



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

LARISSA EMMANUELE DE SANTANA FÉLIX

Ms. RAMON EVANGELISTA DOS ANJOS PAIVA

NATAL/RN

2015

LARISSA EMMANUELE DE SANTANA FÉLIX

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ACOMPANHANTE DURANTE A INTERNAÇÃO
HOSPITALAR

Artigo científico apresentado como requisito final
para a conclusão da disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso II.

Orientador: Ms. Ramon Evangelista dos Anjos Paiva

Co-orientador: Kleyton Santos de Medeiros

NATAL/RN

2015

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo avaliar as práticas educativas em saúde ao acompanhante do paciente internado. Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória com abordagem quantitativa realizada em dois hospitais de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia com amostra de 200 acompanhantes no período setembro-outubro de 2015. Coleta realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Norte Riograndense contra o câncer sob o nº 46522415.5.0000.5293. Utilizou-se um questionário possuindo 20 perguntas objetivas acompanhados do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). A análise e interpretação dos dados ocorreu pelo Método de análise de conteúdo de Bardin e Método Estatístico no Microsoft Office Excel ®. Constatou-se que 80% dos acompanhantes estavam no hospital numa média de 2 a 10 dias, 164 se sentiram acolhidos ao chegar na instituição, 150 relataram que sempre são orientados sobre a necessidade dos procedimentos e exames a serem realizados, 80 foram esclarecidos sobre a sua função enquanto 82 não. 92% dos cuidadores procuraram a equipe quando tinham dúvidas, 82% se mostrou disponível na retirada de dúvidas, entretanto uma parcela de 18% percebe um atendimento diferenciado quando busca a equipe e 83% foram orientados sobre os cuidados após a alta hospitalar. Conclui-se que a interação entre o cuidador, o profissional e o acompanhante, ajuda o paciente na superação de barreiras físicas, sociais, psicológicas e educacionais. Além de promover ao cuidador capacitação para gerar a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Acompanhante; Enfermagem; Práticas Educativas; Internação Hospitalar

ABSTRACT

This study aims to evaluate the educational practices related to the health of the internee patient's companion. It is an exploratory descriptive research with quantitative approach carried out in two hospitals of a Center of Superior Oncology Complex with samples of 200 companions through the september-october period of 2015. The gathering was held after approval by the Ethics Searches Committee of the North Riograndense League Against Cancer under the no. 46522415.5.0000.5293. Utilized was a questionnaire with had 20 objective questions accompanied by the CECT (Clear and Enlightened Consent Term). Analysis and interpretation of data occurred through Bardin content analysis method and Statistical Method of Microsoft Office Excel ®. It was found that 80% of companions were in the hospital between 2 to 10 days, 164 felt welcomed upon arrival at the institution, 150 reported that they are always informed about the need for procedures and tests to be performed, 80 were informed about them function while 82 did not. 92% of caregivers searched the hospital staff when had doubts, 82% proved to be available for clearing doubts, however a portion of 18% realize a differentiated service when seeking the staff and 83% were instructed about the care needed after the hospital discharge. It was realized that the interaction between the caregiver, the professional and the companion, helps the patient to overcome physical, social, psychological and educational barriers. In addition to promote to the caregiver the capacity of keep giving care after hospital discharge.

KEYWORDS: Companion; Nursing; Educational practices; Hospital internment

INTRODUÇÃO

A morbidade é difícil de ser aceita e convvida, principalmente quando aliada à hospitalização. Ao ser acometido pela doença e necessitar de internação hospitalar mudanças desagradáveis acontecem, como a quebra brusca da rotina, aliada ao temor constante da incerteza de cura e a possibilidade de deficiência física ou morte, constituindo um trauma psíquico forte, ainda mais numa sociedade que privilegia produtividade e independência a doença aparece como aspecto de inutilidade na mente do paciente. Essa situação pode ser amenizada com a inserção do acompanhante, pois sua presença o ajuda na superação de possíveis barreiras que impedem o prosseguir do seu plano individual de vida. (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Os diversos benefícios proporcionados aos pacientes através dessa inserção não são constatados de maneira verbal, mas através das atitudes demonstradas por eles, como o comportamento mais incisivo, intenso, frequente e mais claro na presença do cuidador e durante os cuidados. O enfrentamento das limitações advindas da enfermidade é fortificado e os temores e insegurança minimizados, ajudando o paciente na superação de barreiras físicas, sociais e educacionais e influenciando diretamente em um bom prognóstico. (VIDAL et al., 2013)

O acompanhante se mostra necessário em todos os períodos de internação. Isso se deve à sua proximidade com o paciente possuir um nível mais elevado de intimidade, ajudando os profissionais a alcançá-lo de modo integral na realização de seus cuidados. Deste modo, cuidador torna-se uma companhia para o doente e um parceiro para a equipe. Ao ser incentivado a estar participando efetivamente de todas as práticas que envolvem o paciente, ensina-o para que através das experiências, ganhe habilidade e segurança, e assim dê continuidade a elas após a alta hospitalar (PENA; DIOGO, 2005).

A educação em saúde possui fundamental importância a todos que participam do processo de cuidar. Tal ação previne doenças, evita tratamento médico caro, diminui o tempo de hospitalização e ajuda a reduzir custos da atenção à saúde. Além de que, consegue construir uma convivência facilitada com a doença, porque se aprende a planejar e reorganizar com mais segurança e melhor manejo os cuidados diante da enfermidade (FREITAS; SANTANA, 2002; BOCCHI; BOUSSO, 2008; LEITE et al., 2014).

A proposta educacional desenvolve nos indivíduos envolvidos a capacidade de analisar de forma consciente a sua realidade, decidir ações em conjunto para resolver

problemas, superar dificuldades e modificar situações vigentes. Assim, o diálogo, a troca de conhecimentos, os questionamentos e a participação de todos representam uma importante abertura para transformações positivas (CECCON et al., 2011).

Os profissionais não podem realizar suas práticas como sucessivas ações rotineiras e intervenções mecanizadas preocupando-se em manter apenas a ordem durante o horário de trabalho. Cada acompanhante vive um contexto social diferente, assim, possui diferentes conceitos sobre saúde, doença, cura, cuidado, e nenhum deles podem ser desprezado, mas sim, respeitado e convergido à concepção correta. Dúvidas e barreiras comprometem e até fragmentam o plano de cuidados, dispersando a quem deveria agrupar (RABELO; SOUZA, 2009).

A assistência profissional está centralizada, na maior parte das vezes, no doente, se esquecendo de uma parte vital que é o acompanhante. A responsabilidade da equipe está em fornecer programas psicoeducativos a estes cuidadores e estimular neles o desejo pelo conhecimento, fazendo-os compreender a doença em todo o seu curso e entender que ele é parte do conjunto de profissionais cuidadores, apesar de aprendiz, e, que, as ações de cuidado aprendidas durante a internação hospitalar precisam ser realizadas também em ambiente extra-hospitalar. Diante desse contexto surge o seguinte questionamento: Quais são as principais orientações prestadas pela equipe de profissionais aos acompanhantes dos doentes para se garantir a qualidade na assistência?

