



PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR AO ACOMPANHANTE NO AMBIENTE HOSPITALAR: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM GRUPAL

PROMOTION OF THE WELL-BEING TO THE COMPANION IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: NURSING INTERVENTION GROUP

PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ACOMPAÑAR EN EL ENTORNO HOSPITALARIO: GRUPO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Rosa Maria Fernambel Marques e Silva¹, Rosimere Ferreira Santana², Cláudia Labriola de Medeiros Martins³,
Valéria dos Santos Conceição Moraes⁴, Fátima Helena do Espírito Santo⁵

RESUMO

Objetivo: caracterizar os acompanhantes de clientes hospitalizados; identificar o bem-estar do cuidador pré e pós-grupo de acompanhantes utilizando a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); analisar os limites e as possibilidades de integração dos acompanhantes ao ambiente hospitalar. **Método:** estudo de abordagem quanti-qualitativa, do tipo quase-experimental, utilizando-se da técnica grupo focal com 140 acompanhantes de pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas de um hospital geral, em Niterói/RJ/Brasil, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo 0102.0.258.000-08. Para a análise dos dados foi empregada a Técnica Análise de conteúdo e descritiva simples. **Resultados:** estabeleceu-se o perfil do acompanhante; os fatores implicados na formação do papel de acompanhante; a atuação do acompanhante no processo de cuidar; reflexos e nexos da relação acompanhante-cuidador; e o significado do ser acompanhante. **Conclusão:** houve melhora no bem-estar após a intervenção grupal, e a inclusão do acompanhante na prática requer adequação do cenário hospitalar. **Descritores:** Enfermagem; Cuidadores; Cuidados de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Terapia de Grupo.

ABSTRACT

Objective: to characterize the caregivers of hospitalized patients; to identify the well-being of pre and post-group companions using the classification results of nursing (NOC); to analyze the limits and possibilities of integration of caregivers to the hospital environment. **Method:** study of quantity qualitative approach, casi-experimental technique using focus groups with 140 caregivers of hospitalized patients in medical and surgical units in general hospitals, in Niterói/RJ/Brazil, after Project approach by the Ethics in Research Protocol 0102.0.258.000-08. For the analysis of the data the was used simple of content and descriptive Technique Analysis. **Results:** the profile of the caregiver was established; the factors implied in the formation of the caregiver paper; the role of the caregiver care; reflex and nexus of the relation accompanist-caregiver; and meaning of being caregiver. **Conclusion:** there was improvement in well-being after the group intervention, and the inclusion of the caregiver in practice requires adequate of the hospital landscape. **Descriptors:** Nursing; Caregivers; Nursing Care; Nursing Assessment; Psychotherapy, Group.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los acompañantes de los pacientes hospitalizados, para identificar el bienestar de los cuidadores antes y después del grupo de compañeros con los Resultados Clasificación de Enfermería (NOC), para analizar los límites y las posibilidades de integración de escolta para el entorno hospitalario. **Método:** estudio de enfoque cuantitativo y cualitativo, el cuasi-experimental, utilizando la técnica de grupos focales con 140 familiares de pacientes hospitalizados en unidades médicas y quirúrgicas de un hospital general de Niterói / RJ / Brasil, después de la aprobación del proyecto por Comité Ético de Investigación bajo protocolo 0102.0.258.000-08. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido descriptivo y simple. **Resultados:** establecer el perfil de la compañía, los factores que intervienen en la formación de la compañía y el papel del acompañante en el proceso de atención, reflejos y nexos de relación de compañerismo y el cuidador, y el significado de ser un compañero. **Conclusión:** se observó una mejoría en el bienestar después de que el grupo de intervención, y la inclusión de la compañía en la práctica requiere la adaptación del entorno hospitalario. **Descriptores:** Enfermería; Cuidadores; Atención de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Psicoterapia de Grupo.

