

**Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Acadêmico em Enfermagem**

NAYRA MICHELLE ANJOS AMORIM

**De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do
outro lado do cuidado**

SÃO LUÍS
2015

NAYRA MICHELLE ANJOS AMORIM

De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Francisca Georgina Macedo de Sousa

SÃO LUÍS

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Amorim, Nayra Michelle Anjos

De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado. São Luís – MA, 2015.

94 f.: il.

Orientadora: Dr^a. Francisca Georgina Macedo de Sousa

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Incerteza 2. Assistência ao paciente 3. Assistência integral à saúde 4. Qualidade da assistência à saúde I. Título

CDU 616-083

AMORIM, N. M. A. **De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado**. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Dr^a. Francisca Georgina Macedo de Sousa - Orientadora
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos - 1º Membro
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha -2º Membro
Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão - Membro Suplente

Profa. Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva
Doutora em Ciências
Universidade Federal do Maranhão – Membro Suplente

À minha mãe Angelita por ser meu exemplo
de vida;
À meu pai que mesmo em silêncio, orchestra
em meu coração;
Ao meu namorado, por sempre estar ao meu
lado;
Àqueles que me auxiliaram e compartilharam
comigo os momentos de superação e alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é atitude sincera de reconhecimento de quem, de alguma forma, imprimiu em nossas vidas algo importante e gratificante.

Por tamanha magnitude do que vos apresento na forma desse relatório de pesquisa, gostaria de agradecer àqueles que foram imprescindíveis para essa caminhada:

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por ter me proporcionado qualificação profissional, embasada em conhecimentos de enfermagem cientificamente fundamentados;

Aos docentes, demais funcionários e colegas de turma do Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF)/UFMA pelo conhecimento, aprendizado e troca de experiências/vivências no decorrer do curso;

À professora Dr^a Francisca Georgina Macedo de Sousa, por incentivar-me a ingressar no Mestrado e, por conseguinte, se dispor a compartilhar seus ricos conhecimentos, na forma de valorosos ensinamentos, ao aceitar-me como orientanda;

À professora Dr^a Ana Hélia Lima Sardinha, Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo carinho e incentivo;

Às professoras membros da Comissão Avaliadora, desde já meu agradecimento pela disponibilidade de tempo, contribuições e sugestões, a fim de tornar essa produção mais densa e consistente;

Às participantes dessa pesquisa, que dispuseram de seu tempo e experiência, contribuindo imensamente para a construção do conhecimento em Enfermagem e com suas vivências terem me mostrado caminhos para o cuidado técnico e subjetivo do ser Enfermeiro;

À Deus por ser fonte de luz para meu pensamento, inspiração para minhas ideias, resiliência frente às adversidades, força, fé e esperança de vitória e um almejado porvir;

À minha família, base de tudo que sou e pretendo ser. À minha mãe Angelita Maria dos Anjos pelo exemplo de força, luta, perseverança e busca por uma vida sempre melhor; pelas orientações, apoio e incentivo aos meus estudos, às minhas escolhas e por vibrar comigo a cada conquista! À meu pai José Renato de Amorim por demonstrar, orgulhoso, sempre acreditar em mim!

Ao meu irmão Giordany Anjos Amorim que me ajudou de diversas, simples e discretas maneiras;

À minha tia e madrinha Divina Maria dos Anjos por seus conselhos e orações;

À meu amigo, confidente, companheiro e namorado Abel Melo Paz, que caminha comigo anteriormente à graduação, compartilhando e incentivando sonhos, compreendendo e revertendo tristezas, irritações, angústias e aflições com seu carinho, paciência, alegria e atenção;

Às amigas e irmãs de alma, novas e antigas – Heloísa Rosário Furtado Oliveira Lima, Flávia Danielli Lima Martins e Ana Carolina Soares Dias- pelo encorajamento, torcida e por serem olhos, ouvidos, braços e afagos sempre que necessário;

Àqueles que de coração, estiveram acompanhando e estimulando todos os meus passos. Nem todos os anjos moram no céu!

A todos que fizeram e fazem parte da minha vida e que participaram da construção da pesquisa, independente da forma e etapa que o fizeram, meu muito obrigada!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

(Carl Gustav Jung)

AMORIM, N. M. A. De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado. 2015. 94 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

Orientadora: Francisca Georgina Macedo de Sousa

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Resumo

No âmbito das profissões cuidativas, o cuidado deve se dar numa dimensão subjetiva e humanizada, ultrapassando a unicidade técnica. Entretanto, práticas superficiais, massificadas e despersonalizadas comprometem sua qualidade. Exposto a riscos, o paciente tem exacerbados sentimentos de insegurança e incerteza, podendo estar mais potencializados quando quem está na posição de paciente ou acompanhante de familiar é o profissional de saúde. A partir dessas assertivas, o presente estudo objetiva compreender como os profissionais de saúde vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes do processo de adoecimento. Pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. Os participantes enquadraram-se nos critérios de inclusão de serem profissionais da saúde e terem vivenciado um processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar. Todas as participantes eram do sexo feminino, sendo 8 enfermeiras, 7 técnicas de enfermagem, 1 médica e 1 fisioterapeuta, totalizando 17 participantes. Foram abordadas conforme a técnica metodológica *snowball* ou “bola de neve”, segundo a qual participantes iniciais, componentes da rede social da pesquisadora, indicaram outros participantes que vivenciaram situação semelhante e assim, consecutivamente. A pesquisa não se desenvolveu em local específico, mas em diferentes locais definidos em comum acordo entre pesquisador e pesquisados. A coleta de dados se deu entre julho de 2014 e abril de 2015 por meio de entrevista não estruturada, cuja análise foi apoiada nos preceitos da Análise Temática e no referencial teórico da Teoria da Incerteza de Mishel. A codificação temática desvelou 11 temas: Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização; Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas; Melhor o não saber: o conhecimento produzindo medo, angústias e insegurança; Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado, produzindo suporte e segurança; Valorização do profissional assistente perante reconhecimento de práticas de cuidado; Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar; Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde; Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar; Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado; Significados e sentimentos inerentes ao Ser acompanhante; Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando a prática profissional. Os resultados demonstraram que o conhecimento do profissional proporciona exacerbação de medos e incertezas, ao mesmo tempo que impulsiona tomada de atitudes e decisões, evidenciando, assim, uma dicotomia comportamental. A desinformação, a sombriedade de diagnósticos, terapêuticas e procedimentos e relações de cuidado comprometidas põem em risco a qualidade do cuidado, exacerbando incertezas; em contrapartida atenção, diálogo e envolvimento profissional a minimizam. Posturas de *coping* são adotadas, a fim de que o indivíduo consiga, por meio da mobilização de estratégias, enfrentar e adaptar-se ao que se apresenta. Destarte, experimentar sentimentos e necessidades próprias do momento repercutiu sobremaneira na vida dos profissionais da saúde, oportunizando reflexão, reavaliação e reajustes das próprias condutas laborais.

Descritores: Incerteza. Hospitalização. Acompanhante de pacientes. Qualidade da assistência à saúde.

AMORIM, N. M. A. From health professional to patient: the other side of care. 2015. 94 f. Thesis (Masters). Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2015.

Abstract

In caring professions scope, the care should have a subjective and humane dimension, by surpassing the technical uniqueness. However, superficial, massed and depersonalized practices compromise its quality. When exposed to risk, the patient has exacerbated feelings of insecurity and uncertainty and it can be further exacerbated when those who are in the patient's position or family companion is the health professional. From these assertions, this study aims to understand how health professionals had the patient experiences or family companion in care relations resulting from the disease process. Descriptive exploratory research, with a qualitative approach. The participants were within the inclusion criteria of being health professionals and had experienced a hospitalization process due to some health problem by themselves or by family members. All participants were female: 8 nurses, 7 nursing techniques, 1 doctor and 1 physiotherapist. It totaled 17 participants and they were addressed by snowball methodological technique. According to this technique, initial participants (components of the social network researcher) indicated other participants who experienced a similar situation and so consecutively. The research did not develop in a specific location but at different locations defined by mutual agreement between researcher and researched. Data collection occurred between July 2014 and April 2015 through unstructured interview. Thematic Analysis and the theoretical framework from Mishel's Uncertainty Theory supported the analysis. The thematic coding unveiled 12 themes: Professional Experience markers in the disease process and hospitalization; Disqualifying care: producing insecurity, anguish and Uncertainty; Better not to know: knowledge producing fear, anguish and insecurity; Qualifying strategies for care relationships: support and security production tools; Appreciation of assistant professional before care practices recognition; Coping strategies to hospitalization of a familiar; Enjoying benefits attributed to the condition of health professional; The health professional chosen as companion : dealing with family pressure; Professional roles and functions in the process of sickness and hospitalization of a familiar; Adversities of professional caregivers: stigmatization and commitment of care; Meanings and feelings inherent to the accompanying being; On the other side of caution: experience as a patient / companion influencing professional practice. The results show that the professional knowledge provides exacerbation of fears and uncertainties while that drives actions and decisions taken, showing a behavioral dichotomy. Disinformation, unclear diagnostics and therapies as well as compromised care relationships endanger care's quality, exacerbating uncertainty; on the other hand, attention, dialogue and professional involvement to minimize it. Coping postures are adopted so that the person mobilizes strategies to face and to adapt what appears to him/her. Thus, experiencing feelings and own needs of the moment greatly affected the lives of health professionals, providing opportunities for reflection, reassessment and readjustments of their labor behavior.

Keywords: Uncertainty. Hospitalization. Companion patients. Quality of health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro Conceitual da Teoria da Incerteza de Merle H. Mishel	30
Figura 2 - Representação dos mecanismos intrapsíquicos de enfrentamento de acordo com Merle H. Mishel	31
Figura 3 - Articulação dos temas com os pressupostos da Teoria da Incerteza de Merle H. Mishel	73

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	20
2.1	GERAL	20
3	METODOLOGIA	21
3.1	TIPO DE ESTUDO	21
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA	21
3.3	LOCAL DA PESQUISA	21
3.4	PERÍODO DA PESQUISA	23
3.5	RECURSOS PARA COLETA DE DADOS	23
3.6	ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DOS DADOS	24
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO	27
5	RESULTADOS	34
5.1	DESVELANDO OS TEMAS CONSTRUÍDOS	34
5.1.1	Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização	34
5.1.2	Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas	39
5.1.3	“Melhor o não saber” : o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças	45
5.1.4	Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado: produzindo suporte e segurança	47
5.1.5	Valorização do profissional assistente perante reconhecimento de práticas de cuidado	52
5.1.6	Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar	54
5.1.7	Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde	58
5.1.8	O profissional de saúde escolhido como acompanhante: lidando com a pressão familiar	60
5.1.9	Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado	65
5.1.10	Significados e sentimentos inerentes ao Ser acompanhante	66

5.1.11 Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando a prática profissional	70
5.2 SITUANDO A TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA	72
5 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE.....	87
ANEXO	91

1 INTRODUÇÃO

São elevados os índices de acometimentos do ser humano por causas externas aliadas, especialmente, a acidentes e violências, à globalização e a disseminação veloz de doenças transmissíveis, ao aumento da expectativa de vida da população e, com ela, a prevalência de co-morbidades, além do acometimento por doenças de causas laborais. Sob essa perspectiva, parece evidente que, em algum momento de nossa existência, sejamos submetidos à dependência de cuidados para recuperação da saúde (LIMA et al., 2010; GONSAGA et al., 2012).

Aliado a estas questões, o cuidado está evidenciado e impresso na vida do ser humano desde o seu nascimento até o findar de sua existência e apresenta-se, segundo Collière (2001, p. 58), como meio de esforço para a sobrevivência, de “tomar de conta da vida”. Cuida-se para mantê-la com qualidade e sob um olhar atento para a prevenção e redução de agravos. Essa perspectiva dirige-se para o que Honoré (2004, p. 17) discorre sobre o cuidar, defendendo-o como “sentido de aliviar o sofrimento, alcançar o prazer ou de dar suporte à plenitude”. Para ele, é uma forma de manter-se na vida.

Compreendido como produto do ato de cuidar, cuidado significa dispensação de atenção, aplicação, precaução, cautela e para Boff (2012, p. 37), é “mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo.” Envolve comportamento de responsabilização, de atitude e de envolvimento afetivo com o ser cuidado. O autor infere que, como atitude e característica primeira do indivíduo, o cuidado para com o outro revela a natureza e a maneira mais concreta da condição humana que se manifesta como sentimento profundo, que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós.

Também discorrendo sobre cuidado, Waldow e Borges (2011) o definem como um ideal ético que engloba comportamentos e atitudes – tais como compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso – que são deslocados da realidade de si para a realidade do outro. Nesse sentido, é compatibilizada como uma relação de completude entre quem o oferta e quem o recebe, só podendo ser vivida em comum e integralmente.

Sob essa perspectiva, “a busca de alívio dos sofrimentos, ou da cura, sempre foi um impulso inato do ser humano” (BRANCO, 2003, p. 10), aliado às questões com a promoção do bem-estar do indivíduo que permitiu o florescer das profissões cuidativas.

Tendo em vista que “o cuidado que um ser humano pode dispensar a seu semelhante é, por natureza, diverso e plural, [...] uma das formas possíveis é exatamente a atenção médica” (BRANCO, 2003, p. 2), ou melhor dizendo, a atenção à saúde.

No âmbito da saúde, o cuidado ganha destaque especial ao constituir-se numa atividade direcionada ao indivíduo vulnerável e para as profissões da área, apresenta-se como objeto nuclear específico de sua prática.

Baseada nesse contexto, Branco (2003) afirma que a relação entre profissionais e pacientes é um momento dramático, rico e denso, caracterizado, essencialmente, pela aplicação de técnicas, procedimentos e habilidades por um provedor de saúde àquele que precisa.

Entretanto, o cuidado em si deve ser entendido não somente pelo desempenho prático, e os profissionais da saúde, não somente como meros agentes tecnicistas. A ideia primeira de cuidador como alguém que realiza ações básicas para a sobrevivência pessoal e social do outro (administra medicação, higieniza, veste, alimenta e acompanha o ser dependente) deve ser revista. O ser-cuidador vai além da praticidade e ações pré-determinadas, apresentando-se como ente que compreende a realidade do ser cuidado, estando inserido no seu convívio e condição social (BARBOSA, 2009).

Assim, é imprescindível a valorização do ser humano englobando ações éticas e assistindo-o na sua subjetividade e integralidade (física, emocional, espiritual), pois cuidar “não se restringe à execução de atividades técnicas, mas envolve o ser como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas” (SANTANA et al., 2012). Esse raciocínio baseia-se na assertiva de que o ser humano deve “ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõem e sem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre vários elementos” (HESBEEN, 2000, p. 34).

O cuidado, portanto, deve se dar com aplicação de técnicas e conhecimentos específicos marcados pela fraternidade e pela solidariedade. Sem essa base, esse relacionamento mostra-se frio e isolado (BRANCO, 2003). Nesse sentido, além de uma dimensão objetiva, técnica e permeada de práticas e procedimentos, o cuidado apoia-se em uma dimensão psicossocial, subjetiva e humanizada, baseada na sensibilidade e envolvimento do profissional, capaz de detectar necessidades e carências emocionais daquele de quem cuida (COLLIÈRE, 2001). As práticas de saúde ganham, então, um significado rebuscado, tendo em vista a compreensão do dinâmico sistema de relações e interações necessárias para o processo de cuidar e de cuidados.

Como exemplo, resultados de pesquisa desenvolvida em Unidade de Terapia Intensiva, cujo objetivo foi compreender as demandas de atenção do enfermeiro, descreveram quatro demandas de cuidado (Técnico-instrumentais, Demandas para a Gestão do Trabalho, para a Gestão do Cuidado e Demandas Estruturantes do Processo de Cuidado), englobando tanto aspectos técnicos e burocráticos quanto psicossociais (BRAGA, 2013). Segundo as autoras, as Demandas Técnico-Instrumentais englobam as tarefas práticas desempenhadas pelo enfermeiro, que se apresenta como sujeito tecnicista

qualificado; as Demandas para a Gestão do Trabalho envolvem o fazer burocrático gerencial e, até mesmo, a tomada para si de funções e responsabilidades não específicas do enfermeiro; as Demandas para a Gestão do Cuidado evidenciam o enfermeiro como agente do cuidado direto e integrante de um ambiente propício para esse cuidar e, por fim, as Demandas Estruturantes do Processo de Cuidado que fazem menção à importância do diálogo, compartilhamento e envolvimento do profissional com a família do paciente, valorizando a subjetividade e a continuidade do cuidado.

Assim, é relevante que no seguimento humanizado, cuidar do outro englobe além da técnica, a dimensão da subjetividade, das relações interpessoais, da confiança, da responsabilidade, da ética, da colaboração, da cooperação, do engajamento, da criatividade e da iniciativa, sendo produto das relações/interações entre os sujeitos envolvidos no cuidado: profissional de saúde/cliente/família/comunidade (THOFEHRN et al., 2011).

Reportando aos envolvidos do processo de cuidar, de um lado está o sujeito prático da ação e de outro, o sujeito a quem ela se destina - representado pela figura do paciente – que é o recebedor de zelo e atenção, ou pelo menos, deveria ser. “Esta condição o coloca como “estar sujeito a”, isto é, estar sujeito à dependência de outrem e ao seu controle” (CANDIOTTO, 2010, p. 163). Em situações em que essa dependência envolve uma hospitalização, o controle e a imposição, ao paciente, de normas e rotinas institucionalizadas, pode comprometer sua própria autonomia, identidade e privacidade. Aponta Oliveira et al. (2012) que, por mais que seja necessário, o processo de internação pode apresentar-se desfavorável e doloroso para o indivíduo, pois o despersonaliza e o afasta de seu contexto e convívio social.

Caracterizando o ambiente hospitalar, Martins, Silva e Alvim (2010) o descreve como impessoal e hostil e que o estresse e o sofrimento são comuns a qualquer pessoa que passe por um processo de hospitalização, especialmente pela valorização da tecnologia científica e modelo biomédico em detrimento dos aspectos que permeiam as relações humanas. Esses avanços tecnológicos são capazes de transformar “o fazer humano num ato extremamente tecnicista, com uma acentuada valorização do procedimento em detrimento de uma abordagem humanista” (THOFEHRN et al., 2011, p. 191).

Porém, o diferencial necessário para a prática de um cuidado efetivo e resolutivo não se encontra isolado na tecnologia de ponta, mas na sua associação com o resgate da dimensão subjetiva do ser humano (THOFEHRN et al., 2011). Significa dizer que as tecnologias devem ser compreendidas como acessórios desenvolvidos pela inteligência humana a serem utilizados a serviço da saúde e, portanto, nunca devem afastar o profissional do paciente (BRANCO, 2003).

Em trabalho desenvolvido por Martins, Silva e Alvim (2010), a demonstração de carinho, atenção e paciência são as expressões mais valorizadas por parte dos pacientes e

a relação com o profissional é definida como o cerne do cuidado humanizado, valorizada pela integralidade, construída na relação com o outro, apoiada por comunicação efetiva e norteada por princípios éticos de responsabilidade, profissionalismo, preocupação e respeito.

Para tanto, é preciso que o profissional de saúde tenha compromisso e habilidade para lidar com a carência e necessidade do outro, transcendendo a compartimentalização e o tratamento unicamente direcionado ao problema físico. Assim, o cuidado vai além do conhecimento técnico, pois envolve adequada postura da equipe de saúde, informação, respeito, consideração e interesse pelo que é dito pelo paciente e seus familiares. Envolve escuta, conversa, apoio e a própria terapêutica do cuidar (VARGAS et al., 2013) e, sobretudo, a comunicação (verbal e/ou não verbal), como recursos/estratégias que se destacam para a humanização da assistência, capazes de promover a sua eficácia e a integralidade. Sob esse aporte, tais atitudes estreitam o vínculo profissional-paciente que, para Collière (1999), é um grande facilitador do cuidado, pois confere à relação, a confiança e o desvelo necessários à práxis transformadora e mobilizadora das capacidades do sujeito no intuito de promover e manter sua saúde.

Em linhas gerais, é a visão que se tem do cuidado pelas partes envolvidas que vai determinar a sua qualidade. Se, para o profissional, o cuidado pode ser influenciado pelo desempenho de competências técnicas, para o paciente, o colocar-se no lugar do outro, por parte do trabalhador em saúde, pode ser um aspecto vantajoso, favorecendo a humanização do cuidar. Humanização, esta, em que cuidar equivale a “acolher como eu enquanto cuidador gostaria de ser cuidado” (BARRA et al., 2010, p. 208).

Consequentemente, são as relações interpessoais e de convívio que definem a qualidade de atenção à saúde, da assistência que se oferta e se recebe. Para Collière (2001, p. 148), uma “corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados” é caracterizada pela concepção do doente como referente, isto é, “o ponto de partida e de chegada dos cuidados”. Ele é o objeto de cuidados, e não dos cuidados. Assim, dispositivos relacionais, como acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia representam possibilidades de construção de uma nova prática de saúde, com finalidade única de defesa da vida por meio da produção de cuidados (JORGE et al., 2011).

Logo, o conhecimento e a aplicação desses elementos tornam-se fundamentais para a prática das profissões que assumem o cuidado como diretriz. Em função disto, espera-se um profissional apto para o trabalho, capaz de prestar cuidados de saúde imprimindo a lógica da integralidade e da humanização com competências, habilidades e qualidades humanas, tais como integridade, respeito e compaixão. Branco (2003) define integridade como o agir corretamente; o respeito, como admissão da condição humana, da fragilidade e sensibilidade exacerbadas pela própria doença; e a compaixão como

entendimento e compreensão do sofrimento do outro. Estas qualidades humanas alicerçam o cuidado e, para a autora, sem elas, é impossível cuidar de doentes.

É comum, porém, a prática de um cuidado superficial, rígido, técnico-capitalista, trabalhado por produção, despersonalizado e impermeável a emoções, com massificação e distanciamento das relações pessoais. Embora a saúde venha avançando cientificamente, com relevantes descobertas, esses comportamentos desembocam em fatos que revelam más condições e condutas no serviço de saúde. Alia-se a estas questões a carência de profissionais, a atuação de trabalhadores de saúde desqualificados e até mesmo sem registro profissional, erros médicos, iatrogenias, negligências, imperícias, imprudências e abusos que se apresentam como ocorrências rotineiras nos serviços/instituições de saúde e tornadas públicas nas mídias nacionais e locais. Utilizam-se expressões como erro médico, iatrogenias, imprudência, negligência e imperícia para caracterizar expressões de descuido.

Pormenorizando os termos, entende-se por erro médico, excluídas as limitações próprias da doença e as lesões provocadas em detrimento de um mal maior, “o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica” (MENEZES, 2010, p. 13).

Por iatrogenia, qualquer intervenção da equipe de saúde, correta ou errônea, justificada ou não, capaz de lesar o organismo. Pode caracterizar-se como iatrogenia somática, quando atinge o corpo físico do indivíduo, ou iatrogenia psíquica, quando provoca alterações de ordem emocional-afetiva. É destacável que “todo profissional de saúde é dotado de um potencial iatrogênico” (SCHMIDT et al., 2011, p. 149).

A imprudência, negligência e imperícia são, por sua vez, as vias clássicas causadoras de iatrogenias (SCHMIDT et al., 2011) e erros médicos. Haja vista esse contexto, pode-se dizer que a imprudência é o descuido, ausência de cautela, ato comissivo que ocorre quando o profissional desvirtua-se das determinações científicas para a realização de determinado procedimento. A negligência é ato omissivo, descaso, falta de cuidado, inércia, desleixo e indiferença em relação ao que é de responsabilidade e atribuição do profissional; caracteriza culpa. Já a imperícia é definida como incompetência, inexperiência, inabilidades manifestadas por um profissional desprovido de conhecimentos e práticas (MENEZES, 2010).