A eficiência no processo educativo depende, dentre outras coisas, da capacidade do educador em entender a visão do educando e, a partir daí, ampliar o seu conhecimento, através da informação. Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar as práticas educativas em saúde ao acompanhante do paciente internado. E por objetivos específicos: Investigar a importância do exercício educacional para os indivíduos envolvidos no processo de internação; Identificar as barreiras que dificultam a inserção e compreensão das práticas educativas e relatar os benefícios alcançados pelos acompanhantes através da educação em saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A saúde é um direito de todos e dever do Estado prover as condições necessárias para o seu exercício, como diz a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esse direito básico tem como um de seus determinantes e condicionantes a educação, enunciado no artigo 3º da lei. Neste contexto o processo educacional surge para criar possibilidades de produção de saúde, pois o ato de educar não está em depositar informações. O educador estimula no educando a sua capacidade de reflexão através de uma educação problematizadora, promovendo um pensamento crítico, substituindo a transferência de conhecimento para a construção dele. (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; CECON, 2011).

A educação transforma o “antes” em um “depois” idealizado através de instrumentos que ativem e fortaleçam a realização dessa transformação. O dinamismo e a flexibilidade, por exemplo, possibilitam ao indivíduo o desenvolvimento das suas potencialidades propiciando autonomia na tomada de decisões sobre seus objetivos e ações. É através da conscientização do sujeito sobre o poder que ele mesmo possui que gera nele um caráter transformador (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012)

Na saúde as práticas educativas surgem como oportunidade para desenvolver nas pessoas a consciência sobre a relevância da co-responsabilização de todos os envolvidos na promoção e proteção da saúde, tanto o profissional, quanto os indivíduos e a comunidade. O campo da educação em saúde tem se distanciado das ações impositivas, características do discurso higienista, ampliando a sua compreensão sobre o processo saúde-doença, através da inter-relação entre fatores sociais, econômicos e culturais (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

O modelo de saúde vigente no país, o Sistema Único de Saúde – SUS possui como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. As instruções em saúde são uma das estratégias para se alcançar estes princípios. Ações essas planejadas pelos profissionais a partir do conhecimento da realidade do seu público, até porque, a evolução da educação e da saúde está diretamente relacionada com a evolução da sociedade. Os desafios contemporâneos de promoção de saúde devem ser confrontados com estratégias de investigação, intervenção e informação (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; CECON, 2011).

A qualidade da educação em saúde trata de processos que abrangem a participação de toda a população e não apenas das pessoas sob risco de adoecer ou já doentes. Reconhecendo que o ser humano é o agente e também o objeto do trabalho em saúde e deve ser reconhecido de maneira objetiva e, também, subjetiva integrando aspectos físicos, mentais, ambientais, pessoais e sociais na busca de bem-estar (CECON, 2011; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012).

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHANTE NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

O Ministério da Saúde, MS, (BRASIL, 2007) a partir do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização criou o Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante, cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes e garantir a presença do cuidador dentro das unidades de internação. Esta política busca manter a interação social do paciente com os serviços de saúde através do acompanhante. Segundo o MS ele é o representante que acompanha o paciente durante toda a sua permanência nos ambientes de assistência à saúde visando a socialização do doente durante toda a sua internação. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) a integralidade deve ser um dos princípios e diretrizes fundamentais das práticas de cuidado em saúde, contudo ainda lidamos com processos lentos para se chegar a sua prática absoluta.

Quando os acompanhantes se encontram no espaço da rede formal, perdem sua autonomia e capacidade decisória, pois seguem normas e rotinas que toda instituição exige. Neste ambiente os saberes do acompanhante são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, diferentemente daquela vivida pelo profissional. Acompanhar o paciente pode também ser um momento destinado a aprender como lidar com ele em casa, quando lhes é dada a oportunidade de participação nos cuidados (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

A educação em Saúde não se restringe apenas à prevenção de doenças e agravos, constitui um processo de qualificação do indivíduo, norteado por valores humanísticos, para o exercício da cidadania e, portanto, em promoção da qualidade de vida, tanto para o doente como para o próprio acompanhante por estimular o auto-cuidado e evitar que se torne um possível usuário dos serviços de saúde (VIEIRA, 2010).

Nem sempre os cuidadores sabem identificar a existência de algum fator associado ao aparecimento do sintoma ou comportamento alterado, ou entendem sobre itens relacionados a prevalência, a causas e a sintomas da doença. Alguns autores concluíram que o conhecimento

de alguns cuidadores se limita a informações fornecidas pela mídia, por folders distribuídos à população e pelo conhecimento do senso comum, o que contribui para cuidados pouco recomendáveis (LEITE et al., 2014).

Nesse sentido, ao tempo em que o acompanhante esforça-se para entender o processo de desenvolvimento da enfermidade à luz de seu conhecimento prévio por comparações, semelhanças e diferenças, também incorpora novos saberes que contribuem para a (re)construção de seu conhecimento é necessário que algumas noções sejam mais detalhadas para que o acompanhante saiba o porquê de determinadas ações para promover a prevenção e futuramente o tratamento do problema (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009).

O AGIR COMUNICATIVO E O PAPEL DO PROFISSIONAL NA INSERÇÃO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS: FOCO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A comunicação faz parte do processo educacional. O ato de comunicar-se não se inicia nem se encerra com o término da palavra, pois esta é apenas parte da comunicação. Juntamente com a comunicação verbal, está presente também a não verbal, linguagem do corpo, das expressões e emoções. Quando uma boa inter-relação profissional-paciente-familiar norteia todos os processos vividos dentro do hospital há benefícios para todos os envolvidos, pois o conhecimento compartilhado implica na melhor tomada de decisão e na melhor maneira de executá-las (WEIRICH; TAVARES; SILVA, 2004; FIGUEIREDO, 2013).

A instrução em saúde deve ser oferecida não só por um profissional, mas por um apoiador que também se inclui no processo de ensino e aprendizagem incentivando o grupo ao crescimento intelectual e à unidade, encorajando os diferentes membros a trabalharem como um corpo, evitando falsas expectativas e esperanças, superando as interferências e debilidades num processo de transformação no próprio grupo e nos modos de organizar o trabalho e de ofertar ações e estratégias de saúde. Reconhecendo o cargo de aprendiz de ambos os lados, pois na realidade há trocas de saberes no processo educativo (BRASIL, 2010; ESCOBAR, 2012).