¹Enfermeira Especialista em Enfermagem Gerontológica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosa_maria_fernambel@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Pós-Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@enf.uff.br; ³Enfermeira, Coordenadora da Clínica Médica Cirúrgica, Hospital Universitário Antônio Pedro. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: claudialabriola@gmail.com; ⁴Especialista em Enfermagem Gerontológica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: valedel3@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: fatahelen@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A presença do acompanhante no ambiente hospitalar contribui para o bem-estar do paciente, melhor aceitação do tratamento, menor tempo de internação e fortalece o relacionamento, pois envolve sentimentos, dedicação e, além de tudo, historicidade.¹⁻³ No entanto, a rotina hospitalar pode dificultar essa proximidade entre o acompanhante e seu ente e, deste com a equipe de saúde, além da observação dos cuidados básicos e no esclarecimento de dúvidas.^{4,5}

Como meio de aproximar os acompanhantes dos profissionais de saúde e facilitar a compreensão do processo saúde-doença, implementou-se um grupo de acompanhantes no Hospital Universitário Antônio Pedro, numa filosofia de trabalho aberto a discussões e troca de experiências. Assim, a questão norteadora do estudo foi: O grupo de acompanhantes promove bem-estar ao cuidador?

A interação em grupo possibilita conhecer os fatores emocionais, culturais, econômicos e sociais que envolvem o cliente hospitalizado e todo seu contexto familiar, o que transcende o modelo biomédico baseado em olhar a doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado nas especialidades e no uso das tecnologias.⁶ O grupo favorece o compartilhamento de histórias semelhantes, os cuidadores refletem a necessidade de mudanças nas suas maneiras e condições de vida, além de se sentirem mais seguros e terem a sensação de que não estão só no enfrentamento dos problemas da hospitalização de um de seus membros.^{4,7-8}

Para tal, traçaram-se como objetivos:

- Caracterizar os acompanhantes de clientes hospitalizados
- Identificar o bem-estar do cuidador pré e pós-grupo de acompanhantes utilizando a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)
- Analisar os limites e as possibilidades de integração dos acompanhantes ao ambiente hospitalar.

MÉTODO

Estudo de abordagem quanti-qualitativa, do tipo quase-experimental, utilizando-se da técnica grupo focal no qual as pessoas são convidadas a participarem das discussões de assuntos por estes sugeridos, e o pesquisador tem a oportunidade de conhecer as atitudes, comportamentos e percepções dos pesquisados.⁹ O cenário foi as enfermarias clínicas e cirúrgicas, localizado nos 4°, 6° e 7°

andares de um hospital universitário de grande porte situado no município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Amostra composta por conveniência de 140 sujeitos, estes acompanhantes de pessoas hospitalizadas, num total de 30 encontros grupais. Os critérios de exclusão foram: ser acompanhante de paciente dos setores de pediatria e Centro de Terapia Intensiva (CTI), não concordarem em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos foram identificados pela letra A, seguido da numeração correspondente a sua caracterização [A1, A2 (...) A140]. O período da coleta de dados procedeu-se de agosto de 2007 a Junho de 2009, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro (protocolo 0102.0.258.000-08).

Para o estabelecimento do primeiro contato entre o pesquisador e sujeitos do estudo, o pesquisador dirigia-se as unidades de internação se apresentava aos acompanhantes, onde explicava de forma individual a proposta do estudo, o objetivo em responder a Escala NOC, a formação do grupo e sua finalidade, no qual estes concordavam ou não em participarem.

Após o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCE), realizava-se o teste pré-grupo utilizando a Escala de Classificação dos Resultados de Enfermagem 'Bem-estar do Cuidador' (NOC - Nursing Outcomes Classification), na qual os acompanhantes / cuidadores atribuem uma pontuação de 1 a 5 aos itens satisfação com a saúde física; saúde emocional; com o modo de vida; desempenho dos papéis usuais; apoio social; apoio instrumental; apoio profissional; relações sociais; e com o papel de cuidador. O número um (1) significa extremamente comprometido e o cinco (5) nada comprometido.¹⁰

Por fim, como segunda etapa cada acompanhante era convidado a ir à reunião grupal, que aconteciam semanalmente as sextas-feiras às 13:30h nas enfermarias do 7° andar do HUAP.

