internado. *Rev SBPH*. 2007; 1(1): 3-8.
- 25-Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 15(1): 84-92.
- 26-Bocchi SCM, Silva L Juliani CMCM, Spiri WC. Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho em enfermagem. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(2): 304-10
- 27-Souza LM, Wegner W, Gorini. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(2): 337-43.
-

- 28-Maranhão DG, Sarti CA. Cuidado compartilhado: negociações entre famílias e profissionais em uma creche. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007; 11(22): 257-70.
- 29-Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2)232-40.
- 30-Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Lat Am Enferm.* 2008; 42(1): 127-34.
- 31-Silva L, Bocchi SCM, Bousso RS. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2): 297-303.
- 32-Marx K. *O capital*. 14^a ed. São Paulo: Difel; 1995. v.1, p.201-23.
- 33-Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas; 1998.
- 34-Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 1992 (Cadernos CEFOR, 1. Série Textos).
- 35-Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
- 36-Felii VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.
-

- 37-Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Ono R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec-Lugar Editorial; 1997. p.34-9.
- 38-Schraiber LB, Peduzzi M, Sla A, Nemes MIB, Castalheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(2): 221-42.
- 39-Quintana P, Roschke MA, Ribeiro EC. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: Haddad QJ., et al. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS; 1994.
- 40-Almeida MCP, Rocha SMMR, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; p.15-26.
- 41-Nogueira RP. O trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana A, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.257-73.
- 42-Peduzzi M, Alselmi ML. O processo de trabalho em enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2002; 55(4): 392-8.
- 43-Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 108-24.
- 44-Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 443-53.
- 45-Franco TB, Merhy EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. [Monografia da Internet] Rio de Janeiro: Universidade
-

Federal do Rio de Janeiro. [acesso 2008 jul 2008]. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>

46-Almeida MCP, Fortuna CM, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS. Gerencia na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho. In: Anais do X Encontro de Enfermagem do Nordeste; 1994; Salvador, BA.

47-Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53 (esp): 143-7.

48-Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-9.

49-Kuenzar AZ. Pedagogia de fábrica – as relações de produção e a educação do trabalhador. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

50-Machado NJ. Sobre a idéia de competência. In: Perrenoud P, Thurler MG. As competências para ensinar no século XXI. São Paulo: Artmed; 2002. p. 137-55.

51-Deluz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem – PROFAE. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 5-15.

52-Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

53-Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.

54-Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1989.

- 55-Ide CAC. A re-identificação de referenciais para a intervenção do enfermeiro no âmbito de saúde do adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; (n.esp):9-32.
- 56-Ide CAC. Delineando as propriedades que conferem ao cuidar em enfermagem seu estatuto singular: o quadro e o fato. *Rev Esc Enf USP*. 1999; 33(4): 411-20.
- 57-Ide CAC. A coordenação do processo de cuidar. In: Ide CAC, De Domenico EBL. *Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar*. São Paulo: Atheneu; 2001. p.155-64.
- 58-Heller A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e terra; 1992.
- 59-Dell'Acqua MCQ. *A construção da competência clínica: da concepção dos planejamentos de ensino às representações da aprendizagem entre graduando de Enfermagem [tese]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- 60-De Domenico EB. *Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em Enfermagem: a expressão do conjunto [Doutorado]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
- 61-Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.
- 62-Queiroz VM, Salum MJL. *Globalização econômica e a aprtação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem*. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996 Out 6-11; São Paulo. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.190-207.
- 63-Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem à partie de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1): 119-27.
-

- 64-Ide CAC, Chaves EC. Fundamentos para a construção de uma teoria de ensino/apresentado no curso de atualização “O ensino do processo de cuidar do adulto: perspectivas para a questão”. São Paulo; 1992. Mimeografado.
- 65-Pierre C. O exercício da afetividade no relacionamento profissional de saúde-doente. [homepage on the Internet]. São Paulo: ADB; 2006 [acesso 31 maio 2006]. disponível em: <http://www.claricepierre.psc.br/artigos2.htm>
- 66-Merhy EE. A perda dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: O SUS em Belo Horizonte. São Paulo: Editora Xamã: São Paulo, 1998.
- 67-Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 7-14.
- 68-Brasil. Ministério da Saúde, Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde-Humaniza SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- 69-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria–Executiva. Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. [monografia da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 26 ago 2008]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus.pdf>
- 70-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela saúde.
-

- 71-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde [monografia da internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 26 ago 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf
- 72-Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Lat Am Enferm*. 2007; 15(1): p. 34-41.
- 73-Bettinelli LA, Waskivicz J, Erdmann AL. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: Pessini L Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Edições Loyola; 2004. p.87-99.
- 74-Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde Debate*. 2000; 24: 21-34.
- 75- Charon JM. *Symbolic interactionism: na introduction, na interpretation, an integration*. 3ª ed. New York (USA): Prentice Hall; 1989.
- 76-Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory*. New York (USA): Aldine; 1967.
- 77-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Comitê de Ética em Pesquisa. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Botucatu: Tiponic; 1997.
- 78-Angelo M. *Vivendo uma prova de fogo: as experiências iniciais da aluna de enfermagem* [Tese] São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1989.
-

- 79-Chinitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory. Reading: Addison-Wesley; 1986.
- 80-Cecílio LC, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.[Monografia da Internet].Campinas; 2003 [acesso 25 jan 2006].Disponível em : <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>
- 81-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]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem – USP; 2001.
- 82-Brasil. Lei Nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo [monografia da internet]. São Paulo: Estado de São Paulo; 1999 [acesso 10 set 2008]. Disponível em [:http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/E-LE10241-180399.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/E-LE10241-180399.pdf)
- 83-Menzies I. The functioning of organizations as social systems of defense against anxiety. Tavistock institute of human relation; 1970.
- 84-Trevisan MA, Mendes IAC, Shinyashiki GT, Gray GI. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14(3):457-60.
- 85-Foucault M. Hermenêutica del sujeto. Madrid: La Piqueta; 1987.
- 86-Boff L. Saber cuidar. Ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2000.
- 87-Costa J S. Métodos de prestação de cuidados. [Monografia da Internet]. Portugal; 2008 [acesso 15 set 2008]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
-

- 88-Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 89-Pedro RF, Ide CAC. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): o lado sombrio da sua prática [Monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.
- 90-Lima TC de. Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da terapia intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis [dissertação]. Botucatu(SP): Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2008.
- 91-Pai MM, soares Mal. Percepção do significado da função do cuidador por um grupo de enfermeiras e cuidadores: convergências e divergências em seus discursos. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33(3): 231-5.
- 92-Ide CAC. O cuidar do adulto institucionalizado: os sistemas de conceitos que conformem a ação. Rev Esc Enferm USP. 1998; 32(4): 362-8.
-

ANEXOS





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, 06 de novembro de 2006

OF.557/2006-CEP

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Silvia Cristina Mangini Bocchi
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª. Silvia,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Compreendendo a experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados" a ser conduzido por Marcos Lourenço Dell'Acqua, orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 06/11/2006.

Situação do Projeto: APROVADO:

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

Atenciosamente,

*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.*

ANEXO 2. JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

unesp

DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CÂMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Seção de Pós-Graduação

| |
|------------|
| Fis. |
| Proc. |
| Rub. |

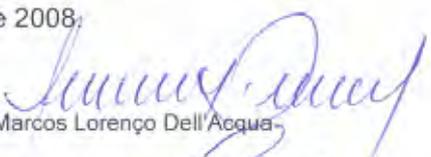
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

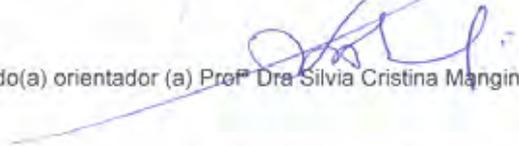
JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa **“COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE ENFERMAGEM-FAMÍLIA DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS** aprovado pelo CEP em 06/11/2006, Ofício nº 557/2006-CEP, teve seu título alterado para **“Do acolhimento a desconsideração da família no cenário hospitalar pela enfermagem: a divergência de modelos assistenciais e o sofrimento no trabalho, como componentes intervenientes.”**, sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

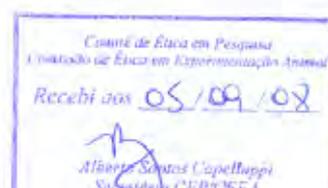
A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 04 de setembro de 2008.