Para se fazer educação precisa-se conhecer a si mesmo, para poder compreender o outro, ter empatia, trocar conhecimento. Educar é um processo contínuo, em que se ensina e aprende a cada dia, respeitando o saber do outro e aprendendo com ele. Cada profissional, ao dar um significado à prática educativa, revela, em si, uma forma de ser educador. Suas

práticas têm relação direta com as suas representações sobre o educar - “só é educador o profissional que tem consciência dessa possibilidade e sobre ela trabalha”. (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008; FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012)

A dimensão educativa sempre está enfatizada no trabalho de enfermagem, mais que em outras profissões, e mesmo reconhecendo-se como educador, a ação educativa tende a ser vista como uma ação técnica, componente ou adicional ao conjunto de práticas profissionais, em lugar de uma dimensão inerente à prática profissional (FIGUEIRA; LEITE; SILVA, 2012). Rabelo e Souza (2009) afirmam que todo contato que a enfermagem tem com o usuário do serviço de saúde, seja paciente, acompanhante ou visitante, deveria ser considerado uma oportunidade de ensino de saúde. A decisão entre aprender ou não é do indivíduo, contudo o profissional tem a responsabilidade de apresentar a informação que irá motivá-lo quanto à necessidade de aprender.

A enfermagem tem o potencial de produzir aberturas a novas sensibilidades e visibilidades através da comunicação ao vivenciar as diversas direções as quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde como acolher, gerir, escutar e ensinar (BRASIL, 2010). Dentro da rotina da equipe é possível encontrar espaços privilegiados para a introdução de mudanças nas condutas e crenças erradas ou desnecessárias realizadas, e assim ampliar e qualificar o cuidado em saúde em seu território de atuação (BRASIL, 2007).

Detectar o déficit cognitivo e cultural dos sujeitos, muitas vezes construídos ao lado das trajetórias de suas vidas, influenciados pelas desigualdades educacionais experimentadas durante seu crescimento se torna indispensável. A superação desse obstáculo pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior, pessoas devidamente instruídas, que indiquem o caminho correto, desconstruindo as representações vistas como incorretas e encontrando lições até mesmo em modos de fazer desperdiçados e desqualificados sem os quais seria impossível lidar com os imprevistos (GAZINELLI et al., 2005).

Contemplar o ser humano em sua totalidade reconhece seu constante crescimento e encontra nele a constante oportunidade de inserir novos conhecimentos, que devem ser exercidos com responsabilidade, por si e pelo outro. Essa parceria acarreta benefícios em meio hospitalar e fora dele, pois quando o acompanhante é incentivado a participar efetivamente dos cuidados e procedimentos realizados durante a internação pode gerar a continuidade deles após a alta hospitalar (SILVA; BOCHI; BOUSSO, 2008).

A acessibilidade a informações possui vantagens, mas não garante que sua fonte seja confiável, e por isso existem ressalvas para o conhecimento recebido ser acatado como verdade. Os profissionais precisam ter domínio dos conteúdos pertinentes à saúde do paciente e assim sanar as dúvidas existentes no meio. Assim, alcançando a promoção à saúde, ajudando a prevenir doenças, evitar erros que custem o prolongamento ou novo tratamento médico e diminuindo o tempo de hospitalização. Durante a internação espaço para que sejam feitas perguntas, haja discussão de dúvidas e expressão de sentimentos e pensamentos precisa existir. Se o cuidador conseguir se expressar de modo espontâneo já é um bom começo, se não, deve ser incentivado (RABELO; SOUZA, 2009; RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

As ações executadas pelo familiar junto ao indivíduo incapacitado, sem a presença da enfermagem, pode ser prejudicada pela ansiedade e temor quando não se sabe as reais perspectivas de vida e de recuperação do paciente, porém reduzida se tiver recebido informações sobre a patologia e sobre os cuidados necessários, tornando-os confiantes e bem preparados em lidar com situações de cuidado, capazes de planejar as necessidades futuras de atenção ao seu parente com a doença e de enfrentamento de problemas. A educação em saúde favorece a emancipação do sujeito promovendo o autocuidado, tem o potencial de retirar o cuidador da escuridão e angústia do desconhecido e até mesmo resgatar o seu bem-estar físico e emocional quando se tem perdido (GAZINELLE et al., 2005)

Ressalta-se, com isso, a importância de construir uma consciência crítica, que leve os sujeitos a pensar em a formação de suas identidades. A intervenção do conhecimento ganha relevo quando se reconhece que “todo conhecer é um fazer”. Paralelo a isso, também, precisa-se oferecer aos profissionais que proporcionam espaços de educação uma formação adequada, possibilitando condições e segurança na prática educativa (GAZINELLE et al., 2005; CECCON, 2011; LEITE et al., 2014)

A prática profissional competente, consciente e responsável evidencia a importância do aperfeiçoamento, da atualização e da atitude crítica e reflexiva nas situações vivenciadas na área da promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Conscientizar pessoas é dar informação para que aprendam novos conhecimentos, habilidades e atitudes e se tornem mais eficientes naquilo que fazem. É, sobretudo, proporcionar a formação básica para que aprendam novas atitudes, soluções, ideias, conceitos, modifiquem hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem (JESUS et al., 2011).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória com abordagem quantitativa. Realizada em 2 hospitais de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia, referência em tratamento, ensino e pesquisa do câncer. A população foi composta de acordo com a soma do número de leitos das unidades escolhidas, em que era permitida a estadia do acompanhante, e que, havia pelo menos 1 por paciente, sendo este de qualquer idade. Assim, a população de 193 leitos das instituições corresponderam a uma amostra inicial de 130 acompanhantes. Para determinar o tamanho amostral, foi utilizado o cálculo para populações finitas, utilizando a seguinte fórmula (BARBETA, 2001).

$$n = N \times n_0 / N + n_0$$

Onde: N= tamanho (número de elementos) da população = 193

n= tamanho (número de elementos) da amostra.

n₀= aproximação inicial para o tamanho da amostra, onde n₀ = 1 / Eo²; n₀ = 1/ 0,05²; n₀ = 1/0,0025; n₀ = 400

E0= erro amostral tolerável (5%) = 0,05

$$n = 193 \times 400 / 193 + 400;$$

$$n = 77200/593;$$

$$n = 130$$

Devido à rotatividade de pacientes durante o período de coleta o número da amostra final passou a ser de 200 acompanhantes, 100 de cada instituição, selecionados de acordo com critérios de inclusão, são eles: Indivíduos maiores de 18 anos, alfabetizados, que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e que estivessem no papel de acompanhantes há no mínimo dois dias, fixos ou alternados.