Os temas focais discutidos no grupo de acompanhantes foram: O que é ser acompanhante? Como é ser acompanhante? Porque ser acompanhante? Atividades dos acompanhantes no ambiente hospitalar; Lazer e o Autocuidado dos acompanhantes; Relação de dependência; Rede social e familiar. Isto resultou em uma troca de pontos de vista, idéias e experiências, expressas através do discurso (fala gravada em fita k7) e/ou do uso

de técnicas projetivas (corte colagem, giz de cera, massa de modelar).

Até 2 dias após ter ocorrido o grupo, estes mesmos acompanhantes foram novamente avaliados com a mesma escala NOC, denominada pós-teste. Porém, nesta terceira fase a amostra foi 50, pois nem todos os participantes continuavam nas unidades hospitalares dois dias após a realização do grupo, recebendo alta, inviabilizando a realização do teste pós-grupo com todos os sujeitos. Mas, tal desenho não prejudicou o estudo, já que os 50 participantes foram obtidos de forma heterogênea, atendendo ao objetivo proposto de avaliar os possíveis efeitos pós-intervenção grupal numa amostra aleatória e de conveniência.

Na análise de conteúdo, foram identificadas unidades de referências (UR), tratadas e organizadas em categorias, apresentadas em forma de tabelas.

Quanto aos dados quantitativos obtidos, a análise foi descritiva simples no qual, antes de

participarem do grupo os acompanhantes atribuíam notas de um (1) a cinco (5) para sua satisfação do bem-estar enquanto cuidador, resultando em um valor. E depois, no pós-grupo estes mesmos acompanhantes atribuíam uma segunda nota aos itens relativos à satisfação do bem-estar do cuidador, resultando em um segundo valor. Essa diferença comparativa entre esses dois valores, ou seja, o antes e pós grupo, demonstrou a significância do grupo.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados de caracterização de amostra, incluindo a distribuição por sexo, idade, estado civil e escolaridade dos participantes.

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos acompanhantes de pacientes hospitalizados segundo sexo, idade, estado civil e escolaridade HUAP/UFF, Niterói, 2007-2009.

Características		n (%)
Sexo	Feminino	135 (96,0)
	Masculino	5 (4,0)
Idade (anos)	20-29	6 (4,3)
	30-39	15 (10,7)
	40-49	42 (30,0)
	50-59	55 (39,3)
	60-69	16 (11,4)
	70-79	6 (4,3)
	Acima de 80	0 (0)
Estado civil	Solteiro	5 (3,6)
	Casado	129 (92,1)
	Divorciado	2 (1,4)
	Viúvo	4 (2,9)
Escolaridade	Analfabeto	5 (3,6)
	Ensino fundamental incompleto	23 (16,4)
	Ensino fundamental completo	47 (33,6)
	Ensino médio incompleto	14 (10,0)
	Ensino médio completo	43 (30,7)
	Ensino superior	8 (5,3)

Dos 140 sujeitos, 135(96%) são do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 40 a 59 anos, representando 69,3%. Estado civil de maioria casado 129(92,1%), e escolaridade ensino fundamental completo 47 (33,6%).

O grau de parentesco esposa 42 (30%), filha 36(26%) e mãe 34(24,6%) estiveram mais presentes como acompanhantes, em relação aos demais vínculos irmã 9(6,4%), pai 3(2,1%), sogra 3(2,1%), sobrinha 3 (2,1%), a nora 2 (1,4%), cunhada 2(1,4%), vizinha 2 (1,4%), tia 2(1,4%), prima 1(0,7%), cuidadora formal 1 (0,7%).

A permanência no hospital próximo ao ente durante o período diurno 51,4% superou o

horário integral 33,3% e o turno noturno 14,2%.

Quanto às atividades sob-responsabilidade, 47 (33,5%) além de cuidadores também citaram os afazeres domésticos; 43(30,7%) possuem emprego; 24(17,1%) cuidam de outras pessoas como seus filhos, cônjuge, netos ou outro familiar; 4 desenvolvem trabalho voluntário na igreja; 1 estuda e os outros 21 sujeitos se dedicam somente ao cuidado da pessoa hospitalizada.

Sobre o revezamento nos cuidados 67 (47,9%) contam com o auxílio de uma segunda pessoa. Enquanto que 73 (52,1%) dos acompanhantes assumem as responsabilidades do cuidado sozinhas.