Todas essas faltas, por sua vez, expõem, consideravelmente, o paciente a riscos e geram assuntos de matérias destacáveis e polêmicas na rede midiática, assim como denúncias frequentes que causam grande impacto na sociedade. Por outro lado, o esclarecimento populacional frente aos seus direitos, por conseguinte, garantidos tanto na Constituição Federal de 1988 quanto no Código de Defesa do Consumidor de 1990, é responsável pelo quantitativo substancial de demandas judiciais que pleiteiam a reparação

de danos causados por profissionais da saúde, seja a nível físico/material, moral, estético, ou até mesmo, fatal (MENEZES, 2010).

Consequentemente, a divulgação em cadeia e abrangente de um cuidado em saúde falho gera insegurança e incertezas na sociedade. Pode se apresentar com a exacerbação de frustrações, angústias e receios ante ao contestável e imprevisível, já característicos do próprio adoecer que, de acordo com Schmidt et al. (2011), provoca no indivíduo instabilidade emocional e apreensão quanto à noção instalada de vulnerabilidade e ameaça à sua continuidade.

É provável, ainda, que esses sentimentos se mostrem mais evidentes e assustadores quando o sujeito do cuidado é profissional de saúde ou alguém de sua rede familiar. Como inicialmente apontado, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam igualmente ser cuidadas, e em algum momento da vida pode haver uma inversão de papéis, no qual o ser-cuidador passa a ocupar a condição de ser-cuidado, ou de familiar de indivíduos recebedores da assistência em saúde que ele, profissionalmente, está habituado a desempenhar. Nesse momento, o conhecimento das imperícias e imprudências possíveis, assim como de suas consequências, causam mais desconfiâncias/inseguranças no processo de cuidado.

É relevante destacar que no ambiente institucional, o trabalhador de saúde faz parte de um quadro de funcionários que segue uma rotina estabelecida e vivencia toda uma dinâmica de trabalho de reconhecida complexidade, cuja prática de cuidados pode sofrer interferências, seja devido à existência de elevada demanda de pacientes e incipiente dimensionamento de funcionários, à inúmeras tarefas que ficam a cargo dos trabalhadores de saúde, ou mesmo devido à atitudes e escolhas do próprio profissional (NOVARETTI et al., 2014). Assim e exatamente por isso, o profissional de saúde reconhece onde é possível errar, por mais que não se deva; e em função disso, pode vivenciar uma gama de sentimentos experimentados por seus pacientes.

Foi a partir dessa assertiva que surgiram algumas indagações acerca da experiência vivida por trabalhadores de saúde, não como profissionais, mas como pacientes ou acompanhantes. Frente ao exposto, questiona-se: Como os profissionais de saúde vivenciam/vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado determinadas pelo processo saúde-doença?

Como enfermeira de um hospital de urgência e emergência percebi que, quando o acompanhante ou visitante de determinado paciente era profissional de saúde, ele identificava-se à equipe plantonista como tal, perpassando a ideia de conhecedor da área de saúde, se apresentando exigente, observador, questionador e, por vezes, demonstrando temor e insatisfação quanto ao cuidado/assistência prestada. Essas experiências vivenciadas no cotidiano das minhas práticas assistenciais e a crença de que certos fatos

nos provocam visões e opiniões diferentes quando somos atingidos pessoalmente, justificam e fortalecem o interesse em compreender, por meio da pesquisa, como os profissionais de saúde vivenciam as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes de algum agravo à saúde.

Espera-se que o estudo forneça subsídios para a reflexão dos profissionais envolvidos e propicie qualificação na sua conduta de trabalho. Espera-se, ainda, maior envolvimento e comprometimento na dispensação do cuidado, assim como a busca de atendimento às necessidades do próximo com dedicação, valorização da assistência e consolidação de um serviço humano e competente nas práticas de saúde, de forma que o colocar-se no lugar do outro se traduza num artifício para a melhor forma de cuidar.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender como os profissionais de saúde vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes do processo de adoecimento.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratória descritiva, de abordagem qualitativa. Para Fabienne-Fortin (2009), a abordagem qualitativa tem como essência a compreensão mútua do investigador e dos participantes ao mesmo tempo em que permite a exploração do conjunto de opiniões compreendendo-se, ainda, que o objeto a ser investigado insere-se numa dimensão subjetiva das experiências dos participantes.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram selecionados entre profissionais da saúde de diversas categorias: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos/auxiliares de enfermagem, tendo como critério de inclusão a vivência de um processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar. A incapacidade psicológica e/ou emocional para relatar a experiência foi adotada como critério de exclusão.

Para a captação e convite dos participantes da pesquisa utilizou-se a técnica metodológica “*snowball*” ou “Bola de Neve”, que permite a construção de uma amostra intencional na qual participantes iniciais indicam novos participantes, geralmente conhecidos e coexistentes numa determinada rede social. Segundo Goodman (1961), a técnica se trata de uma abordagem em cadeia, não probabilística e vantajosa ao pesquisador uma vez que, em situações sociais específicas, é mais fácil um membro da comunidade conhecer outro membro em situação semelhante do que o pesquisador identificar os mesmos.

A primeira participante foi uma enfermeira que experimentou a condição de acompanhante de um familiar submetido a um processo de hospitalização. Integrante do círculo de amigas da pesquisadora, a profissional se dispôs, voluntariamente, a contribuir com a pesquisa ao tomar conhecimento do tema que seria estudado. O contato se deu de forma natural e após seu relato, foi solicitado que indicasse pessoas, igualmente profissionais de saúde, que vivenciaram situação semelhante.

Consecutivamente, estes foram abordados e convidados a participarem da pesquisa sendo, da mesma forma, solicitado que apontassem novos participantes que atendessem às exigências de inclusão.

Considerando que as abordagens qualitativas são propícias nas investigações de grupos definidos e focalizados, que vivenciam um determinado contexto social, esse método, além de possibilitar desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos a respeito a grupos particulares, favorece a elaboração de novas abordagens e criação de novos conceitos e categorias no curso da investigação (MINAYO, 2010).

Sob este aspecto, a pesquisa qualitativa não se estrutura a partir da definição numérica dos participantes. Ressalvando-se que nesse tipo de pesquisa, se busca o aprofundamento da compreensão de determinado fenômeno, mais vale a significância dos dados do que a quantidade deles. Dessa forma, a captação e determinação do número de participantes cessa a partir do momento em que os dados obtidos se apresentam reincidentes, com ausência de informações novas que, por conseguinte, deixam de ser relevantes (MINAYO, 2010).

Nesse ínterim, vinte participantes que atendiam aos critérios de inclusão foram entrevistados. Considerando-se os relatos obtidos, dezessete participantes contribuíram satisfatoriamente para o presente estudo. Três entrevistas foram excluídas devido inconsistência dos discursos.

Todas as participantes eram do sexo feminino, sendo oito enfermeiras, sete técnicas de enfermagem, uma médica e uma fisioterapeuta, profissionalmente atuantes em diversos serviços de saúde: hospitais de alta complexidade, universitários e gerais; maternidades e hospitais pediátricos de referência estadual e em hospitais de urgência e emergência. Três das participantes também seguem carreira na docência.

Em relação à experiência vivenciada, dezesseis estiveram na condição de acompanhante e uma esteve tanto na condição de acompanhante, quanto de paciente.

3.3 LOCAL DA PESQUISA

Pela técnica “*snowball*”, a pesquisa não se desenvolve, necessariamente, em um local específico, instituição ou serviço, mas em diferentes locais a partir da disponibilidade dos participantes e acordos firmados com a pesquisadora.

Dessa forma, os participantes foram contatados anteriormente, por meio telefônico, a fim de serem convidados a contribuir com o estudo e de serem agendados

data, horário e lugar para encontro com a pesquisadora, definidos em comum acordo. Precederam-se, às entrevistas, novas ligações que visavam lembrar e confirmar o compromisso.

Foram considerados a preservação e garantia de conforto e privacidade do participante para a confidencialidade de sua experiência.

3.4 PERÍODO DA PESQUISA

Após a permissão legal, a busca ativa pelos participantes iniciais, seguido de indicações de participantes secundários e a consequente coleta de dados, ocorreu durante os meses de dezembro de 2014 e abril de 2015. A análise de dados foi realizada, concomitantemente à coleta dos mesmos, estendendo-se até o mês de maio de 2015.

3.5 RECURSOS PARA COLETA DE DADOS

A produção de dados foi apoiada pela entrevista, definida como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas, o entrevistador, obtenha informações sobre determinado assunto ou problema por parte do entrevistado. É um instrumento de trabalho e investigação empregado de maneira profissional (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para Minayo (2010, p. 261), a entrevista, desenvolvida mediante a linguagem verbal, permite um sentido amplo de comunicação e, ao mesmo tempo, um sentido restrito para a obtenção de dados a respeito do tema científico. O autor ainda cita que “É, acima de tudo, uma conversa a dois, realizada por iniciativa de um entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa”.

Como vantagens dessa técnica de coleta de dados, Marconi e Lakatos (2010) citam a flexibilidade, a empregabilidade a todos os segmentos populacionais (alfabetizados ou não), a apreensão das linguagens verbal e não verbal, a capacidade comprobatória e imediata de discordâncias e a possibilidade de tratamento estatístico dos dados. Exige, entretanto, boa condução do entrevistador, com coerência e clareza das perguntas, assim como imparcialidade e disponibilidade de tempo.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista não estruturada, modalidade não dirigida, na qual o entrevistador tem liberdade de desenvolver a situação na direção que

achar mais interessante, produtiva e adequada, podendo investigar com mais profundidade cada questão. As perguntas foram abertas e direcionadas dentro de uma conversa informal. Nessa modalidade de entrevista, portanto, não há exigência do pesquisador construir um guia ou roteiro para conduzir a coleta de dados. Depreende-se que na entrevista não dirigida, o entrevistado é dotado de liberdade, de forma que possa manifestar emoções, opiniões e sentimentos. Para tanto, o entrevistador deve ser capaz de encorajá-lo, sem forçá-lo, a falar sobre o que se propõe (MARCONI; LAKATOS, 2010).

As entrevistas ocorreram mediante encontro único com cada participante e tiveram como situação norteadora a seguinte solicitação do pesquisador: Fale da sua experiência quando submetido a cuidados dos profissionais de saúde em virtude de adoecimento ou quando acompanhou familiar nessa condição. Foram utilizadas perguntas circulares (Explique melhor essa situação; que sentimentos vivenciou; como se sentiu?), com a finalidade de tornar mais densos os dados coletados e alcançar os objetivos definidos na investigação.

Mediante autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas por um dispositivo eletrônico (gravador de voz portátil), e, posteriormente, transcritas *ipsis literi*, permitindo o processo de análise dos dados brutos. Tiveram uma média de duração de 19 minutos.

A produção dos dados foi interrompida no momento em que o objetivo deste estudo foi contemplado.

3.6 ESTRATÉGIAS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram, posteriormente, analisados mediante os preceitos da Análise Temática, definida por Minayo (2010, p. 316) como o “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Para o processo de análise a autora orienta a operacionalização a partir de três etapas (pré-análise, exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados).

A primeira etapa, Pré-análise, consistiu na exaustiva leitura das entrevistas obtidas. Nessa fase, foram excluídas e acrescidas entrevistas, conforme a necessidade. Foram escolhidos documentos, havendo a definição do corpus de análise. O material obtido foi organizado e hipóteses, formuladas.

Na segunda etapa, ocorreu a exploração dos dados – Exploração do Material – visando à obtenção de núcleos de sentido e compreensão do discurso. Os dados brutos foram agrupados em unidades. Conforme Minayo (2010), nesta fase, o pesquisador esforça-se para encontrar palavras e expressões significativas a partir da organização e redução do conteúdo de uma fala, que permitam descrição exata das características evidenciadas no discurso. Este processo é nomeado como categorização. Nesta fase, foram obtidos 626 núcleos de sentido.

O Tratamento dos resultados e interpretação consistiu na terceira etapa desta análise, na qual onze temas foram construídos mediante o trabalho de significados e aglutinação de núcleos de sentido conforme semelhança informativa, sobrepujando inferências estatísticas. Minayo (2010, p. 315) afirma que os temas são criados a partir de “uma afirmação a respeito de determinado assunto” e podem ser representado por palavras ou frases. Após construção dos temas, estes foram descritos e inter-relacionados com a literatura e com o referencial teórico de Mishel.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os aspectos éticos e legais da Pesquisa com Seres Humanos, o projeto de pesquisa referente à este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e, posteriormente, aos processos burocráticos e éticos do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA) em maio de 2014, sendo aprovado em novembro do mesmo ano, mediante o parecer número 866.679.

Todos os termos sobre os quais trata a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor em todo o território nacional, foram impreterivelmente seguidos. Reafirma-se que os aspectos éticos ressaltados nesta Resolução foram respeitados, com o objetivo de assegurar os direitos dos participantes do estudo.

O convite para a participação da pesquisa se deu mediante esclarecimentos aos participantes quanto aos objetivos, riscos, benefícios e finalidade do estudo, garantindo respeito à sua dignidade e autonomia, informando ainda serem mínimos os prejuízos, entretanto, possíveis os desconfortos emocionais consequentes aos relatos da experiência.

A pesquisadora conduziu a entrevista de maneira branda e harmoniosa, de forma que psicologicamente centrados e equilibrados, participantes puderam relatar sobre suas vivências quanto ao tema proposto. A probabilidade de afetabilidade emocional destes e consequente prejuízo para os participantes justificaria suspensão imediata da entrevista

pela pesquisadora. Caso a entrevista ocorresse em algum serviço de saúde, a pesquisadora buscaria apoio de outros profissionais para contornar os problemas. Entretanto, nenhuma situação constrangedora e/ou de risco foi evidenciada e, assim, todas as entrevistas aconteceram satisfatoriamente.

A participação do pesquisado oficializou-se por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma que foi preservada a confidencialidade de todas suas informações, sua identidade e garantidos seu anonimato, acesso aos dados do estudo e a certificação de abster-se da pesquisa quando assim desejasse, sem ônus ou penalidade (APÊNDICE A).

Ressalva-se que o anonimato foi assegurado com a não identificação dos participantes, seja nominalmente, seja por características que permitissem seu reconhecimento. Aos mesmos se fez menção utilizando-se códigos enumerados de acordo com a categoria profissional. Exemplo: fisioterapeuta (F_1), médica (M_1), enfermeira (E_1, E_2, \dots), técnica de enfermagem (TE_1, TE_2, \dots), e, assim, sucessivamente.

O TCLE foi entregue aos participantes em duas vias, ficando uma cópia com os mesmos e outra para o pesquisador, constando a assinatura de ambos.

As gravações das entrevistas fornecidas pelos participantes foram, devidamente, autorizadas por eles, mediante solicitação anterior do pesquisador, com intuito de garantir registro integral e fidedigna dos discursos, além de proporcionar consultas subsequentes.

A pesquisadora comprometeu-se de informar quaisquer alterações ocorrentes durante a execução ou operacionalização da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio de relatórios semestrais. Obedeceu-se, no entanto, ao projeto inicial apresentado ao CEP, não se fazendo necessário tal comunicação.

A pesquisa final, por sua vez, será difundida em meios de divulgação eletrônicos e/ou impressos, para conhecimento público, independentemente dos resultados obtidos serem favoráveis ou desfavoráveis.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para apoiar a construção do problema de pesquisa e guiar o processo de análise dos dados para alcançar o objetivo proposto, foi utilizado como referencial teórico a Teoria da Incerteza de Merle Helaine Mishel.

Mishel, enfermeira norte americana nascida em Boston - Massachusetts é doutora em psicologia social pela Claremont - Califórnia e desenvolveu em sua tese resultados qualitativos e quantitativos para conceituar a incerteza como variável que influencia as experiências dos pacientes com a doença, o tratamento e a hospitalização (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

A teórica desenvolveu seus estudos a partir de experimentação própria durante a doença de seu pai, acometido por um câncer de cólon. Observou que ele centrava-se em outras atividades, independentes da doença em si e que seus questionamentos interferiam e refletiam diretamente na sua saúde. A partir daí, deduziu que frente ao opressivo e desconhecido, as pessoas são capazes de encontrar formas de pôr-se no mundo (MISHEL, 1981).

A referida teoria aborda as incertezas, permeadas de anseios e dúvidas do próprio doente, de seus cuidadores e familiares em relação a um problema de saúde vigente, na sua fase aguda ou crônica (MISHEL, 1981).

Para o dicionário Aurélio, a incerteza é conceituada como “falta de certeza, dúvida; estado da pessoa que duvida; estado de coisa incerta” (INCERTEZA, 2015, não paginado).

Ao desconhecer o que lhes reserva o futuro, a incerteza na doença apresenta-se como estado cognitivo, no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados a ela. Vivenciando a nova situação, os indivíduos utilizam-se da incerteza para angariar recursos e mecanismos de enfretamento e adaptação, resultado almejado ao final do processo (MISHEL, 1981).

A experiência da doença pode ser permeada de incerteza, o que pode influenciar a adaptação ao momento específico e, assim, exacerbar uma fragilidade e instabilidade psicossocial. A incerteza na doença, por sua vez, é conceituada por Merle Mishel como a incapacidade de determinar o sentido dos acontecimentos relacionados com a doença, a atribuir valores definitivos aos objetos e eventos, e prever, com precisão, os resultados. Reflete um ato cognitivo neutro até que sejam determinadas suas implicações (MISHEL, 1988).

A partir dessas implicações e da situação vivenciada, a incerteza pode ser interpretada como positiva ou negativa e duas são as vertentes de pensamento possíveis: incerteza como oportunidade ou como ameaça. O medo do desconhecido, a falha e ausência de comunicação, a não informação e demais fatores manifestados na doença, em especial no tratamento e/ou hospitalização, apresentam-se como estressores e, nesse momento, a incerteza representa perigo para o estado de saúde do doente e pessoas de seu convívio íntimo. Assim, situações que envolvem “a espera e o não saber” são consideradas como as mais difíceis por parte de pacientes e familiares. A angústia sentida é demonstração de uma incerteza negativa e então, os antecedentes de incerteza são taticamente usados para reduzi-la (MISHEL, 1988).

Entretanto, situações nas quais maiores conhecimentos quanto a patologias podem subsequenciar depressão, definhamento e não adesão a tratamentos, a incerteza apresenta-se de forma positiva, onde “não saber é melhor.” Exemplos dessa natureza são observados nas evasões à procura por atendimento à saúde, mesmo diante de sintomatologias patológicas (MISHEL, 1988).

É relevante observar, porém, que a avaliação da incerteza quanto a essas duas percepções não é estática, posto que é passível de alterações e pode mudar com a especificidade, o tempo ou curso de uma doença (MISHEL, 1988).

Quase sempre não bem tolerada, a incerteza na doença, em específico, é geralmente caracterizada como um importante estressor. Há uma exigência da experiência vivenciada quanto ao entendimento do cognitivo do indivíduo, que permita dar sentido à situação. Considerando não ser esta uma atitude simples, as pessoas – ou a maioria delas - buscam formas de reduzir essa incerteza e/ou aprender métodos que facilitem lidar com ela, tais como recursos sociais e profissionais (MISHEL, 1988).

Percebendo a necessidade de uma análise crítica a respeito do estresse, evidência da incapacidade resolutive do indivíduo num processo de doença/hospitalização, Mishel relacionou a incerteza como condição produtora dessa manifestação (MISHEL, 1981).

Identificando a ausência de uma investigação sistemática desses aspectos e com o objetivo de explorar o papel da incerteza como uma variável importante, influenciadora nas experiências de doença, tratamento e hospitalização pelos pacientes, a pesquisadora propôs a Teoria da Incerteza na Doença (*Theory of Uncertainty in Illness*) e em 1981, desenvolveu uma escala de 30 itens - A Escala de Mishel da Incerteza na Doença (MUIS) - fazendo menção à incerteza na sintomatologia, diagnóstico, tratamento, relacionamento com os cuidadores e planejamentos para o futuro (MISHEL, 1981).

Para construir a escala, baseada na incerteza vivida por pacientes hospitalizados, Mishel realizou, primeiramente, um estudo exploratório a fim de identificar

eventos considerados como incertos. Foram pontuados e considerados, fatores como ambiguidade, falta de informação, imprevisibilidade e falta de clareza. Nesses estão englobados a imprevisibilidade de diagnósticos e tratamentos, remissão e exacerbação de sintomas, diagnósticos indefinidos, falta de informações, explicações e orientações, além de ausência de feedback e prognósticos (MISHEL, 1981).

Assim, a Teoria da Incerteza de Merle Helaine Mishel aborda três componentes: os antecedentes que influenciam a incerteza; a avaliação cognitiva da mesma e as estratégias de *coping* para enfrentá-la. Estas podem se direcionar para reduzi-la, quando a incerteza é avaliada como ameaça; ou para mantê-la, quando é avaliada como oportunidade. Nesse sentido, um estado de lida e adaptação à situação que se apresenta é esperado.

O quadro de estímulos, relativo aos fatores que precedem a percepção da incerteza, sofre influências das capacidades cognitivas do indivíduo e dos prestadores de estrutura (MISHEL, 1988).

Definida como a capacidade de processamento de informação de um indivíduo, a capacidade cognitiva pode ser influenciada negativamente por questões de ordem fisiológica, psicológica e ambientais. Ansiedade, fadiga, drogas e alguns tratamentos, por exemplo, podem reduzir a cognição, dificultar o discernimento e a percepção do padrão de sintomas, assim como a familiaridade com eventos da doença e hospitalares, a equivalência entre a expectativa e a experiência, exacerbando incertezas. Se refere aos estímulos percebidos pelo indivíduo capazes de influenciar a incerteza, tais como: o padrão de sintomas, a familiaridade com os acontecimentos e a relação entre o esperado, o experimentado e os eventos hospitalares relacionados (MISHEL, 1988).

O padrão de sintomas nada mais é que a compreensão da existência de sintomas que fogem do estado normal de saúde, concepções atípicas que podem sugerir um estado de instalação de doença (MISHEL, 1988).

A familiaridade com os acontecimentos diz respeito ao reconhecimento de uma situação habitual ou já vivenciada. A ausência dessa familiaridade com a equipe de saúde, novos tratamentos, procedimentos, destinos desconhecidos (novas cidades e instituições para o tratamento da patologia), são capazes de gerar incertezas a respeito do evento (MISHEL, 1988).

A relação entre o esperado e o vivenciado também provoca incertezas. Isso é claramente perceptível quando o indivíduo se mostra preparado para determinada terapêutica, entretanto, diferentes condutas são adotadas. Em contrapartida, eventos congruentes e condizentes com a expectativa do indivíduo geram confiança e aumentam o limiar de tolerância à incerteza (MISHEL, 1988).

Os prestadores de estrutura, por sua vez, são pessoas do círculo de convívio do doente, na forma de apoio social e profissionais da saúde, figuras de autoridade na prestação de informações e esclarecimentos, que se caracterizam como recursos capazes de auxiliar na interpretação do quadro de estímulos por parte do indivíduo (MISHEL, 1988).