Os locais de pesquisa estão intitulados no corpo do trabalho como hospital 1 e hospital 2, onde o hospital 1 se refere à instituição que atende apenas pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) exclusivamente em tratamento oncológico, enquanto que o hospital 2 se refere à instituição que atende pacientes de diversos diagnósticos que possuem planos de saúde ou que financiam seu tratamento de modo particular, com exceção dos setores: Pediatria e Unidade de Terapia intensiva, que também aceitam pacientes do SUS. Através dessa diferença na realidade dos hospitais que durante a análise dos dados houve a correlação com dados

socioeconômicos, buscando encontrar semelhanças ou divergências entre as respostas, e se, esses resultados advêm dos diferentes tipos de atenção à saúde.

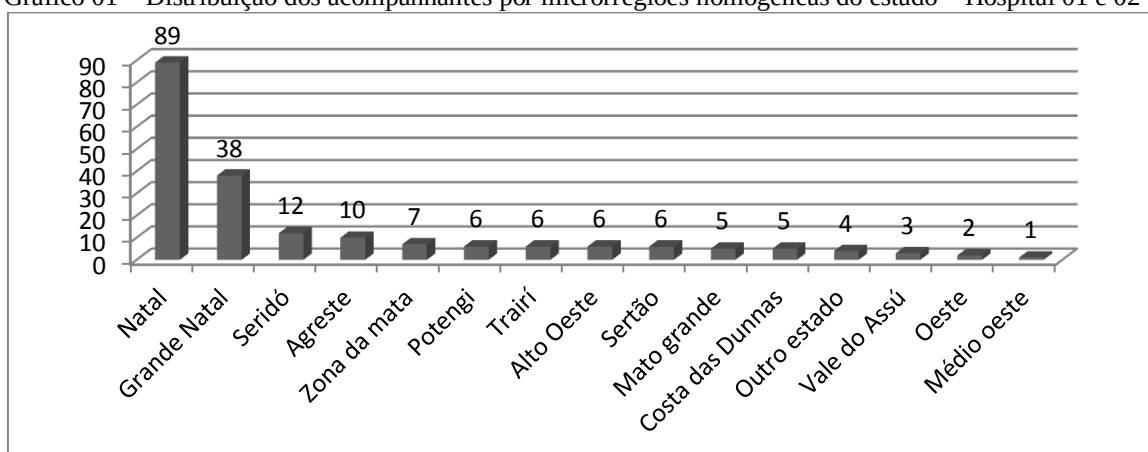
Utilizou-se como instrumento um questionário, elaborado pelos pesquisadores, possuindo 20 perguntas objetivas, encontradas em anexo ao trabalho, abordando como tema principal a experiência do cuidador durante a internação hospitalar e se nesse processo os profissionais realizaram suas funções acolhedora e educadora, incluindo-o nos planos de cuidado e na rotina da equipe, orientando-o sobre os cuidados intra e extra-hospitalar. Os participantes foram submetidos à pesquisa após a assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram colocados em planilhas no Microsoft Office Excel ® e analisados por pelos Métodos de Análise de Conteúdo e de Análise Descritiva. Os aspectos éticos da pesquisa seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as Normas de Pesquisa com Seres Humanos. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Liga Norte Riograndense contra o Câncer sob o nº 46522415.5.0000.5293 em 13 de agosto de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 200 entrevistados, 185 eram mulheres e 15 eram homens. A média de idade dos acompanhantes foi de 42,2 anos, sendo a maioria com idade entre 30 e 39 anos e os extremos de idade foram 19 e 75 anos. Eles residem nas mais diversas áreas do estado, com sua maioria, 89%, residentes na capital e 11% nas demais microrregiões homogêneas do estado (Gráfico 01). 80% estavam no hospital numa média de 2 a 10 dias, período intermediário de internação quando comparado ao mínimo de 2 dias, correspondente a 29%, e ao máximo, que estava a mais de um mês, também correspondente a 29%.

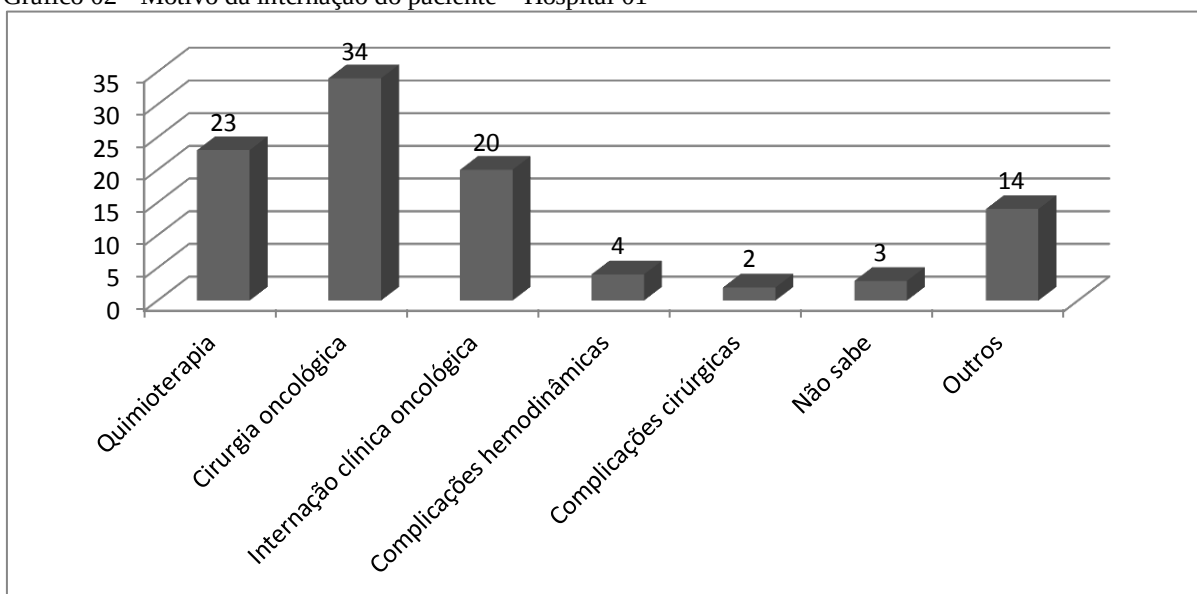
Gráfico 01 – Distribuição dos acompanhantes por microrregiões homogêneas do estado – Hospital 01 e 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