Para assumirem o papel de cuidadores, 92(65,7%) sujeitos referiram alteração em sua rotina, enquanto 48(34,3%) nenhuma mudança no dia-a-dia.

Quanto às dificuldades para cuidar 66 sujeitos declararam sua ausência; contraposto com 50 sujeitos que encontraram como dificuldade a falta de conhecimento nas ações de cuidar. Outros 14 sujeitos declararam que sua condição de saúde dificulta cuidar do outro; 8 referiram-se ao fato de terem outras atividades para executarem; e somente 2 os recursos financeiros, declarando as dificuldades dos gastos com transporte para se locomoverem de suas residências até o hospital diariamente, às vezes se vendo na condição de ter que permanecer no hospital por este motivo.

Outros 92 sujeitos (65,7%) relatam problemas de saúde, sendo os cardiovasculares e osteoarticulares os que se sobressaíram, quando comparados aos respiratórios, endócrinos, gástricos, cardíacos, neurológicos, transtornos, hematológicos, oncológicos e 48 sujeitos (34,3%), relatam não ter ou se possui algum problema de saúde, desconhecem.

A partir dos discursos, surgiram quatro categorias, a primeira, 'Fatores implicados na formação do papel de acompanhante no ambiente hospitalar', resultou um total de 615 URs, são estas: Importância do ambiente doméstico e dos familiares no cuidado (74), Apoio familiar (59), Cansaço, ansiedade, estresse (59), Realiza os cuidados básicos (48), Dependência e Eco-dependência (47), Acúmulo de atividades (47), Experiência anterior / Vocação (40), Falta de apoio familiar (40), Mudança na rotina (39), Revezamento (36), Experiência nova (32), Satisfação com a escuta e auxílio dos profissionais (29), Contribuição da equipe (26), Obrigação de cuidar pelo parentesco (25), Retribuição de favores, amizade (12), Cuidador formal se difere do informal (2).

O desejo de voltar para o domicílio representou à maioria, a satisfação de suas necessidades ou a da pessoa assistida, já que existem regras e normas pré-estabelecidas no ambiente hospitalar:

Você em casa se sente mais à vontade, mais familiarizada. Aqui você se sente perdida. (A 25)

Às vezes você tem vontade de dar um banho novamente e não dá porque o banho é só de manhã. (A 33)

No período de internação a relação de ajuda e colaboração nos cuidados vai além dos laços consanguíneos, envolve sentimentos, proximidade e indicação.

Estou aqui cuidando de um amigo de 82 anos porque a esposa de 70 anos precisa gerenciar o restaurante e os filhos estão na Argentina. (A 84)

Essa minha vizinha não tem filhos, então tem que ficar sozinha no hospital. Ai eu penso que minha mãe tem 5 filhos e então não custa nada eu vir ficar com ela. (A 77)

A preocupação com o bem-estar do ente faz o acompanhante atentar aos cuidados colocados em prática pela equipe a fim de garantir que a assistência chegue de imediata.

Já está na hora? Porque não foi dado? O remédio ainda não chegou da farmácia? E se não chegou vocês devem fazer em outro horário? Pergunto o tempo todo para não ficarem todos os remédios juntos. (A 96)

Nota-se que os acompanhantes que receberam informações, sabiam qual seu papel, sentiam-se menos ansiosos e percebiam a presença do profissional como essencial.

Eu olho o soro e se eu ver que ele parou, sei que não posso meter a mão lá porque aquilo não é minha competência, mesmo que eu saiba tenho que ir lá chamar. (A 91)

As experiências anteriores influenciaram positivamente, os cuidados são feitos de forma mais segura, com agilidade, maior conhecimento, desenvoltura e preparo.

Agora me sinto mais preparada ainda, pois eu já observei como as enfermeiras cuidam dela, como trocam o lençol, como tem que lidar com o paciente. (A 137)

Os entraves por vezes encontrados no âmbito hospitalar fazem surgir a segunda categoria 'Atuação do acompanhante no processo de cuidar no ambiente hospitalar': Condições impróprias do ambiente hospitalar (96), Respeito, medo da equipe de enfermagem e médica (68), Dificuldades em obter informações (48), Necessidade de atendimento integral (45), Aprendizado (36), Ajudar a equipe de enfermagem (35), Observar a atenção (34), Direito dos acompanhantes (28), Insatisfação com a conduta dos profissionais (14), num total de 404 UR.