Nome/Assinatura do(a) aluno(a)  Marcos Lorenço Dell'Acqua

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) Prof^a Dra Sílvia Cristina Mangini Bocchi. 

Programa de Pós Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional



ANEXO 3.**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Eu, _____, portador (a) do RG n° _____, domiciliado(a) na cidade de _____, concordo em participar da pesquisa intitulada “Compreendendo a experiência interacional equipe de enfermagem-família de adultos e idosos hospitalizados”. Estou de acordo que seja gravado, desde que guardado sob sigilo o depoimento, relativo a minha experiência com familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados. O autor deste estudo se compromete a destruir após transcrever, todo o material usado para gravação da entrevista isto é, fitas K7, de vídeo ou arquivos digitais. Estou sendo informado de que este estudo tem por objetivo, compreender a experiência interacional sob a perspectiva da equipe de enfermagem, acerca dos familiares visitantes e acompanhantes, durante a hospitalização de adultos e idosos, bem como desenvolver um modelo teórico representativo da experiência vivida por eles. Declaro que foi esclarecido que a pesquisa poderá subsidiar Programas de Capacitação Permanente à equipe de enfermagem da Instituição, na tentativa de gerar um ambiente mais humanizado e produzir conhecimentos retroalimentadores do ensino. Declaro também que estou ciente da liberdade que terei de pedir mais esclarecimentos, de não participar desta pesquisa, ou de desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa.

Botucatu, ___ de _____ de 2006.

entrevistado (a)

*Marcos Lourenço Dell’Acqua
COREN-SP 86635

**Profa . Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi
orientadora

Endereço para contato:

*Divisão de Enfermagem do H.C. – F.M.B.:UNESP – fone (14) 38116220 – e mail:

mdellacquabtu@ig.com.br

**Departamento de Enfermagem da F.M.B.:UNESP – fone (14) 38116004 – e mail : sbocchi@fmb.unesp.br

ANEXO 4. QUADROS DE CÓDICOS REFERENTES À ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.

Quadro 1. Categoria A1. Convivendo com a sobrecarga de trabalho, mediante o déficit de recursos humanos: códigos.

Categoria A1. Convivendo com a sobrecarga de trabalho mediante o déficit de recursos humanos.

- Percebendo a deficiência do número de funcionários na enfermaria (A4-19)
- Percebendo que a enfermaria conta com um número de funcionários muito menor do que o adequado (E9-47)
- Reconhecendo que a falta de funcionários na enfermaria é um problema (A7-38)
- Considerando que a sua enfermaria não é tão calma quanto falam (A7-38)
- Achando o cotidiano hospitalar muito atribulado, corrido (E1-1)
- Referindo que funcionários assumem seis, sete ou oito pacientes para cuidar e necessitam atender a todos (A3-17)
- Percebendo a falta de tempo dos funcionários (E1-1)
- Enfermeiro concluindo que a equipe de enfermagem de sua unidade está muito desgastada, cansada (E9-49)
- Entendendo que os funcionários estão muito sobrecarregados de tarefas importantes, as quais, eles sempre têm que prestar contas (E9-51)

Quadro 2. Categoria A2. Deixando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente, para priorizando o preparo e administração de medicamentos: subcategorias, códigos.

Categoria A2. Deixando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente, para priorizar o preparo e administração de medicamentos.

Subcategoria A2.1. Dando prioridade ao preparo e administração de medicamentos

- Estabelecendo prioridades para o andamento do trabalho (A7-38)
- Funcionário preparando medicação urgente e trocando os pacientes e não podendo atender o acompanhante naquele momento (A7-38)
- Visitantes exigindo coisas que não são prioridades para os funcionários naquele momento (T11-59)

Subcategoria A2.2. Relegando as necessidades de segurança, conforto e atenção ao paciente

- Achando que a equipe não tem tanto tempo para estar conversando com o paciente e o acompanhante ajudaria nesse aspecto (A3-16)
- Concluindo que a equipe de saúde, principalmente o enfermeiro não tem tempo para atender às necessidades de segurança, conforto e atenção do paciente (E1-1)
- Percebendo que a equipe de saúde não está valorizando as necessidades de segurança, conforto e atenção, como deveria (E1-1)
- Usando como exemplo: Com o número reduzido de funcionários, oferecer o alimento ainda quente para os pacientes é difícil. Quando o acompanhante ajuda isso é possível (A7-38)

Quadro 3. Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família: subcategorias, elementos, códigos.

Categoria A3. Considerando a escassez de recursos humanos e a indefinição do papel do acompanhante como indutores de conflitos e da atribuição de cuidados de enfermagem à família

Subcategoria A.3.1. Atribuindo os cuidados de enfermagem simples à família e os complexos à equipe

Elemento A1.1.1. Elegendo cuidados simples (baixa complexidade) como de competência da família

- Entendendo que colocar uma comadre poderia ser uma atribuição do acompanhante **(E9-48)**
- Considerando vantajoso para a equipe quando o acompanhante auxilia em cuidados pequenos como o de oferecer água ao paciente **(T6-30)**
- Familiar ajudando, pois já está acostumado a fazer essas atividades em casa **(A7-37)**
- Achando como ponto positivo que o acompanhante ajude oferecendo alguma coisa ou ajudando o paciente ir ao banheiro **(E2-7)**
- Enfermeiro pedindo para o acompanhante ajudar a equipe, colocando uma comadre **(E9-47)**
- Considerando que a equipe de enfermagem acha que a família ajuda quando fica junto, oferece a alimentação, encaminha para o banheiro **(E1-5)**
- Reconhecendo que o acompanhante que ajuda em pequenas atividades, ajuda muito a equipe de enfermagem **(A7-38)**

Elemento A1.1.2. Elegendo cuidados importantes (alta complexidade) como de competência da equipe de enfermagem

- Considerando que há atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem **(A4-18)**
- Considerando que o acompanhante não tem obrigação de fazer todas as atividades com o paciente **(A4-18)**
- Usando como exemplo, familiar que alterava a infusão de medicamentos por bomba, tentando ajudar a equipe **(E9-48)**
- Entendendo que manipular medicamentos e bombas de infusão deve ser uma atribuição somente da equipe de enfermagem **(E9-48)**

Subcategoria A.3.2. Considerando que o papel do acompanhante não está condicionado a prestação de cuidados de enfermagem.

- Considerando que o acompanhante não precisa fazer tudo como dar comida, trocar o paciente **(T5-22)**
- Achando que o familiar não é acompanhante para atender as necessidades fisiológicas do paciente **(A3-16)**
- Considerando que o acompanhante não tem obrigação de fazer nada para o paciente, essa obrigação é da equipe de enfermagem **(A8-43)**
- Achando como ponto negativo que a equipe atribui ao acompanhante atividades que são suas **(E2-7)**
- Achando que as necessidades fisiológicas do paciente devem ser atendidas pela equipe de enfermagem **(A3-16)**

Subcategoria A3.3. Gerando conflitos na equipe de enfermagem e na relação equipe-família, mediante a falta de definição formal do papel de familiar visitante e acompanhante

Elemento A3.3.1. Faltando definição formal do papel de acompanhante para a família e para a equipe

- Não sabendo se é obrigação do acompanhante tirar o paciente da cama, acompanhá-lo até o banheiro ou colocar comadre (T11-60)
- Faltando orientações para familiares e equipe a respeito dos limites de atuação dos familiares dentro do hospital (E9-48)
- Relatando que o papel do acompanhante não está bem definido para a equipe de enfermagem (T11-60)
- Achando que não está bem definido o papel do acompanhante na enfermaria (T11-60)

Elemento A3.3.2. Acometendo os processos de coordenação, orientação e supervisão de familiares visitantes e acompanhantes

- Faltando orientações para familiares e para a equipe a respeito das atribuições pertinentes à família (E9-48)
- Percebendo que os familiares ficam perdidos, não sabendo como ajudar a equipe de enfermagem em suas atribuições (E9-48)
- Achando que falta esclarecimento à equipe de enfermagem, com relação a estar explicando procedimentos para os familiares (E1-4)
- Achando que falta orientação para visitantes (A8-39)
- Achando que há uma orientação inadequada para o familiar que vai se tornar um acompanhante (A8-39)
- Achando que o enfermeiro não atua dessa forma em sua enfermaria – não orienta (A8-43)
- Considerando que falta orientação para os acompanhantes sobre o que podem ou não podem fazer (A8-40)
- Considerando que falta orientação e coordenação da visitação nos horários estipulados (A8-40)
- Considerando que não estão estabelecidos para a equipe critérios e orientações para os acompanhantes (A8-41)

Elemento A4.3.3. Gerando conturbações entre os profissionais e familiar-equipe

- Entendendo como negativa diferença de condutas entres os profissionais na relação com os acompanhantes (A8-42)
- Percebendo como um grande problema a falta de uniformidade na linguagem entre todos os funcionários (A8-43)
- Enfermeiros passando informações desencontradas para familiares durante os plantões (E9-46)
- Achando que a falta de uma linguagem uniforme na enfermaria configura um grande problema (E9-46)
- Acreditando que a equipe toda deveria atuar da mesma forma, falando a mesma língua (A7-35)
- Considerando como um grande problema a equipe não falar a mesma língua (A8-41)

Quadro 4. Categoria A4. Equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família: códigos**Categoria A4. Equipe de enfermagem sentindo-se incomodada ao se perceber vigiada pela família**

- Achando que ao questionarem a família está interferindo no serviço **(E1-3)**
 - Reconhecendo que visitantes perguntam, questionam **(E2-8)**
 - Reconhecendo que os funcionários não gostam de familiares visitantes porque se sentem questionados **(E2-9)**
 - Os funcionários achando que os familiares estão ali para observar o serviço **(E1-4)**
 - Familiares observando a forma que os cuidados são prestados **(A7-37)**
 - Familiares observando a diferença na atenção dada ao paciente de um funcionário para o outro **(A7-37)**
 - Achando que a visita e o acompanhante pergunta, questiona mais que o paciente **(E1-4)**
 - Acompanhante atrapalhando a equipe de enfermagem quando questiona o tratamento oferecido **(T6-30)**
 - Considerando que os funcionários não gostam de ser observados pelos familiares **(E1-4)**
 - Considerando que os funcionários não gostam muito de serem questionados **(E1-4)**
 - Achando que os principais motivos da resistência da equipe à permanência de acompanhantes é o de se sentirem fiscalizados e serem questionados **(E2-13)**
 - Funcionários sentindo-se questionados pela família **(E1-3)**
 - O visitante perguntando, querendo saber sobre o seu familiar **(E2-8)**
-

Quadro 5. Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa: subcategorias, códigos.

Categoria A5. Considerando a presença da família associada ao aumento da carga de trabalho, principalmente, quando se manifesta não colaborativa.

Subcategoria A5.1. Acompanhantes e visitantes desordenando o trabalho da equipe de enfermagem ao exigirem um tratamento individualizado ao seu familiar

- Visitantes exigindo coisas que naquela hora os funcionários não podem fazer **(T11-59)**
- Os funcionários achando que muito do que os acompanhantes solicitam de imediato, poderia esperar um pouco **(A3-15)**
- Gerando tumulto quando se está prestando cuidados para um paciente e outro acompanhante quer que o seu familiar seja atendido naquele momento **(A3-17)**
- Relatando que o acompanhante, às vezes, exige que o funcionário preste algum cuidado naquele momento **(A7-38)**
- Os acompanhantes exigindo muitas coisas imediatamente, buscando o funcionário pelos corredores **(A3-15)**
- Considerando que algumas pessoas (acompanhantes) fazem os funcionários de empregados **(A3-15)**
- Visitantes exigindo coisas que não são prioridades para os funcionários naquele momento **(T11-59)**
- Encontrando dificuldades em lidar com as prioridades estabelecidas e parar para dar orientações para visitantes **(E10-53)**
- Achando que visitantes em alguns momentos atrapalham a equipe de enfermagem **(T11-59)**
- Funcionários achando que familiares atrapalham **(E1-3)**
- Os funcionários considerando que a família não tem necessidade de saber sobre os procedimentos que serão feitos **(E1-3)**
- Encontrando dificuldades em lidar com as prioridades estabelecidas e parar para dar orientações para visitantes **(E10-53)**
- A equipe não gostando de ser chamada pelos acompanhantes em alguns momentos pois, já estabeleceram um esquema de trabalho **(E2-10)**
- Os acompanhantes querendo atenção exclusiva para o seu familiar **(A3-14)**
- Os acompanhantes querendo atenção, atendimento exclusivo, achando que deveria ter um funcionário somente para atender o seu familiar **(A3-14)**

Subcategoria A5.2. Familiares interferindo nas condutas estabelecidas pela equipe

- Acompanhante atrapalhando quando cria resistência ao tratamento oferecido, interferindo **(T6-30)**
- Entendendo que acompanhantes que interferem com outros pacientes, que não o seu familiar, atrapalham **(E10-58)**
- Considerando desvantajoso para a equipe quando o acompanhante não acha correto os cuidados prestados pela equipe e interfere **(T6-30)**
- Exemplificando que, às vezes, os acompanhantes não concordam com a atuação dos funcionários e os impedem de realizar algumas tarefas **(E2-9)**

Subcategoria A5.3. Familiares desrespeitando o número permitido de visitas por paciente

- O número excessivo de visitantes dentro dos quartos configurando um problema para a equipe de enfermagem **(A4-20)**
- Relatando que já chegou a iniciar o plantão com mais de cinco visitantes dentro de um quarto **(A8-40)**
- Funcionário não conseguindo prestar cuidados para paciente que passava mal, pois havia muitos visitantes dentro do quarto **(A8-44)**
- Familiares se recusando a sair mesmo quando atrapalhavam o funcionário a prestar cuidados para paciente que passava mal **(A8-44)**
- Relatando que os quartos ficam lotados de visitantes **(T11-60)**
- Percebendo que com a entrada de muitas visitas dentro do quarto se forma um tumulto **(A3-16)**
- Percebendo a formação de aglomerados nos quartos dos doentes, tumultuando o ambiente **(A4-18)**
- Encontrando dificuldades em entrar nos quartos, por exemplo, para administrar medicamentos, porque estão cheios de visitantes **(E10-53)**
- Percebendo a entrada de muitos visitantes na enfermaria **(A3-16)**
- Percebendo que visitantes e acompanhantes algumas vezes excedem os limites e as normas da enfermaria **(A3-17)**
- Considerando um problema o número excessivo de visitantes por paciente na enfermaria **(T11-59)**
- Considerando a entrada de um número maior de visitas, do que o permitido por paciente, como um problema **(A3-17)**
- Considerando que é muita gente que vem visitar os pacientes **(T5-25)**
- Entendendo que é um problema para a enfermagem o número excessivo de visitantes para os pacientes **(T5-25)**
- Referindo problemas, atritos com familiares visitantes, ao limitar o número de visitas **(E9-45)**
- Percebendo a intolerância dos visitantes ao limite de duas pessoas por paciente dentro dos quartos **(A4-20)**
- Relatando dificuldade em obter colaboração dos visitantes em relação à entrada de somente duas visitas por pacientes **(E9-45)**
- O número excessivo de visitantes dentro dos quartos configurando um problema para a equipe de enfermagem **(A4-20)**
- Relatando que já chegou a iniciar o plantão com mais de cinco visitantes dentro de um quarto **(A8-40)**
- Funcionário não conseguindo prestar cuidados para paciente que passava mal pois havia muitos visitantes dentro do quarto **(A8-44)**
- Familiares se recusando a sair mesmo quando atrapalhavam o funcionário a prestar cuidados para paciente que passava mal **(A8-44)**
- Relatando que os quartos ficam lotados de visitantes **(T11-60)**
- Percebendo que com a entrada de muitas visitas dentro do quarto se forma um tumulto **(A3-16)**
- Acreditando que há familiares que se sentem como donos da enfermaria **(T6-27)**
- Encontrando dificuldades em entrar nos quartos, por exemplo, para administrar medicamentos, porque estão cheios de visitantes **(E10-53)**
- Considerando que o problema com visitantes é não acatar o limite de duas pessoas por paciente nos quartos **(A4-20)**

- Visitantes não respeitam o número de duas pessoas por paciente nos quartos **(T11-60)**
- Referindo que há famílias que querem ficar o tempo todo com o paciente quando ele interna **(T6-27)**
- Percebendo que o número excessivo de visitantes configura um grande problema para os funcionários **(E9-46)**
- Percebendo que o excesso de visitantes e visitantes fora de horário configura um problema para a equipe de enfermagem **(E10-52)**
- Considerando um grande problema o não cumprimento das normas de horário e número de visitantes **(A8-40)**
- Não impedindo que a família fique com o doente o dia todo desde que dividissem os horários, revezando de duas em duas pessoas **(A4-18)**
- Necessitando da compreensão dos acompanhantes e visitantes quanto a limitação de pessoas dentro dos quartos **(A4-18)**

Subcategoria A5.4. Prolongando os horários de visitas

- Informando os visitantes que acabara o horário de visitas e eles incomodados se recusam a sair **(A8-40)**
- Quartos de pacientes permanecendo cheios durante todo o dia e grande parte da noite **(E10-52)**
- Percebendo que o excesso de visitantes e visitantes fora de horário configura um problema para a equipe de enfermagem **(E10-52)**
- Achando que o horário de visitas longo acaba atrapalhando a equipe de enfermagem **(E11-59)**
- Funcionários se estressando quando visitantes não acatam as normas da unidade **(E10-53)**
- Funcionários se estressando quando visitantes não acatam as normas da unidade **(E10-53)**
- Considerando, porém sempre há familiares que não gostam quando se coloca limites **(T6-28)**
- Visitantes pedindo para ficar mais um pouco com o familiar após o horário terminar **(A7-34)**
- Visitantes entrando fora de hora **(E1-2)**
- Visitantes não querendo sair da enfermaria **(E1-2)**
- Percebendo que chegam muitos familiares para visitar os pacientes fora do horário estipulado **(E10-52)**
- Familiares chegando para visitar fora do horário argumentando que, como trabalham, não tem outro horário disponível **(E10-52)**
- Visitantes, ao serem informados do final do horário de visitas, falando: Tudo bem, daqui a pouco eu saio **(E10-53)**
- Equipe de enfermagem aguardando os visitantes saírem da enfermaria **(E10-53)**
- Visitantes indo para a sacada ao final do horário de visitas, não deixando a unidade **(E10-53)**
- Visitantes descobrindo formas de burlar o horário de visitas **(E10-53)**
- Visitantes entrando pelas portas dos fundos da unidade após o término do horário de visitas **(E10-54)**
- Informando os visitantes que acabara o horário de visitas e eles incomodados se recusam à sair **(A8-40)**

- Quartos de pacientes permanecendo cheios durante todo o dia e grande parte da noite **(E10-52)**
- Percebendo que o excesso de visitantes e visitantes fora de horário configura um problema para a equipe de enfermagem **(E10-52)**

Subcategoria A5.5. Acompanhante empreendendo movimento além do espaço junto ao seu ente

- Considerando como desvantagem quando a família se interessa mais pelos problemas dos outros pacientes do que do próprio familiar **(T5-22)**
- Reconhecendo como um problema a curiosidade de acompanhantes e visitantes **(E2-8)**
- O acompanhante sentindo-se em casa na enfermaria e invadindo espaços **(E2-13)**
- Considerando como desvantagem quando a família fica transitando pelos quartos dos outros pacientes **(T5-22)**
- Acreditando que a família atrapalha muito, interferindo, quando busca saber diagnóstico dos outros pacientes **(T5-22)**
- Referindo que quando os pacientes contam que tem um tumor ou coisa assim para familiares de outros pacientes, o hospital inteiro fica sabendo **(T5-23)**
- Achando que isso não é bom, pois, às vezes, mesmo os próprios familiares não sabem do diagnóstico certo do seu familiar internado e ficam sabendo por último, por outra pessoa **(T5-24)**.
- Usando como exemplo, soube fora do hospital de coisas que estavam ocorrendo com pacientes e que não sabia mesmo trabalhando lá **(T5-24)**
- Usando como exemplo, familiar contou coisas de pacientes para outra pessoa que não trabalhavam naquele hospital **(T5-24)**.
- Usando como exemplo, familiar contou coisas de pacientes para várias pessoas que espalharam e distorceram as informações **(T5-24)**.
- Achando que o excesso de curiosidade de familiares de pacientes pelos outros pacientes e suas famílias é um problema no hospital **(T5-24)**.
- Acompanhante invadindo espaço quando entra na copa de funcionários **(E2-13)**
- Acompanhante invadindo espaço quando rompe quite de roupas para pegar roupa **(E2-13)**
- Considerando que com o passar dos dias, os acompanhantes tomam um pouco mais de liberdade e isso não é bom **(E1-5)**
- Acredita que há acompanhantes rebeldes que não aceitam as orientações oferecidas **(A7-36)**
- Acompanhante escolhendo uma cadeira para dormir **(A7-36)**
- Acompanhante brigando, discutindo pois queria o cadeirão de descanso para dormir que estava com a funcionária **(A7-36)**
- Achando o comportamento do acompanhante inadequado **(A7-36)**
- Acreditando se tratar de um caso de acompanhante rebelde, revoltado com a vida **(A7-36)**
- Acompanhantes exigindo cadeiras para dormir **(E10-54)**
- Acompanhantes querendo ocupar a cama vazia ao lado de seu familiar **(E10-54)**
- Familiares dormindo no chão da enfermaria para ficar com pacientes **(E10-55)**
- Familiares dormindo no chão mesmo após receberem orientações em relação a infecção hospitalar **(E10-55)**

- Familiares de pacientes avaliados como não necessitando de acompanhantes, sujeitando-se a dormir no chão para ficar com paciente **(E10-55)**
- Reconhecendo como um problema o acompanhante que não sai do quarto durante o horário de visita, mesmo quando é pedido para que saia **(E2-7)**
- Acompanhante não colaborando com a equipe quando não quer sair do quarto ao ser solicitado **(T6-31)**

Subcategoria A5.6. Acompanhantes idosos tornando-se dependentes da assistência de enfermagem

- Percebendo que há cada vez mais acompanhantes idosos com pacientes idosos **(A8-39)**
- Achando que acompanhantes idosos causam mais trabalho para a equipe de enfermagem **(A8-39)**
- Considerando um problema acompanhante idoso **(A8-39)**

Subcategoria A5.7. Visitantes entrando nos quartos dos pacientes com crianças

- Visitantes trazendo crianças para a enfermaria **(E1-2)**
- Relatando ocorrer atrito principalmente quando a família vem com crianças e querem que elas entrem para visitar **(T5-25)**
- Entendendo como um problema a família trazer crianças para visitar **(A8-41)**
- Familiares achando ruim e não querendo se retirar da unidade com as crianças **(A8-41)**
- Tendo dificuldades em barrar a entrada de crianças na unidade **(A8-41)**
- Familiares trazendo crianças para visitar pacientes, configura um problema **(E10-52)**

Subcategoria A5.8. Comprometendo a privacidade os acompanhantes de sexo oposto ao da pessoa hospitalizada em quartos coletivos

- Considerando um conflito, um dilema quando o acompanhante é do outro sexo **(E2-12)**
- Percebendo como problema ter acompanhantes de sexo oposto ao paciente **(A4-21)**
- Usando como exemplo um marido que quer ficar com a mulher durante a internação **(A7-38)**
- Achando um problema ter acompanhante masculino em quarto feminino ou feminino em quarto masculino **(E10-56)**
- Relatando problemas quando o acompanhante é do sexo oposto ao paciente **(T6-29)**
- Usando como exemplo:- paciente não quer que a esposa vá para casa, porém, como o quarto é masculino, ter um acompanhante feminino é difícil **(T6-29)**
- Acompanhantes do sexo oposto ao paciente tirando a privacidade dos outros pacientes do quarto **(A4-21)**
- Considerando que acompanhantes, algumas vezes, tiram a privacidade dos outros pacientes que estão no quarto **(E10-56)**
- Pacientes sentindo-se constrangidos pela presença de acompanhantes do sexo oposto no quarto **(E10-56)**

-
- Usando como exemplo: Paciente perdendo acesso venoso porque está mais preocupado com o pudor, cobrindo-se bem para levantar da cama, do que em não perder o acesso **(E10-56)**
 - Os outros pacientes do quarto reclamando a perda de liberdade, quando há um acompanhante do sexo oposto no quarto **(E10-56)**
 - Tentando manter sempre um acompanhante do mesmo sexo do paciente **(E2-12)**
 - Pedindo para a família encontrar um acompanhante do mesmo sexo do paciente **(A4-21)**
 - Permitindo acompanhante do sexo oposto ao paciente quando a família não dispõe de outra pessoa **(E2-12)**
 - Conseguindo, na maioria das vezes, que as famílias mantenham acompanhantes do mesmo sexo dos pacientes **(A4-21)**
-

Quadro 6. Categoria A6. Conflito equipe de enfermagem-família, gerando sobrecarga psicológica à equipe, estendida a pessoa hospitalizada.

Categoria A6. Conflito equipe de enfermagem-família, gerando sobrecarga psicológica à equipe, estendida a pessoa hospitalizada.

Subcategoria A6.1. Família gerando desgaste emocional quando não se mostra cooperativa com equipe de enfermagem, também, sobrecarregada pelo trabalho

- Achando que os funcionários não têm muita paciência para explicar os procedimentos aos familiares **(E1-4)**
- Entendendo como muito desgastante ter que repetir as mesmas orientações sempre para os familiares **(E9-46)**
- Concluindo que acompanhantes e visitantes exigem da equipe muita paciência **(E2-8)**

Subcategoria A6.2. Equipe de enfermagem envolvendo-se em conflitos com familiares mediante o descompasso de prioridades e inobservância às orientações e normas

- Ocorrendo conflitos entre as prioridades estabelecidas pelos trabalhadores e as eleitas pelos acompanhantes **(A7-38)**
- Gerando conflito quando acompanhantes não tem paciência de esperar que termine os cuidados de um paciente para depois atender o seu familiar **(A3-17)**
- Considerando que algumas pessoas (acompanhantes) fazem os funcionários de empregado **(A3-15)**
- Entendendo que o visitante ou acompanhante pode estar nervoso com a doença de seu familiar **(A7-33)**
- Entendendo que uma doença grave do paciente pode afetar também a sua família **(A7-33)**
- Reconhecendo que para alguns acompanhantes é muito difícil se acostumar, adquirir confiança nas condutas hospitalares **(E2-9)**
- Acompanhantes desenvolvendo uma “rixa” dos funcionários por serem recebidos com falta de educação **(A3-15)**
- Chegando, em alguns casos, o conflito entre funcionários e acompanhantes a virar discussões **(E2-10)**
- Visitantes agredindo a equipe de enfermagem ao se colocar as normas para visitaçao **(A8-40)**
- Considerando que visitas, às vezes, atrapalham **(E1-2)**
- Referindo que em todos os lugares há pessoas que não respeitam as normas, não adianta você orientar **(T5-25)**
- Visitantes não colaborando com equipe quando não acatam as orientações fornecidas **(T11-60)**
- Percebendo a falta de colaboração dos familiares em acatar as normas da unidade **(E9-46)**
- Entendendo que os visitantes não têm limites **(A8-39)**
- Relatando problemas com familiares sem muita paciência, que não aceitam bem as normas da enfermaria **(E9-45)**
- Visitantes incomodando outros pacientes ao entrarem nos quartos, acendendo as luzes durante a madrugada **(E10-57)**

- Visitantes sentando nas camas dos pacientes (T11-60)

Subcategoria 6.3. Conflitos equipe-família tornando a pessoa hospitalizada menos cooperativa com o tratamento.

- Entendendo que se a equipe de enfermagem entrar em atrito com os familiares que vêm visitar, isso gera falta de colaboração do paciente com a equipe (T5-26)
- Quebrando o vínculo com o paciente quando a equipe de enfermagem atrita com familiares que vêm visitá-lo (T5-26)
- Concluindo que se o funcionário se alterar com o acompanhante ele não consegue mais a colaboração do paciente (A4-19)

Quadro 7. Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho.

Categoria A7. Deixando de acolher as famílias não colaborativas como uma estratégia de enfrentamento à sobrecarga de trabalho.

Subcategoria A7.1. Impondo normas cada vez mais rígidas para os visitantes.

- Achando que o horário de visitas longo acaba atrapalhando a equipe de enfermagem (T11-59)
- Funcionários explicando as normas da enfermaria para visitantes (T11-60)
- Achando que não se deve dar liberdade total para os familiares (T5-23)
- Acreditando que o número de pessoas que visitam os pacientes deveria ser mais limitado (T5-25)
- Equipe de enfermagem falando: Olha, acabou o horário de visitas. Sai! (E1-3)
- Equipe de enfermagem falando: Não pode entrar crianças! (E1-3)
- Orientando os familiares: Olha, vamos “pegar no pé” se estiver em outro quarto perguntando o diagnóstico de paciente! (T5-23)
- Funcionários informando os visitantes que o horário acabou (A7-32)
- Enfermeiro chefe pedindo para limitar o horário de visitas (A7-33)
- Enfermagem abordando a família: Olha fulano, já passou o horário de visitas! Você não sabe o horário de visitas? (A7-33)
- Entendendo que os limites que devem ser obedecidos pela família na enfermaria são bem colocados, porém eles não respeitam (A4-20)
- Vendo que para os funcionários algumas vezes é mais fácil não ter visitantes para os pacientes (E2-8)
- Enfermeiro chefe pedindo para limitar o horário de visitas (A7-33)

Subcategoria A7.2. Equipe de enfermagem manifestando-se hostil às famílias que desejam se tornar acompanhantes ou que não conseguem auxiliá-la nos cuidados da pessoa hospitalizada.

- Equipe de enfermagem abordando o acompanhante e visitante de forma pouco gentil (E1-3)
- Funcionários tratando de forma mal educada os acompanhantes (A3-15)
- Não sabendo bem explicar, porém, colocando a falta de pessoal, o acúmulo de serviço como gerador de falta de paciência para lidar com acompanhantes e visitantes (E1-6)
- Equipe de enfermagem abordando o acompanhante e visitante de forma pouco gentil (E1-3)

- Considerando que o cansaço, o estresse do funcionário geram menos paciência para lidar com acompanhantes e visitantes **(E1-5)**
- Não sabendo bem se, pela correria, estresse, cansaço ou pelo próprio sistema de funcionamento do hospital, causam a falta de paciência dos funcionários em dar explicações aos familiares **(E1-4)**
- Percebendo que o estresse gerado, muitas vezes, pela falha de outras equipes (como por exemplo, a médica) é descarregado na equipe de enfermagem **(E9-51)**

Quadro 8. Categoria B.1. Equipe de enfermagem acolhendo os familiares acompanhantes que auxiliam nos cuidados à pessoa hospitalizada: códigos.

Categoria B.1. Equipe de enfermagem acolhendo os familiares acompanhantes que auxiliam nos cuidados à pessoa hospitalizada

- Acompanhante ajudando o funcionário em pequenas atividades como a de trocar a cama de um paciente, evitando assim, que se chame outro funcionário **(A7-37)**
- Percebendo que o acompanhante auxilia quando atua em algumas atividades, de forma a diminuir o número de funcionários necessários para aquela atividade **(E10-57)**

Quadro 9. Categoria B.2. Equipe de enfermagem não acolhendo familiares que atrapalham o desenvolvimento de suas atividades.

Categoria B.2. Equipe de enfermagem não acolhendo familiares que atrapalham o desenvolvimento de suas atividades.

- Considerando que há famílias que não colaboram **(A4-18)**
- Percebendo as necessidades dos pacientes porém, deve-se considerar o hospital um ambiente de trabalho e não um hotel de cinco estrelas **(E9-47)**
- Considerando que visitas, às vezes, atrapalham **(E1-2)**
- Equipe de enfermagem preferindo não ter acompanhantes em alguns casos, acreditando que ele irá atrapalhar **(T6-30)**
- Achando que visitantes em alguns momentos atrapalham a equipe de enfermagem **(T11-59)**
- Funcionários achando que familiares atrapalham **(E1-3)**
- Concluindo que, dependendo do acompanhante, atrapalha um pouco **(E2-10)**
- Achando que o acompanhante acaba atrapalhando **(A3-14)**
- Familiares acabando por atrapalhar a equipe de enfermagem **(T6-27)**
- Percebendo que há acompanhantes que atrapalham **(E10-58)**
- Considerando que alguns acompanhantes não conversam e não fazem companhia para o paciente **(A8-43)**
- Paciente cuidando mais do acompanhante que o acompanhante do paciente **(A8-43)**

Quadro 10. Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada. Subcategorias, elementos, códigos.

Categoria B3. Equipe de enfermagem delineando o papel do acompanhante da pessoa hospitalizada.

Subcategoria B3.2. Respeitando as normas da instituição e as orientações da enfermagem

- Considerando que o acompanhante dá problema, trabalho quando não entende as rotinas do hospital **(E1-2)**
- Referindo gostar de trabalhar com acompanhantes quando são colaborativos **(T6-31)**
- Informando que na sua unidade os acompanhantes dos pacientes são prestativos e colaboram com a equipe de enfermagem **(T6-28)**
- Percebendo que a equipe de enfermagem é favorável a presença de acompanhantes de acordo com o comportamento apresentado por eles **(E10-54)**

Subcategoria B3.1. Auxiliando a enfermagem nos cuidados à pessoa hospitalizada

Elemento B3.1.1. Oferecendo apoio psicológico.

- Considerando que o acompanhante deve oferecer apoio ao paciente **(T5-22)**
- Concluindo que maior ajuda que deve ser oferecida pelo familiar visitante e acompanhante ao paciente é a psicológica **(T5-22)**
- Considerando como vantagem a família que oferece apoio para o paciente **(T5-22)**
- Usando como exemplo um caso onde os familiares ofereceram apoio e carinho para o paciente e ele não se tornou um garoto problema para a enfermagem **(T5-23)**
- Sentindo-se apoiada pelo acompanhante **(E1-1)**
- Sentindo-se confortada pelo acompanhante **(E1-1)**
- Usando como um bom exemplo a família de um paciente que apoiava o seu familiar dando carinho **(T5-23)**
- Considerando que o acompanhante auxilia na recuperação de doente e na redução da angústia por ele sentida **(A4-18)**
- Achando que a função do acompanhante é oferecer suporte psicológico para o paciente **(A3-16)**
- Considerando bom quando o paciente conta com acompanhante, mesmo que seja somente para fazer companhia **(A8-44)**

Elemento B3.1.2. Contribuindo com a segurança da pessoa hospitalizada.

- Achando que como ponto positivo o acompanhante oferece segurança ao paciente **(E2-7)**
- Reconhecendo que o acompanhante oferece mais segurança ao paciente **(E2-7)**
- Paciente dormindo tranquilo, sentindo-se seguro com alguém da família ao seu lado **(A8-41)**
- Paciente sentindo-se seguro com alguém da família por perto **(T11-60)**
- Concluindo que o paciente fica mais seguro com acompanhante, principalmente à noite **(A7-37)**
- Concluindo que o paciente se sente mais seguro quando está com acompanhante **(T6-29)**

- Achando que o paciente se sente mais seguro com presença de alguém da família (A8-39)
- Achando que o acompanhante oferece mais segurança e conforto ao paciente (E1-2)
- Concluindo que o paciente se sente mais protegido quando está com acompanhante (T6-29)

Elemento B1.3. Auxiliando em outros cuidados que estiverem ao alcance do acompanhante

- Referindo que há famílias que ajudam muito e cuidam mesmo do seu familiar internado (T5-22)
- Entendendo que mesmo assim, o acompanhante poderia ajudar mais a equipe de enfermagem (A8-43)
- Enfermeiro pedindo para o acompanhante ajudar a equipe, colocando uma comadre (E9-47)
- Enfermeiro pedindo para que o acompanhante ajude a equipe, pois há poucos funcionários (E9-47)
- Enfermeiro orientando o acompanhante a ajudar, no que estiver ao seu alcance, o paciente e a equipe (A8-42)

Elemento B1.4. Vigiar a pessoa internada, informando prontamente qualquer problema à enfermagem.

- Acompanhantes auxiliando equipe de enfermagem ficando alertas quando o paciente está confuso (E10-55)
- Considerando que os acompanhantes avisam os funcionários caso aconteça alguma coisa (A4-19)
- Percebendo que o acompanhante é bem vindo quando divide as responsabilidades com a equipe de enfermagem (E10-57)

Subcategoria B3.2. Respeitando as normas da instituição e as orientações da enfermagem

- Achando que a família deve obedecer às regras do hospital (A4-18)
- Reconhecendo ser bom o paciente contar com um acompanhante desde que ele se ponha no lugar de acompanhante (A3-15)
- Achando bom que o paciente conte com acompanhante desde que ele não atrapalhe o andamento do trabalho (A8-44)

Elemento B3.2.1. Evitando o máximo possível de troca de acompanhantes.

- Considerando a permanência de acompanhantes boa para os pacientes desde que não ocorra um rodízio muito freqüente (T6-28)
- Preferindo que não ocorram muitas trocas entre os acompanhantes (T6-29)
- Evitando a troca de acompanhantes em horário noturno (T6-29)
- Comunicando a troca de acompanhantes à equipe de enfermagem (T6-29)
- Entendendo, no entanto, que é difícil a permanência de um só familiar durante toda internação (T6-28)

Elemento B3.2.2. Não interferindo no tratamento de outros pacientes

- Oferecendo como um bom exemplo, uma família que ficou como acompanhante, conversava com os familiares de outros pacientes, porém não interferiam, tinham uma conversa saudável (T5-24)
- Exemplificando como é bom quando acompanhantes e visitantes não interferem com os outros pacientes (T5-22)

Elemento B3.2.3. Não invadindo o espaço pertencente a outros pacientes e à enfermagem

- Acompanhante colaborando com a equipe de enfermagem, saindo do quarto quando solicitado, para que a equipe preste os cuidados (T6-31)
- Achando problema em acompanhantes usarem a copa de funcionários (E1-5)
- Familiares usando telefone da enfermaria, causando problemas (E9-46)
- Achando péssimo quando o acompanhante não pára no quarto do paciente, entra em todos os quartos e conhece até outras enfermarias do hospital (T5-24)

Quadro 11. Categoria C.1.1. Equipe de enfermagem reconhecendo a hostilidade do cenário hospitalar à pessoa hospitalizada.

Categoria C.1.1. Equipe de enfermagem reconhecendo a hostilidade do cenário hospitalar à pessoa hospitalizada

- Reconhecendo que o hospital assusta o paciente por representar o desconhecido (A3-16)
- Achando pela própria experiência, que o paciente se sente inseguro e com medo durante à internação (E1-1)
- Percebendo que alguns pacientes têm medo da noite (pacientes da pneumologia) (A8-40)
- Percebendo que o ambiente hospitalar torna o paciente mais deprimido, necessitando do contato com a família (E9-47)
- Pacientes querendo alguém perto durante a noite porque tem muito medo (A8-41)

Quadro 12. Categoria C1.2. Reconhecendo os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio de acompanhantes e visitantes.

Categoria C1.2. Reconhecendo os benefícios sobre a pessoa hospitalizada, ao contar com o apoio de acompanhantes e visitantes

- Considerando vantajoso para o paciente receber visitas e contar com acompanhante (E9-47)
- Considerando que a visita faz bem (T6-27)
- Achando positivo para a recuperação de o paciente contar com um acompanhante (A8-39)
- Acreditando que os acompanhantes fazem bem para o paciente (T11-60)
- Achando que a recuperação do paciente é mais rápida quando a família permanece mais próxima (A4-20)
- Referindo que dar apoio e carinho faz com que o paciente evolua melhor (T5-23)
- Paciente sentindo-se melhor quando está com acompanhante (T6-31)
- Considerando que há um lado positivo e outro negativo na permanência de acompanhantes na unidade, porém, o lado positivo é maior (A8-42)
- Percebendo o hospital como um lugar estranho e o acompanhante ajuda o paciente a se ambientar melhor (T11-60)
- Sentindo a importância, na experiência que passou, de contar com um acompanhante (E1-1)
- Considerando que o paciente tem a necessidade de contar com alguém ao seu lado (E1-1)
- Percebendo que a visita e o acompanhante fazem bem para o paciente, principalmente para aqueles internados por longos períodos (E9-47)
- Considerando que contar com acompanhante é benéfico ao paciente (T6-31)

- Achando bom o paciente contar com um acompanhante durante a internação **(A4-18)**
- Pacientes se sentindo rejeitados pela família quando não tem acompanhante **(T6-30)**
- Paciente se sentindo abandonado pela família quando não tem acompanhante **(T6-30)**
- Paciente sem acompanhante querendo que alguém da equipe passe a noite ao seu lado **(A8-41)**

Quadro 13. Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação

Categoria C1.3. Percebendo que os desafios estruturais e organizacionais relativos ao controle, acolhimento e supervisão de visitantes e acompanhantes acometem o andamento da assistência de enfermagem nas unidades de internação

Subcategoria C1.3.1. Considerando a falta de orientações e controle de acesso de pessoas às unidades de internação, como um dificultador à consecução do cuidado de enfermagem

Elemento C1.3.1.1. Percebendo a ineficiência de barreiras de controle de livre circulação de pessoas estranhas ao serviço

- Faltando mecanismos para controle da entrada de pessoas na unidade **(A8-40)**
- Concluindo que a portaria do hospital não atua bem **(E10-54)**
- Relatando que muitas pessoas procuram a enfermaria tentando resolver outros problemas, pedir informações e nem mesmo possuem familiares internados ali **(E10-54)**
- Relatando que o maior problema no controle de fluxo de pessoas na unidade é que o hospital tem muitas portas de entrada e ficam todas abertas, mesmo a noite **(E10-57)**
- Relatando que após quebrar nunca mais concertaram o interfone **(A8-40)**
- Referindo que mesmo quando a porta não estava quebrada, permanecia aberta devido ao grande fluxo de profissionais como a limpadora, RX, copeiros **(E10-53)**
- Relatando que a porta principal da enfermaria é controlada por interfone porém, está quebrada e não fecha **(E10-53)**

Elemento C1.3.1.2. Facilitando o acesso de pessoas estranhas a unidade de internação, bem como a entrada excessiva de visitas nos quartos

- Encontrando problema para controlar o fluxo de pessoas na unidade **(E10-53)**
- Está faltando controle de fluxo de pessoas na enfermaria **(E9-46)**
- Pacientes recebendo visitas fora de horário, de outros pacientes que vem para o hospital para se submeter a procedimentos como hemodiálise **(E10-57)**
- Percebendo o acúmulo de pessoas dentro dos quartos de pacientes **(E10-52)**
- Quartos permanecendo lotados com número acima de visitantes por paciente **(E9-45)**

Elemento C.1.3.1.3. Dificultando a execução do cuidado de enfermagem na presença de visitantes e acompanhantes, mediante área física restrita e em respeito à privacidade do paciente

- Entendendo que atrapalha o tratamento, dificulta a prestação de cuidados aos doentes quando há muitos acompanhantes no quarto **(T6-29)**
- Relatando que quando há urgências, grande parte da equipe de saúde entra no quarto para atender e o espaço é muito pequeno **(E9-48)**
- Considerando que a falta de espaço nos quartos é um problema para o atendimento das necessidades do paciente **(E9-48)**
- Considerando que a falta de espaço nos quartos tira a privacidade dos pacientes **(E9-48)**
- Relatando que a área física não é adequada para acomodar satisfatoriamente pacientes, acompanhantes e visitantes **(E10-52)**
- Relatando dificuldades para chegar ao paciente, durante a noite, quando os três pacientes de um quarto estão com acompanhantes **(T11-61)**
- Considerando errado o procedimento com visitas na unidade em que trabalha **(A8-39)**
- O final do horário de visitas coincidindo com o início de outro plantão, atrapalhando os ritos de passagem e organização **(E10-52)**

Subcategoria C1.3.2. Considerando a indefinição de quem seria o papel de orientar e supervisionar visitas e acompanhantes no cenário hospitalar

- Faltando fiscalização para acompanhantes e visitantes **(T5-23)**
- Achando que o maior problema é a falta de orientação e supervisão de acompanhantes e visitantes **(A8-44)**
- Não sabendo qual o melhor profissional para oferecer orientações para acompanhantes **(A8-39)**
- Considerando que o médico não fornece informações sobre visitas e quanto a permanência de acompanhantes **(T6-28)**
- Sentindo-se desconfortável em dar informações sobre o estado do paciente para o visitante **(E2-8)**
- Acreditando que o enfermeiro deveria orientar toda a equipe e a equipe por sua vez, transmitir essas orientações para visitantes e acompanhantes **(A7-36)**
- Relatando problemas para colocar limites para os visitantes **(A8-39)**
- Os familiares não respeitando quando auxiliares e técnicos de enfermagem limitam as visitas **(T5-25)**
- Referindo que os visitantes só respeitam orientações oferecidas pelos médicos e enfermeiros **(T5-25)**
- Entendendo que o controle de visitantes deveria ser feito por outra equipe, não a de enfermagem **(T5-25)**
- Acreditando que a melhor pessoa para fazer o controle de visitantes é o porteiro **(T5-25)**
- Achando que se a responsabilidade do controle de visitas fosse da portaria os atritos com a equipe de enfermagem diminuiriam **(T5-25)**
- Entendendo que o controle de visitas deve ser feito por pessoas que não cuidam dos pacientes nas enfermarias, como forma de reduzir os atritos com familiares **(T5-26)**
- Achando que facilita o trabalho da enfermagem quando as visitas são coordenadas por outras pessoas que não são da equipe de enfermagem **(T5-26)**

Subcategoria C1.3.4. Observando a inadequação da área física como um dos principais desafios no acolhimento do acompanhante com hospitalidade

- Considerando que quando a família permanece como acompanhante, tem direitos como alimentação, um lugar adequado para ficar **(E2-12)**
- Entendendo que o hospital não tem condições de subsidiar adequadamente a permanência de familiares **(E2-12)**
- Percebendo que a falta de banheiro nos quartos e banheiros para acompanhantes, bem como de televisores, como um problema para o paciente e família no hospital **(A4-21)**
- Percebendo como um problema o ambiente que não proporciona conforto e a ociosidade dos acompanhantes **(A4-21)**
- Entendendo que é muito difícil para o acompanhante ficar o tempo todo dentro do quarto **(T5-22)**
- Considerando a estrutura física inadequada para acomodar com conforto pacientes e acompanhantes **(T6-29)**
- Percebendo a estrutura física inadequada como um grande problema para acomodar bem pacientes e acompanhantes **(E9-48)**
- Referindo que a estrutura física da unidade não é adequada para atender adequadamente pacientes e acompanhantes **(E10-57)**
- Referindo que a enfermaria não possui uma estrutura física adequada para acomodar acompanhantes e pacientes **(T11-61)**

Quadro 14. Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adéqüem à convenção.

Categoria C1.4. Percebendo divergências entre os elementos da equipe de enfermagem, acerca da liberação de visitas e de acompanhantes para as pessoas hospitalizadas que não se adéqüem à convenção.

Subcategoria C1.4.1. Identificando um grupo favorável ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada.

- Concordando com a presença de acompanhantes para os pacientes **(A4-18)**
- Gostando, de uma forma geral, quando paciente conta com um acompanhante **(T6-31)**
- Sendo a favor de ficar acompanhante **(E1-1)**
- Sendo favorável a presença de visitantes e acompanhantes com os pacientes **(T5-25)**
- Acreditando que a maior parte da equipe é favorável a presença de acompanhantes e visitantes para os pacientes **(T5-25)**
- Gostando de sempre ter acompanhantes com os pacientes **(A3-15)**
- Considerando que quando se está doente se quer alguém da família por perto **(A3-15)**
- Considerando-se favorável a permanência de acompanhantes **(A7-38)**
- Achando que a maior parte da equipe concorda com um horário de visitas aberto e em contar com acompanhantes para os pacientes **(A4-20)**

- Acreditando que a maior parte da equipe é favorável a presença de acompanhantes e visitantes para os pacientes **(T5-25)**

Subcategoria C1.4.2. Observando um grupo não favorável e dominante ao ingresso de visitantes e acompanhantes para a pessoa hospitalizada.

- Achando que a maior parte da equipe de enfermagem é resistente a permanência de acompanhantes **(E2-13)**
- Achando que com o passar do tempo, a resistência à permanência de acompanhantes aumentou **(E1-5)**
- Achando que a equipe de enfermagem tem um pouco de resistência a permanência de acompanhantes e visitantes **(E1-2)**
- Considerando que a maior parte da equipe é muito resistente à permanência de acompanhante. Não gosta! **(E1-5)**
- Vendo a equipe de enfermagem bem dividida entre gostar ou não de acompanhantes **(E2-7)**
- Reconhecendo que nem toda a equipe é favorável à presença de acompanhante **(A7-38)**
- Percebendo que a maior parte da equipe de enfermagem não é favorável a permanência de acompanhantes **(E9-49)**
- Referindo não gostar de trabalhar com visitantes **(T6-31)**

Quadro 15. Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas: códigos

Categoria C1.5. Enfermeiro sentindo-se intimidado a seguir as normas convencionadas.

- Funcionários se acham donos do lugar **(E1-3)**
- Enfermeiro entrando em conflito com os funcionários que tendem a não querer o acompanhante **(E9-50)**
- Tentando convencer a família que o paciente não necessita de acompanhante pois, está bem, está estável **(E2-11)**
- Arrependendo-se de ter autorizado a permanência de acompanhante somente por estar sensibilizada **(E2-10)**
- Relatando a necessidade de se colocar alguns limites que favoreçam o ambiente de trabalho **(E9-47)**
- Argumentando com os familiares que não é bom, não é agradável dormir no hospital **(E2-11)**
- Garantindo para a família que se o paciente necessitar irá convocá-los e autorizar a permanência de um acompanhante **(E2-11)**
- Tentando convencer a família a não permanecer no hospital como acompanhante desnecessariamente **(E2-11)**
- Usando como um dos argumentos, o fato de levar bactérias hospitalares para casa **(E2-12)**
- Enfermeiro vivendo um dilema: se autorizar a permanência do acompanhante agrada o paciente e desagradam os funcionários. Do contrário agrada os funcionários, porém, não beneficia o paciente e sua família **(E9-50)**

Quadro 16. Categoria C2.1. Considerando a faixa etária: códigos.**Categoria C2.1. Considerando a faixa etária**

- Achando necessário acompanhante para idosos (A3-14)
- Achando que um acompanhante da família ajuda muito durante a internação de idosos (A3-14)
- Paciente sentindo-se ansioso quando sabe que a família precisa ir embora, principalmente idosos e crianças (A7-37)
- Entendendo que idosos necessitam de acompanhante (A8-40)
- Achando que às vezes os pacientes idosos, crianças e com problemas mentais têm manias (A3-14)
- Considerando não ser necessário a permanência de acompanhantes em outros casos que não sejam idosos, crianças e pacientes com doença mental (A3-14)

Quadro 17. Categoria C2.2. Considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem: códigos.**Categoria C2.2. Considerando o grau de dependência de cuidados de enfermagem**

- Entendendo que não é necessária a permanência de acompanhantes para pacientes jovens, com grau de dependência baixo (E10-56)
- Autorizando a permanência de acompanhante dependendo da evolução do estado do paciente (E2-11)
- Sendo favorável à permanência de acompanhante, nos casos onde não há amparo legal, somente no primeiro dia de pós-operatório (A3-14)
- Achando que no pós-operatório deveria ficar um acompanhante somente para passar a primeira noite, depois não haveria mais necessidade (A3-14)

Quadro 18. Categoria A2.3. Considerando situações de risco de responsabilidade institucional: códigos.**Categoria A2.3. Considerando situações de risco de responsabilidade institucional**

- Acreditando que o acompanhante oferece segurança para a equipe de enfermagem, dividindo as responsabilidades e atuando de forma, por exemplo, a evitar queda de pacientes (E10-57)
- Acreditando que o acompanhante ajuda a equipe de enfermagem na divisão das responsabilidades (E10-57)
- Autorizando a permanência de acompanhantes quando o paciente está agitado ou confuso (E10-55)
- Funcionário ficando mais tranquilo quando o paciente tem acompanhante (A4-19)
- Pensando que o acompanhante pode ajudar, mantendo em observação seu familiar com distúrbio de consciência (E10-57)

Quadro 19. Categoria C2.4. Levando em conta o tipo de enfermidade que acomete a pessoa hospitalizada.**Categoria C2.4. Levando em conta o tipo de enfermidade que acomete a pessoa hospitalizada.**

- Entendendo que o tipo de doença pode gerar necessidade maior de acompanhante, como exemplo os pacientes da pneumologia (A8-40)

- Entendendo que o paciente algumas vezes chama, porém não precisa de nada, só quer alguém perto, pois está com medo **(A8-41)**
- Relatando que os pacientes de hematologia sempre ficam com acompanhante **(E10-55)**
- Equipe de enfermagem aceitando bem que o paciente de hematologia sempre tenha autorização para permanecer com acompanhantes **(E10-55)**

Quadro 20. Categoria D1. Oferecendo um serviço de apoio psicológico a equipe de enfermagem: códigos.

Categoria D1. Oferecendo um serviço de apoio psicológico a equipe de enfermagem

- Achando muito importante o acompanhamento psicológico para a equipe de enfermagem **(E1-6)**
- Achando que o acompanhamento psicológico da equipe de enfermagem poderia ajudar a equipe a lidar com problemas fora do hospital e os de dentro como a doença, a morte **(E1-6)**
- Considerando que o acompanhamento psicológico serviria como apoio para o funcionário trabalhar melhor **(E1-6)**
- Achando que ao passar orientações para as famílias enquanto visitante e acompanhante, a equipe de enfermagem pode aproveitar o momento para conhecer e estreitar os vínculos com o paciente e sua família **(T5-26)**

Quadro 21. Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade: subcategorias, códigos.

Categoria D2. Tornando-se a equipe de enfermagem competente psicologicamente a resolver problemas relativos a visitantes e acompanhantes com cordialidade e hospitalidade

Subcategoria D2.1. Procurando manter-se polido com a família, mesmo em momentos difíceis, para torná-la colaborativa

- Considerando necessário abordar a visita com educação **(E1-3)**
- Agindo com educação se evita contra ataques **(E1-3)**
- Necessitando de muita conversa e jogo de cintura para resolver o problema da entrada de um grande número de visitantes por paciente **(A3-17)**
- Entendendo que o familiar abordado bruscamente e de forma indelicada cria problemas **(A7-33)**
- Entendendo que é necessário ter muita educação ao abordar a família **(A7-33)**
- Conversando com o acompanhante e com bom senso você sempre consegue sua colaboração **(A4-19)**
- Acreditando que o problema de ter familiares interferindo com os outros pacientes deve ser remediado desde a internação **(T5-23)**

Subcategoria D2.2. Adotando medidas de aproximação da família e não de afastamento

- Sugerindo que deveria haver um momento pactuado para dar informações sobre os pacientes **(E2-8)**

- Reconhecendo que os familiares têm o direito de saber, perguntar sobre o paciente **(E2-8)**
- Aumentando o horário de visitas diminuiriam os problemas na porta da enfermaria **(A3-16)**

Subcategoria D2.3. Explicando à família as limitações que a instituição apresenta para recebê-los com hospitalidade, bem como as normas e rotinas da instituição quanto a visitantes e acompanhantes

- Considerando necessário explicar para visitantes as razões das limitações **(E1-3)**
- Necessitando explicar bem as normas e rotinas para os familiares dos pacientes **(A7-33)**
- Funcionários passando orientações aos familiares, contornando os problemas **(E9-46)**
- Orientando o acompanhante de sexo oposto a respeitar os horários da enfermaria, ausentando-se do quarto no horário de banho **(E2-12)**
- Considerando necessárias orientações sobre a rotina hospitalar para os acompanhantes **(E1-2)**
- Considerando que um acompanhante bem orientado só contribui para a equipe e para o paciente **(A8-44)**
- Achando que as orientações podem tornar o acompanhante mais colaborativo com o paciente, médico e equipe de enfermagem **(E1-2)**
- Achando que deveria ter alguém para orientar os acompanhantes sobre o que é permitido fazer, os limites e normas da enfermaria **(A3-15)**
- Considerando que deveria haver uma pessoa para passar as orientações, as normas e rotinas da enfermaria **(A3-15)**
- Concluindo que mesmo que seja difícil o relacionamento com alguns acompanhantes, deve-se sempre tentar **(A4-19)**
- Comentando com a enfermeira a necessidade de orientar, já na internação, que os acompanhantes não devem ficar entrando em outros quartos **(A7-36)**
- Orientando o marido que se internar outra mulher no quarto ele não poderá mais ficar como acompanhante **(A7-38)**
- Sabendo de antemão que há outro quarto vago, poderá acomodar uma nova internação evitando pedir para o acompanhante ir embora **(A7-38)**

Quadro 22. Categoria D3. Conquistando a confiança, o respeito ao relevar o comportamento do acompanhante: códigos.

Categoria D3. Conquistando a confiança, o respeito ao relevar o comportamento do acompanhante.

- Conquistando a confiança do acompanhante o funcionário consegue sempre a sua colaboração **(A4-19)**
- Colocando em primeiro lugar o respeito para com o acompanhante, para conseguir sua colaboração **(A4-19)**
- Considerando que o acompanhante está abalado com a doença de seu familiar **(A4-19)**