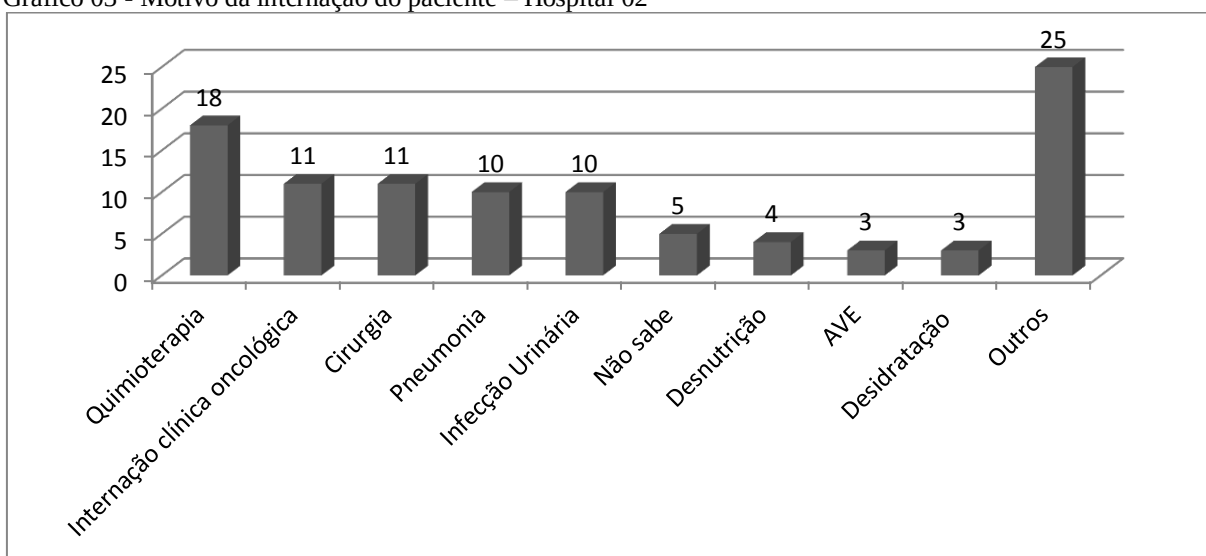
Os pacientes acompanhados foram internados pelos mais diversos motivos, diversidade essa aumentada quando comparadas as instituições hospitalares. Saber o diagnóstico que levou à internação do paciente não significa que o acompanhante sabe o desenrolar do seu surgimento. Ao conhecer o motivo pelo qual o paciente está internado, o acompanhante precisa receber orientações específicas sobre os cuidados prestados para aquele tipo de diagnóstico. Uma simples explicação e o fornecimento de informações referentes à assistência ao paciente, por meio de diálogo esclarecedor, são formas de minimizar os temores, pois a ausência de informações adequadas e coerentes são um dos aspectos que mais preocupam os cuidadores, sendo gerador de grande ansiedade. (FIGUEIREDO et al., 2013)

Gráfico 02 - Motivo da internação do paciente – Hospital 01



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Gráfico 03 - Motivo da internação do paciente – Hospital 02

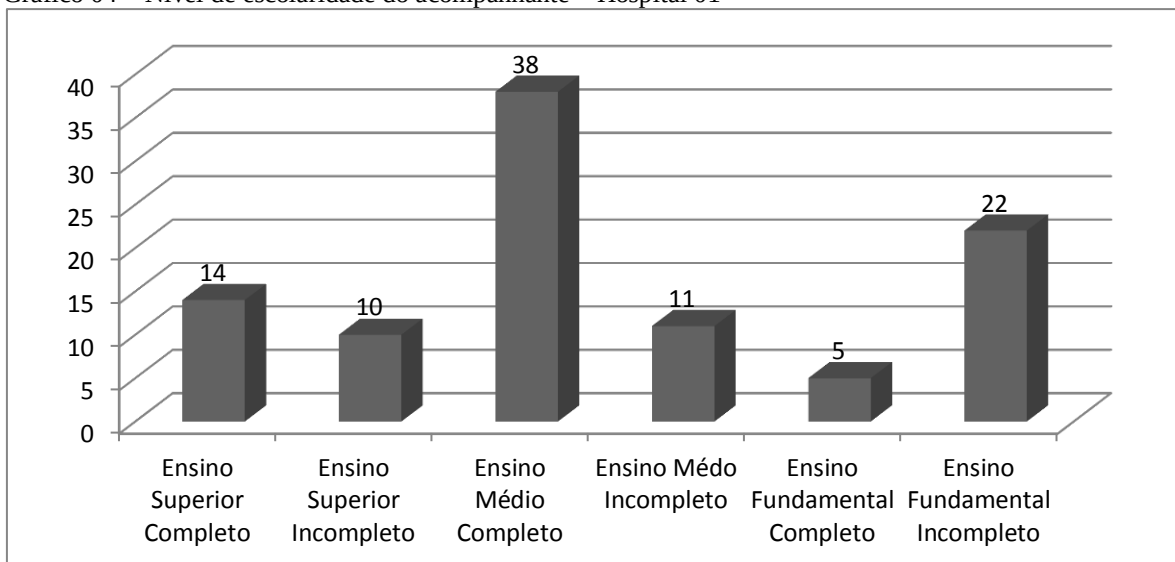


Fonte: Dados da pesquisa, 2015

O nível de escolaridade se diferenciou em alguns aspectos quando comparados por hospital (Gráficos 04 e 05). O número de acompanhantes internados no hospital 01 que cursou ensino superior completo é menor quando comparado ao do hospital 02. Em contrapartida o número daqueles com ensino superior incompleto é maior no hospital 01, caracterizando uma população que está buscando a qualificação. Acompanhantes que possuem o nível de escolaridade maior atendem a um rigor lingüístico diferenciado, entendendo com maior facilidade a doença e o contexto que a envolve.

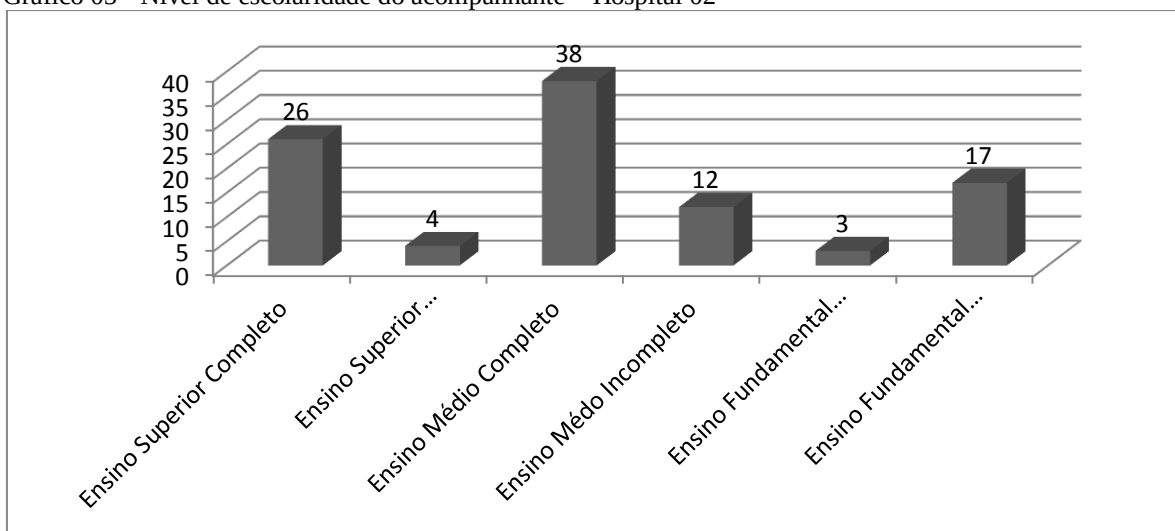
O número daqueles que cursaram apenas o ensino fundamental incompleto é alto em ambos os hospitais, estes necessitam de informações adequadas ao seu nível de conhecimento. Os profissionais precisam adequar sua linguagem dentro dos limites demonstrados pelo cuidador sem negligenciar a qualidade da assistência.