Vê-se uma insatisfação dos acompanhantes com a estrutura física que o hospital oferece e a reivindicação por promoção do conforto.

O acompanhante deveria ter o mínimo de comodidade, ter um lugar para colocar as coisas para gelar, um local para dormir e um banheiro. (A 71)

Como a moça já falou, não é bom dormir numa cadeira realmente é desconfortável o pescoço dói. (A 78)

No processo comunicativo, destaca-se o medo e o respeito pela equipe.

Eu faço o possível para não perturbar ninguém da equipe, para ninguém ter implicância com a gente, sabe como? (A 124)

Eu acho que se a gente fizer tudo direitinho conforme as pessoas pedem e sem agirmos com ignorância, não há problema. (A 121)

As limitações estabelecidas pela rotina hospitalar ou por questões de segurança ao paciente causam inquietação nos acompanhantes, que compreenderam como algo negativo.

Ah, não entendo porque tenho que me retirar na hora do banho. Por que eu não posso participar? (A 53)

[...] É na hora que o médico passa visita que a gente pode perguntar as coisas, né? Mas é a hora que pedem pra sair. (A 60)

Outro dia eu fui ajudar e a enfermeira disse que não podia. (A 28)

O ato de cuidar e suas implicações fazem surgir a terceira categoria 'Reflexos e nexos da relação acompanhante-cuidador na saúde e bem-estar de ambos' que resultaram em 235 UR. Déficit no autocuidado (48), Dúvidas (42), Problemas de saúde (39), Conhecimento empírico (38), Autocuidado (28), Satisfação com o trabalho em grupo (28), Valorização da cultura, crenças e valores (12).

No aspecto saúde, pôde-se notar o descuido consigo em prol do ente interferindo no bem-estar, o que chama atenção para se trabalhar intervenções que possam evitar consequências a saúde e estimulem a independência existente entre o cuidador e o ser cuidado.

Estou aqui desde segunda-feira e não bebo água, quase não vou ao banheiro e nem tenho apetite. (A 38)

Depois que eu perdi meu filho em acidente de moto eu não meloro, eu não agüento mais, já tomei vários remédios dados pelos médicos, só que todos parecem água. (A 72)

O sono, repouso e lazer, também são essenciais à saúde, mas são pouco valorizados pelos acompanhantes.

Cansaço eu já nem falo mais! (A 40)

Aqui já até parece a minha casa. (A 55)

Para intervirem no seu estado de saúde ou de uma segunda pessoa, os acompanhantes utilizaram-se dos seus conhecimentos empíricos, acreditando positivamente na melhora ou cura.

Ele passava um monte de coisa que o médico receitava para a ferida e nada ficava bom. Aí eu fui ao meu quintal peguei broto de caju, cozinhei e colocava por cima da ferida. Não é que ele está bom! (A 73)

Observa-se que por vezes que ajudam outros pacientes, mas a falta de informação os conduz a ações indevidas, sem as proteções e os conhecimentos adequados.

Às vezes vejo o paciente do lado pedindo ajuda e vou lá, só que eu não sei se pode, se é só lavar as mãos, não sei sabe? (A 112)

No processo interativo e de conhecimento entre acompanhantes e equipe de saúde, surge a categoria 'Compreendendo o significado do ser acompanhante', na qual identificou-se que o acompanhante tem a necessidade de estar presente e se sentir útil, ele acredita na melhora do quadro clínico, mas nesse mesmo contexto experimenta o sofrimento, medo da perda e busca o refúgio na religião. Amor (51), Ajuda (44), Fé (43), Sofrimento (29), Carinho (25), Atenção (24), Medo (18), Apoio (16), Preocupação (16), Dedicção (15), Força (14), Dificuldade (13), Dor (11), Esperança (10), Respeito (10), Paciência (9), Expectativa (8), Luta (8), Incentivo (6), Alegria (2) e Solidariedade (2).