Baseado nesses conceitos, a figura 1 ilustra o Quadro Conceitual da Teoria da Incerteza de Merle H. Mishel:

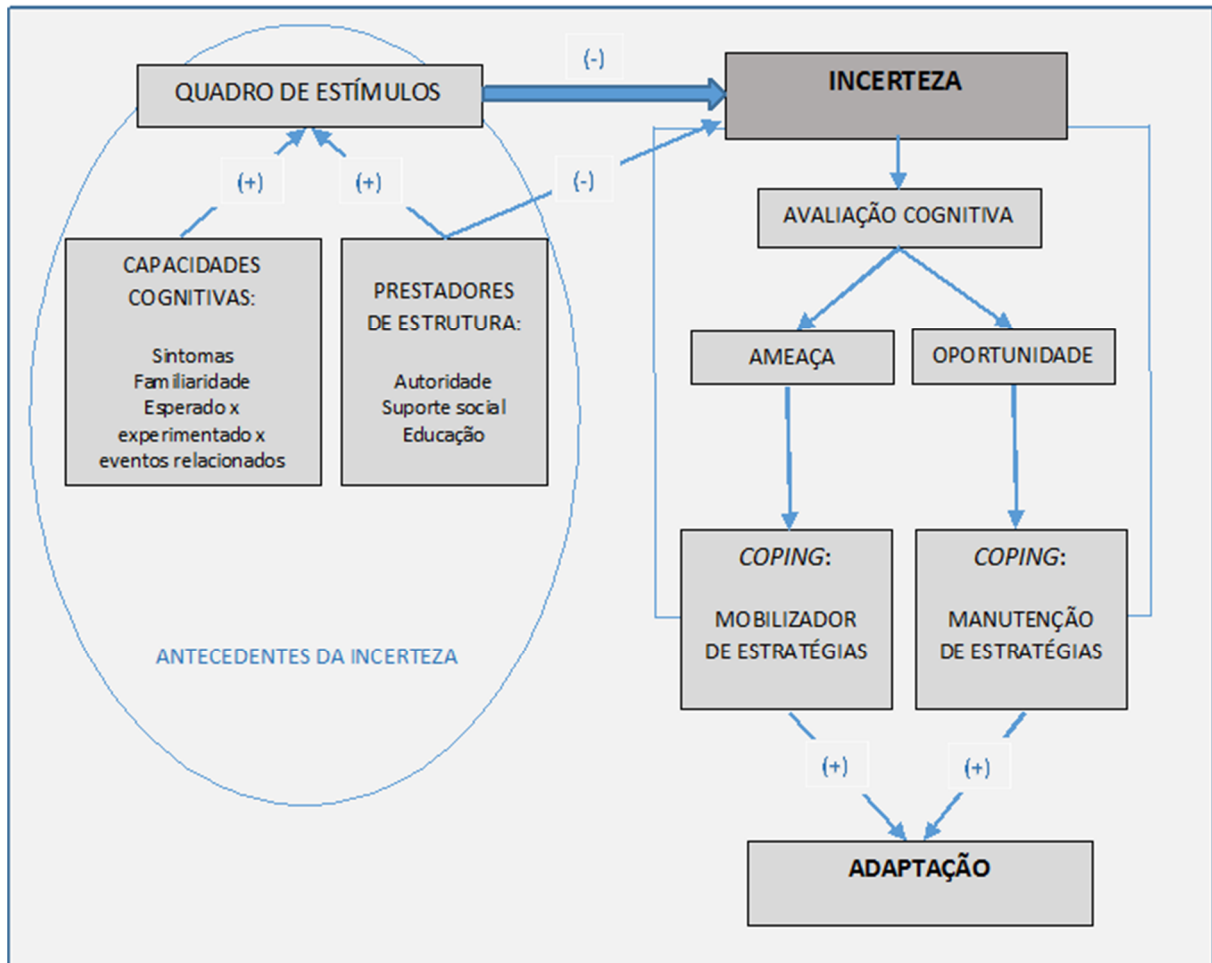


Figura 1. Quadro Conceitual da Teoria da Incerteza de Merle H. Mishel
Fonte: Adaptado de Mishel (1988)

A teórica, por meio dos seus constructos, confirmou hipóteses que relacionam a incerteza e o estresse na doença. Como descrito na Teoria, os vários aspectos incertos na doença, tratamento e hospitalização percebidos pelos pacientes, também são vistos como estressantes (MISHEL, 1981). Para a autora, a relação da incerteza com compreensão se apresenta inversamente proporcional: quanto maior o nível de compreensão a respeito da situação vivenciada - favorecida pelo apoio e fornecimento de informações por parte da equipe técnica de saúde -, menor se mostra o nível de incerteza.

Em relação aos mecanismos intrapsíquicos de enfrentamento do indivíduo, Mishel postula que um alto grau de incerteza é capaz de reduzi-los. A existência de barreiras nas práticas de cuidado é capaz de reduzir a eficácia da ação direta do indivíduo na busca de informações. Por outro lado, pode haver potencialização dos modos intrapsíquicos de enfrentamento, manifestado em ações diretas, vigilância e prevenção. Perante a essa situação, o estresse pode se manifestar como indicador da incapacidade individual de minimização e/ou resolução de incertezas (figura 2) (MISHEL, 1981).

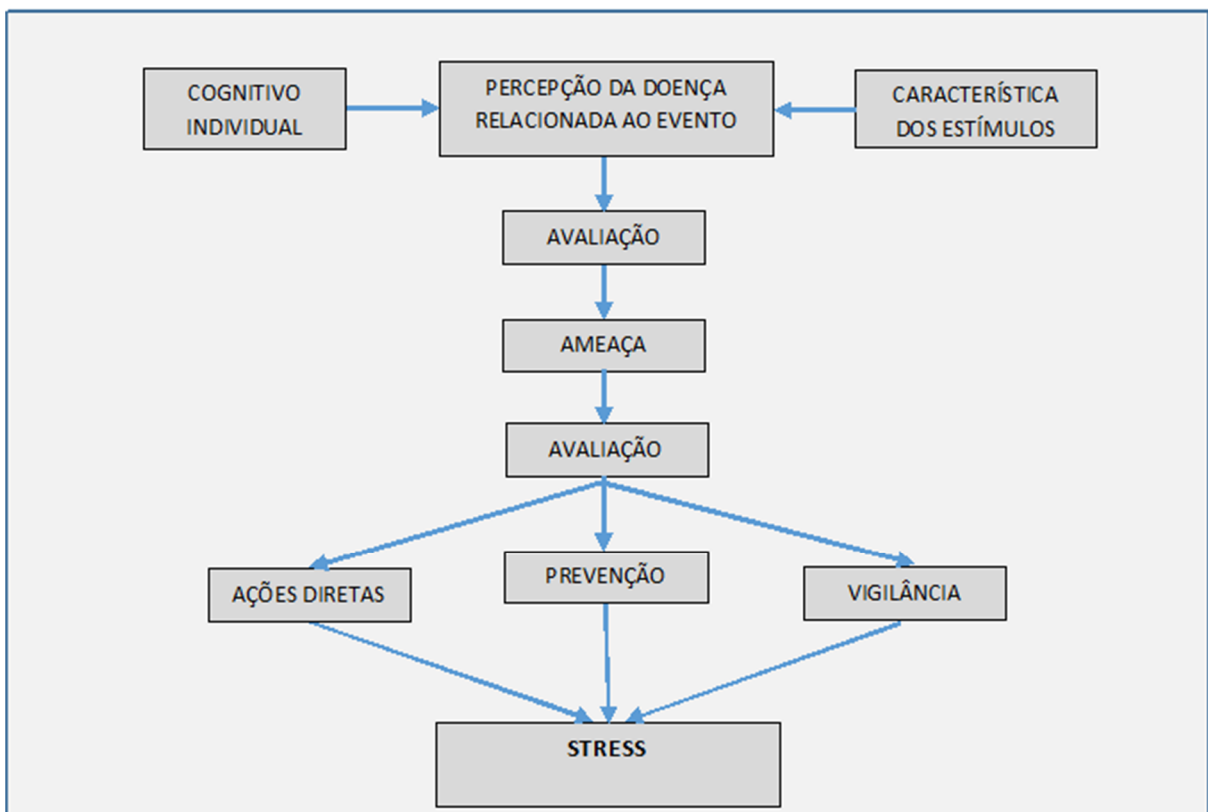


Figura 2. Representação dos mecanismos intrapsíquicos de enfrentamento de acordo com Merle H. Mishel

Fonte: Adaptado de Mishel (1981)

A teórica considerou em pesquisas subsequentes que o fator idade merece relevância na experiência do estar doente. Reconsiderando que a incerteza na doença é resultante da não formação de um sistema cognitivo suficientemente capaz de interpretar os eventos relacionados a ela, em crianças, a incerteza relacionada à doença pode interferir na capacidade das mesmas em formular raciocínio razoável para interpretar as experiências da doença (MISHEL, 1988).

Estudos de Stewart et al. (2010a) evidenciaram que a criança é psicologicamente mais afetada pela incerteza na doença do que pela severidade da doença em si, uma vez que não consegue identificar e entender a causa do evento ocorrente.

Resultados de pesquisas recentes, que versaram sobre diagnóstico de doenças genéticas, por exemplo, expandiram a Teoria da Incerteza ao correlacioná-la à crescente capacidade de tecnologia na detecção de mutações genéticas desconhecidas, de evolução clínica não documentada e de consequências psicossociais imprevistas. Para essa abordagem, pesquisadores consideraram que, com o passar dos anos, a realização de testes genéticos se deram com o objetivo de prever incertezas. No entanto, a subjugação a estes mesmos testes, a espera pelos resultados e a definição de um resultado indesejável são associados a algum grau de incerteza, com consequências psicossociais imprevistas. A angústia e apreensão vivida por parte das famílias caracterizou a incerteza na doença quanto suas causas, vida e sobrevivência dos filhos (TLUCZEK; MCKECHNIE; LYNAM, 2010).

Partindo dos pressupostos de Mishel, aos provedores de estrutura mencionados pela teórica – profissionais e rede social – foram adicionadas a mídia popular e a *internet*, como meio de escape, compartilhamento de experiências e busca informativa (TLUCZEK; MCKECHNIE; LYNAM, 2010). Considerou-se, ainda, segundo as autoras, o tempo como fator inversamente proporcional ao grau de incerteza, isto é, quanto maior o tempo de convivência com a doença, menor é o grau de incerteza. Para elas, isso pode ser justificável pela surpresa do diagnóstico precoce e associação deste com o perigo e (im)possibilidade de futuro. O passar do tempo, por sua vez, pode apresentar-se como ator contribuinte por proporcionar intimidade, maneiras de lidar com a situação, e assim, uma visão mais favorável e menos assustadora da incerteza.

Uma vez considerado que os prestadores de estrutura são os indivíduos no cuidado social e profissional, os pais ocupam importante papel protagonista quando os pacientes são crianças. Vale ressaltar que também nesses casos, os pais de crianças doentes são acometidos pela incerteza, o que reflete e influencia grandemente a incerteza dos filhos. Isto posto, o apoio desses prestadores de estrutura atingem sobremaneira os envolvidos na doença, e quando ineficaz, levam à incerteza. Numa relação de proporcionalidade, o aumento da incerteza dos pais também aumenta a incerteza da criança (STEWART et al., 2010b). Em contrapartida, as autoras enfatizam que a tentativa de reforço da normalidade familiar por meio da manutenção de hábitos, rotinas e rituais familiares, ajuda a controlar a incerteza da doença na infância. Nesse ínterim, as enfermeiras – assim como os demais profissionais de saúde - devem ser capazes de identificar esse comportamento abalado pela incerteza e lidar com ele, uma vez que a doença gera desequilíbrio do que era, anteriormente, vivido (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Como o ser humano é considerado um sistema aberto, que influencia e é influenciado por questões internas e externas a ele, esse desequilíbrio causa estresse e, conseqüentemente, incerteza perante a uma nova situação (MISHEL, 1990).

Conforme o descrito, manifestações de desequilíbrio emocional e estresse perante a incerteza na doença é evidente não somente no indivíduo enquanto doente, mas também na própria família. A insegurança quanto aos prestadores de cuidados, frente à constatação de não-envolvimento ou compreensão na ajuda para lidar com as complicações da doença, interfere diretamente no cuidado por parte dos familiares, uma vez que também experimentando a incerteza, reduzem o apoio que deveria ser destinado ao doente, de acordo com Tomey e Alligood (2004), pois, segundo eles, a

[...] incerteza tem demonstrado ter impacto negativo sobre a qualidade de vida, a satisfação com as relações familiares, a satisfação com os serviços de cuidados de saúde e a manutenção das atividades de autocuidado dos próprios prestadores de cuidado da família (TOMEY; ALLIGOOD, 2004, p. 632).

Considerando tais assertivas e os resultados de Mishel, que evidenciaram ser o apoio social e, em destaque, o apoio familiar, capaz de reduzir a complexidade da incerteza, torna-se relevante e imprescindível a aliança dos profissionais de saúde com o doente e sua família a fim de que informações, esclarecimentos e atitudes permeadas de compreensão ajudem-nos a lidar com as complicações da doença (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Para uma nova visão de vida, o doente deve, por sua vez, demonstrar confiança perante os recursos sociais e aos prestadores de cuidados em saúde. A percepção da enfermagem frente aos comportamentos e manifestações da incerteza, assim como aos questionamentos evidenciados, direciona a prática do cuidado em saúde tornando-a mais efetiva (MISHEL, 1990).

Conforme o já explanado, sentimentos como a insegurança, o medo, a ansiedade podem apresentar-se consequentes à incerteza inerente à vivência de um processo de adoecimento e hospitalização, seja próprio ou de algum familiar. Nesse sentido, a Teoria da Incerteza favorece o entendimento desse momento e embasa, cientificamente, o direcionamento das ações de cuidado.

5 RESULTADOS

5.1 DESVELANDO OS TEMAS CONSTRUÍDOS

O processo de codificação, descodificação e recodificação temática permitiu desvelar temas que serão expostos a seguir, ilustrados com falas relevantes dos discursos obtidos. São eles: Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização; Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas; Melhor o não saber: o conhecimento produzindo medo, angústias e insegurança; Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado, produzindo suporte e segurança; Valorização do profissional assistente perante reconhecimento de práticas de cuidado; Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar; Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde; Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar; Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado; Significados e sentimentos inerentes ao Ser acompanhante; Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando a prática profissional.

5.1.1 Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização

Vivenciar o processo de adoecimento e hospitalização de si ou de algum familiar, para o profissional de saúde, parece ser minimamente cogitado, pouco aceitável e até mesmo, surpreendente:

A gente imagina que nunca vai ser um acompanhante, que eu nunca vou ser um paciente (TE₁).

[...] a gente nem acredita que as coisas estão acontecendo com você. Você acha que, porque trabalha na área de saúde, você está imune (TE₆).

Nesse sentido, embora o profissional da saúde possa alimentar uma suposta ideia de inatingibilidade, fatalmente experimenta uma mescla de sentimentos próprios da nova situação:

Eu senti medo, foi um sentimento de insegurança, até pelo diagnóstico que foi dado naquele momento. O médico já me disse, imediatamente, que a minha filha estava com septicemia. Eu, por entender da situação tive muito medo, até porque eu estava vivenciando aqueles sinais e sintomas (E₁).

Quando estavam extubando meu pai, e cheguei perto dele e ele estava de olho aberto, perguntei se ele sabia quem eu era. Ele me olhou e me disse: “Eu não estou doido! É tu, ...!” Aquilo, para mim, foi um alívio muito grande. Pedi para que ele mexesse os braços e as pernas, então percebi que não tinha ficado nenhuma sequela (E₃).

Embora possa se apresentar como recurso necessário pra a recuperação da saúde de um indivíduo doente, a hospitalização é comumente vista como um momento de sofrimento capaz de ocasionar danos físicos, sociais, e emocionais, uma vez que submete o indivíduo a terapêuticas e procedimentos, o distancia de seu meio e de sua convivência social e, ainda, aflora uma série de sentimentos resultantes de inquietações (SANCHES et al., 2013; CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

A vivência do processo de adoecimento e hospitalização não é, inicialmente, bem aceita e/ou compreendida. Na condição de paciente ou acompanhante e numa atitude negativa de aceitação, ao se deparar dependente dos cuidados concernentes às próprias práticas laborais, o profissional da saúde pode ser invadido por questionamentos e interjeições quanto à nova situação. Quando experimentada por profissionais da saúde, seja na condição de paciente, seja na condição de acompanhante, essa vivência parece situá-lo num evento surpreendente que envolve âmbitos diferentes: um marcado pelo medo, pela insegurança e pela ansiedade que acompanham o processo de adoecimento e hospitalização, e o outro delimitado pelo conhecimento que possibilita identificar riscos, agravamentos, consequências e melhoras.

É sabido que o assistencialismo técnico, por vezes centrado na doença e a convivência com as especificidades da hospitalização, são capazes de provocar impacto e desestrutura de todo o universo familiar. Entretanto, além de significar ruptura com o cotidiano social, minimização do convívio com a família, perda/redução da autonomia, tanto de pacientes quanto de acompanhantes, a percepção de ameaça e sujeição de si ou do ente querido à tratamentos incisivos, dor e dependência provocam uma série de sentimentos controversos e angustiantes (WALDOW, 2004; BEUTER et al., 2012; SANTOS, L.F. et al., 2013).

Ao considerar a experiência laboral e o conhecimento inerente a tal, o profissional reconhece que é possível a identificação de sinais e sintomas patológicos manifestados por si ou por outrem, assim como o entendimento de especificidades e gravidade de determinada patologia. Dessa forma, preocupa-se quanto ao que a doença significa e quanto ao que pode ocasionar, ao que chamamos prognóstico. Capaz de

reconhecer pioras e/ou melhoras, intrinsecamente vivencia sentimentos que vão do medo à esperança:

O medo vem em primeiro lugar: “será que a minha mãe vai sair dessa?” (TE₁).

O ar que ela respirava era uma esperança. No fundo, eu acreditava. Quando a gente tem um familiar, a gente sempre acredita em tudo, mesmo que a gente saiba da realidade também (TE₆).

Estava percebendo que ela estava piorando, mas por outro lado, eu sentia uma certa esperança, porque eu percebi que os profissionais ao perceberem, agiram de forma imediata (E₁).

O profissional adota uma postura bastante observadora; alia experiências da própria prática profissional ao que vivencia e, ao defrontar-se com situações nas quais percebe despreparo profissional, possibilidade/ocorrência de erros e incompatibilidade entre o real e o informado, interfere:

Quando eu estou num ambiente hospitalar, seja como acompanhante ou paciente, não me sinto nem um pouquinho segura. A gente é muito observador não para criticar, mas numa tentativa de controlar os riscos que procedimentos errados possam vir a causar, tanto para mim, como paciente, como para quem eu estou acompanhando (E₆).

Se eu vir que as coisas não estão correndo certo, eu pergunto para a colega se não se deve fazer determinada coisa (TE₆).

E eu percebi essa deficiência, de ver várias profissionais, passando de um paciente para outro, sem fazer a lavagem das mãos e quando eles iam em direção a meu pai, eu estava lá e pedia para passarem álcool gel nas mãos ou então que as lavassem (E₈).

Eu disse para administrarem a dipirona ‘SOS’ que estava prescrita e chamarem o médico. Eu que tinha que dizer o que se deveria fazer, eu que tinha que orientar as condutas (E₄).

Afora as particularidades geradas e inerentes ao processo de hospitalização, ser dotado de conhecimentos pode influenciar na vivência da condição de paciente ou acompanhante de familiar, também contribuindo para a adoção de uma postura permeada por angústias. O profissional é observador quanto ao que se passa à sua volta, confiando ou desconfiando daquilo que vê, de forma que o seu conhecimento permite discernimento do que percebe. Por sua vez, o reconhecimento de ameaças às práticas de cuidado produzem experimentação de inseguranças e insatisfações (FLORES, 2012).

Dessa forma, a observação aliada ao conhecimento se apresenta como mecanismo de defesa e seguridade, de minimização de riscos, de pensamento e avaliação crítica e não-aceitação de quaisquer imposições. Munido dessa atitude, o profissional não se permite enganar:

Eu percebia que eles tentavam me 'enrolar'. Eu sempre tinha que estar discutindo, dizendo que as coisas não eram daquela forma. Se fosse uma pessoa leiga, eu acreditaria. Se eu fosse leiga... eu ia aceitar! (E₄).

As contestações de condutas e exigências são, por sua vez, veementemente fundamentadas:

Eu sabia as causas da flebite, ressaltando que a causa maior era uma assepsia mal feita (E₄).

Como sou enfermeira e trabalhei numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde aprendemos que um dos principais itens de segurança do paciente é a lavagem das mãos, a higienização das mãos, eu ficava "ligada", observando isso (E₈).

Eu disse que no dia que eu não soubesse diferenciar uma crise convulsiva de frio de ar condicionado, eu voltaria para a faculdade, porque eu tinha certeza que era crise convulsiva e conhecia o meu filho (E₄).

Reconhecer alterações de quadros clínicos, identificar a necessidade de procedimentos e intervenções ter sapiência quanto ao que significam erros e iatrogenias e no que podem resultar faz com que o profissional, como paciente ou acompanhante, seja bastante atento, de forma que julga aquilo que vê, sendo crítico e inseguro face ao cuidado recebido por ele ou por entes queridos. Mesmo desejoso de recuperação e cura, uma série de sentimentos se aglutinam entre esperança, medo e incertezas (FLORES, 2012).

Por conseguinte, há momentos, em que o estar no papel de acompanhante parece comprometer a razão, o discernimento e o conhecimento científico:

Nós como profissionais, quando estamos do outro lado, ficamos até um pouco leigos. Eu, às vezes, não raciocinava direito (E₄).

Parece que você esquece tudo o que você aprendeu num primeiro momento. Até você se situar, perceber que mudou de lado, que agora você é um acompanhante, você fica perdido (F₁).

Vivenciando todo esse processo, fatalmente se encontra num embate dicotômico entre duas condições: o ser familiar/acompanhante e o ser profissional.

É possível a prevalência da emoção em detrimento da razão subsequente à emergência de sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade. Evidencia-se uma perda da identidade do papel de profissional da saúde para a sobreposição do papel de familiar, uma vez que no momento vivenciado, os laços afetivos são mais fortes e importantes que quaisquer habilidades e conhecimentos.

Em alguns instantes, é provável que os conhecimentos profissionais percam sua clareza. O sentimento de preocupação é imensamente forte e sobrepuja quaisquer atitudes e iniciativas que o profissional teria se tivesse no seu campo de trabalho.

Para Flores (2012, p. 45), sentimentos de medo e angústia podem superar o conhecimento, "trazendo insegurança e esquecimento em relação às atitudes de cuidado

que deveriam ser tomadas em relação ao seu familiar.” Até certo ponto, o profissional age com conhecimento, mas depois é tomado pela emoção, assim sobressaindo-se o cuidado familiar.

Perante à situação como paciente ou acompanhante, passa a necessitar dos mesmos cuidados que lhe foram/são solicitados durante a própria prática profissional. É capaz de sentir-se impotente face às impossibilidades existentes de cuidar favoravelmente de seu paciente, considerando-se o suprimento de todas as necessidades vigentes. Essa sensação é comumente vivenciada pelo profissional, no seu contexto de trabalho, diante da terminalidade, mas potencializada quando há envolvimento e vínculo afetivo (FLORES, 2012).

Fragilizado e vitimado pelo momento, o indivíduo experimenta subjugação a determinações institucionais, independentemente de sua titulação profissional:

A gente fica apavorado, nervoso, ansioso, e deixa de ser profissional para ser apenas um familiar preocupado (TE₅).

Ali eu não estava como profissional, mas como acompanhante (E₃).

Eu até entendia, ficava aguardando a minha vez. Entrava fora do horário de visita, não podia demorar, mas eu sei que, realmente, tem horário que a gente não pode estar entrando, saindo [...] você é um estranho lá dentro, apesar de ser médico. Eu acho que às vezes atrapalha. Eu entendia esse lado (M₁).

Mesmo como profissional, não me deixaram entrar no centro cirúrgico para ficar com ela (E₅).

Alguns profissionais relatam, ainda, o fato desse binômio coexistente influenciar sobremaneira no próprio ajustamento e comportamento perante determinadas situações:

Havia, também o fator de eu ser profissional da saúde, saber o que era correto, mas na hora de cobrar para o técnico que estava lá, eu não me sentia muito à vontade (E₄).

Nesse ínterim, não é fácil aliar esses dois seres (as duas condições). Por conseguinte, são presentes os conflitos pessoais e até de convívio com a equipe de saúde:

Eu sempre tentava conciliar a neta com a questão de ser enfermeira (E₇).

Nessa hora, eu deixei de ser acompanhante e a enfermeira atuou (E₂).

A posição de familiar confunde-se com o papel de profissional, e frente ao vivenciado e de acordo com a situação, o acompanhante deixa prevalecer ora um, ora outro comportamento. Em alguns momentos, o profissional pode estar sujeito à perda de equilíbrio emocional e discernimento, comportando-se apenas como alguém que deseja ver um problema seu ou de algum familiar devidamente sanado. Pela afetividade, deixa prevalecer o sentimentalismo e uma postura familiar, por vezes subjetiva. Em outros, faz uso de porte e

conhecimentos técnico-científicos na tentativa de preservação e garantia da vida, livre de perigos. Não se deixa enganar: analisa, identifica riscos, condena erros, contesta condutas e, se necessário, intervém. Pelo sentimento de incerteza, insegurança e preocupação, permite prevalência da postura profissional, observadora, atitudinal e crítica. Os dois comportamentos, por sua vez, são adotados com a mesma finalidade: desejo de garantia de cuidados ao familiar doente. Devido à isso, valoriza atitudes de cuidado e as reconhece.

5.1.2 Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas

Vários são os fatores que são caracterizados como desqualificadores do cuidado. Como acompanhantes, profissionais destacaram, com relativa frequência nos discursos obtidos, insatisfações quanto ao diálogo entre os profissionais assistentes e os que vivenciam o processo de hospitalização: deficiente, inadequado e, por vezes, ausente. Barreiras na comunicação, associadas ao distanciamento e à impessoalidade nas relações, caracterizam frieza e desatenção, se apresentando como atitudes de descuidado:

Eu percebi, na UTI, um pouco de distanciamento dos profissionais. Na UTI de lá, tem tipo um “patamarzinho”, onde ficam o computador, os prontuários, então, eles ficam todo tempo lá, bem confinados [...] Não sei bem o que eles fazem, mas pouco chegavam até os acompanhantes, mesmo no horário de visita, para conversar sobre o paciente [...] Eu via que eles não davam muita atenção. Muito pouco. Muito poucos! [...] Eles não chegavam para olhar. Apesar dela não estar entubada, mas paciente acamado precisa de mais atenção [...] Eu sabia muita coisa pela técnica de enfermagem, pouco pela enfermeira e menos, ainda, pelo médico. Dele, eu tinha que ir atrás. Às vezes ele não estava nessa UTI, estava em outra [...] Então, eu achei tudo muito frio [...] A gente tem que ir atrás e perguntar. É angustiante (M₁).

A indiferença e inexpressividade dos profissionais, assim como a omissão de informações acerca do familiar e a morosidade, indefinições e falhas diagnósticas e terapêuticas, geram sofrimentos e angústias:

Eu ficava me questionando se aquelas pessoas estavam prestando atenção em mim, pois estavam tão distraídas com as conversas que eu ficava insegura (E₆).

A enfermeira não chega até a gente para dar nenhuma informação. O médico também não chega (TE₇).

Você nem consegue dormir. Além disso, eu estava nervosa, com uma grande expectativa a respeito do prognóstico. Eu tinha dúvidas quanto à possibilidade de cura, porque não sabíamos ainda se era bacteriana ou viral (TE₅).

Só o fato de você não ter um diagnóstico fechado já te deixa num estado angustiante (E₄).

A insensibilidade da equipe de saúde, de igual forma desqualifica o cuidado. A ausência de discursos compreensivos, alicerçados em palavras de apoio e a precariedade de serviço de suporte psicológico são enumerados como fatores desumanizantes:

Eu acho que todas as instituições são precárias em relação a apoio psicológico (E₂).

De todas as minhas experiências, a que eu mais me senti abalada emocionalmente, foi a internação da minha mãe. Eu não tinha apoio (E₂).

Gera uma angústia muito grande. Essa falta de tato da enfermeira (E₃).

Sendo, portanto, uma circunstância de fragilização dos doentes e de seus familiares, a ansiedade e o medo sentidos durante a hospitalização podem estar diretamente relacionados a fatores e/ou atitudes que descaracterizam o cuidado.

Vivenciar essa experiência pode ser negativo, na maioria das vezes, em razão da hostilidade do próprio ambiente e das ameaças reais e imaginárias com as quais se depara (SANTOS, L. F. et al., 2013).

Aliado à incompatibilidades, deficiências e até ausências de informações, especialmente, no que concerne a diagnósticos, tratamentos e prognósticos, a insensibilidade, a impessoalidade, o distanciamento e as formas inadequadas de tratamento - evidenciadas no despreparo de abordagem, no desinteresse pelas queixas do doente e nas interpelações insensatas - comprometem, sobremaneira, a comunicação e, por conseguinte, as práticas de cuidado. Almeida e Simões (2011) e Beuter et al. (2012, p. 137) corroboram ao afirmar que “a falta de diálogo impossibilita o estabelecimento de vínculo da equipe de saúde com os familiares, levando ao cuidado meramente técnico, ao distanciamento dos profissionais da família e à escassez de informações.”

Vivenciar esse cenário é experimentar a iminência de inseguranças e incertezas vinculados à “falta de apoio, de atenção e de informações da equipe de saúde”, numa manifestação evidente da não valorização e não participação da família no contexto da hospitalização (BEUTER et al., 2012, p. 135).

Concorda Oliveira et al. (2010) ao ressaltarem que familiares são comumente encontrados pelos corredores hospitalares em estado de choque e medo. Tal fato se dá pela pouca ou nenhuma atenção ofertada pela equipe de saúde, ainda ocupando-se, quase que exclusivamente, com o cuidado ao paciente, alegando sobrecarga de serviço e incapacidade para lidar com a família.

A existência de relações verticais, autoritárias e impositivas e de abordagens profissionais inadequadas, desqualificadas, que se dispõem de formas impróprias de tratamento, fragilizam convaléscentes, familiares/acompanhantes e configura o descuido, gerando medo e insegurança:

A técnica de enfermagem 'ralhou' com ele, dizendo: 'Seu J...o senhor tem que ficar quieto, senão o senhor vai voltar para o respirador!' Eu me chateei, me aborreci e falei com ela: 'Aqui é na base da ameaça? Quer dizer que vocês não entendem, acham que o paciente está assim porque quer? Você já se imaginou deitada numa cama, amarrada como ele está?' - porque ele estava contido, tentando retirar a sonda, soro, então fizeram uma contenção. Ele deitado e reagindo, porque estava consciente, e ela veio com essa de ameaçar. A forma de falar. Essa mesma fala poderia ter sido feita de outra forma (E₈).

Médico nenhum tem o direito de chegar para o acompanhante e dizer:" a sua mãe não tem mais jeito!" Eu tomei um choque! Eu acho que não é por aí! Um dos médicos falou que ela não iria sair. Então, eu fiquei com medo e insegura. Como é que um médico fala que seu paciente não tem mais jeito? (TE₁).

A fala de alguns profissionais acaba deixando interrogações na gente (E₃).

Disse ainda que, se necessário, eu procuraria a chefe superior para fazer reclamação, porque aquela não era forma de agir e tratar. A enfermeira já chegou estressada e de forma grosseira. Isso causa repulsa e traumas (E₆).

A fugacidade, verticalização e o autoritarismo das relações, assim como o uso de discursos e/ou expressões impróprias são vistos por pacientes e profissionais acompanhantes como negativos e, conseqüentemente, desqualificam o cuidado (ALMEIDA; SIMÕES, 2011).

Fatores inerentes à prática profissional, tais como a não identificação, o despreparo e o descompromisso dos funcionários, a sobrecarga laboral e o desempenhar de práticas resumidas à técnicas, rotineiras, mecanizadas e dotadas de vícios, também foram identificados como percussores de prejuízos ao cuidado:

O que mais nos deixou tristes foi o fato de que, todos os profissionais que chegavam até nós pareciam não saber, não ter lido o prontuário antes de realizar a visita. Isso significou, para a gente, desleixo do profissional. Também ficamos indignadas com o fato de nenhum profissional se identificar. Eles chegavam dentro da enfermaria e não sabíamos quem eram; se eram técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, porque ninguém se identificava. Muito raramente havia algum crachá. Às vezes, ficávamos nos contorcendo, procurando algum tipo de identificação no próprio jaleco (E₅).

Maus tratos, pessoas mal humoradas, pessoas mal amadas, pessoas que parecem que estão ali por obrigação e não por escolha, como se estivessem fazendo um favor, como se não soubessem o que estão fazendo. É um despreparo geral: despreparo técnico, despreparo emocional (E₃).

Eu fiquei triste, revoltada, porque a técnica de enfermagem disse que estava completando 36h de plantão. Ela estava cansada, trabalhando à noite. Essa medicação era administrada às 22h, ela já foi administrar fora do horário. Então várias questões foram causas para que isso acontecesse (TE₆).

Prevalecem as rotinas de enfermagem. Eu não via outro tipo de cuidado, se não na hora das medicações, na hora de banho, que os dois precisaram

tomar banho no leito. Eu não sei se acaba sendo um vício da enfermagem, o que não é para ser! (E₂).

Por conseguinte, a detecção de lacunas no processo de cuidado, tanto no tocante à práticas técnicas, quanto às relações subjetivas de tratamento, produzem incertezas e inseguranças.

A apresentação e identificação dos prestadores de cuidado, por sua vez, é o primeiro item a ser considerado por pacientes e profissionais acompanhantes (SPIR et al., 2011). Tal atitude remete à ideia de pessoalidade e proximidade no tratamento, uma vez que ao identificar-se, o trabalhador apresenta-se como referencial disponível sempre que necessário transmitindo, assim, segurança.

A convivência com situações limite, o elevado nível de tensão e riscos e as excessivas cargas de trabalho são próprios da atividade laboral hospitalar. A existência de regime de serviço em turnos e plantões permite múltiplos vínculos formais que, somados aos vínculos domésticos e de estudos, resulta em jornadas exaustivas dos trabalhadores da saúde. Isso decorre da busca e necessidade dos profissionais por melhores remunerações, uma vez que a valorização social ainda é insatisfatória. A sobrecarga laboral pode implicar, entretanto, em potencialização de ações capazes de comprometer o desempenho das atividades, interferindo negativamente na produtividade das práticas de cuidado, desde a ocorrência de iatrogenias a danos irreversíveis não somente de quem as executa, mas daqueles a quem elas se destinam (MENEZHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Isto considerado, a possibilidade de imperícia, imprudência e negligência, provocam receios e preocupações no que se refere a qualidade de um serviço que se necessita e se espera receber.

No que concerne a fatores assistenciais-burocráticos, determinações institucionais exacerbam o medo e também são apontadas como comprometedoras do cuidado:

Colocaram uma paciente que não tinha condição nenhuma de ficar sozinha, ou só comigo. Teria que ter outro acompanhante, mas o hospital negou (E₂).

Nos últimos dias, chegaram a restringir as visitas sem explicações. Isso nos causou desespero e angústia, porque ninguém sabia mais o que estava acontecendo (TE₃).

Quando ela chegou no outro hospital, ela ficou 72h sem contato familiar, e isso deixa a família muito ansiosa (TE₆).

Num primeiro momento, se vêem dependentes de outrem para a realização de procedimentos, para o fornecimento de informações e sujeitos a regras pré-estabelecidas, como por exemplo, impedimento circunstancial de permanência irrestrita ao lado do familiar convalescente. Nesse sentido, a existência e a obrigatoriedade de seguimento das normas e rotinas impostas por determinações institucionais proporcionam a sensação de fragilidade e

incapacidade, gerando estresse e se configurando em insatisfação diante do processo de hospitalização (XAVIER; GOMES; SALVADOR, 2014).

De acordo com Santos, L.F. et al. (2013), as normas hospitalares constituem-se em desafios para pacientes e familiares acompanhantes, uma vez que precisam aprender e adotar novas rotinas de vida, bem como aceitar os rituais de atendimento, diagnóstico e tratamento.

Desqualificadores do cuidado também são encontrados nas barreiras burocráticas para a efetivação de internação do familiar em setor compatível com suas necessidades clínicas, envolvendo desde condições estruturais e aspectos organizativos, à incerteza e morosidade de diagnóstico e referenciamento. Deixar ou estar com um familiar hospitalizado em circunstâncias de superlotação, insuficiência de profissionais, esperas prolongadas por atendimento e pouco/nenhum diálogo, gera considerável ansiedade (ALMEIDA; SIMÕES, 2011).

Somadas à essas questões, experiências inerentes ao próprio labor do profissional acompanhante são potenciais instigadores de incertezas. O reconhecimento da probabilidade de iatrogenias faz com que ele tema suas ocorrências. Assim, apresenta-se receoso face à identificação de erros, descaso, imprudências, imperícias e negligências do profissional assistente. Ao presenciá-las, é acometido por insatisfações e aflições, além de sentimento de indignação e revolta:

Eu não confio muito no trabalho dos outros, principalmente porque a gente vê que tem gente que trabalha de forma errada (TE₆).

Segurança nenhuma eu estou tendo. Porque eu percebi coisas erradas! Eu vi o acesso no mesmo local e com a mesma identificação que eu tinha feito! Isso me deixou arrasada. Trocaram apenas o esparadrapo. Isso me revoltou muito! (TE₇).

Meu filho estava com flebite no pé, local que estava o acesso anterior. Eu cheguei no hospital fazendo um 'auê', brigando muito e dizendo que eu não aceitava aquilo (E₄).

De igual forma, experiências anteriores são capazes de justificar desconfianças, recusa de atendimento e desconsideração de quaisquer condutas orientadas por profissionais assistentes:

Como que o pediatra havia visto uma tomografia dessa e diz que não há risco nem preocupação alguma? Como que planeja alta, sendo que outro médico me diz que não devo sair do hospital com menos de 14 dias? A partir daí, eu já fiquei desconfiada e disse no hospital que não queria que ele atendesse o meu filho. Eu recusava o atendimento daquele pediatra e tinha os meus motivos. Eu não aceitava o que ele falou e a conduta que determinou (E₄).

Detentor de conhecimento técnico-científico, é capaz de avaliar cautelosamente o quadro clínico do familiar doente. Nesse sentido, consegue analisar as informações recebidas da equipe de saúde e compará-las ao estado real do paciente. Por conseguinte, discursos infundados dos profissionais e incompatibilidade entre o informado e o observado geram revolta e sentimento de engano, exacerbando inseguranças e incertezas:

Eu ficava apreensiva porque eu sabia que ele estava piorando cada dia mais. Eu não me sentia segura com a equipe de saúde, porque eu sabia que eles estavam fantasiando, principalmente para minha irmã. Minha experiência de 15 anos me permitiu perceber que ele estava piorando e passavam para a minha irmã que não, que ele tinha melhoras. Uma vez, eu falei diretamente com a enfermeira e disse que eu sabia que ele estava piorando (TE₃).

À vista das insatisfações emergentes do tratamento, são reais e possíveis os conflitos entre pacientes/acompanhantes e os profissionais assistentes. A existência de atritos nas relações, por sua vez, podem comprometer o cuidado.

Às vezes chega funcionário mal humorado, tratando mal. Isso só vai juntando e numa hora, a gente 'explode' e aí, se fala que acompanhante é grosso (TE₁).

Quando eu tive ele, que ele estava internado na UTI, saiu e foi para a enfermaria, ele foi fazer uma ultrassom cefálica. A médica perguntou para mim se eu não sabia ou não tinham me falado que a criança iria nascer com aquela deformidade pela ultrassom. Eu fui ríspida, pela dor que estava sentindo e respondi que quem não viu foi ela, porque ela que havia feito as minhas ultrassons (TE₂).

Em alguns momentos tive que me indispor com os colegas no hospital por fazer coisas absurdas (E₃).

Esse comportamento, porém, pode prejudicar as interações com os profissionais assistentes. De acordo com Szareski, Beuter e Brondani (2010) e Souza e Oliveira (2010), os sentimentos de ansiedade e insegurança, já devidos ao processo de hospitalização, podem ser potencializados, de forma que o nervosismo e a agitação dos profissionais acompanhantes interferem nas relações interpessoais para com a equipe de saúde, desembocando numa situação de crise e perturbação do serviço.

Conforme Murakami e Campos (2011), o relacionamento entre profissionais e pacientes e acompanhantes pode ser conflituoso devido ao próprio estresse e sofrimento determinados pela situação, à diferença de expectativas face às atitudes de cuidado e à não compreensão das aflições sentidas pelas partes envolvidas. Nem sempre a equipe entende as inquietações dos familiares, e vice e versa.

Diante de tais constatações, sentimentos já concernentes ao processo de adoecimento e hospitalização de um familiar, são exacerbados. A avaliação das atitudes e comportamentos da equipe de saúde, quando não compatíveis com o que se considera cuidado, são capazes de produzir desagrado e desconfianças por parte do profissional da

saúde na condição de paciente ou acompanhante de familiar. O profissional acompanhante experienta, dessa forma, potencialização de suas angústias e incertezas.

Lidar com o desconhecido e a ausência de uma rede de apoio também configuram-se em barreiras de enfrentamento geradoras de angústias:

Eu ia para lá, mas não conhecia ninguém! Seria mais uma barreira para eu enfrentar. Será que eu iria ser acolhida? Como seria eu sem um parente nem aderente? (TE₁).

Mas a gente se viu em outra cidade, cuidando de outra família (irmã, cônjuge e filha), morando no hospital, porque não tinha parente na cidade, e fazia tudo no hospital (F₁).

Para Beuter et al. (2012), a realidade desconhecida é assustadora e repleta de incertezas.

Aflições, desconfianças e inseguranças são nutridas, ainda, por suspeitas quanto a qualidade de formação profissional dos trabalhadores da saúde e divulgações midiáticas de erros inerentes à práticas de cuidado:

A gente sabe que a formação profissional mudou muito, aumentou a quantidade, diminuiu a qualidade, não me sinto nem um pouquinho segura. Ultimamente, em mídias, ouvimos falar muitas coisas em relação a profissionais de saúde. A gente fica sabendo de muitas coisas, ou no seu próprio ambiente de trabalho, ou que a mídia divulga e te deixa com muito receio (E₆).

A gente sabe de experiências no trabalho, de ouvir contar, a mídia cai muito em cima em relação à erros de medicações, procedimentos feitos em pessoas erradas, procedimentos errados, mesmo em pacientes certos; então temos essa preocupação (E₈).

É evidenciado que além das constatadas práticas de descuidado, situações outras podem dificultar a vivência da hospitalização de um familiar, comprometendo a capacidade de enfrentá-la.

5.1.3 “Melhor o não saber”: o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças

O conhecimento inerente à profissão pode dificultar a vivência do processo de adoecimento e hospitalização de um familiar. A sapiência técnica e científica pode ser mobilizadora de aflições, angústias e antecipar sofrimentos:

A gente tem conhecimento do processo, da patologia e que as coisas não são tão fáceis. O sofrimento é muito grande (E₃).

O que eu sabia me deixava mais preocupada (TE₅).

Assim, de posse da capacidade de identificar sinais de piora e perigo, além de riscos durante a assistência hospitalar, o profissional tem potencializado sentimentos de angústia, incerteza, insegurança e medo:

Por eu ter conhecimento, tudo eu percebia: a piora, a melhora, o quadro dela, eu acompanhava. Se ela tinha uma piora, eu já ficava muito aflita (E₁).

[...] sentia medo, medo de morte durante o procedimento, que a gente sabe que é um risco muito grande, medo de não conseguir resolver (E₃).

Fiquei assustada, muito triste. Preocupada e com medo porque eu sabia algo sobre a doença, que era muito séria e grave (TE₅).

Permitidos devido à própria experiência laboral, a identificação de erros, iatrogenias e falhas no cuidado em saúde, o reconhecimento de atitudes de descuidado, bem como de barreiras para o cuidado, faz com que o profissional seja invadido por preocupações:

Era 'abelhuda' exatamente pela experiência que nós tivemos, no sentido de profissional, de que há possibilidades do cuidado falhar, tanto no sentido de não ser eficiente para aquela necessidade do paciente, como o profissional pode falhar (E₈).

Tinha certo receio dos procedimentos e toda conduta de enfermagem em si, porque eu sei quais são as falhas mais comuns (E₆).

A gente fica mais preocupado porque sabe as coisas erradas que podem acontecer (TE₇).

Eu fiquei muito chateada. Eu vi muita coisa errada, no manuseio, na realização do curativo (E₄).

Quando se trata de setores hospitalares fechados, com normas e rotinas específicas e severas, o profissional apresenta-se ainda mais angustiado devido a limitação quanto à possibilidade de interferência. Além disso, a detecção de incompatibilidade entre o que se espera de cuidado em saúde diante da significância de determinado setor, a real necessidade do familiar convalescente e as ações que, de fato, são desempenhadas, decepcionam o profissional, destruindo expectativas criadas e sustentadas no que, para ele, significava cuidado ou melhor cuidado:

Esse sufoco que eu sinto é por ver as coisas erradas e não poder consertar. É não poder estar com ele 24h para tentar evitar as coisas erradas (TE₇).

A expectativa que eu tinha do ambiente em que ele está era uma, era uma expectativa boa, de um lugar que poderia ajudar melhor o paciente, até mesmo porque dizem que tem uma estrutura boa, com profissionais bons, mas eu estando lá dentro, infelizmente, eu não percebo isso (TE₇).

Eu, como funcionária, fiquei muito decepcionada com o trabalho das próprias colegas (TE₇).

Nesse sentido, para o profissional, melhor seria o "não perceber", o "não saber":

A gente sofre por isso. A gente sofre por saber. A gente fica com mais medo. Às vezes, é melhor ser leiga que conhecer o certo. Talvez se eu fosse leiga e não reconhecesse os erros, eu não estaria sofrendo tanto o quanto estou (TE₇).

O não saber para o profissional, configurar-se-ia em fator determinante para amenizar angústias. Não saber seria melhor do que saber e nada ou pouco poder fazer. Experimentaria os receios sentidos por quaisquer acompanhantes de familiar, mas seria poupado da exacerbação de angústias geradas por conhecimentos específicos.

Considerando que essa análise se deve, consideravelmente, aos conhecimentos técnico-científicos que lhe são inerentes, o profissional admite que a capacidade de identificar riscos, assim como alterações de quadro clínico de seu familiar, especialmente no que se refere a pioras, causa grande padecimento.

Nesse sentido, o “não saber”, “o não conhecer” se configuraria, para ele, no menos sofrer.

Conforme os relatos obtidos, os profissionais acreditam ser mais fácil para leigos o acompanhamento de familiares, que mantém confiança nos esclarecimentos oferecidos, em oposição a profissionais acompanhantes, que sofrem ao saber dos riscos de determinadas doenças e desfavoráveis perspectivas de evoluções clínicas.

5.1.4 Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado: produzindo suporte e segurança

O cuidado é reconhecido na interseção das dimensões técnicas, relacionais e humanas. Nesse sentido, o acolhimento no serviço hospitalar, a atitude proativa dos profissionais, atuando com agilidade e imediatismo no atendimento e o desempenho de procedimentos e técnicas que satisfaçam as necessidades fisiológicas, são ações reconhecidas como cuidado sendo, este, a dimensão do cuidado objetivo.

Ela foi bem recebida no hospital, desde o que limpa ao médico. Eu não tenho o que dizer de ninguém (TE₄).

Eles (os profissionais) diziam com antecedência, qualquer intervenção que era feita, por exemplo: tinha momentos em que ela tinha bradicardia, o cardiologista era chamado e era atendida de imediato. Eu fiquei satisfeita pelo resultado. No primeiro contato com a enfermeira da classificação de risco, que ela monitorizou minha filha e percebeu aqueles sinais e sintomas, já encaminhou imediatamente para o consultório (E₁).

Quando eu pedia ajuda, tinha medicamento, tinha apoio de tudo, graças a Deus! Foi tudo resolvido (TE₁).

Receber informações consistentes e em tempo oportuno e perceber o empenho e compromisso dos profissionais também funcionam como recursos estratégicos que contribuem para a satisfação do atendimento em saúde por parte de pacientes e familiares acompanhantes.

Para Elsen, Sousa e Marcon (2011), a comunicação é um modelo interacional vantajoso e terapêutico da relação profissional/paciente/acompanhante, sendo efetivamente positivo quando há interesse de todas as partes, envolvendo questionamentos e esclarecimentos captados e compreendidos. Quando o entendimento esperado é, de fato, alcançado por parte do paciente e sua família, estes se mostram mais tranquilos, com maior capacidade adaptativa e de enfrentamento.

A existência de relações horizontais harmoniosas, humanas, com proximidade, pessoalidade e envolvimento tanto por parte do paciente e familiar/acompanhante, quanto por parte do profissional; o dispensar atenção pautada no olhar atento e escuta qualificada; a valorização das queixas do paciente e do familiar/acompanhante, o diálogo, a conversa, o esclarecimento com adequação de formas e atitudes na abordagem do acompanhante, qualificam o cuidado:

Ser educado, humilde, pedir e não mandar, não ser grosseiro. Isso ajuda muito a se conseguir as coisas, a receber atenção (TE₄).

Deve ter diálogo, chegar, conversar e dizer o que está acontecendo (TE₁).

Os profissionais têm que falar o linguajar dos acompanhantes, do paciente, para eles poderem entender o que o médico está falando (TE₁).

O acompanhante quer isso, o aconchego. Está longe de todo mundo da família, está passando um momento muito difícil. Então, o que se quer é isso: atenção! Você quer ouvir uma pequena palavra de conforto! (TE₁).

Destarte, vivenciando o papel de familiar acompanhante, o profissional reconhece que o cuidado envolve o doente, o acompanhante e a família devendo também ser, essa dimensão, valorizada nas práticas de atenção à saúde.

Por valorizar atitudes de cuidado, o profissional sente falta quando não as identifica:

Parecem que as pessoas estão ali por obrigação e não por escolha, como se estivessem fazendo um favor, como se não soubessem o que estão fazendo (E₃).

Não sei bem o que eles fazem, mas pouco chegavam até os acompanhantes, mesmo no horário de visita, para conversar sobre o paciente (M₁).

Eles não chegavam para olhar (M₁).

Você não dá atenção para o paciente que às vezes precisa só te ouvir ou só que tu ouça (E₂).

Atitudes subjetivas e o “tratar o próximo como gostaria de ser tratado” também foram reconhecidos como potencial estratégia e manifestação de cuidado:

Um simples abraço pode ser tudo! Às vezes, não se precisa falar nada. Basta um abraço (E₂).

A gente tem que trabalhar como se fosse alguém da nossa família! Porque hoje é ele que está lá, amanhã, pode ser minha mãe, como aconteceu (TE₁).

Para que a vivência possa transcorrer de maneira menos traumática, evidencia-se que a existência de práticas de saúde que contemplem as necessidades e singularidades do indivíduo e de sua família na condução terapêutica amenizam, sobremaneira, temores e insatisfações (DUARTE et al., 2012). Para Marques et al. (2014), cada família é única em sua maneira de ser, possuindo características que as especificam e comportamentos distintos em relação às necessidades de adaptação quando um de seus membros adocece.

Portanto, deve-se vislumbrar o cuidado integral, direcionado ao binômio paciente-família, considerando as alterações e limitações às quais é submetida a unidade familiar, inclusive no que concerne a restrição para tomada de decisões. Assim, a descontextualização provocada pela internação hospitalar deve ser reconhecida “como uma fase de aflição, de volubilidade emocional e de grande instabilidade para doentes e familiares” (ELSEN; SOUSA; MARCON, 2011, p. 115). Para as autoras, os vínculos de proximidade e afetividade, firmados com a valorização e inclusão da família na abordagem cuidativa, com atenção, satisfação das suas necessidades e ajuda frente às demandas iminentes, é capaz de modificar a condição de padecimento e estresse inicial diante do adoecimento e hospitalização, para uma condição de tranquilidade, compreensão e segurança.

À vista disso, o profissional determina que ações técnicas, procedimentais e objetivas, somadas à atitudes subjetivas, se traduzem numa efetiva atitude de cuidado.

Aliadas às estratégias qualificadoras de cuidado, ferramentas de apoio dão suporte e colaboram no enfrentamento da experiência da doença e da hospitalização.

Perceber o empenho e a dedicação dos profissionais cuidadores desempenhando práticas de cuidado acolhedoras e livres de riscos, promove segurança e alívio para os profissionais, no papel de acompanhante de algum familiar. Pontuam o tratamento satisfatório, o olhar ampliado e a intervenção oportuna da equipe com empenho e compromisso, e a própria resolução do quadro clínico do familiar como amenizadores de barreiras e temores:

A enfermagem, que me acolheu, logo, na porta de entrada, e o médico da urgência. Poderia ter sido diferente, poderia ter passado despercebido, poderia estar tratando de alguma outra coisa, perder tempo com isso e se agravar mais ainda. Então, eu percebi um olhar bem holístico da parte dele

(do médico). Eu percebi que ele foi criterioso naquele momento, que ele teve uma visão certa.

Eu percebia que os profissionais me davam resposta no sentido de desempenho, tudo que era solicitado era logo feito, não ficava esperando por muito tempo. Isso me deixava mais tranquila, eu sabia que eles estavam, realmente, empenhados. Nesse sentido, eu ficava mais calma porque eu sabia que ela estava em boas mãos (E₁).

(Ficamos) aliviados por minha avó já estar fazendo o procedimento que era necessário (E₇)

Cuidados dispensados com agilidade, destreza e responsabilidade técnica, são capazes de minimizar a tensão da incerteza. Para Spir et al. (2011, p. 1052), a percepção da disponibilização de recursos tecnológicos e de serviços pela equipe de saúde, tais como “ser atendido na hora certa, medicado na hora prescrita e por profissionais atenciosos e competentes tecnicamente”, se traduzem em satisfação para com o atendimento recebido.

A eficácia de intervenção multidisciplinar é produtora de segurança e uma atuação efetiva, compromissada e esclarecida da equipe de saúde por parte daquele que recebe cuidados, assim como de sua família. O anseio quanto a notícias, quando sanado com apoio, atenção, orientações e oferta de informações claras e verídicas, igualmente proporcionam tranquilidade, conforto, segurança e satisfação:

Sempre chegam aqueles profissionais que procuram e perguntam o que está acontecendo, dão uma palavra de conforto. Você quer ouvir uma pequena palavra de conforto! (TE₁).

Naquele momento, se precisa de atenção, de orientação (TE₁).

Senti segurança dos profissionais que estavam cuidando dele, inclusive do médico que colocou o marcapasso, uma pessoa muito segura, pessoas que o atenderam na emergência (E₈).

Quando você chega no hospital, é bem acolhida e tem toda a atenção para você e seu paciente, você já se sente segura (TE₁).

Toda a equipe foi ótima. Atenciosa conosco. Eu gostei da atenção que nos deram. Não senti insegurança (TE₃).

Ficamos agradecidos e aliviados pela atenção e informação que nos deu (E₇).

Ser acolhido pela equipe de saúde com educação, atenção e respeito se apresentam como estratégias que qualificam o cuidado como humanizado. Para que isso aconteça, torna-se necessário a valorização e seguimento da integralidade como princípio norteador das políticas e práticas de saúde. Ao implicar numa recusa ao reducionismo, à centralidade e à atenção à doença em detrimento da atenção ao doente, abre a possibilidade de uma realidade dialógica produtora de acolhimento, compreensão, confiança e vínculo (DUARTE et al., 2012).

Deve-se considerar, portanto, a fragilidade emocional sentida pelos que vivenciam a hospitalização, uma vez que confirma a visível necessidade de apoio. Dessa

forma, pacientes e acompanhantes suscitam como importante ferramenta de suporte a dispensação de apoio psicológico, seja por parte da própria rede social, quanto por parte da equipe de saúde. Advindo na forma de palavras e atitudes subjetivas, a consolidação de um relacionamento afetivo manifesta valorização das aflições e angústias do outro (BEUTER et al., 2012; SANTOS, L.F. et al., 2013).

Nesse sentido, a pessoalidade e individualização do tratamento, a conversa esclarecedora adequada e sensível, o dirigir de palavras de carinho e conforto, o toque, o ouvir, o olhar e o solidarizar-se se apresentam como atitudes que não dependem de arraigadas tecnologias, mas que fazem diferença para quem se destinam (SPIR et al., 2011).

A concessão de informações, por sua vez, além de eleita como necessária para a tranquilidade e preparo emocional de pacientes e familiares, é capaz de confirmar e reforçar conhecimentos dos profissionais acompanhantes. Imbuídos de influências emocionais, o momento vivenciado pode interferir no próprio discernimento e razão:

Embora eu saiba, tenha conhecimento a respeito, sempre é melhor quando aquele que está cuidando te diz com firmeza. Te dá mais certeza! (TE₃).

Numa clara polissemia de discursos, os profissionais da saúde na condição de acompanhante afirmam que são capazes de identificar e reconhecer o estado clínico do familiar, ao mesmo tempo que questionam as próprias concepções e admitem necessidade de referenciamentos, reforços, confirmações e retificações de seus conhecimentos por outros profissionais.

Nesse processo, receber informações consistentes e em tempo hábil sobre as condições do doente, tratamento e procedimentos desenvolvidos por si só, exerce um efeito terapêutico sobre os envolvidos no processo de hospitalização por criar um ambiente propício para o esclarecimento de dúvidas e obtenção das orientações necessárias (OLIVEIRA et al., 2010) e funciona como recurso estratégico que contribui para diminuir o estresse, ampara, dá suporte e auxilia suportar a vivência da situação que se apresenta (BEUTER et al., 2012). Corroboram Vieira, Alvarez e Girondi (2011) ao afirmarem que orientações devidamente prestadas favorecem a adaptação da família, de modo que o recebimento de informações acerca de normas e rotinas hospitalares, bem como do tratamento empregado para com o convalescente, pode amenizar sofrimentos.

Todos esses comportamentos e fatores incorporam ao diálogo a conceitualização de qualificador do cuidado, comprometido com a subjetividade e capaz de minimizar os sentimentos de insegurança, aflição e ansiedade dos acompanhantes, proporcionando autonomia e alteridade dos sujeitos.

Outras ferramentas dão suporte ao profissional/acompanhante, produzindo satisfação e segurança durante o processo de adoecimento e hospitalização de um familiar:

A psicóloga, a equipe de psicologia lá foi muito boa. Tenho vontade de retornar para agradecer (M₁).

O profissional da saúde deve também ter calma, conversar e passar confiança (E₆).

Todos me conheciam. Meu pai ficaria melhor lá (TE₇).

Eu me sinto muito mais segura quando eu vou em hospitais que eu conheço alguém da equipe. Eu prefiro ter referências. Quando é algo eletivo, programado, já ligo para um e para outro a fim de saber se têm alguém conhecido, que você possa confiar e até solicitar ajuda (E₆).

A qualidade das relações interpessoais têm grande importância revelada. A comunicação entre os profissionais assistentes e os dependentes de seus cuidados, de forma clara e coesa, é relatada como um dos aspectos mais relevantes para a satisfação durante a hospitalização (BEUTER et al., 2012).

Tendo significativo poder amenizador dos temores provocados pela hospitalização, a comunicação é qualificada pelo ouvir, aspecto humano e relevante do cuidado (WALDOW, 2004). É considerada a base de todo relacionamento humano, não sendo diferente no ambiente hospitalar (ALMEIDA; SIMÕES, 2011).

Além do conforto, diálogo e esclarecimentos prestados pelos profissionais da saúde, a constatação de ações que se destinam ao bem-estar psicoemocional do paciente, assim como de sua rede familiar, evidencia um cuidado que excede o dispensar de ações técnicas – também consideradas cuidativas devido às necessidades do corpo físico doente. Nesse sentido, o apoio psicológico, o colocar-se no lugar do outro e a existência de relações interpessoais permeadas de paciência e entendimento de sentimentos e aflições, próprios do momento, têm reconhecido e relevante valor.

Receber cuidados por profissionais conhecidos ou referenciados também foram elencados como ferramentas relevantes, capazes de garantir tranquilidade e segurança para pacientes e acompanhantes.

5.1.5 Valorização do profissional assistente perante reconhecimento de práticas de cuidado

Para profissionais, acompanhantes de familiares hospitalizados, o cuidado é intrínseco ao indivíduo e se exterioriza nas práticas laborais:

“Eu acho que depende muito da pessoa, não é só profissional” (M₁).

Inerentes à toda a equipe assistencial, cuja atuação e autonomia devem ser reconhecidas e respeitadas, as práticas de saúde podem ser identificadas desde o dispensar de técnicas auxiliares, que favorecem toda a dinâmica hospitalar, a técnicas procedimentais e ao cultivo harmonioso das relações interpessoais:

(Devemos) valorizar a pessoa que está do nosso lado, que está dando apoio, dando suporte. Do menor para o maior! Às vezes, a gente só quer valorizar os maiores, mas valorizar desde o pessoal da limpeza, é muito importante! (TE₁).

Toda a equipe de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem sabiam do caso dela e estavam trabalhando para ajudá-la (TE₅).

Trabalhar na área não te dar o direito de avançar, tomar o lugar da colega. Tem que ter respeito (TE₆).

No que se refere à área de saúde, a enfermagem é pontuada como a profissão que atua veementemente na prestação do cuidado, tendo-o como objeto e produto de sua prática:

Eu conseguia saber mais das coisas com a técnica de enfermagem, que ficava mais tempo próximo, preparando medicação (M₁).

Quem luta com o paciente 24h somos nós! Enfermagem é amor! (TE₆).

Embora seja obrigação da instituição hospitalar e, por conseguinte, de seus funcionários, o suprimento holístico das necessidades do convalescente e a percepção de práticas de cuidado eficazes o surpreendem positivamente, assim como a seus familiares.

Considerando que o modo como estão organizadas e como são prestadas as práticas clínicas de atendimento determinam a qualidade serviços de saúde, a dedicação, o empenho e o compromisso dos profissionais promovem seu reconhecimento e valorização por parte daqueles que vivenciam hospitalização. Por conseguinte, perceber que o familiar recebe a atenção necessária, advinda de todos os constituintes do processo de atenção à saúde, é capaz de controlar aflições e minimizar a tensão, gerando satisfação e evidenciando cuidado (PINTO; SILVA, 2013).

Nesse sentido, trabalhadores que desempenham esse papel com valorização da vida, respeito e responsabilidade, independentemente da existência de relações afetivas entre quem cuida e quem é cuidado, têm reconhecido valor. Para pacientes e acompanhantes, uma eficiente atuação técnica-procedimental, aliada ao acolhimento subjetivo, esclarecedor e informativo, evidenciam atitudes de cuidado que, ao se revelarem a favor do bem estar do familiar doente, promovem maior conforto aos acompanhantes.

Destacam o cuidado prestado pela enfermagem ao reconhecerem ela é temporalmente e assistencialmente mais próxima dos paciente, em conformidade com o que

suscita Rodrigues et al. (2012, p. 1450): “a equipe de enfermagem ocupa um papel essencial na assistência ao indivíduo hospitalizado, pois, permanece a maior parte do tempo ao lado do mesmo, prestando-lhe cuidados específicos desde a internação até a alta hospitalar.”

5.1.6 Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar

Face à hospitalização, a experimentação de angústias inerentes à vivência pode fragilizar tanto o paciente quanto seu familiar. Circunstancialmente, algumas estratégias auxiliam-nos no enfrentamento da situação vigente:

Eu acho que quem vivencia uma coisa dessa, tem que ter apoio psicológico mais do que 100% (E₂).

Nessas horas, a família tem que estar junto. A força e o apoio têm que vir da família! (TE₁).

As palavras de conforto que me diziam, que minha mãe ia sair dessa, ia me passando segurança (TE₁).

Foi o momento em que eu tive mais pessoas para me ajudar (TE₄).

Contei muito com a ajuda dos colegas de trabalho. Em um dos meus serviços, minhas colegas estão tirando (os plantões) (TE₇).

O apoio psicológico e as redes sociais se revelaram como importantes estratégias de apoio para acompanhantes e pacientes. A família, por sua vez, é reportada como o mais significativo eixo de sustentação e amparo.

Possíveis suprimentos de necessidades, palavras encorajadoras e escuta atenta são mecanismos de conforto, facilitando o enfrentamento.

Somadas à concepção de qualificadores de cuidado e produtoras de segurança, pacientes e profissionais acompanhantes de familiares se utilizam, ainda, de estratégias outras capazes de ajudá-lo a suportar o sofrimento diante do sofrimento. É importante, portanto, reconhecer as diferentes maneiras que a família utiliza para o manejo desses momentos (MARQUES et al., 2014).

Surge internamente a capacidade de enfrentamento, ou *coping*, definido como estratégias para lidar com situações difíceis, o *coping* é determinado por recursos internos, que englobam características individuais, cognitivas e comportamentais; e externos, abrangendo recursos materiais e, essencialmente, habilidades sociais, ou seja, fatores relacionais e interpessoais aos quais o indivíduo é socialmente submetido. Possibilita ajustamento para a lida com as demandas emergentes de situações estressantes, com as

consequências negativas aos problemas da vida e adaptação às circunstâncias adversas (MARQUES; TEIXEIRA; SOUZA, 2012; UMANN; GUIDO; SILVA, 2014).

Para isso que isso aconteça, Santos, W. J. et al. (2013) inferem que o sujeito analisa a situação em dois momentos: primariamente, quanto a seus aspectos desafiadores e prejudiciais. Posteriormente, elenca as possibilidades e disponibilidade de recursos para seu enfrentamento.

De acordo com essa análise, a busca de controle do que se apresenta ameaçador pode ser classificado em duas categorias: o enfrentamento centrado na emoção e o enfrentamento centrado no problema.

O primeiro posicionamento deriva de processos protetores e defensivos, nos quais o indivíduo tenta regular a própria resposta emocional. Ao se defrontar com o problema, é capaz de manifestar atitudes de esquiva e negação. Em contrapartida, o enfrentamento centrado no problema caracteriza-se por esforços direcionados para sua alteração ou administração, assim como para melhoria do relacionamento entre as pessoas e o meio que se apresenta. O manejo e a modificação da situação produtora de insegurança objetivam adaptação à realidade, com tentativas de controle do dano, remoção ou minimização da fonte estressora (SANTOS, W. J. et al., 2013).

Contudo, ressalta-se que as duas formas de enfrentamento supracitadas são inter-relacionadas, podendo ser simultaneamente utilizadas diante de um mesmo evento indesejado.

Em suma, o *coping* “motiva pessoas, grupos e comunidades a buscarem soluções viáveis, sustentáveis, geradoras de empoderamento, fortalecimento e de resiliência” (JULIANO; YUNES, 2014, p. 136).

Considerando que o adoecimento e a hospitalização de si ou de algum familiar se apresentam como um momento de crise e mudança na rotina de vida, as relações entre pessoas e ambientes aparecem como possibilidades de apoio (JULIANO; YUNES, 2014).

O papel das fontes de apoio constituem, assim, condição primordial para essa vivência, pois moderam o efeito das adversidades e fornecem relevante suporte psicológico à proporção que “ajudam na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas” (OLIVEIRA et al., 2010, p. 430).

Conceituada como um sistema de pessoas constituintes de um elo de ligação para com um indivíduo, a rede de apoio social mantém com ele uma importante relação de vínculo afetivo, que lhe concerne suporte psicológico e proteção (JULIANO; YUNES, 2014).

Nesse cenário, é imprescindível a participação ativa da família nuclear - pai, mãe, irmãos, filhos -, da família extensa - avós, tios, primos -, assim como de constituintes da rede sócio relacional do indivíduo - demais parentes, vizinhos, amigos (SANTOS, L.F. et al., 2013). Montefusco e Bachion (2012) corroboram ao asseverar que as famílias podem

agrupar-se em distintos grupos domésticos incorporando, ainda, pessoas que não tenham relação direta de consanguinidade.

Para Montefusco e Bachion (2012), o significado de família é vinculado ao ato de cuidar e em momentos de crise, à família é atribuída obrigação moral de suporte aos seus condescendentes envolvidos em condição de vulnerabilidade. O apoio daqueles em que se confia aparece como essencial e de valioso apoio emocional e se apresenta como base de sustentação de considerável força e significância.

Para Santos e Sousa (2012, p. 764), o acompanhante tem a exímia capacidade de “providenciar recursos emocionais e psicológicos que permitam à pessoa evitar certos estressores”, assim diminuindo angústias e convertendo tranquilidade para pacientes e demais membros da família, imersos numa situação permeada de incertezas e inseguranças. Conhece preferências, medos e desejos dos familiares doentes. Por sua vez, estes sentem-se à vontade para expor suas necessidades, devido à confiança e, consecutivamente, à proteção sentidas. A presença do familiar é, assim, uma das ações primordiais capazes de amenizar o processo de hospitalização (SPIR et al., 2011).

Ressalva-se que, por também estar envolvido no processo de adoecimento, o acompanhante necessita de suporte. Uma rede de apoio relacional, composta por parentes, amigos e vizinhos pode ajudá-lo no enfrentamento circunstancial da adversidade.

Entendida como o conjunto das relações que o indivíduo considera importantes em sua vida, a rede social é constituída por laços afetivos e de união entre as pessoas, cuja ligação pode ter diversas funções, de acordo com as mudanças ocorrentes no decorrer da vida, tais como de companhia social, de apoio emocional, de guia cognitivo e de conselhos e de ajuda material e de serviços. Atua como protetora e agente de ajuda ao indivíduo na vida cotidiana. Quando necessário e por meio de interferências positivas e confiáveis, promove suporte nos processos de adoecimento, sendo assim, geradora de saúde nos aspectos físicos, psicológicos e afetivo-emocionais. Seu apoio é significativo, uma vez que tem a capacidade de minimizar o estresse, fortalecer a autoestima e, conseqüentemente, ampliar e qualificar os recursos de enfrentamento face à realidade adversa (MONTEFUSCO; BACHION, 2012).

Entretanto, enquanto a presença efetiva de redes sociais são viáveis e úteis ao indivíduo hospitalizado e familiares, a inexistência delas gera angústias e frustrações, comprometendo essa vivência. Quando o restante da família se afasta, distanciando-se do paciente e suprimindo apoio ao familiar acompanhante, este experimenta sentimentos de solidão e isolamento social provocados pela sobrecarga quanto à responsabilidade de cuidado ao doente. Tal fato é inaceitável e visto como barreira de superação da situação vigente (BEUTER et al., 2012; SANTOS, L. F. et al., 2013).

Considerando, portanto, que encarar o adoecimento e a hospitalização própria ou de algum familiar é exigido dos envolvidos, a recorrência à religiosidade como base fortalecedora é comum, ao passo em que ela se revela como meio promotor de suporte e resiliência:

Eu dizia: 'meu Deus, dê um entendimento a esse profissional, dê um direcionamento à ele, que ele consiga, realmente, seguir aquele entendimento', sempre buscava em Deus (E₁).

Me apego muito à Deus. E peço sabedoria para a gente, também, dar força (TE₁).

Eu disse para Deus que, se fosse para meu filho sofrer aquilo tudo, eu preferia sofrer a dor de perdê-lo (TE₂).

Deus sabe tudo que faz. Deus vai me dar força, como tem me dado até agora (TE₇).

Foi Deus que segurou a gente (E₇).

Nós tivemos, na minha família, uma criação cristã evangélica, meu pai, inclusive, era pastor, e nós sempre vimos essas perdas como coisas naturais da vida, que não significa que a gente não sofreu a perda, mas que a gente considera que foi uma coisa do curso normal da vida. Então, tudo isso favoreceu essa aceitação da partida dele como uma coisa que foi da vontade de Deus e da forma como Ele queria (E₈).

Configurando-se em estratégia de enfrentamento, a religiosidade aviva esperanças. Mobilizadora e geradora de expectativas positivas quanto a recuperação do convalescente, à ela são atribuídos os méritos de superação e, até mesmo, cura:

A partir do momento que Deus toma conta, então, isso já é o suficiente, quando você acredita, confia e entrega, isso já te dá uma certa calma, uma certa tranquilidade, que Deus está no comando, então, o resultado que você espera é tudo de bom (E₁).

Aquela sensação de que você conquistou, você venceu, o seu paciente venceu! Foi uma provação, se você está preparada para suportar esse tipo de situação. Eu agradeço muito a Deus. A minha mãe é uma vitoriosa! (TE₁).

É notável que pacientes e familiares acompanhantes buscam e, por vezes, encontram na crença em uma força Superior e divina, mesmo não papável, o amparo emocional do qual necessitam.

Evidenciada como uma importante estratégia de *coping*, a religiosidade também se configura em estratégia de enfrentamento da hospitalização e suas peculiaridades. Revelada como um sentimento de convicção de existência de uma força superior - além da compreensão e da razão - e que protege o ser humano, está relacionada à procura existencial de sentido para questões adversas da vida e, por vezes, regula a resposta emocional causada mediante processos incapacitantes (BEUTER et al., 2012; SANTOS, W. J. et al., 2013).

Santos e Sousa (2012) discorrem que o *coping* religioso é revelado em momentos de vulnerabilidade, de incerteza quanto ao futuro, de confronto com o sentido da vida e, finalmente, com a possibilidade de morte. É uma forma de utilizar a fé na busca de significado e/ou compreensão do adoecimento, de segurança face a procedimentos e tratamentos, de gestão da esperança e de resiliência perante a ideia de finitude. Funciona como moderador e mediador de aflições, medos e da realidade indesejável.

Acreditar no poder de uma Alteridade Divina é acreditar numa ponte entre o real – insuportável – do sujeito e uma realidade utópica melhor – em que se acredita – imaginária, desejada, esperada (SANTOS, W. J. et al., 2013). É acreditar na recuperação, em novos rumos e contornos aliviadores de sofrimento; proporcionando, para pacientes e familiares, autoconfiança, fortalecimento e esperança (BEUTER et al., 2012).

É perceptível que, ao permitir o desenvolvimento de esquemas cognitivos capazes de ampliar os recursos pessoais de empoderamento e, assim, mediar o processo de adoecimento, as redes sociais e a religiosidade surgem como importantes estratégias de enfrentamento da experiência de familiares que se encontram com algum ente querido hospitalizado.

Por conseguinte, é imprescindível o entendimento, por parte da equipe de saúde, quanto a existência dessas dimensões na experiência do adoecimento, de forma a considerar que sua existência ou sua supressão podem fortalecer ou fragilizar, respectivamente, todos os envolvidos nesse processo.

5.1.7 Usufruído de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde

Perante os discursos obtidos, ter livre acesso ao familiar doente, especialmente quando internado na instituição com a qual tem vínculo empregatício; adquirir informações; presenciar cirurgias; conhecer profissionais das diversas subáreas da saúde e à eles poder recorrer; discutir com a equipe assistencial condutas terapêuticas e de tratamento; e, até mesmo realizar procedimentos e outros cuidados diretos ao familiar, são alguns benefícios possíveis de serem usufruídos pelo simples fato do acompanhante ser profissional da saúde:

Me identificava, para poder ter acesso (às informações) mais fácil (M₁).

Depois de 67 dias, ele teve alta, ficou ainda uma semana na enfermaria para ver como ele reagiria e como eu tinha conhecimento, eu fazia aspiração, alimentação... tudo (TE₂).

Só consegui transferi-lo para outro hospital, para realizar a cirurgia por amizades. Eu ainda conseguia fazer algo por causa da minha profissão e por causa de amizades (E₃).

Tivemos que conversar com pessoas amigas que trabalhavam no hospital. Como meu marido trabalha neste hospital e algumas pessoas já me conheciam, recebemos certa ajuda (E₅).

Temos uma certa facilidade como acompanhantes porque conhecemos vários profissionais da área. Consegui acompanhar as cirurgias do meu marido e da minha irmã porque eu conhecia o cirurgião (E₆).

Aliados à estratégias de enfrentamento, o paciente ou acompanhante profissional da saúde tem a possibilidade de usufruir de alguns benefícios que lhe são conferidos à condição de ser profissional da saúde.

A condição e influência profissional podem lhe permitir e facilitar acessos a melhores informações, bem como ao paciente interno. Conhecer profissionais atuantes da área também é capaz de promover favorecimentos. Devido às amizades construídas e mantidas, são concedidas práticas mais efetivas de cuidado. Quando se conhece pessoas encarregadas do cuidado necessário, profissionais da saúde têm maiores facilidades no atendimento para si ou para os seus, por vezes com obtenção de privilégios.

A liberdade de atuação possível, especialmente quando o familiar está internado no ambiente de trabalho do acompanhante, além de ser um benefício usufruído por este, configura-se como estratégia que proporciona certeza de que o convalescente está recebendo cuidados - os melhores cuidados -, uma vez que estão sendo desempenhados pelo próprio profissional-acompanhante:

Devido ela estar internada no meu ambiente de trabalho, por isso tenho acesso à tudo, eu mesma fazia o que precisava ser feito. Se eu podia fazer tudo, eu não iria esperar os outros fazerem! Além de adiantar o serviço e cuidar diretamente da minha mãe, diminuía a sobrecarga das colegas (TE₄).

Usufruir desses benefícios configura-se na possibilidade de garantias para o cuidado efetivo, ágil e satisfatório.

De igual forma, a internação no ambiente de trabalho do profissional de saúde se configura como vantagem àquele que circunstancia a condição de paciente ou acompanhante. Como resultados, pode receber ajuda e orientações importantes dos colegas de profissão, assim como ter permissão e liberdade para atuar tecnicamente. Utilizando-se dos próprios conhecimentos e habilidades técnicas, apresenta-se como ser participante e ativo nos cuidados diretos ao familiar convalescente, agindo com alguma liberdade na avaliação de problemas e na busca de soluções.

Entretanto, a dispensação de um cuidado distinto e singular não deve ser restrito e unicamente direcionado aos conhecidos, mas sim à qualquer indivíduo, uma vez que todos necessitam de atenção e bons tratos.

5.1.8 O profissional de saúde escolhido como acompanhante: lidando com a pressão familiar

Nesse âmbito, são delineados papéis e funções cabíveis ao profissional na condição de acompanhante. Duas amplas categorias abrangem as funções do profissional, emergentes no processo de adoecimento e hospitalização: suporte para o familiar doente e para a família; e supervisor técnico dos cuidados.

Atuar na área de saúde é visto, tanto pelo familiar doente quanto pelos demais membros da família, como relevante vantagem. Por conta disso, o profissional é sempre a escolha para ocupar o papel de acompanhante, quando necessário.

Para o paciente, a simples presença de um familiar configura-se num pilar que lhe proporciona tranquilidade e segurança. É, para ele, alguém conhecido a quem sabe que pode recorrer, o que lhe transmite segurança:

Minha mãe mesmo me disse que só contava comigo (TE₄).

De acordo com Murakami e Campos (2011), contar com o familiar torna o doente mais capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades que emergem do adoecimento e hospitalização.

Para a família, além de ser devidamente qualificado para reconhecer riscos, entender e discutir com outros profissionais diagnósticos/prognósticos e atuar na resolução de problemas; o familiar na condição de acompanhante deve se manter forte, inabalável e impermeável à emoções. Por conta disso, é intensamente cobrado:

Não sou filha única, mas num momento como este, sobra para quem é da área de saúde (E₃).

Interessante que lá por casa, quando ocorrem fatos como esses, quem sempre acompanha tudo sou eu (TE₄).

É uma responsabilidade muito grande. Foi muito complicado. Quando se tem um parente que trabalha na área, a família acha que você sabe tudo. Jogam toda a responsabilidade para cima de você (TE₆).

Diziam que eu, por ser enfermeira, era que tinha que ver essas coisas e ver o que estava acontecendo. Me colocavam à frente disso, até para escutar o médico quando ele fosse falar, porque somente eu entenderia (E₇).

Parece que a própria família também espera mais força de ti, por você ser da área (TE₃).

De igual forma, o profissional assume uma postura de auto exigência. Reconhece a própria capacidade e impõe a si presença constante. Acredita ser o único devidamente capacitado para intervir quando necessário:

E a gente também se cobra muito! (E₃).

Até que meus irmãos queriam ficar acompanhando mamãe, mas eu não quis. Se eu fosse para casa, eu ia ficar preocupada, não ia dormir, não ia ficar sossegada (TE₄).

Não queria largar o meu filho. Queria estar acompanhando tudo, direto. Queria estar presente caso acontecesse alguma coisa (E₄).

Cobra-se e responsabiliza-se perante a tomada de decisões, por vezes, culpando-se quando o resultado é indesejado:

E se eu tivesse levado papai para o hospital dias antes, quando eu já estava percebendo que ele não estava muito bem, que ele estava paradinho”, se eu pudesse ter tido essa ideia, talvez, de levar, como eu sempre tinha de levá-lo para uma consulta, um acompanhamento, mesmo sendo aquela luta, porque ele não queria ir, ele sempre se negava. Talvez, se eu tivesse tomado a iniciativa, como enfermeira, de interná-lo, ele não tivesse morrido (E₈).

As demandas impostas pelos envolvidos no processo da hospitalização desembocam em desgaste multifacetado - físico e emocional - daquele que assume o papel de acompanhante, acarretando em sobrecarga de responsabilidades perante a situação vivenciada.

Considerando que a hospitalização prolongada requer acompanhamento, geralmente e por diversos fatores, o compromisso do cuidado fica a cargo de um único membro da família (BEUTER et al., 2012).

Devido a algumas específicas concepções, a família usualmente elege o familiar profissional da saúde como o acompanhante mais conveniente quando alguém adoece. Na ocorrência de algum problema de saúde, é referência, à ele sendo transferida a responsabilidade de assumir toda a situação, bem como de tomar as decisões necessárias (FLORES, 2012).

Ainda conforme a autora, embora o fato de ser profissional da saúde não se configure em obrigação de sempre se ter conhecimento acerca das melhores atitudes, à ele é atribuído a incumbência de tomada de decisões, mesmo sendo recomendado que haja participação de todos os membros da família, incluindo o paciente, se dotado de condições para tal.

Os familiares têm o pensamento de que a devida formação e a experiência profissional facilita conversas coerentes com a equipe de saúde, obtendo informações importantes, transmitindo-as de maneira mais compreensível para o restante da família. Acreditam, ainda, que a vigilância dispensada por ele na realização de procedimentos e demais condutas minimiza a ocorrência de erros e iatrogenias pela capacidade de intervir, se necessário.

Diante disso, o indivíduo atuante na área da saúde traduz-se em figura de credibilidade tanto para a família, quanto para o ente querido convalescente que, “quando

adoece, apresenta tendência a desenvolver maior dependência e apego dos familiares, necessitando ter, próximo de si, pessoas que lhe transmitam atenção e confiança” (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2010, p. 716).

A frequente e primordial escolha desse familiar como acompanhante, numa clara pressão da família, configura-se em sobrecarga para o desempenho dessa função, uma vez que o processo de hospitalização pode exigir adoção de posturas ambíguas. Se, por vezes, se vê diante da incapacidade de resolver todos os problemas, por outro, se auto responsabiliza e não abre mão da presença junto ao doente (LIMA et al., 2014).

Acredita ser o mais capacitado para permanecer ao lado do familiar e faz de si e para si exigências que, se não cumpridas, são capazes de lhe causar sensação de fracasso e culpa. Numa relação diretamente proporcional, quanto mais próximos os laços afetivos, maiores são as cobranças.

Não obstante, é desafiado a exercitar seu controle emocional para manter a família organizada emocionalmente, o que também sugere sobrecarga ao profissional. Tenta demonstrar equilíbrio para a família e para o familiar hospitalizado, a fim de perpassar confiança e segurança:

Eu pensava: ‘vou me acalmar’, ‘vai dar certo’, ‘é assim mesmo’, ‘o que está acontecendo é o esperado’. Mas eu não deixava de ficar insegura (E₁).

Tem horas que eu tenho me segurar, mas não consigo. Eu não posso ‘explodir’ na frente da minha mãe, que está muito frágil, nem na frente do meu pai (TE₇).

Diante da situação, o profissional reorganiza rotinas de vida e se dispõe, inteiramente, para satisfação das necessidades do familiar doente, cujo acompanhamento e consequentes ações direcionadas para mantê-lo vivo e saudável são prioridades.

Enfrentar a nova realidade é, na maioria das vezes, um processo difícil e requer reorganização de todo o sistema familiar. Novas atividades e responsabilidades familiares surgem devido às demandas do processo de adoecimento, assim como imposições à reestruturação de horários e afazeres incomuns aos hábitos e costumes diários, de tal forma que são necessárias adaptações à um novo cenário, envolvendo mudanças de rotinas de vida. A família tanto desenvolve arranjos para permanecer satisfazendo as suas necessidades corriqueiras, quanto para suprir as emergentes demandas de cuidado (ZANI, et al., 2011).

Como acompanhante, o profissional da saúde elenca como seu dever proteger a família e o ente querido convalescente e para tal, pode assumir duas formas de comportamento.

Admitindo como função a obrigação de expor a verdade ao familiar e de livrá-lo de riscos, orienta-o, assim como aos demais membros da família, quanto à realidade do quadro clínico e condutas:

Não menti para ele, informei a gravidade do que ele tinha, foi uma época difícil (E₃).

Eu sempre a orientava a perguntar qual era a medicação (TE₆).

Participa a família e, principalmente, o paciente de todo o processo de hospitalização, fornecendo-lhes esclarecimentos e orientações quanto a rotinas e procedimentos: como são feitos, para que servem, em que podem resultar. Assim, torna-os mais atenciosos e críticos quanto ao cuidado recebido, de forma que apliquem a auto proteção mediante a identificação e recusa de práticas ameaçadoras à saúde.

Entretanto, quando a emoção sobrepuja o racionalismo, alguns profissionais fogem do seu papel de esclarecedor dos fatos. Suprimem a realidade numa tentativa de atenuar a dor, a preocupação e o padecimento:

Não falei a verdade. Eu não queria que ninguém da minha família sofresse (TE₆).

Com o objetivo de não envolvê-los num processo ainda mais angustiante e doloroso, é capaz de omitir más notícias e convive, sozinho, com elas.

Transmitir tranquilidade para os familiares doentes são objetivos primordiais dos acompanhantes, presumindo que o inverso disso possa interferir negativamente no tratamento. Acreditam, assim, que independentemente do que estejam sentindo, devem ocultar a própria dor para transmitir segurança e ajudar o familiar na sua recuperação (SANTOS, L. F. et al., 2013).

A posse de conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, por sua vez, favorece atuação participativa em prol da vida do familiar na busca de informações, na observação atenta à todos os procedimentos e condutas direcionadas ao doente:

Você fica acordada o tempo todo vigiando seu paciente, observando o que vão fazer nele e atento, de prontidão para estar disponível caso ele precise de algum tipo de ajuda (TE₅).

Eu ficava questionando mais em relação às medicações, horários, efeitos. Eu tinha a preocupação de ficar perguntando, olhando acesso, aqueles pequenos detalhes que você, por ser profissional, sempre tem curiosidade de saber (E₇).

Questionamentos, exigências e cobranças de práticas de cuidado são naturalmente frequentes. Por vezes, identifica-se como profissional para justificar suas atitudes, comportamento e terem aceitas e outorgadas suas solicitações.

Como acompanhante, interfere no cuidado prestado ao seu familiar. Cobra informações, explicações acerca do quadro clínico geral do familiar - referentes ao passado, presente e possibilidades de futuro, assim como intervenções adequadas e melhores práticas de cuidado. Souza e Oliveira (2010) inferem que a cobrança é resultado de conhecimento e maiores esclarecimentos, seja referente à cultura e rotina hospitalar, seja referente à atuação e orientação dos profissionais cuidadores.

Se necessário for, mediante a constatação de irregularidades e riscos, intervém:

Eu tinha que descer por conta própria para ver qual médico estava na emergência do hospital (E₄).

Coloquei o oxímetro no meu filho, vi que a saturação dele estava bem baixa, abaixo de 80%, fui conectando ao rosto dele uma macronebulização e pedi para o técnico de enfermagem do setor interromper o antibiótico que estava sendo infundido e instalar um soro fisiológico. Eu disse que era enfermeira, que precisávamos repor volume no meu filho (E₄).

Ao ver a situação e quando eu acho que pode causar algum dano, eu intervenho. Se eu vejo que é coisa séria, eu falo e me identifico como enfermeira (E₆).

Nessa hora, a gente não chora, não pensa em nada. Vem uma força de dentro que faz a gente raciocinar, lutar, e foi o que eu fiz! (E₄).

Por mais que se encontre sentimentalmente envolvido, o profissional da saúde busca agir adotando posturas que, possivelmente, minimizem ou aliviem o riscos e sofrimento. Reconhece a fragilidade do familiar convalescente e, subjetiva ou racionalmente, assente como seu dever, protegê-lo.

O medo da perda revela-se como força motriz para a luta pela sobrevivência do familiar e caso seja necessário, age com prontidão, iniciativa e tomada de atitudes na busca de meios que assegurem o bem-estar e a vida do ente querido.

Embora haja uma mescla de sentimentos aflorados e concernentes à tensão própria da vivência, emoção e razão aglutinam-se de maneira que impulsionam um desferrar de atitudes essenciais para a manutenção da vida do ente querido. Concorde Angelo, et al (2010) ao afirmar que à incerteza, é somada a convicção de fazer o que for preciso para manutenção da vida do familiar.

Para Flores (2012), o saber do profissional da saúde é um saber-ação, traduzido pela capacidade de adaptar a própria conduta à situação que se apresenta. Mediante dificuldades e riscos, age com domínio de conhecimento e, por vezes, improvisos; porém sabidamente direcionados a um objetivo. Em situações em que percebem ameaças à integridade e à saúde do familiar doente, são capazes de infringir normas institucionais, não esperam passíveis as providências dos profissionais assistentes e tomam atitudes embasadas pelo conhecimento que têm.

5.1.9 Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado

Comportamentos específicos e o uso de termos técnicos, mesmo não intencionais, por alguns familiares ao vivenciar o papel de acompanhante, são capazes de denunciá-lo como conhecedor da área da saúde. Se antes não revelada, sua identidade como profissional é facilmente reconhecida:

Minha mãe falou que escutou uma técnica de enfermagem dizendo para a outra que havia, ali, uma enfermeira como acompanhante, que pelo que eu falei, elas não acreditavam que eu fosse uma mera acompanhante (E₂).

Há alguns comportamentos que acabam te denunciando. Por um termo técnico que você usa, já perguntam se você é da saúde. Numa consulta que eu fui recentemente, utilizei o termo hiperemiado e me perguntaram o que eu era na saúde, porque hiperemiada não era um termo que se usa comumente (E₆).

Entretanto, essa identificação pode desembocar em prejuízos nas relações interpessoais. Alguns integrantes das equipes assistenciais e, em especial, integrantes de equipes de enfermagem, são descritos como austeros, desconfiados, insatisfeitos e, por vezes, agressivos ao lidar com pacientes e acompanhantes sabidamente atuantes na área da saúde:

Se eu vejo que é coisa séria, eu falo e me identifico como enfermeira. Nesse momento, elas já olham 'torto' para a gente (E₆).

Tem logo o estigma: é da área de saúde, vai querer 'meter o bedelho' no meu serviço, vai querer 'meter o dedo', vai ficar me vigiando! (E₂).

Acreditando que possa haver interferência negativa no cuidado - tais como rejeição e estigmatização do paciente -, e tementes quanto à essa possibilidade, conhecida devido à própria experiência profissional, acompanhantes adotam comportamentos na tentativa de aliviar a tensão: ocultam sua identificação profissional, relevam observações, suprimem solicitações e críticas, utilizam-se de brandos discursos e retratam-se quando necessário:

A equipe de enfermagem pode passar a te olhar com 'um olho atravessado', porque acha que você está o tempo todo analisando o que estão fazendo. Então, isso pode interferir no tratamento, ou de você como paciente ou dos familiares que você está acompanhando. Geralmente, eu não falo (que sou enfermeira) (E₆).

A minha angústia maior é tentar mostrar o errado, o errado com ele, e as pessoas antipatizarem-no por conta da minha pessoa (TE₇).

A questão da higienização, do manuseio com meu filho, eu via certas coisas, mas eu ficava retraída para não me tornar chata. Eu via o erro, mas não estava cobrando. O pai dele estava lá e foi quando ele falou sobre a

questão de respingar no meu filho a antipatia que os profissionais poderiam alimentar por minha causa. Devido à isso, considerei e dei uma 'maneirada'. Diminuí um pouco as minhas brigas porque sei como é. Sei que os profissionais não gostam de ir até determinado paciente porque o acompanhante é encrenqueiro e reclama. Isso termina prejudicando a assistência (E₄).

Evidencia-se que, nem sempre, o fato do acompanhante trabalhar na área da saúde é positivamente aceito por terceiros. A experiência profissional, que lhe confere conhecimentos técnico-científicos, pode soar como ameaça por parte de quem presta assistência e cuidados ao convalescente.

Em alguns casos, por não aceitar qualquer tipo de cuidado prestado, o profissional da saúde se identifica, fundamenta suas colocações e toma atitude. Em outros, não se revela, mas suspeitas de conhecedor e atuante na área da saúde emergem perante as mediações e intervenções coerentemente realizadas e, por vezes, cientificamente embasadas. Contudo, tal fato nem sempre é satisfatoriamente recebido por parte dos trabalhadores.

Isto considerando, o acompanhante teme que o reconhecimento como profissional possa ser interpretado como ameaça e intimidação por parte dos funcionários da instituição. Suprime a própria identificação profissional, assim como evita insistentes e enérgicas reclamações devido ao receio de que negativas interfiram no processo de hospitalização, promulgando estigma e prejuízos ao cuidado para com o familiar hospitalizado.

Para Silveira et al. (2011), a estigmatização pode ser moldada por efeitos imediatos do contexto social e situacional. Quando o contexto situacional se refere ao âmbito da saúde, em particular no que concerne ao processo de adoecimento e hospitalização, eventos específicos podem despertar o receio de rejeição por parte de pacientes e familiares, com conseqüente maximização da negativa sensação de prejuízo e vulnerabilidade nas relações com os profissionais assistentes.

5.1.10 Significados e sentimentos inerentes ao Ser acompanhante

No papel de acompanhante, profissionais são deparados a questionamentos, fragilidades e conflitos subjetivos:

A gente pensa 'Por que que aquilo aconteceu com a gente?' O quê que a gente fez para estar passando por aquilo?' (TE₂).

Era complicado para mim! Apesar de perceber e ficar aflita, eu tentava me conter (E₁).

[...] às vezes a gente chora (TE₁).

A preocupação sentida é inerente à representatividade que o convalescente tem para o acompanhante: os laços familiares definem prioridades, justificam comportamentos e proporcionam superação da emoção sobre a razão, por vezes, causando insegurança quanto aos próprios conhecimentos:

Eu ia duas vezes: de manhã e à tarde. À tarde, eu chegava por volta de uma e meia e só saía oito horas da noite. Eu, com três dias de operada, comecei nessa rotina. Tudo que é da gente, a gente se apega e não quer perder! Larguei minha vida toda e fiquei lá, direto com ele. Eu nunca abandonei meu filho (TE₂).

Havia também a preocupação com a minha vida profissional, porque eu já estava sendo prejudicada, faltando muito no meu local de serviço. Mas a minha preocupação maior era meu filho. Todas as vezes, eu entrava com ele e só saía do hospital com ele. Nem em casa, tomar banho, eu ia. Eu ficava direto no hospital, não saía para nada (E₄).

Quando é parente nosso, mudamos totalmente a maneira de pensar. Nos preocupamos muito mais. É uma outra postura. O nosso conhecimento passa a ser questionável porque entra o sentimento no meio. E quando há sentimento, não usamos nosso raciocínio lógico (E₆).

Os laços afetivos são capazes de influenciar posturas do acompanhante que, ao se perceber fragilizado, decepciona-se, sente culpa e se auto critica:

Como acompanhante, eu não contribuía. Eu não conseguia olhar meu irmão! Como profissional, é diferente. Os pacientes não são conhecidos seus. É diferente no sentido de envolvimento emocional (TE₃).

Eu não tive coragem de dizer que ela estava com CA em fase terminal. Eu não tive coragem de dizer. Tanto que fazíamos muitos planos. Mas eu dizer pra ela que ela não iria voltar, que ela iria morrer, não podia. Mas fiquei com culpa por não falar para ela. Eu não tive essa coragem de falar para ela. Eu não fui irmã suficiente. Falhei muito com ela. Dói na alma. Quando se trata da minha família, eu sou um fracasso! Com a família dos outros, eu corro atrás, mas com os meus, eu não sei ir! Não foi esse o juramento que eu fiz! Aí é onde estão minhas falhas: eu não questionei mais, eu não briguei mais, eu não insisti mais. E isso me dói até hoje (TE₆).

Por outro lado, podem promover encorajamento de atitudes, manifestadas desde a solicitação de notícias até a busca incessante de cuidados ao familiar, desprezando-se julgamentos e convenções sociais:

Aproveitamos que uma técnica de enfermagem havia saído da UTI e perguntamos notícias para ela (E₅).

Eu gritava muito e pedia socorro para meu filho, que estava parando e largado nos meus braços. Eu fiz o que eu podia fazer. Corri contra o tempo, não esperei de ninguém, descí escadas descalça, não estava nem aí para quem estava olhando, estava parecendo uma louca, mas eu descí para tentar salvar o meu filho (E₄).

Para alguns, acompanhar algum familiar é motivo de aprazimento:

Eu me sinto satisfeita! Faço de coração e sou feliz por isso! Eu faço porque gosto. Eu cuido porque gosto (TE₄).

Para outros, na sua maioria, a experiência é indesejada, difícil, angustiante. Significa experimentação de medo, sofrimento e dor. A sujeição à convivência e lida com notícias/ situações difíceis, configuram-na como negativa e portanto, anseiam pelo seu fim:

Não é muito bom estar do outro lado (M₁).

Foi angustiante (E₂).

É difícil, não é fácil a gente ser um acompanhante. Foi uma experiência que eu não queria (TE₁).

O pior de tudo, para mim, era ver o sofrimento do meu irmão, ele estando consciente (TE₃).

Foi uma surpresa para todo mundo. É complicado. Nem eu consigo descrever. Mas eu sei que sofri muito (TE₂).

Ficou claro que temos medo de perder as pessoas que amamos tanto (E₃).

Minha pressão baixou! Eu quase desmaio! Eu passei mal com essa notícia! (TE₁).

Quando é alguém seu, você não quer nem ouvir falar a palavra morte. É um desespero (E₆).

Foram experiências que eu não quero vivenciar nunca mais na vida. Foram experiências ruins. É uma experiência que ninguém quer passar, ainda mais quando se trata de um parente da gente. A gente quer que a pessoa melhore logo para não vê-la naquela situação. A gente fica apavorado, nervoso, ansioso (TE₅).

Ser acompanhante é, também, sentir-se estranho, invisível, ficar de fora, ser limitado e expectador, o que predispõe sentimento de impotência e, por conseguinte, dependência.

Você fica dependendo dos outros profissionais. Um sentimento de impotência se manifesta (F₁).

Eu me senti impotente diante da situação (TE₃).

Como acompanhante, eu não podia invadir o espaço da técnica de enfermagem e obrigá-la a fazer (TE₆).

Vivenciar o outro lado do cuidado traduz-se na condição de familiar e de todas as aflições por ela justificada, em relação à condição de profissional. Assim, ser acompanhante é estar sujeito à exigências próprias da condição mediante necessidades de adaptar-se à elas. Ocupar essa posição tem significados que são definidos de acordo com a experiência, durante a qual é experimentada uma gama de sentimentos que se afloram diante do vivido.

Para Szareski (2010), o comprometimento com o cuidado ao doente demonstrado pela família possibilita que este tenha uma melhor adesão ao tratamento. Uma vez colaborativo, melhores resultados são esperados na sua recuperação.

Ser atento, acompanhar a terapêutica e procedimentos destinados ao doente, buscar informações acerca do tratamento, proteger e livrá-lo de riscos, empoderá-lo com o fornecimento de instruções, ser mediador entre paciente, profissionais e demais membros da família são algumas atitudes que revelam o significado de ser acompanhante.

Entretanto, a fortaleza e equilíbrio exigidos pelo momento nem sempre são permanentes e/ou inabaláveis. A hospitalização é capaz de afetar não somente o doente, mas todos os que se relacionam afetivamente com ele, culminando em envolvimento direto e participativo diante de todo o processo. O cansaço e tristeza comumente sentidos estão diretamente relacionados ao desgaste físico e emocional vivenciados nesse momento (SANTOS, L. F. et al., 2013).

Não obstante, esses sentimentos sofríveis aliados à demonstrações de desequilíbrio psicoemocional – nervosismo, agressividade - podem refletir na dificuldade de lidar com a situação, até mesmo comprometendo a participação no cuidado ao convalescente. Por outro lado, sendo esta participação comprometida, seja por incapacitação pessoal, seja por determinações institucionais, o familiar experimenta sentimento de frustração e remorso. Sente culpa por não ter conseguido cumprir o papel de cuidador, de profissional da saúde, mesmo na condição de acompanhante (BEUTER et al., 2012). São condições que evidenciam a importância do suporte e atenção da equipe de saúde ampliados, envolvendo paciente, acompanhante e família de forma que todos se sintam cuidados.

A experiência para alguns profissionais acompanhantes pode ser satisfatória. Essa concepção pode ser dar pelo fato de além da companhia, poder ofertar ao familiar um cuidado embasado no conhecimento científico, com a seguridade das habilidades técnicas que detém. Nesse sentido, ser acompanhante é contribuir para um cuidado que maximize a possibilidade de recuperação e cura e minimize os riscos.

Contudo, a vivência da hospitalização apresenta-se marcada por outros significados capazes de torná-la indesejada, conflituosa e dolorosa.

A existência de uma dicotomia entre ser-familiar/acompanhante e ser-profissional, promove embate de sentimentos e de posicionamento frente à conjuntura que se apresenta. Para o trabalhador de saúde, ser profissional e familiar configura-se, metaforicamente, numa “carga” psicológica, demonstrando que viver essas duas condições simultaneamente pode ser difícil (FLORES, 2012).

Algumas particularidades da hospitalização, contudo, são comuns a todos os que experienciam esse processo. Trata-se de um momento da vida indesejado, uma vez que prima-se pela saúde, e não pelo adoecimento, de si ou de quaisquer familiares. O processo é frustrante, doloroso e de convivência com o sofrimento.

De forma sucinta, Beuter et al. (2012, p. 139) afirmam que “o familiar vivencia momentos gratificantes e, também, angustiantes, em um turbilhão de sentimentos que revelam sensações ambíguas.” Ainda conforme os autores, a hospitalização por um lado, é gratificante devido apresentar-se como oportunidade de ajuda e cuidado para o familiar necessitado, debilitado e distante de seu cotidiano. Por outro, é um momento no qual os envolvidos deparam-se com a própria fragilidade.

5.1.11 Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando a prática profissional

Para os participantes dessa pesquisa, o estar no lugar do outro proporciona experimentação e entendimento de angústias e vulnerabilidades sentidas por pacientes, familiares e acompanhantes envolvidos no processo de hospitalização:

Quando a gente se vê na pele, a gente sente o que as pessoas, no teu trabalho, sentem no dia a dia. Você quer cobrar do mesmo jeito que é cobrado! Eu fiz como os acompanhantes costumam fazer (TE₃).

A gente se coloca na posição do outro, dos nossos pacientes como eles sofrem, nossos acompanhantes, até bem mais que os pacientes (E₃).

Você só sabe o que arrasta a dor quando está sendo arrastado (TE₆).

Quando você está do outro lado, é que você sente na pele. A forma como a gente fala e passa para o paciente e para o acompanhante, do outro lado é que notamos o quão é diferente (E₆).

Só quando você passa para o outro lado é que vai saber o que aquele acompanhante está passando. Eu sei o quanto é angustiante ficar do outro lado, do lado de fora, sem ter notícias do seu parente dentro de um lugar que o acompanhante não tem como acompanhar (M₁).

Eu estava ali como mãe! Então, é muito traumático. E aí a gente se coloca na posição do outro, dos nossos pacientes como eles sofrem, nossos acompanhantes, até bem mais que os pacientes (E₃).

Num repensar acerca das atividades laborais, a vivência é capaz de promover ajustamentos no próprio desempenho e conduta profissional:

Ao passar por experiências de acompanhante ou paciente, algumas posturas mudam na gente. Você reflete bastante sobre os teus atos (E₆).

O entendimento das aflições remete à concepção de tratar o próximo como gostaria de ser tratado e, nesse sentido, age de forma mais atenta, sensível, humana e flexível no seu ambiente de trabalho:

Eu penso muito no que eu já vivi anteriormente. E isso me faz trabalhar com muito mais cuidado e atenção (TE₅).

A gente se sensibiliza mais com o próximo por ter passado aquilo (TE₃).

Quando eu vejo um acompanhante do lado do paciente, eu dou um tempo para ele conversar, olhar o seu parente e depois eu me aproximo. Eu percebo que eu não sou tão fria depois de ter passado por isso (M₁).

Quando a gente vivencia, a gente percebe o quanto é preciso humanizar! (E₂).

Eu já tinha amor pelo que eu fazia, aí mesmo que eu procurei me dedicar mais ainda aos pacientes. Eu, realmente, me coloco no lugar deles (TE₂).

Você começa a perceber como trata os acompanhantes dos seus pacientes. Você muda sua visão em alguns aspectos. Você se torna mais humano no lidar diário. Você acaba repensando algumas coisas e te faz até abrir algumas exceções para algumas regras do setor que você trabalha. Você acaba permitindo que participe mais, fique um pouco mais de tempo com o seu familiar. Você acaba se colocando no lugar do acompanhante. Você já se viu na mesma situação e também gostaria de ter sido feito isso! (F₁).

Perante os discursos, colocar-se no lugar do outro se revela como estratégia de cuidado amplamente reconhecida. Vivenciar esse outro lado acarreta em aprendizado, refletido na valorização da vida humana e de atitudes de cuidado, desde as formas mais simples. O indivíduo/profissional é transformado pelo vivido.

Deparar-se com a situação é capaz de promover aceitação da condição humana do indivíduo. Devido a tal, é possível reconhecer que o profissional assistente é um ser dotado de sentimentos e imperfeições, bem como admitir a própria vulnerabilidade, ciente da necessidade de cuidados para si ou para algum de seus familiares, em algum momento da vida.

Considerando que ninguém tem real ideia do que outra pessoa está passando, a não ser que prove da mesma situação, a vivência pode proporcionar adoção de posturas e atitudes empáticas por parte do profissional, com capacidade de se colocar no lugar do outro e de identificar as reais necessidades iminentes. Estar nessa posição é viver o que o outro vive, sentir o que o outro sente.

Os sentimentos e as necessidades sentidas oportunizam, assim, reflexão e repensar de atitudes inerentes à própria atuação no campo de prática. O colocar-se/estar no lugar do outro favorece um redirecionamento de comportamentos e práticas laborais.

O profissional passa a perceber que procedimentos e tecnologias são imprescindíveis para o cuidado, mas não são suficientes para defini-lo e qualificá-lo. Revê a postura tecnicista, hospitalocêntrica, transcende a centralização no problema para empenhar-se na oferta de um cuidado envolvido com as necessidades biopsicossociais das pessoas e de resguardo dos princípios humanos (PINHEIRO et al., 2011).

Além de reavaliações da própria conduta profissional, da supressão de preconceitos e reajustamentos na lida com acompanhantes, profissionais da saúde passam a modificar maneiras de pensar e agir em relação à flexibilização de normas institucionais dos locais em que trabalha. Entende que é difícil todo o processo de hospitalização,

tornando-se ainda mais sofrível quando há distanciamento entre o doente e a família. Em prol dos sujeitos envolvidos e objetivando alívio de angústias por eles sentidos, é capaz de transgredir regras preestabelecidas, especialmente no que concerne o acesso ou permanência de familiares junto ao seu ente querido. Considerar a história de vida do paciente e sua família, um tratamento respeitoso e atento aliado à flexibilização de normas institucionais também indica uma forma de acolhimento viabilizando, portanto, o cuidado humanizado (PINHEIRO et al., 2011).

Assim, a experiência serve como referência para o desempenho de um trabalho que valoriza os sentimentos, anseios e perspectivas daqueles que estão recebendo cuidados. De acordo com Beuter et al., (2012), o cuidar de outra pessoa pode ser uma oportunidade de crescimento e realização pessoal na medida em que promove a mudança de atitudes e valores individuais e a expressão de sentimentos de solidariedade, amor e empatia.

5.2 SITUANDO A TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

Em um exercício analítico e aglutinador dos dados da pesquisa e o referencial teórico utilizado, apresenta-se a descrição da experiência do adoecimento e hospitalização vivenciada por profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante de familiar.

Elaborou-se um quadro representativo da articulação dos temas com os pressupostos da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel (figura 3):

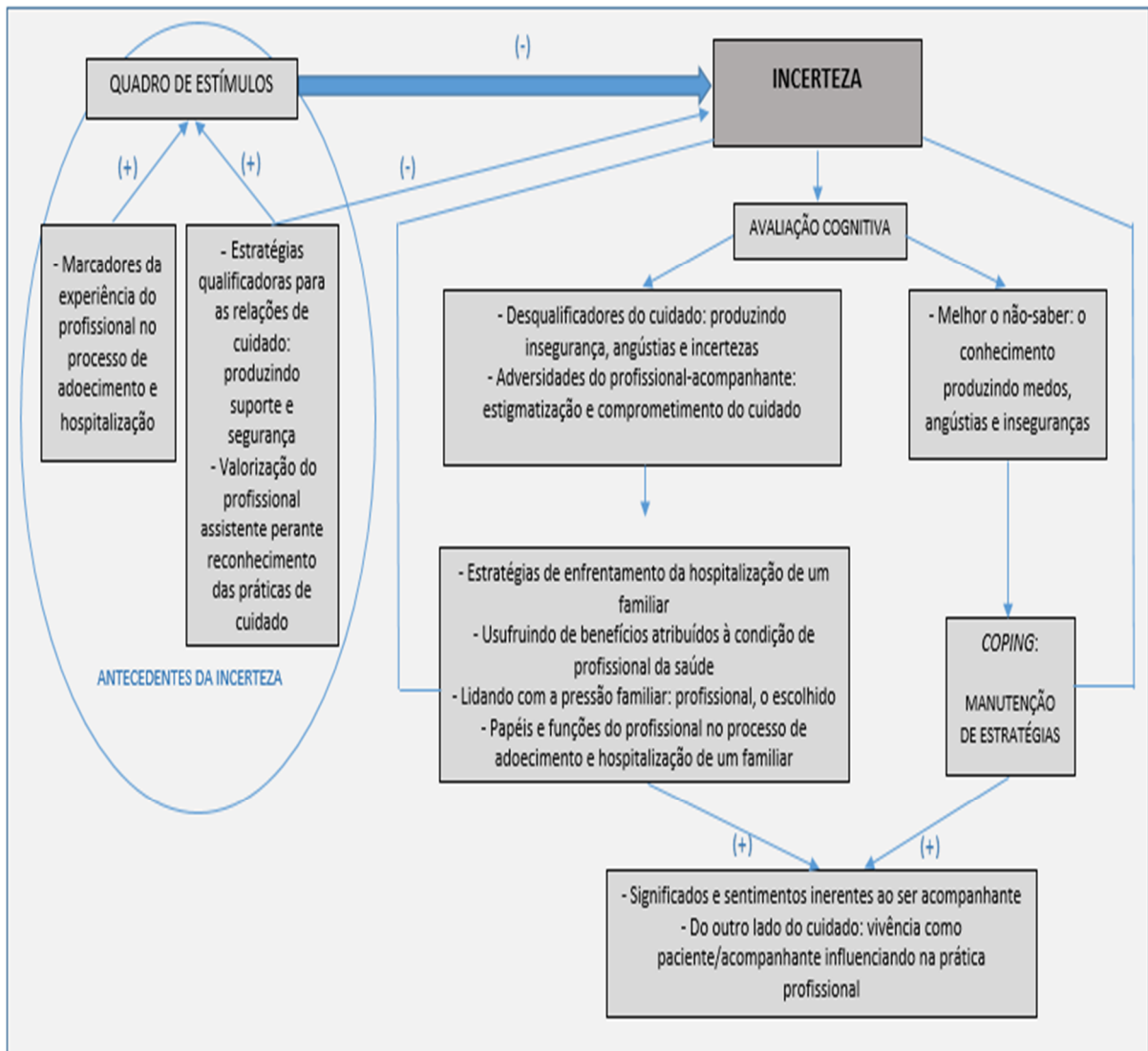


Figura 3. Articulação dos temas com os pressupostos da Teoria da Incerteza de Merle H. Mishel
Fonte: Adaptação de Mishel (1988)

A incerteza vivenciada pelos profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante é dependente de alguns fatores, constituintes do que Mishel (1988) denomina quadro de estímulos, claramente evidenciados no tema “Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização”, construído a partir da análise dos discursos.

Nele são revelados elementos que influenciam a capacidade cognitiva do indivíduo envolvido, destacando-se a suspeita e percepção de sintomatologias específicas, a familiaridade com o evento em questão e a relação entre o que é esperado, o que é experienciado e os eventos relacionados.

Para Mishel (1988), o entendimento do evento que se apresenta é dependente da cognição do indivíduo, determinando a capacidade de processamento da informação e compreensão da situação, isto é, esses estímulos compõem e estruturam um esquema

cognitivo para compreender os eventos, numa tentativa de avaliar e justificar o que se apresenta. Quando há incapacidade de determinar o sentido dos acontecimentos, de atribuir valores definitivos à eles e de prever, com precisão, os resultados, define-se a incerteza.

Ao se deparar com a circunstância, uma mescla de interpretações e comportamentos se manifesta. Nesse momento, o observado é que o profissional da saúde, na condição de acompanhante ou paciente, se vê atônito por se julgar vítima de uma situação inimaginável e inesperada.

Ao identificar sinais e sintomas patológicos, bem como remissões e/ou agravamentos do quadro clínico do convalescente – capacidade inerente ao conhecimento sobre doenças e suas manifestações -, tem aumentado o limiar da incerteza já iminente quanto a diagnósticos, condutas terapêuticas e prognósticos, em conformidade com o que pressupõe a Teoria de Mishel (MISHEL, 1981).

A familiaridade com os eventos e a coerência entre o que se espera e o que se vivencia no adoecimento, por sua vez, podem influenciar o grau da incerteza. O reconhecimento, por parte do indivíduo, da positividade de determinada situação, de acordo com o vivenciado anteriormente e a percepção da congruência entre o esperado e o vivenciado são capazes de amenizá-la; ao passo que a não-familiaridade e a incompatibilidade entre o que se deseja e o que se depara a maximizam (MISHEL, 1988).

Para o profissional da saúde, a familiaridade com a patologia, com o ambiente, com as pessoas envolvidas em todo o processo de adoecimento, bem como a identificação de um cuidado compatível com as exigências da condição que se apresenta, se revelam como redutores da incerteza. De acordo com Mishel (1981) há, assim, concepção de estabilidade e confiança, ao passo que pode ser adquirida uma compreensão segura dos eventos relacionados.

Por outro lado, o contrário acontece quando o indivíduo se depara com o desconhecido e com um dispensar de práticas de cuidados em discrepância com as necessidades reais.

O quadro de estímulos também sofre interferências dos prestadores de estrutura, uma vez que estes ajudam o indivíduo a interpretá-lo. São representados, segundo Mishel (1988), por uma figura de autoridade, no caso, profissionais da saúde assistentes, por suporte social e pela educação. Estudos realizados posteriormente pela teórica incorporaram ao prestadores de estrutura a internet e a mídia popular (TLUCZEK; MCKECHNIE; LYNAM, 2010).

Os temas “Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado, produzindo suporte e segurança” e “Valorização do profissional assistente perante reconhecimento das práticas de cuidado” abordam a capacidade influenciadora desses prestadores de estrutura no limiar de incerteza.

De acordo com a teórica, os trabalhadores da saúde responsáveis pelos cuidados são figuras de autoridade e de credibilidade, cuja experiência profissional é estimada pelo doente e por sua família e com os quais as pessoas podem obter informações substanciais a respeito de estados de doença próprio ou de algum familiar. Podem, assim, intencionalmente ajudar indivíduos e famílias na auto estruturação em relação à hospitalização, auxiliando na interpretação dos eventos da doença – causa, intensidade e duração dos sintomas - educando e fornecendo pistas sobre os aspectos físicos do tratamento, eficácia e expectativas. Preparar os indivíduos para determinados eventos, bem como mantê-los informados sobre rotinas, protocolos, programações, limitações, efeitos terapêuticos e prognósticos pode ser um grande benefício para a redução da incerteza inerente a padrões de sintomas (MISHEL, 1988; CLAYTON et al., 2006).

É importante ressaltar que o suporte social auxilia, sobremaneira, na tomada de decisões e, por conseguinte, na redução ou ampliação do espectro de incertezas. Entretanto, na ausência desse suporte, também cabe aos profissionais assistentes prestar apoio social adotando comportamentos de cuidado humanístico (MISHEL, 1988).

Nesse sentido, a pessoalidade, o acolhimento, adequadas formas de tratamento, o empenho, o compromisso, o fornecimento de informações e a atenção holística se revelam como determinantes e qualificadores do cuidado. O profissional que assim trabalha, por sua vez, tem reconhecida a sua importância e o seu valor de cuidador.

Embora a incerteza frequentemente seja dirigida a um evento negativo, ela reflete um ato cognitivo neutro até que, somados aos estímulos que a antecedem, surjam implicações que a determinem. Nessa perspectiva, Mishel (1988) considera vários fatores inerentes à incerteza que permeia as múltiplas facetas do processo de adoecimento e hospitalização.

Diante do momento vivenciado, alguns elementos podem direcionar a interpretação da incerteza como ameaça. Em compatibilidade com o abordado pela teoria, dois temas evidenciaram essa concepção: “Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas”, “Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado”.

Conforme os pressupostos de Mishel (1988), os discursos que permitiram a construção dos temas referidos pontuam a existência de sintomas indefinidos e/ou imprevisíveis, a indefinição diagnóstica, as barreiras na comunicação, manifestadas na vagueza, na ambiguidade, na inconsistência, na falta de informações e de *feedback* esclarecedor por parte dos profissionais assistentes, como potencializadores da incerteza. De acordo com a teórica, a espera e o não saber se apresentam como um dos momentos mais difíceis da doença.

Infelizmente, apesar da importância do prestador de cuidados de saúde no sentido de ajudar o indivíduo a aprender sobre seus sintomas, muitos relatam insatisfação com o processo de comunicação, especialmente sobre como e que tipo de informação é compartilhada com eles, além do que podem surgir dificuldades de comunicação quando os pacientes e os prestadores priorizam preocupações diferentes (CLAYTON; MISHELBELYEA, 2006).

A submissão a um ambiente meramente técnico com rotinas desconhecidas, a suspeita da qualidade da capacitação dos trabalhadores da saúde, bem como o receio de iatrogenias, descaso e estigmatização também são fatores capazes de exacerbar a incerteza (MISHEL, 1988).

Por outro lado, em circunstâncias em que o conhecimento torna a situação ainda mais negativa, manter o estado de incerteza é preferível e é visto como um evento positivo (MISHEL, 1988). Tal parâmetro é bem exemplificado no tema “Melhor o não-saber: o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças”, no qual profissionais da saúde, na condição de paciente ou acompanhante, afirmam que a ignorância quanto a patologias, procedimentos e riscos resulta em menos preocupações, angústias e incertezas, atuando como mecanismo protetor. Em outras palavras, não saber é melhor do que saber.

Em suma, ao se deparar com a situação, o indivíduo a avalia e determina um valor atribuído à incerteza vivida como resultado do processo de adoecimento e hospitalização, ou seja, se é vista como um evento negativo ou positivo, como uma ameaça ou uma oportunidade (MISHEL, 1988).

Segundo a teoria em questão, em ambas as vertentes, é necessária a adoção de mecanismos de *coping*, ou de enfrentamento, com o objetivo de controlá-la.

Quando a incerteza é interpretada como positiva, o *coping* atua como mantenedor de estratégias capazes de sustentá-la. Entretanto, quando percebida como ameaça, o *coping* atua mobilizando estratégias que a amortizem (MISHEL, 1981).

Para Mishel (1981), os mobilizadores estratégicos de enfrentamento são constituídos pela vigilância, por ações diretas e pela prevenção. Os temas “Estratégias de enfrentamento da hospitalização de uma familiar” – subtema “Ferramentas produtoras de suporte e segurança”, “Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde” e “Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar” tratam sobre as referidas estratégias.

De acordo com a teórica, a vigilância é intrapsiquicamente incentivada por alto grau de incerteza e estar atento quanto às ameaças possíveis é um dos meios efetivos para seu controle (MISHEL, 1981).

Para o profissional-paciente ou profissional-acompanhante, observar atentamente os trabalhadores da saúde se justifica pela desconfiança quanto às práticas de

cuidados. Isto considerado, adota uma postura de intervenções diretas quando necessário utilizando-se, para isso, de conhecimentos que lhe são inerentes.

A formação profissional também atua como elemento de importante valor, intrinsecamente relacionada à obtenção de facilidades e vantagens para tal atuação. É considerando as oportunidades na busca por informação e as possibilidades de atitudes participativas em condutas e procedimentos que a família elege o profissional da saúde como acompanhante, nele confia e dele cobra decisões. Ter alguém de confiança conduzindo todo o processo contribui para o enfrentamento da situação.

Em contrapartida, a constatação de práticas cuidativas oportunas, corretas, livres de riscos, os recursos sociais que envolvem o apoio da família, o suporte psicológico e a religiosidade, por exemplo, também mobilizam a incerteza, amenizando-a. Mishel (1981) ressalva que embora o apoio e informação se constituam em estímulos para facilitar o entendimento de um indivíduo de sua experiência da doença, são vitais para a lida com a incerteza e o enfrentamento do momento experimentado.

A incerteza é um componente importante na experiência da doença e afeta drasticamente a adaptação, entretanto, quando as estratégias de enfrentamento em qualquer avaliação são bem sucedidos, a adaptação ocorre. É imprescindível notar, porém, que sua avaliação como um perigo ou oportunidade não é estático, mas reflete um processo evolutivo que pode se alterar com o tempo e durante o curso de uma doença, conseqüentemente exigindo mudanças dos mecanismos adaptativos (MISHEL, 1988).

Segundo Mishel (1988), a convivência com a incerteza é prenúncio de um novo senso de ordem que se constrói. Os indivíduos reavaliam o que é importante em suas vidas e seus valores. Apreciam a fragilidade da vida e tornam-se mais conscientes da sua fugacidade.

Essa visão também foi alcançada pelos participantes desse estudo. De acordo com o tema “Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando na prática profissional”, a experiência de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes de familiares, permitiu um redirecionamento do olhar de suas próprias práticas laborais que, ao perceberem a fragilidade da própria vida e de seus entes queridos, parece valorizar, com maior veemência, a vida de terceiros. Nesse sentido, a adaptação é estendida na forma de ver, sentir e agir em prol de outrem.

Diante das especificidades da circunstância experimentada e do indivíduo que a vivenciou, o processo de adoecimento e hospitalização pode ser avaliado de diversas formas e ter diferentes significados. Nesse âmbito, está inserido o tema “Significados e sentimentos inerentes ao ser acompanhante”.

Para alguns, quando a incerteza é percebida como um evento aversivo e associada a resultados psicossociais negativos, a experiência é marcada pela angústia

emocional ou psicológica, ansiedade e depressão (MISHEL, 1988). Para outros, cujo desempenho cognitivo e de enfrentamento foram satisfatórios, a vivência significa aprendizado, além de oportunidade para reflexões e rearranjos de pensamentos, julgamentos e comportamentos.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa foi realizada com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes do processo de adoecimento. Os discursos dos participantes da pesquisa possibilitaram desvelar concepções inerentes às suas experiências individuais, bem como possíveis repercussões nas próprias atuações profissionais apoiados na Teoria da Incerteza na Doença.

A entrevista, utilizada como técnica para coleta de dados, propiciou contato direto entre pesquisador e pesquisados, a qual viabilizou discursos sensíveis de compartilhamento de sentimentos numa relação dialógica, respeitosa e aberta, ao permitir liberdade de expressão, pensamentos e ideias.

Os dados obtidos revelaram que o conhecimento dos participantes da pesquisa, inerentes à classe profissional, é capaz de provocar uma dicotomia comportamental, embasada na ambiguidade de sentimentos manifestados no momento em que se encontram na condição de paciente ou acompanhante de algum familiar. Da mesma forma em que são capazes de tomar decisões e reivindicar por cuidados, também consideram negativo reconhecer as particularidades da conjuntura que se apresenta, com identificação dos possíveis riscos e evoluções clínicas do estado de saúde do convalescente.

Sendo observadores e críticos, são capazes de pontuar fatos comprometedores de um cuidado eficiente e efetivo, dentre os quais: impessoalidade no tratamento, comunicação falha e insatisfatória procedente dos profissionais assistentes, impropriedade de abordagens, deficiência de informações quanto diagnóstico, estado geral, condutas e procedimentos, negligências, imprudências e imperícias durante o atendimento.

Evidenciou-se, por conseguinte, que a existência dessas percepções negativas subjuga o conhecimento dos profissionais, promovendo dúvidas face ao próprio comportamento e atitudes de cuidado, assim, exacerbando sensação de impotência, inseguranças e incertezas.

Nesse aspecto, profissionais da saúde revelam que o não-saber/conhecer, contribuiria para uma vivência menos ansiosa, mais expectadora, mais confiante no trabalho de terceiros e, por conseguinte, menos temente e duvidosa. Elegem a condição de leigo como positiva para a convivência com a situação e alguns de seus entraves emocionais, de modo que a ignorância frente a algumas particularidades anulariam a intrínseca dicotomia prevalente e, até mesmo, minimizariam a existência de conflitos entre si e profissionais assistentes.

Sendo consenso que nenhum dos seres humanos está a salvo de problemas no decorrer da vida, é imprescindível que o indivíduo adote mecanismos de superação das possíveis adversidades. Diante da situação, os relatos dos profissionais discorrem sobre estratégias fortalecedoras e promotoras de segurança e suporte mediante a percepção de atitudes qualificadoras do cuidado. Estas englobam a valorização e entendimento dos sentimentos experimentados pelo paciente e/ou acompanhante numa relação de empatia entre todos os envolvidos nesse processo.

Perante o adoecimento e hospitalização de si ou de um familiar - responsáveis por rápidas e inesperadas mudanças sociais e estruturais -, sentimentos indesejados, embora corriqueiramente existentes, necessitam ser considerados, compreendidos e de formas adequadas, abrandados.

O acolhimento, o atendimento à saúde de acordo com a necessidade e em tempo hábil, a disponibilização de recursos tecnológicos e de serviços da equipe de saúde com responsabilidade, aliada à práticas livres de riscos, a pessoalidade das relações, a comunicação clara e coesa associada ao relacionamento respeitoso e solidário da equipe de saúde, o fornecimento de informações reais e esclarecedoras são enumeradas, pelos participantes do estudo, como qualificadores do cuidado, a partir do momento em que propiciam segurança e amenizam temores, incertezas e inseguranças.

Como estratégias de enfrentamento das vicissitudes perante as quais se deparam, elencam o suporte encontrado nas redes de apoio na figura dos demais membros da família, na figura das redes sociais de convívio e na religiosidade por, respectivamente, corresponsabilizarem-se pelo cuidado ao doente, por fornecer auxílio físico e/ou psicoemocional e por promover resiliência e fortaleza sustentados pela fé.

Caracterizada pela capacidade dinâmica, variável, não-estática, a incerteza pode ser um evento significativo para avaliação dos serviços de saúde, assim como do desempenho profissional. Níveis aumentados de incerteza podem denunciar deficiências e insatisfações quanto às práticas de saúde. Os resultados da pesquisa revelaram que as relações verticais em detrimento de relações horizontais, com comprometimento do elo comunicativo paciente/acompanhante-profissional, ocorrência de erros e iatrogenias caracterizam, para os receptores da atenção à saúde, atitudes de descuido. Em contrapartida, dispensar atenção, preocupação, responsabilização, envolvimento, proximidade, fornecimento de informações concisas, práticas subjetivas, transmissão de segurança, confiança e suporte emocional são caracterizados como cuidado efetivo. Em suma, o descuido exacerba a incerteza, enquanto que o cuidado a define.

Os indivíduos pesquisados revelaram, ainda, que o próprio *status* profissional lhes confere algumas particularidades. Em alguns momentos, consideraram a possibilidade do reconhecimento de atuante na área da saúde não ser bem aceito por parte dos

profissionais assistentes. Temem estigmatizações e prejuízos ao cuidado, de forma que são capazes de suprimir sua identificação. Entretanto, admitem que ser trabalhador da saúde pode lhes conferir alguns favorecimentos: acesso ao familiar em setores restritos, à prontuários, informações, procedimentos, bem como exigências cientificamente embasadas, participação em conversas francas com outros profissionais e condescendências.

Salientam que essas especificidades motivam e justificam a pressão e a escolha, por parte da família, deste profissional como primeira opção para o acompanhamento do ente convalescido.

Ao refletir sobre ocupar a condição de paciente ou acompanhante de algum familiar, o profissional concebe que a experiência influenciou sua prática laboral. Uma vez que estar no lugar do outro significa viver o que outro vive, experimentar sentimentos e necessidades próprias do momento oportunizaram ajustes e reposicionamentos de atitudes e pensamentos no campo de trabalho. Reveem a postura tecnicista e valorizam a postura multifacetada do relacionamento interpessoal.

Adequadas atitudes e comportamentos dos profissionais, assim como de toda a instituição de saúde, devem voltar-se para maior conforto físico e, substancialmente, psicoemocional do acompanhante/paciente, de forma que o momento ímpar de hospitalização vivenciado seja o menos traumático possível. Mediante suporte, esclarecimentos e segurança, há consequente minimização de incertezas, influência positiva no tratamento/recuperação da saúde do indivíduo e alcance do que é, por todos, o esperado: saúde e/ou mecanismos de adaptação conscientes à nova condição.

A presente pesquisa favoreceu a expressão das experiências de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes de familiares hospitalizados, entretanto, a necessidade de ampliação de caminhos para novas discussões relacionados a essa temática exige a realização de novos estudos com o intuito de reforçar que o estar do outro lado do cuidado pode se traduzir em adequações de um cuidado atento às singularidades e necessidades individuais de forma direcionada, holística e, por conseguinte, humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. S. A.; SIMÕES, C. J. Vivências em serviço de urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 195-206, 2011.

ANGELO, M.; MOREIRA, P. L.; RODRIGUES, L. M. A. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-308, abr./jun. 2010.

BARBOSA, A. P. **Quem é o cuidador social e qual é o seu papel?** 2009. 110 f. Projeto final (Especialização) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BARRA, D. C. C. et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 2, p. 203-208, mar./abr. 2010.

BEUTER, M. et al. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 134-140, jan./mar. 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRAGA, L. C. **Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva pediátrica: uma abordagem qualitativa**. 2013. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

BRANCO, R. F. G. R. **A relação com o paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CANDIOTTO, C. Ética e política em Michel Foucault. **Transformação**, Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 80-85, 2015.

CLAYTON, M.; MISHEL, M. H.; BELYEA, M. Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 29, n. 1, p. 18-39, 2006.

COLLIÈRE, M. **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2001.

COLLIÈRE, M. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

INCERTEZA. In: DICIONÁRIO Aurélio. Disponível em:

<<http://www.dicionariodoaurelio.com/incerteza>>. Acesso em: 19 jul. 2015.

DUARTE, E. D. et al. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da Integralidade. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 870-878, out./dez. 2012.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. (Org.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2011.

FABIENNE-FORTIN, M. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Portugal: Lusodidacta, 2009.

FLORES, R. G. **Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

GONSAGA, R. A. T. et al. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 39, n. 4, p. 263-267, 2012.

GOODMAN, L. Snowballsampling. **Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, p. 148-170, 1961.

HESBEEN, W. **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

HONORÉ, B. **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinho, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, jul./set. 2014.

LIMA, C. T. et al. Co morbididades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 316-319, 2010.

LIMA, S. F. et al. Acompanhantes de paciente hospitalizados e suas demandas no cuidado. **Revista da Escola de Saúde Pública**, Goiania, v. 1, n. 1, p. 52-62, 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, F. R. B. et al. Estratégias de *coping* utilizadas por familiares de indivíduos em tratamento hemodialítico. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 915-924, out./dez. 2014.

MARQUES, M. J. F.; TEIXEIRA, H. J. C.; SOUZA, D. C. D. B. N. Cuidadoras informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 147-159, mar./jun. 2012.

MARTINS, P. A. F.; SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 143-150, mar. 2010.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr./jun. 2011.

MENEZES, T. R. F. **Erro médico e iatrogenia**: causa de exclusão da responsabilidade médica? 2010. 32 f. Trabalho CE Conclusão de Curso (Especialização) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MISHEL, M. H. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 22, n. 4, p. 256-262, 1990.

MISHEL, M. H. The measurement of uncertainty in illness. **Nursing Research**, New York, v. 30, n. 5, p. 258-263, 1981.

MISHEL, M. H. Uncertainty in Illness. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 20, n. 4, p. 225-232, 1988.

MONTEFUSCO, S. A. R.; BACHION, M. M. Manutenção do lar prejudicada: diagnóstico de enfermagem em familiares de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 182-189, abr./jun. 2012.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 254-260, mar./abr. 2011.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014.

OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 429-436, 2010.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 591-599, jul./set. 2012.

PINHEIRO, A. L. U. et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 204-213, maio/ago. 2011.

PINTO, S. A. G.; SILVA, E. M. V. B. Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspectiva dos acompanhantes das crianças. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 9, p. 95-113, 2013.

RODRIGUES, A. V. D. et al. Responsividade do serviço de enfermagem na visão do cliente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1446-1452, 2012.

SANCHES, I. C. P. et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, 2013.

SANTANA, J. C. B. et al. O cuidado humanizado sob a percepção dos enfermeiros. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 47-57, jan./abr. 2012.

SANTOS, G.; SOUSA, L. A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-765, 2012.

SANTOS, L. F. et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 473-478, jul./ago. 2013.

SANTOS, W. J. et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2319-2328, 2013.

SCHMIDT, E. et al. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 146-149, mar./abr. 2011.

SILVEIRA, P. S. et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 16, n. 2, p. 131-138, maio/ago. 2011.

SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 551-559, jul./set. 2010.

SPIR, E.G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1084-1054, 2011.

STEWART, J. L. et al. Test of a Conceptual Model of Uncertainty in Children and Adolescents with Cancer. **Research in Nursing & Health**, Malden, v. 33, n. 3, p. 179-191, june2010b.

STEWART, J. L.; LYNN, M. R.; MISHEL, M. H. Psychometric evaluation of a new instrument to measure uncertainty in children with cancer. **Research in Nursing & Health**, Malden, v. 59, n. 2, p. 119-126, 2010a.

SZARESKI, C. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na perspectiva da equipe de enfermagem**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2010.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 715-722, dez. 2010.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem em Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 190-198, jan./mar. 2011.

TLUCZEK, A.; MCKECHNIE, A. C.; LYNAM, P. A. When the cystic fibrosis label does not fit: a modified uncertainty theory. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 20, n. 2, p. 209-223, Feb. 2010.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5. ed. Loures: Lusociência, 2004.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M. Estresse, *coping* e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 891-898, 2014.

VARGAS, M. A. O. et al. Ressignificando o cuidado em uma unidade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível? **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 637-645, jul./set. 2013.

VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M.; GIRONDI, J. B. R. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 1, p. 78-89, jan./mar. 2011.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

XAVIER, D. M.; GOMES, G. C.; SALVADOR, M. S. Cuidado familiar durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014.

ZANI, A. V. et al. As interfaces da convivência da família em uma unidade de pronto socorro. **Ciência e Cuidado de Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 803-811, 2011.

APÉNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Título da Pesquisa: De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado.

Responsáveis pela Pesquisa: Prof^a. Dr^a: Francisca Georgina Macedo de Sousa; Mestranda Nayra Michelle Anjos Amorim.

Experiências vivenciadas no cotidiano das minhas práticas enquanto enfermeira assistencial me instigaram a realizar esta pesquisa, a ser desenvolvida durante o curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender como os profissionais de saúde vivenciam as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares em relação ao cuidado para recuperação da saúde. A pesquisa será realizada por meio de sua participação, de livre e espontânea vontade, em uma entrevista aberta e individual, gravada em meio digital e transcrita de acordo e fielmente a seu discurso, durante a qual terá liberdade para manifestar-se quanto ao tema proposto. Informamos que são mínimos os riscos e prejuízos aos participantes dispostos a colaborar com a pesquisa, considerando serem possíveis desconfortos emocionais consequentes aos relatos experienciados. Garantimos a confidencialidade de todas as suas informações, assim como o anonimato de todos os seus dados pessoais e o esclarecimento de dúvidas que, porventura, possam existir. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem ônus ou penalidade. Sempre que achar necessário, você tem o direito de consultar os dados fornecidos por você e obter informações sobre a pesquisa em sua totalidade. Esses direitos são garantidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Maranhão-UFMA, localizado à Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, telefone (98) 3272-8708, podendo ser contactado a qualquer momento, em caso de dúvidas éticas. Para quaisquer informações adicionais, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras: Prof^a. Dr^a: Francisca Georgina Macedo de Sousa, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Pavilhão Pedagógico Paulo Freire, sala 108- Sul, Campus Universitário, Bacanga, São Luís- MA ou pelo telefone (98)8215-9674 e a Mestranda Nayra Michelle Anjos Amorim, Alameda V, Bloco G, Condomínio Torre do Sol, Apartamento 104, Bequimão, São Luís-MA, ou pelo telefone (98) 8153-2983. Sua contribuição fornecerá subsídio para a reflexão dos profissionais envolvidos no cuidado, de forma que o colocar-se no lugar do outro se traduza em recurso para a melhor forma de cuidar, com a consolidação de um serviço humano e competente nas práticas de saúde. Este termo será assinado em duas vias idênticas, ficando uma delas com você e a outra, com o pesquisador.

São Luís, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisadora

TERMO DE PÓS CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em contribuir com a pesquisa “De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado”, como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios

decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do participante ou responsável: _____

ANEXO

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: De profissional da saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado

Pesquisador: FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34092614.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 866.679

Data da Relatoria: 27/10/2104

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizará a técnica metodológica "snowball" para captação dos participantes. Os participantes iniciais desta pesquisa, por sua vez, serão selecionados entre profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos/auxiliares de enfermagem), que fazem parte da rede social da pesquisadora e que vivenciaram um processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar. Posteriormente, será solicitado que indiquem pessoas, igualmente profissionais de saúde, que vivenciaram situação semelhante. Estes também serão abordados pela pesquisadora e convidados a participarem da pesquisa. A pesquisa não se desenvolverá em local específico, mas em diferentes locais definidos em comum acordo entre pesquisador e pesquisados. A coleta de dados se dará entre Julho e Outubro de 2014 por meio de entrevista não estruturada e a análise apoiada nos preceitos da Análise Temática e no referencial teórico da Incerteza de Mishel. Para a captação dos participantes da pesquisa será utilizada a técnica metodológica "snowball" ou "Bola de Neve" na qual participantes iniciais indicarão novos participantes, geralmente conhecidos e coexistentes numa determinada rede social. Baldin e Munhoz (2011) caracterizam a técnica como uma abordagem em cadeia, não probabilística e vantajosa ao pesquisador uma vez que, em situações sociais específicas, é mais fácil um membro da comunidade conhecer outro membro em situação semelhante do que o pesquisador identificar

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 866.679

os mesmos. Os participantes iniciais desta pesquisa, por sua vez, serão selecionados entre profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos/auxiliares de enfermagem), que fazem parte da rede social da pesquisadora e que vivenciaram um processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar. Posteriormente, será solicitado que indiquem pessoas, igualmente profissionais de saúde, que vivenciaram situação semelhante. Estes também serão abordados pela pesquisadora e convidados a participarem da pesquisa. A primeira participante da pesquisa será uma enfermeira integrante do círculo de amigos da pesquisadora que se dispôs, voluntariamente, a contribuir com a pesquisa. Pela técnica "snowball", a pesquisa não se desenvolve, necessariamente, em um local específico, instituição ou serviço, mas em diferentes locais a partir da disponibilidade dos sujeitos e acordos firmados com a pesquisadora. Os participantes iniciais, por sua vez, serão abordados no seu local e horário de trabalho, mais especificamente no Hospital Municipal Djalma Marques, localizado à rua do Passeio, s/n, bairro Centro, São Luís-MA, por englobar um círculo vasto de amigos da pesquisadora, devido se tratar de seu local de trabalho. Poderão, ainda, serem abordados em horário e lugar determinados em comum acordo com a pesquisadora, de forma que o entrevistado acredite ser mais confortável e privativo para a confidencialidade de sua experiência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como os profissionais de saúde vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes do processo de adoecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Probabilidade de risco mínimo ao participante da pesquisa inerente a possíveis desconfortos emocionais.

Benefícios:

Mediante a compreensão de como os profissionais de saúde vivenciaram as experiências de paciente ou de acompanhante de familiares nas relações de cuidado decorrentes do processo de adoecimento, pretende-se que o estudo forneça subsídios para a reflexão dos profissionais envolvidos e propicie qualificação na sua conduta de trabalho. Espera-se, ainda, maior envolvimento e comprometimento na dispensação do cuidado, assim como a busca de atendimento às necessidades do próximo com dedicação, valorização da assistência e consolidação de um serviço humano e competente nas práticas de saúde, de forma que o colocar-se no lugar do outro se traduza num artifice para a melhor forma de cuidar.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 866.679

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta relevância social, considerando-se a importância do cuidado como forma de garantir a sobrevivência, a busca pela cura, o alívio de sofrimento e a promoção da saúde. Desse processo floresceram as profissões cuidativas por onde são firmadas relações entre quem cuida e quem é cuidado, devendo se dar numa dimensão subjetiva e humanizada, ultrapassando a unicidade técnica e procedimental. Entretanto, a prática de um cuidado superficial, massificado e despersonalizado é comum, favorecendo más condutas de trabalho que, aliadas a carências e desqualificação profissional, erros, iatrogenias, negligências, imperícias e imprudências, comprometem sobremaneira sua qualidade. O paciente exposto a riscos tem exacerbados sentimentos de insegurança e incerteza, podendo estar mais potencializados quando quem está na posição de paciente ou acompanhante de familiar é o profissional de saúde, uma vez que, por experiência, tem conhecimento das principais falhas no processo de cuidado. O cuidado, portanto, deve se dar com aplicação de técnicas e conhecimentos específicos marcados pela fraternidade e pela solidariedade

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto de pesquisa apresenta todos os termos de apresentação obrigatória para um trabalho científico (Resumo, Introdução/Justificativa, Metodologia (tipo de pesquisa, sujeitos, local, instrumentos de coleta de dados), Objetivo Geral, Análise dos dados, cronograma de execução e previsão orçamentária).

Recomendações:

As recomendações foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora. E atendem a resolução 466/12 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



Continuação do Parecer: 866.679

SAO LUIS, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br