Gráfico 04 – Nível de escolaridade do acompanhante – Hospital 01



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Gráfico 05 - Nível de escolaridade do acompanhante – Hospital 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A média do máximo de dias seguidos vivenciados pelo acompanhante foi de 3 a 5 dias. No hospital 02 o número de acompanhantes que fica no máximo um dia nesse papel é maior devido o paciente e sua família residirem na capital ou em cidades circunvizinhas permitindo uma maior rotatividade de cuidadores. Tal realidade permite uma maior distribuição do conhecimento, pois não ficará detido a apenas um deles, mas, ao mesmo

tempo pode fragmentar a qualidade da assistência por não se ter certeza de que os acompanhantes trocam os saberes aprendidos entre si.

O tempo vivenciado se torna essencial não apenas por proporcionar um maior contato com as práticas educativas, ele também torna perceptível o sofrimento do cuidador com o processo de hospitalização. Alguns acompanhantes, devido à doença do paciente, enfrentam frequentes internações, 33% de toda a amostra relataram que acompanham há meses o tratamento do seu paciente entre internamentos e altas hospitalares.

É perigoso não haver acompanhamento e ensinamento para viver esta realidade, assim, precisa-se construir relacionamento interpessoal, percebendo aspectos subjetivos, sociais e emocionais desses indivíduos, pois apesar de não estarem doentes estão sujeitos a doenças e a traumas consequentes da experiência hospitalar, promovendo estratégias de enfrentamento e suporte social dos cuidadores, inclusive aos que foram impactados com uma morbidade psicológica (SZARESK; BEUTER; BRONDANI, 2010; MARIM et al., 2013; ESCOBAR, 2012).

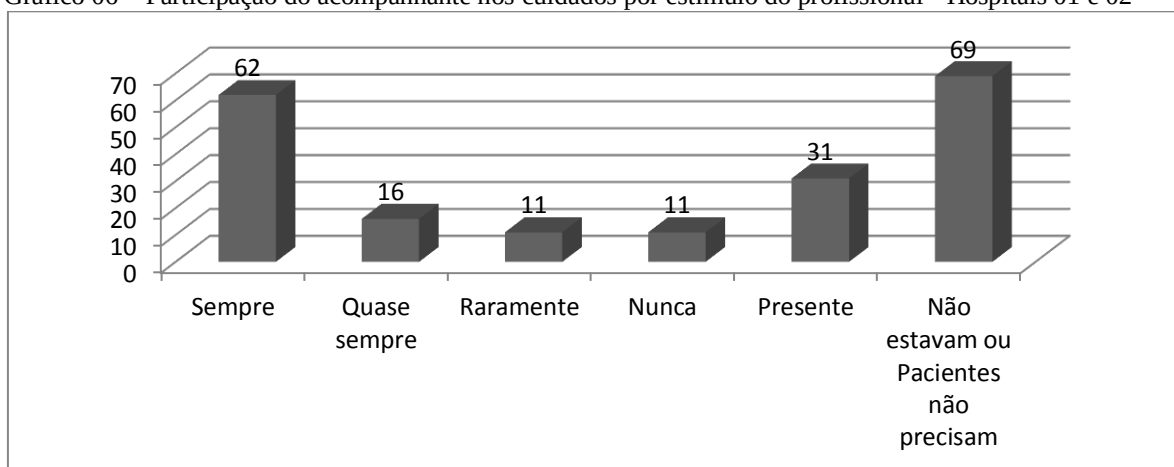
A proximidade da enfermagem com a rotina dos pacientes e seus cuidadores permite a ela agir para além da patologia e a quem ela acometeu, visto que não é só o doente que convive com a doença. Há liberdade e necessidade de abranger também o acompanhante, evitando a seu desgaste e incluindo-o no plano de cuidar, pois ele também está imerso no cotidiano de desafios proporcionados pelas morbidades e necessita de apoio contínuo da equipe para enfrentá-los (BRASIL, 2010).

Quando questionados sobre o conhecimento individual que possuem sobre o quadro clínico do doente 83 cuidadores, dos 200 entrevistados, relataram saber de tudo, 58 sabiam da maior parte e 59 sabiam de algumas informações ou não sabem. Dentro deste contexto alguns reconheceram que não têm como saber de tudo por não terem conhecimento específico em saúde suficiente, outros acreditam que por acompanharem o paciente em sua rotina de exames, procedimentos, internações e em casa entendem de tudo.

Durante a internação os profissionais devem estimular o acompanhante a ser pensante, a entender o que está ao seu redor. Isto acontece através da interação educador - educando em todas as oportunidades que a internação proporciona, por exemplo, antes, durante e depois de qualquer assistência realizada em ambiente intra-hospitalar. 150 acompanhantes relataram que sempre eram orientados sobre a necessidade dos procedimentos e exames a serem realizados, os outros 42 relataram que quase sempre, raramente ou nunca são orientados e 8 não estavam presentes para saber se essa prática foi aplicada.

Existem procedimentos que podem ser realizados com a presença do acompanhante. O profissional, em seu exercício, deve convidá-lo a participar, seja por observação ou auxílio, no desenvolvimento da ação. O gráfico 06 mostra as respostas dos entrevistados quando questionados se são chamados a participar ou a assistir o procedimento executado com o paciente. Orientar não só o paciente, mas também, o acompanhante, respalda a assistência profissional diante da administração de medicamentos e permite ao cuidador o acompanhamento da evolução/involução do curativo por exemplo.

Gráfico 06 – Participação do acompanhante nos cuidados por estímulo do profissional - Hospitais 01 e 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

É neste campo de imersão que a formação ganha consistência de intervenção. A parceria profissional - acompanhante na aplicação dos cuidados permite ao profissional identificar dúvidas dos acompanhantes e esclarecê-las, deixando-os seguros, fortalecendo a relação de confiança entre eles e diminuindo algumas barreiras desenvolvidas durante a hospitalização como o medo de reproduzir os mesmos cuidados feitos no hospital em ambiente extra-hospitalar, por isso os cuidadores precisam acompanhar passo a passo para reproduzir o cuidado da maneira como o aprenderam, associado a instruções dadas pelos profissionais, de modo detalhado, sobre as responsabilidades que se deve ter em domicílio, prática esta confirmada por 83% dos acompanhantes.

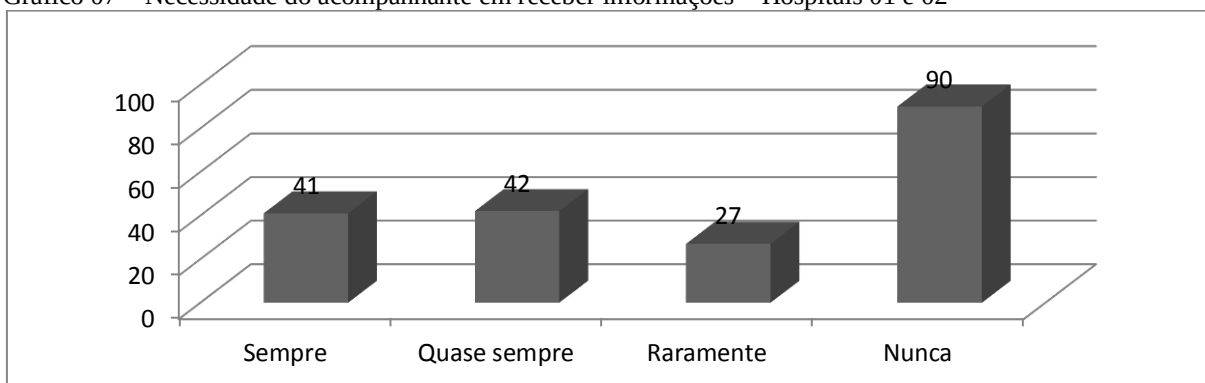
Como abordado anteriormente, as dúvidas comprometem a assistência e por isso não podem ser ignoradas. 92% dos cuidadores procuraram a equipe quando tinham dúvidas, apontando interesse desse público por esclarecimentos, porém os 7% que restou representa que ainda há indivíduos constrangidos, necessitando do estímulo profissional para a conscientização do benefício da retirada de dúvidas. Um dos fatores que influencia na limitação do indivíduo em procurar a equipe é a sua disponibilidade em respondê-lo. 82%

sempre se mostravam disponíveis, entretanto uma parcela de 18% percebe um atendimento diferenciado quando busca a equipe.

A equipe multiprofissional é essencial na educação em saúde, e para isso ela deve estar presente. 185 acompanhantes relataram que não houve ausência dos profissionais durante a rotina hospitalar ou quando solicitados. Os outros 15 relataram principalmente a ausência do fisioterapeuta e do psicólogo, porém essa ausência se deve devido alguns acompanhantes não saberem se o médico solicitou ou cancelou o profissional e por isso eles não apareceram mesmo sendo necessários. Resultando na necessidade de uma comunicação mais efetiva entre os acompanhantes e a equipe.

Durante todo o percurso já vivenciado no hospital ainda há necessidade de receber informações segundo os entrevistados (Gráfico 07). Grande parte não sente essa necessidade por tirarem suas dúvidas conforme elas vão aparecendo. Contudo, por necessitarem estar ciente de toda a situação que engloba o paciente, o acompanhante considera que a informação é um dos meios fornecidos para se capacitarem e agirem corretamente diante da necessidade justificando a necessidade apresentada pela outra parte de pesquisados.

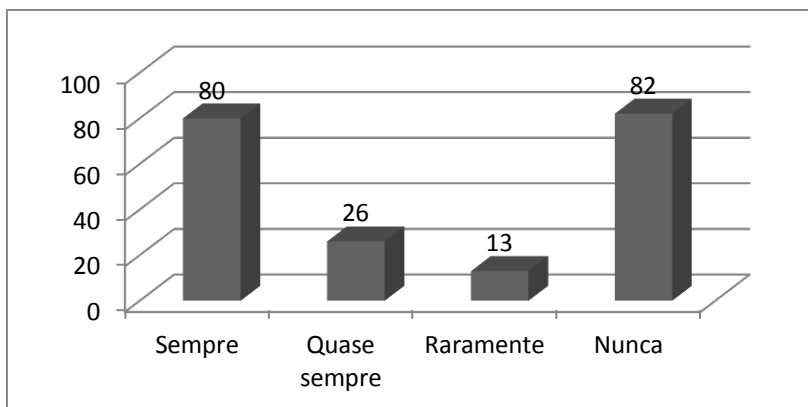
Gráfico 07 – Necessidade do acompanhante em receber informações – Hospitais 01 e 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Os resultados aproximados em opções extremas, exibidos no gráfico 08, expressa uma conduta parcial da equipe em esclarecer e ao mesmo tempo não esclarecer os cuidadores quanto à sua função durante a internação, fragmentando a eficácia dos cuidados, pois enquanto inserido na instituição hospitalar é necessário ao acompanhante saber qual a sua atribuição, como ele ajudará a equipe, o que pode e o que não se pode fazer, pois é consciente do seu papel e das suas limitações que assumirá uma postura adequada diante do paciente e dos profissionais.

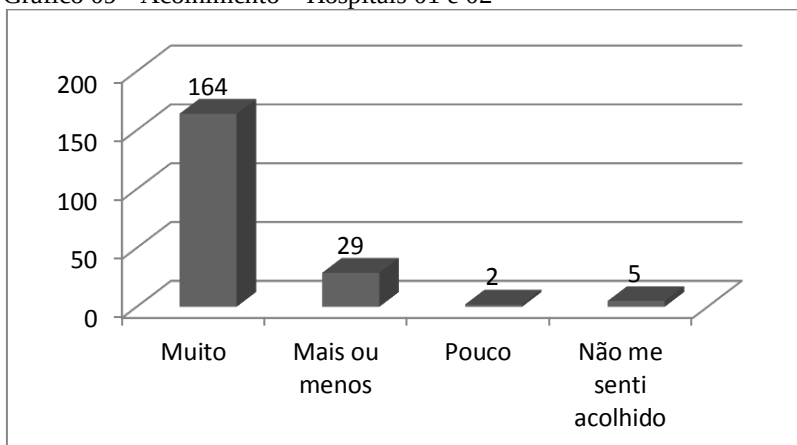
Gráfico 08 – Função do acompanhante – Hospitais 01 e 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nesta pesquisa, o ponto que merece destaque é a importância do acolhimento do acompanhante pela equipe (Gráfico 09). É perceptível que a hospitalização não afeta somente o paciente, ela desequilibra os vínculos associados a ele, principalmente o acompanhante, pois se torna desgastante agir rotineiramente como suporte, buscando atender a necessidade do outro em uma experiência difícil de ser enfrentada como a doença enquanto que a sua necessidade nem sempre é suprida. Alguns deles abandonam o trabalho ou reduzem a jornada para se dedicarem à assistência durante uma longa internação. Não há tempo para lazer ou para resolver assuntos pendentes, e ainda a família assume funções antes exercidas pelo doente. Logo, se torna necessário um cuidado específico a esse público por parte da equipe multiprofissional (LÓPEZ et al., 2014; MARIM et al., 2013).

Gráfico 09 - Acolhimento – Hospitais 01 e 02



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Proporcionar aos acompanhantes um meio afável é necessário, até porque sentindo esse ambiente ele poderá propagá-lo ao paciente, e, estimular nele o potencial transcendental

o capacitará e motivará a encontrar um significado nas suas ações de cuidado. Esses cuidadores precisam ser tratados de maneira holística, zelando pelo corpo, mente e espírito através de um relacionamento interpessoal, pois a indiferença da equipe pode causar neles um menor compromisso com o seu autocuidado e com condutas preventivas de saúde, gerando consequências negativas na sua qualidade de vida, podendo até torná-lo um potencial usuário dos serviços sociais e de saúde. (LÓPEZ et al., 2014; MARIM et al., 2013).

CONCLUSÃO

O ensino pode proporcionar uma nova ótica aos indivíduos. Há transformação de pensamento e atitudes através da aprendizagem, portanto precisa ser adotada pela equipe na prática cotidiana. Quando o acompanhante chega ao hospital precisa entender o contexto no qual seu paciente está inserido para saber assumir a postura adequada e como direcionar sua atenção e cuidados. Se barreiras forem encontradas nesse processo precisam ser ultrapassadas para que haja eficácia da troca de saberes, e, desta forma, alcançar a construção de um perfil cuidador capacitado e otimista dentro da instituição hospitalar, durante a internação, e após o seu término.

A comparação entre hospitais, SUS e privado, não demonstrou diferenças nos resultados que pudessem desqualificar a assistência ou limitar o conhecimento individual, e apresentou a busca do acompanhante SUS por qualificação. O acolhimento teve destaque como elemento transformador, mudando a forma do acompanhante encarar o sofrimento da internação. O profissional não detém o completo conhecimento, nem tem o poder de resolver tudo, por isso, precisará da ajuda do cuidador. As práticas educativas proporcionadas pelos profissionais são facilitadas quando a assistência abrange o acompanhante como parte dos cuidados a serem prestados, contudo também devem fazer parte dos cuidados a serem recebidos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Caderno Humaniza SUS: Formação e Intervenção**. Série B. Textos Básicos de Saúde, vol. 1, Brasília, 2010.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan./fev. 2004.

CARVALHO, V. L. S; CLEMENTINO, V. Q; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 200. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 243-248, mar./abr 2008.

CAVALCANTE, R. B; CALIXTO, P; PINHEIRO, M. M. K ANÁLISE DE CONTEÚDO: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CECCON R. F et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.56-62, mar. 2011.

ESCOBAR, L. M. V. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. **AQUICHAN**. Chía, Colombia, v. 12, n.1, p. 62-76, abr. 2012.

FIGUEIRA, M. C. S; LEITE T. M. C; SILVA E, M. Educação em saúde no trabalho de enfermeiras em Santarém do Pará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 414-419 mai./jun. 2012.

FIGUEIREDO, S. V et al. Comunicação terapêutica entre profissionais e mães acompanhantes. **Esc Anna Nery (impr.)**; v. 17, n. 4, p. 690-697, out./dez. 2013.

FREITAS, M. C; SANTANA, M. E. Implementação da estratégia de ensino-aprendizagem a família de paciente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 146-150, mar./abr. 2002.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206. jan./fev. 2005.

JESUS, M. C. P et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário, **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 5, p. 1229-1236. 2011.

LEITE, C. D. S. M et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Recife, v. 63, n. 1, p. 48-56 2014.

LÓPEZ L. M. H. et al. Programa de apoyo al trabajador cuidador familiar: fenómeno social emergente. **AQUICHAN**, Chía, Colombia, v. 14, n. 3, p. 430-439, set. 2014.

MARIM, C. M. et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 21 Spec, 09 telas, jan./fev. 2013.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663-669, set./out. 2005.

RABELO, A. H. S.; SOUZA, T. V. O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contato: contribuições para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 271-278, abr./jun. 2009.

RODRIGUES, L. S; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. R. Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 272-277, mar./abril 2009.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M.; BOUSSO, R. S. O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 297-303, abr./Jun. 2008.

SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 99-107, mar. 2000.

TEIXEIRA, M. L. O; FERREIRA, M. A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 750-758, out./dez. 2009.

VIDAL, V. L. L. et al. O familiar acompanhante como estímulo comportamental de pacientes internados em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 409-415, jul./set. 2013.

VIEIRA, L. J. E. S. Relatos da Equipe de Saúde quanto às Práticas Educativas ao Vitimado no Trânsito durante a Hospitalização/Reabilitação num Hospital de Emergência, **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p. 213-223, 2010.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem** v. 06, n. 2, p. 172-180, 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

TABELA 1 - PERGUNTAS CONTIDAS NO QUESTIONÁRIO	
1.	Em qual nível de proximidade com o paciente você se encaixa?
2.	Onde você mora?
3.	Qual o seu nível de escolaridade?
4.	Há quanto tempo está na função de acompanhante (podem ser dias fixos ou alternados)?
5.	Qual o máximo de dias seguidos que você já passou como acompanhante?
6.	Ao chegar no hospital se sentiu acolhido pela equipe de profissionais?
7.	Você se considera um acompanhante interessado, está preocupado com o bem-estar do doente, com sua higiene, alimentação, queixas, conforto?
8.	Saberia informar sobre o quadro clínico atual do doente (motivo da internação, sinais e sintomas que está apresentando, sobre exames e procedimentos que realizou)?
9.	Ainda relacionado a questão anterior. Saberia informar o porquê desses sinais e sintomas, o porquê de realizar esses procedimentos, o que os resultados desses exames significam?
10.	É orientado sobre a necessidade dos procedimentos e exames serem realizados?
11.	É convidado a participar ou observar de procedimentos realizados com o paciente?
12.	Enquanto acompanhante dentro do hospital já teve que realizar algum procedimento sozinho?
13.	Você considera que a enfermagem o inclui como membro da equipe de cuidados?
14.	Quando o paciente recebe alta hospitalar é orientado sobre os cuidados que devem ser feitos em casa?
15.	O paciente já precisou receber visita de alguns desses profissionais e isso não aconteceu? Se sim, marque quais.
16.	Na sua visão os profissionais deixam claro quais as suas funções como cuidador, como você irá ajudar a equipe, por exemplo: medir a urina, observar reações a medicamentos ou jejum, se necessário, ajudar na higiene íntima entre outros?
17.	Você busca a equipe de enfermagem busca quando tem dúvidas?
18.	Quando você vai tirar sua dúvida a equipe se mostrar disponível a respondê-la?
19.	Você sente a necessidade de receber mais informações?

20. Você percebe união entre a equipe de enfermagem?