Acredito que a única coisa que eu posso fazer é dar carinho. (A 51)

Para a família é uma tristeza você ver o seu parente pedir para não furar mais a veia que já não suporta mais tanta dor. Nesses momentos a gente chega a dizer pro senhor levar logo. (A 83)

No meu caso só Jesus para me dar forças. Perdi minha irmã tem um mês e agora é a filha dessa minha irmã que faleceu que ficou com o corpo todo paralisado. (A 90)

Nesse conflito o apoio da rede social se faz relevante, mas nem sempre a divisão de papéis acontece.

Nós duas decidimos que não vamos falar com nossa irmã rebelde que tem que visitar nossa mãe, vamos deixar por conta dela. (A 62)

Na implementação do grupo de acompanhantes no espaço hospitalar e consequente 'Avaliação do bem-estar do cuidador pré e pós-grupo de acompanhantes a partir dos resultados de enfermagem (NOC)', nota-se aspectos favoráveis após a conclusão do grupo.

Aqui serve para um ajudar o outro sabe?(A 59)

Esses grupos assim ajudam a você confortar o outro, você vê que tem alguém pior que você ou na mesma situação. (A 74)

No pré-grupo a pontuação inicial satisfação do cuidador quanto a sua vida pessoal, social, física e psíquica foi menor, já após a interação no grupo a pontuação final mostrou-se melhora na satisfação do cuidador, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Avaliação do bem-estar do cuidador pré e pós-grupo de acompanhantes a partir dos resultados de enfermagem (NOC). Grupo de acompanhantes no HUAP/EEAAC/UFF. Niterói, 2007-2009.

Bem estar do cuidador	Pré-grupo Noc	Pós-grupo Noc
Satisfação com a saúde física	176	201
Satisfação com a saúde emocional	159	207
Satisfação com o estilo de vida	167	183
Satisfação com o desempenho dos papéis	210	228
Satisfação com o apoio social	199	220
Satisfação com o apoio para as atividades diárias	190	214
Satisfação com o apoio profissional	195	225
Satisfação com as relações sociais	224	229
Satisfação com o papel do cuidador	232	240
Satisfação com a disponibilidade para descanso	150	177
Satisfação com a capacidade de enfrentamento	175	210
Satisfação com o compartilhamento familiar das responsabilidades do cuidado	193	205
Satisfação com os recursos financeiros para o cuidado	170	171
Total	2440	2710

DISCUSSÃO

A caracterização dos sujeitos do estudo sugere que os cuidadores estão em processo de envelhecimento, sendo 90% familiares entre 40 e 59 anos do sexo feminino, onde a participação masculina foi pouco evidente, fato ainda atribuído a valores culturais e ao passado, no qual a mulher desempenhava suas atividades exclusivamente no lar, assim dispondo de tempo e habilidades para atender ao cuidado as pessoas e, porém, encarregada socialmente para tal.¹¹⁻²

Essas responsabilidades assumidas normalmente recaem sobre pessoas casadas, que tem que se dividir entre estar no hospital, cuidar dos afazeres domésticos, dos filhos e /ou de outros dependentes e, por vezes ir ao emprego.¹²

Esta tripla jornada e a relação de dependência existente entre o cuidador e seu ente alteram o estado físico e mental, e as consequências são deixar de se alimentar corretamente, falta de tempo para praticar atividades físicas, ausência de repouso, baixa ingestão hídrica, distanciamento de outros familiares, culpabilidade, ausência de lazer e desequilíbrio emocional frente à situação imposta.¹¹⁻³

O cenário hospitalar conforme retratado interfere no descanso e conforto necessário ao cuidador, além da perda de privacidade e da tomada de decisão, e ainda traz gastos financeiros de deslocamento até o local¹⁴⁻⁶. A possibilidade de cuidar em domicílio significa escolher a hora mais adequada para os cuidados básicos serem realizados e preservar a individualidade, pois já conhecem as preferências de seus entes, e tentam adaptá-los.¹⁵

Esta percepção dos familiares também pode estar relacionada à própria postura dos profissionais, quando reforçam os deveres, as

obrigações e atribuições dos acompanhantes no hospital.^{2,14} A falta de acolhimento pode gerar insegurança, incômodo, medo e dúvidas de como agir em cada situação, principalmente naquele que nunca assumiu o papel de cuidador e se sente despreparado para tal.¹⁴

Os cuidados ao ente hospitalizado muitas vezes se estendem para o âmbito domiciliar, como preparação dos alimentos e realização dos curativos, aqui se fazendo valer o papel do enfermeiro com as orientações na continuidade desses cuidados, principalmente a aqueles cuidadores que não tem experiências anteriores ou que o grau de escolaridade dificulta o aprendizado. No entanto, essa relação muitas vezes ocorre de forma distanciada isto é, os profissionais cuidam do doente, mas desconsideram a presença dos familiares que sofrem diante do estado de saúde de seu ente, seja pelo afastamento domiciliar, ou por ter o seu cotidiano alterado, e a necessidade de desempenhar um novo papel social o de cuidador.

Assim, seja por atendimento as ações políticas Nacional de Humanização¹⁷ seja em atendimento a Portaria de 280/99¹⁸ que permite a permanência dos acompanhantes no ambiente hospitalar, deve-se enquanto profissão comprometida com o cuidado, proporcionar ações de bem-estar e orientações aos acompanhantes.¹⁹

A possibilidade de compartilhar e cooperar nos cuidados minimiza o estresse e permite apreciar mais a vida²⁰; já que o cuidado muitas vezes envolve a obrigatoriedade em retribuir favores, sentimentos, valores e responsabilidade pelo outro em condições de dependência parcial ou total.^{11,21-2} Assim o trabalho de grupo pode ser uma estratégia de melhorar a comunicação, promover a saúde, estimular hábitos saudáveis, de explorar as

diversas culturas e costumes, contribuir para mudanças de comportamento e promover a socialização do conhecimento em saúde.⁸

Os sujeitos que participaram do grupo deste estudo, perceberam que não se tratava de mais uma pesquisa, mas que se buscava um diferencial no acompanhar, orientar e auxiliar o acompanhante em um momento que sua razão e emoção estavam em desequilíbrio. A princípio olhavam a aplicação da escala com receio, pensando ser mais um papel a preencher, só que ao conhecer a proposta, a receptividade logo acontecia. Identificavam-se aos outros, suas histórias semelhantes, suas dificuldades, um espaço de escuta e troca.

Ao final do grupo havia a perspectiva de melhora e a força para vencer os obstáculos os quais estavam à mercê, e a formação de uma rede de ajuda entre os acompanhantes. Os resultados quantitativos demonstram a melhora em pelo menos um dos itens do instrumento, um diferencial na qualidade da assistência que condiz com a idéia de ampliação e continuação do grupo.

CONCLUSÃO

Dos 140 sujeitos que participaram do grupo de acompanhantes, a maioria era mulheres e familiares que mesmo apresentando outros afazeres ou problemas de saúde se colocavam a disposição para cuidar ou acompanhar, independente do vínculo estabelecido e das repercussões ao seu modo de vida.

Os cuidadores precisam ser estimulados quanto a promoção do bem-estar. Para tal, viu-se a interação e a colaboração entre os familiares como essencial. A proposta do grupo alcança o objetivo de intervenção de enfermagem com o acompanhante. Favorecendo a expressão de seus sentimentos e expectativas, suas necessidades, histórias de vida, fazendo-os refletir e zelar por sua saúde e dos pacientes, possibilitam o conhecimento, informação e saúde física e psíquica aos acompanhantes. Isso faz valer, que as técnicas em grupo são aplicáveis e recomenda-se sua prática no ambiente hospitalar.

Os resultados de enfermagem aparecem como algo 'novo' ainda em nossa prática, no estudo ainda surge de forma tímida, pois ainda não foi possível apresentar os dados de significância, uma limitação, mas com a análise descritiva absoluta observa-se a melhora dos sujeitos após a intervenção. Isso suscita que seu uso na prática clínica se faz adequado, e auxilia em um campo por vezes ainda árido das avaliações das intervenções de enfermagem, contribuindo assim para a construção da ciência em enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Mendes J, Maftum MA, Lacerda MR, Mantovani MF. Percepção das enfermeiras sobre a presença do acompanhante na internação hospitalar do idoso. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2010 Nov 25];15(3):448-53. Available from: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/.../12195>
2. Pena SB, Diogo MJD'E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [cited 2008 May 10];13(5):663-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5a09.pdf>
3. Ferrioli DR, Acosta LS, Gomes GC, Filho WDL. Cuidando de famílias de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Fam Saúde Desenv* [Internet]. 2003 [cited 2009 Jan 18];5(3):185-94. Available from: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/refased/article/viewArticle/8082>
4. Escher RB, Cogo ALP. Os familiares de pacientes adultos hospitalizados: sua participação no processo de cuidar na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2005 [cited 2008 Dec 15];26(2):242-51. Available from: <http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12380&indexSearch=ID>
5. Squassante NC, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2009 Nov 27];62(1):11-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/02.pdf>
6. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boebbs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2006 [cited 2008 Oct 12];15(2):352-8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
7. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di'lourenzo VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto contexto- enferm* [Internet]. 2003 [cited 2009 Feb 20];12(1):97-103. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
8. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo feliz idade: cuidado de enfermagem para a promoção da

saúde na terceira idade. Rev esc enferm USP [Internet]. 2007 [cited 2009 Mar 01];41(4):724-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>

9. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto - enferm [Internet]. 2008 [cited 2008 Oct 20];17(4):779-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>

10. Johnson M, MAAS M, Moorhead S. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 2nd ed. Porto-Alegre: Artmed; 2004.

11. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. Rev Eletr Enf [Internet]. 2003 [cited 2009 Feb 13];5(1):15-20. Available from:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/773>

12. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente / fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto contexto - enferm [Internet]. 2006 [cited 2009 Apr 10];15(4):570-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04.pdf>

13. Payán JAM, Romero TM, Vicente FB, López CI, Pérez FAM, Rojo MCO. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. El trabajo en nuestros centros [Internet]. 2000 [cited 2009 Apr 18];1(1):714-8. Available from:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosaludn11/714-718.pdf>

14. Silva L, Bocchi SCM. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2009 June 07];13(2):1-11. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200008&script=sci_arttext

15. Lacerda MR, Oliniski SR, Giacomozzi CM. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. Fam Saúde Desenv [Internet]. 2004 [cited 2009 Aug 28];6(2):110-8. Available from: <http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8062/5683>

16. Fontella JJ, Silva BT, Barlem ELD, Santos SSC. Relação dos trabalhadores da enfermagem com idosos hospitalizados e seus

familiares. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2008 [cited 2008 Apr 27];2(4):318-23. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1554/pdf_197.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: 2004 [cited 2009 June 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 280, de 7 de abril de 1999 [Internet]. Brasília: 1999 [cited 2009 Nov 10]. Available from: http://www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc

19. Kim Y, Kashy DA, Evans TV. Age and attachment style impact stress and depressive symptoms among caregivers: a prospective investigation. J Cancer Surviv [Internet]. 2007 [cited 2009 June 10];1(1):35-43. Available from:

<http://www.link.springer.com/article/10.1007%2Fs11764-007-0011-4?LI=true>

20. Haley WE, Allen JY, Grant JS, Clay OJ, Perkins M, Roth DL. Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study. Stroke [Internet]. 2009 [cited 2009 Nov 10];40(6):2129-33. Available from:

<http://www.stroke.ahajournals.org/content/40/6/2129.short>

21. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [cited 2009 Sept 08];19(3):861-6. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>

22. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. Cancer Nurs [Internet]. 2007 [cited 2009 Feb 11];30(5):412-8. Available from:

http://www.journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2007/09000/Caregivers_of_Advanced_Cancer_Patients_Feelings.13.aspx

Submissão: 12/11/2012

Aceito: 08/04/2013

Publicado: 01/05/2013

Correspondência

Rosimere Ferreira Santana
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal Fluminense
Rua Dr. Celestino, 74 / 5º andar / Centro
CEP: 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil