

ROSILANE DE CARVALHO CRISTO

**O ACOMPANHANTE E O ESPAÇO DE VISITA:  
UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Brasília, DF, 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSILANE DE CARVALHO CRISTO

**O ACOMPANHANTE E O ESPAÇO DE VISITA:  
UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem

Brasília – DF, 2012

ROSILANE DE CARVALHO CRISTO

**O ACOMPANHANTE E O ESPAÇO DE VISITA:  
UM ESTUDO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 98 p.

Aprovado em 06 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem – (Presidente)  
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jane Cristina Anders – (Membro Externo)  
Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde (UFSC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivone Kamada – – (Membro Interno)  
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

---

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – (Membro Interno)  
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leides de Azevedo Moura (Membro Interno)  
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Gloria Lima – (Membro Suplente)  
Departamento de Enfermagem – Faculdade de Ciências da Saúde (UnB)

*À minha mãe,  
que sempre me deu força nesta caminhada, e agora tenho certeza de  
que está feliz e orgulhosa de mim, da mesma forma que eu sempre  
estarei dela por toda sua trajetória neste mundo... Estou tranquila e  
com saudades...*

## **AGRADECIMENTOS**

Meus sinceros sentimentos de gratidão:

A Deus e a Nossa Senhora, que sempre me acompanharam e amparam nesta jornada cheia de surpresas e de pedras no caminho.

À Professora Doutora Dirce Guilhem, pelo acolhimento e disponibilidade constante, pela orientação e ensinamentos valiosos, carinho e solidariedade nos momentos de dor, e pela preciosa amizade.

A Ivone, Manuela, Tereza, Ana Beatriz, Pedro, Ana Lúcia, Rejane, Fátima e Alessandra, pessoas muito especiais na minha vida, pelo apoio e estímulo constantes, que me ajudaram a vencer etapas difíceis.

Às Professoras Maria da Glória Lima e Maria Aparecida Gussi, pelas suas brilhantes reflexões em toda minha vida acadêmica e muitas vezes na minha vida pessoal – por vocês eu sempre terei uma gratidão especial, obrigado por estarem sempre próximas de mim.

A minha querida Luiza, sempre com uma palavra de estímulo e trazendo luz com suas orações.

Ao Departamento de Enfermagem e à Faculdade de Ciências da Saúde, que me apoiaram em todos os momentos para que eu pudesse concluir este estudo.

Ao Hospital Universitário de Brasília e os acompanhantes que participaram deste estudo, sem os quais nada teria sido possível.

Aos Professores Ildeu e Reginaldo, que me ajudaram na elaboração das tabelas.

Enfim, a todos que me incentivaram e torceram por mim nessa aventura

## **AGRADECIMENTOS PESSOAIS**

A meu filho Lucas, luz da minha vida.

A meu pai, que deixou saudade pela amizade e especialmente pelo seu lindo e constante sorriso.

A minhas irmãs, Rosana e Roseani, pelo apoio, carinho e solidariedade em todos os momentos de minha vida.

A minhas sobrinhas, Helena e Milena, com todo amor, ternura e orgulho.

A meus compadres e comadres: Urânia e Yvonaldo; Claudio e Cristina, e Conceição (irmãos de coração).

E finalmente, motivos de orgulho e satisfação: Vinícius, Alice e Ramilla (afilhados e sobrinhos no coração).

.

*Ficar só é triste, dói, dói mais que adoecer... pior é ficar esperando que alguém venha, o horário de visita passa e nada, ninguém... Parece assim, que quando a gente tá internado é outra pessoa, não sabe se vai ser a mesma coisa quando sair sei lá, é ruim...*

*(Paciente, 35 anos,  
internada no HUB há 15 dias, procedente de Goiás)*

## RESUMO

Entre as principais diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) estão indicadas a presença do acompanhante e a visita aberta como dispositivos para promover a atenção integral à pessoa hospitalizada. Tomando-se como referência a PNH, o principal objetivo deste trabalho foi o de conhecer a atenção destinada aos acompanhantes e verificar como se estabelece o espaço de visitas no Hospital Universitário de Brasília (HUB), como forma de desenvolver estratégias integrais de acolhimento nesse contexto. A abordagem metodológica utilizada foi a de Estudo de Caso, realizada por meio de dupla abordagem: pesquisa descritiva a partir de dados quantitativos obtidos pela aplicação de questionários contendo questões fechadas e abertas, e pesquisa qualitativa que incluiu análise documental, observações livres e realização de entrevistas semiestruturadas. Esses procedimentos permitiram a triangulação dos dados, o que contribuiu para a construção de uma visão ampliada do objeto de estudo. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Participaram do estudo 95 acompanhantes em quatro unidades do HUB: Pediatria Clínica, Cirurgia Pediátrica, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. Os resultados demonstraram que o HUB recebe pacientes provenientes de Brasília, das cidades do Entorno e de outros estados brasileiros. Como essas pessoas estão a uma longa distância de sua moradia, a presença do acompanhante é cada vez mais constante nas unidades. A maioria dos acompanhantes pertence ao sexo feminino, sendo composta por mulheres adultas e jovens. No entanto, emergiu também a presença da figura do cuidador formal remunerado como acompanhante. Os entrevistados apontaram como inadequadas as acomodações a eles destinadas, especialmente aquelas destinadas ao repouso. Relataram, ainda, que o horário de visitas é pequeno e que o processo burocrático ao qual devem se submeter antes da visita restringe ainda mais esse período. Os acompanhantes referiram a presença de sentimentos conflituosos: por um lado emergem a tranquilidade pela possibilidade de poder estar junto à pessoa hospitalizada e, ainda, a gratidão relativa ao fato de contribuir para o enfrentamento da doença em um ambiente desconhecido. Por outro, despontam o esgotamento e a sobrecarga emocional por terem que se afastar de sua rotina de vida para estar no hospital. Ficou evidente que, embora a presença do acompanhante seja cada vez mais constante no espaço hospitalar, faltam, ainda, políticas específicas para sua orientação e definição do seu papel nesse contexto. Isso ocasiona insegurança sobre o que é permitido e/ou proibido fazer. Além disso, um horário de visitas restrito interfere na manutenção de vínculos da pessoa hospitalizada com seu entorno social. Cabe, portanto, aos gestores e profissionais de saúde trabalhar no sentido de construir políticas específicas que contemplem o papel do acompanhante e a inclusão de visitas abertas conforme o preconizado pela PNH.

Palavras-chave: Política de saúde. Humanização da assistência. Qualidade da assistência à saúde. Relações profissional-família. Relações familiares. Licença para cuidar de pessoa da família.

## ABSTRACT

Among the main guidelines proposed by the National Policy of Humanization (PNH, from Portuguese language), the presence of the companion and the open visit as devices to promote integral CARE to the hospitalized patient are indicated. Taking as reference the PNH, the main objective of this study was to know the attention destined to the caretakers and to verify how to establish the space of visitants at the Hospital Universitário de Brasília (HUB), as a way to develop integral strategies of shelter in this context. The methodological approach used was the case study, carried through by means of double approach: descriptive research from quantitative data obtained by the application of questionnaires containing closed and open questions; and qualitative research, that included documentary analysis, free observation and accomplishment of semi-structuralized interviews. These procedures had allowed the triangulation of the data, which contributed to the construction of an extended vision of the study object. The research project was submitted and approved by the Committee of Ethics in Research of the College of Medicine of the University of Brasilia. 95 companions participated of the study in four units of the HUB: Clinical Pediatrics, Pediatric Surgery, Medical Clinic and Surgical Clinic. The results had demonstrated that the HUB receives patients proceeding from Brasilia, of cities of the Entorno and from other Brazilian states. As these people are very far from their home, the presence of the companion is each time more constant in the units. The majority of the companions are of the feminine sex, adult and young women. However, the presence of the figure of the formal remunerated caretaker also emerged as accompanying. The interviewed people had pointed as inadequate the rooms destined to them, especially those destined to the rest. They also reported that the schedule of visits is short and that the bureaucratic process to which they are submitted before the visit reduces this period still more. The companions refer the presence of conflicting feelings: by one hand, there is the tranquility by the possibility of being able to be next to the hospitalized person, and, still, the relative gratitude to the fact of contributing for the confrontation of the illness in an unknown environment; by another hand, the exhaustion and the emotional overload by moving away from the routine of life to be in the hospital are present. It was evident that, even so the presence of the companion is each more constant time in the hospital space, still they lack to specific politics for its orientation and definition of its paper in this context. It was clear that, although the presence of a companion is ever more constant in the hospital space, there are still few specific policies for their guidance and definition of its role in this context. This causes uncertainty about what is allowed and/or forbidden to make. Moreover, a restricted visiting schedule interferes with the maintenance of bonds of the hospitalized person with his social surroundings. It is therefore up to the managers and health professionals working to build specific policies that include the role of the companion and the inclusion of open visits, as recommended by PNH.

Keywords: Health policy. Humanization of assistance. Quality of health care. Professional-family relations. Family relationships. Family leave.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1– Distribuição de leitos, porcentagem de acompanhantes e números de leitos ativos, nas unidades investigadas. ....  | 40 |
| Figura 2 – Composição do consolidado final dos resultados da pesquisa intitulada “O acompanhante e o espaço de visita: um estudo no Hospital Universitário de Brasília”.<br>..... | 49 |
| Figura 3 – Avaliação das instalações e das condições ambientais do hospital, de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010.....                     | 57 |
| Figura 4 – Avaliação do acesso e da prestação de serviços, de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010. ....                                      | 58 |
| Figura 5 – Avaliação sobre a clareza das informações oferecidas de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010. ....                                 | 59 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos acompanhantes entrevistados no HUB, 2009-2010. ....                   | 56 |
| Tabela 2 – Avaliação dos acompanhantes entrevistados no HUB sobre a qualidade do atendimento, 2009-2010..... | 60 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Quadro de Pessoal do Hospital Universitário de Brasília, 2011. .... | 50 |
| Quadro 2 – Horários de visitas no HUB .....                                    | 54 |

## LISTA DE SIGLAS

ACOMP PCIR – Acompanhante da Pediatria Cirúrgica

ACOMP PCLI – Acompanhante da Pediatria Clínica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CTPNH – Comitê Técnico do Programa Nacional de Humanização

DAEP – Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa

DAEP – Diretoria de Ensino e Pesquisa

DAEX – Diretoria Assistencial Executiva

DASA – Diretoria de Serviços Assistenciais

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HDFPM – Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HUB – Hospital Universitário de Brasília

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ONGs – Organizações não Governamentais

PNH – Política Nacional de Humanização

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UIP – Unidade de Internação Pediátrica

UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| Introdução .....  | 19 |
| Objetivo geral .....  | 26 |
| Objetivos específicos .....   | 26 |
| 1 Referencial teórico .....   | 27 |
| 1.1 A política de atenção à saúde em relação à permanência do Acompanhante no espaço hospitalar .....                             | 27 |
| 1.2 O acompanhante como elemento articulador para a promoção da humanização da atenção hospitalar .....                           | 30 |
| 1.3 A equipe de saúde, a organização do trabalho e a interação com os acompanhantes e as visitas no espaço hospitalar .....       | 33 |
| 1.4 A visita aberta e suas contradições .....   | 34 |
| 1.5 Ambiência.....  | 35 |
| 2 Abordagem metodológica .....  | 38 |
| 2.1 Delineamento da pesquisa .....  | 38 |
| 2.2 O local da pesquisa de campo .....  | 39 |
| 2.3 O percurso metodológico .....   | 40 |
| 2.3.1 Análise documental.....   | 41 |
| 2.3.2 Observações livres .....  | 42 |
| 2.3.3 Aplicação dos questionários .....   | 42 |
| 2.3.4 Entrevistas .....   | 44 |
| 2.4 Participantes da pesquisa .....   | 45 |
| 2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão: .....   | 45 |
| 2.5 Análise dos dados .....   | 45 |
| 2.5.1 Análise documental.....   | 46 |
| 2.5.2 Observações livres .....  | 46 |
| 2.5.3 Questionários.....  | 46 |
| 2.5.4 Entrevistas semiestruturadas.....   | 47 |
| 2.6 Procedimentos éticos .....  | 47 |
| 3 Resultados e discussão .....  | 49 |
| 3.1 Fase I: Análise documental: A participação do acompanhante e a organização das visitas no contexto organizacional do HUB..... | 49 |
| 3.2 Fase II: Avaliação dos questionários.....   | 55 |
| 3.2.1 Caracterização dos acompanhantes do HUB e sua percepção sobre a inserção no espaço hospitalar .....                         | 55 |

|  |    |
|--|----|
| 3.3 Fase III: Análise das entrevistas: O acompanhante no espaço hospitalar e o processo de inclusão da visita como dispositivos de humanização nos serviços de internação do HUB ..... | 64 |
| 3.3.1 Avaliação do acompanhante sobre o contexto organizacional para a inclusão da visita no HUB .....   | 65 |
| 3.3.2 O papel do acompanhante no contexto organizacional .....   | 72 |
| 3.3.3 Condições para a permanência do acompanhante no HUB .....  | 75 |
| Conclusões.....  | 82 |
| Referências .....  | 86 |
| Apêndice 1 .....   | 93 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (acompanhante) .....  | 93 |
| Apêndice 2 .....   | 94 |

## PRÓLOGO

Este trabalho é o resultado de minha trajetória profissional. Durante vários anos atuei na unidade de internação pediátrica do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) como enfermeira assistencial. Nesse período, concluí o curso de especialização em Saúde Pública e, em seguida, comecei a atuar como docente da Universidade de Brasília (UnB), na área de Enfermagem Pediátrica. Dessa forma, sempre estive em contato com acompanhantes de crianças e pessoas que as visitavam nas unidades de internação.

Com o decorrer dos anos, percebi que apesar dos avanços tecnológicos e da evolução do conhecimento acerca do processo de cuidar, tanto em nível nacional quanto internacional, os problemas inerentes à presença do acompanhante e da rede social da pessoa hospitalizada permanecem. Entre alguns aspectos que podem ser mencionados, estão os seguintes: dificuldades no processo de relação interpessoal; ausência de definição do papel do acompanhante no hospital; espaços e acomodações inadequadas para a permanência do acompanhante, normas e rotinas restritivas, incluindo-se o horário e o número de visitas reduzidas. Isso ocorre especialmente em hospitais da rede pública.

Portanto, durante o curso de mestrado realizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, decidi investigar a inserção do acompanhante nas unidades de internação pediátrica no Distrito Federal. O estudo envolveu todos os hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde e dois hospitais de grande porte da rede privada.

Ao final da pesquisa pude constatar, entre outras questões, que o perfil do acompanhante se modificou em função da inserção da mulher no mercado de trabalho. Dessa forma, outros membros da família ou da rede social onde está inserido o paciente assumem a função de acompanhante. No que se refere ao espaço físico, ocorreu uma redução significativa do espaço das enfermarias, uma vez que, além da cadeira destinada ao acompanhante na unidade, outros dispositivos passaram a ocupar esse espaço (oxímetro de pulso, bomba de infusão, dentre outros). Existe, ainda, uma definição dos espaços físicos de acordo com a estrutura dos serviços hospitalares, pois especialmente nos hospitais privados,

espaços como jardins e parques não geram retorno financeiro e não têm sido priorizados.

Outro aspecto que merece atenção é o fato de que a comunidade tem participado cada vez mais na assistência à criança hospitalizada e sua família, por meio dos serviços de apoio financeiro e emocional vinculados ao hospital (associações beneficentes, Organizações não Governamentais (ONGs) e outras instituições). Merece destaque a fragmentação observada no contexto da assistência da equipe multiprofissional, principalmente nos hospitais privados, como também, da ausência de uma rede sistematizada de orientações ao acompanhante.

Após a conclusão dessa etapa, senti a necessidade de começar a desenvolver atividades que pudessem, de certa forma, minimizar os resultados negativos encontrados na inserção do acompanhante e colocar em prática os conhecimentos adquiridos nesse percurso. Sob minha coordenação e em parceria com a professora Maria Dalva de Mello (*in memoriam*), teve início em outubro de 2001, o Projeto de Extensão de Ação Contínua “O acompanhante no setor pediátrico do Hospital Universitário de Brasília (HUB)”. Os problemas e conflitos decorrentes da permanência do acompanhante na pediatria se refletem no processo de trabalho da equipe de saúde e englobam vários aspectos, sejam eles de ordem objetiva ou subjetiva. Fica evidente a necessidade de serem desenvolvidas estratégias efetivas e afetivas junto às pessoas diretamente envolvidas, com o objetivo de contribuir para melhorar a dinâmica dos serviços e a qualidade de vida de pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

O trabalho teve início na unidade de Pediatria Clínica do HUB e foi realizado em momentos distintos. Inicialmente foram efetuadas entrevistas com os acompanhantes para conhecer a sua opinião sobre a unidade de pediatria como um todo. Em um segundo momento, foram realizadas oficinas de trabalho com a técnica de grupos focais, incluindo-se acompanhantes e profissionais de saúde, para compreender como esses atores percebiam a permanência do acompanhante na unidade de pediatria.

Do consolidado desse trabalho surgiram três níveis de atuação considerados importantes pelo grupo: 1. Ações internas à instituição, porém sem necessidade de recursos financeiros, que incluíam ações simples como a apresentação ao entrar na enfermaria, reuniões semanais para esclarecimento de dúvidas e discussão de

problemas; 2. Ações internas à instituição, mas que demandam a necessidade de recursos financeiros para reformas, compra de materiais adequados, dentre outros; 3. Ações em parceria com outras instituições<sup>1</sup>.

Esse processo aprimorou medidas como apresentação dos profissionais aos acompanhantes no espaço das enfermarias; apresentação pessoal e utilização do crachá de identificação; uso de uma comunicação mais funcional, por meio de uma linguagem clara e acessível para facilitar a compreensão das informações; horários de visita diferenciados para os pais; orientação dos acompanhantes no que se relacionava às normas e rotinas da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) no momento da admissão. Além disso, foi implementada a realização de reuniões semanais com os acompanhantes, um espaço para a discussão das orientações sobre o funcionamento da unidade, de dúvidas e problemas existentes e de temas educativos.

Atualmente, as reuniões ocorrem não apenas na clínica pediátrica, mas também na unidade de cirurgia pediátrica, por solicitação de sua chefia. Elas têm alcançado resultados positivos, uma vez que os acompanhantes percebem esse espaço como um momento de descontração e de desenvolvimento de uma atividade diversa da rotina hospitalar. O projeto conta, atualmente, em sua equipe, com a participação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dirce Guilhem, na coordenação, Enfermeira Tereza Garcia Braga, Chefe de Enfermagem da Pediatria Clínica, Enfermeira Simone Costa, Chefe de Enfermagem da Cirurgia Pediátrica, e de bolsistas de extensão.

Cabe ressaltar os benefícios que o projeto vem trazendo para os distintos atores envolvidos: acompanhantes, equipe de saúde e bolsistas, alunos do curso de graduação da área de saúde, dada a oportunidade de desenvolver uma visão diferenciada do acompanhante e da rede social da pessoa hospitalizada, aprimorando sua formação e qualificação profissional. Os resultados desse projeto foram apresentados em vários congressos, seminários, feiras de saúde e originou a publicação de artigos científicos, módulo de capacitação para a equipe de enfermagem, além de atender em média 600 acompanhantes a cada ano.

Dessa forma, é preciso obter compreensão e conhecimento mais amplos do que poderia ser realizado nesse espaço social, na expectativa de contribuir para melhorar as condições do acompanhante, que se constitui uma potência da rede

social que faz parte da vida da pessoa hospitalizada, como também, para a atuação dos próprios trabalhadores da equipe de saúde.

## INTRODUÇÃO

A presença do acompanhante junto ao usuário dos serviços de saúde e o horário de visitas são estratégias utilizadas para minimizar os efeitos negativos da internação, especialmente aqueles relacionados aos aspectos emocionais. Contribui ainda para fortalecer o núcleo familiar e social da pessoa hospitalizada, uma vez que, mesmo dentro de uma **realidade** diferente da sua, terá sempre a possibilidade de conviver ou encontrar com seus conhecidos, receber notícias de seu lar e de sua comunidade e, dessa forma, o hospital se torna um ambiente mais acolhedor<sup>2,3</sup>.

Entre os dispositivos preconizados pela Política Nacional de Humanização (PNH), temos o acompanhante e a visita aberta, abordados como importantes aspectos a serem aprimorados e/ou implementados, no sentido de promover atenção integral à pessoa hospitalizada<sup>2</sup>.

A PNH destaca a importância do acompanhante em uma perspectiva ecológica, tomando como pressuposto norteador

que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extrafamiliares, os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade. Nessa concepção ecológica, um membro da família (da rede social) presente configura-se essencial não só para acompanhar a pessoa internada, mas também para ser orientado no seu papel de cuidador leigo<sup>2:4</sup>.

Em estudo anteriormente realizado por esta pesquisadora no Hospital Universitário de Brasília (HUB), ficou demonstrada a importância para as instituições que incorporam a permanência do acompanhante de fazerem adaptações ou modificações em suas instalações físicas, na alocação de recursos materiais e financeiros para acomodar este novo ator, bem como a reestruturação de normas, rotinas e orientações para sua estadia na Unidade<sup>4</sup>.

Considera-se que a permanência do acompanhante no espaço hospitalar pode desencadear mudanças no cotidiano do hospital criando uma nova realidade com características ainda pouco definidas. São pessoas que se afastam do seu lar para permanecer na instituição, muitas vezes em acomodações inadequadas. Em alguns momentos, essa situação pode se traduzir em situações de ansiedade para o acompanhante, traduzidas como insegurança, ociosidade e relações conflituosas

com membros da equipe de saúde, o que afeta o bem estar da pessoa hospitalizada e conseqüentemente sua recuperação<sup>4,5</sup>.

Essa conquista do direito ao acompanhante junto às pessoas internadas foram avanços decorrentes da mobilização e organização de segmentos sociais e de sua incorporação nas diretrizes das políticas de atenção à saúde e, especificamente, na PNH. O seu texto consolida e amplia a participação e o direito ao acompanhante e recomenda, também, que as unidades de saúde se organizem para que o acompanhante possa cumprir a função de apoio familiar, compondo assim uma rede protetora à pessoa hospitalizada<sup>6-10</sup>.

Percebe-se que o acompanhante está cada vez mais presente em quase todas as unidades de internação, independente da faixa etária e de situações clínicas. Porém, essa inserção ocorre ainda de forma paradoxal, pois são muitos os desafios, tanto no âmbito institucional como no social – que inclui a clientela de acompanhantes e pacientes. É preciso conhecer a situação e adotar medidas para que haja uma melhor adaptação e respostas para resolução de problemas, visando à inclusão e participação do acompanhante no cotidiano hospitalar<sup>10</sup>.

Por sua vez, o horário de visita nos hospitais públicos é normalmente restrito, definindo-se algumas horas em determinados dias da semana para essa atividade, o que pode dificultar o acesso do núcleo social (familiares, amigos, comunidade) das pessoas internadas ao hospital. A necessidade da organização do acesso das visitas ocorre por diversas razões, inclusive de segurança da própria pessoa internada. Porém, adequar os horários de visita para que seja possível atender às necessidades do seu núcleo social (ou rede social) é uma questão para estudo e reflexão<sup>11</sup>.

Esses desafios perpassam o processo de mudança da cultura institucional para incluir a permanência do acompanhante nos diferentes cenários do cuidado em saúde. Abarcam as normas e rotinas instituídas, a reorganização do espaço físico e social do acompanhante e das visitas no hospital e a ressignificação dos papéis entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, os trabalhadores hospitalares de apoio os pacientes e seus acompanhantes. Alguns exemplos dos aspectos a serem discutidos e trabalhados são: horário restritivo das visitas, a falta de protocolos que orientem a atuação dos profissionais e dos acompanhantes no

espaço institucional e as expectativas de papéis entre os segmentos envolvidos (profissionais, pacientes e familiares)<sup>12</sup>.

Dessa forma, torna-se mandatória a reflexão sobre as práticas de gestão e do processo de cuidar que possam assegurar que a permanência do acompanhante venha contribuir para a integridade da pessoa hospitalizada e de seu núcleo social, em conformidade com o que preconiza a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar<sup>18</sup>.

Este trabalho, a partir dos preceitos da PNH, se propôs a analisar a situação do acompanhante e das visitas nos serviços de internação do HUB, de forma a contribuir para a compreensão e visibilidade social desse dispositivo terapêutico. Busca assim, fornecer elementos que possam orientar a gestão e os próprios trabalhadores na busca de estratégias e de ações mais efetivas e afetivas, construídas em parceria com os sujeitos diretamente envolvidos, para melhor ambiência na vida institucional e no atendimento dos preceitos relacionados à presença do acompanhante no cotidiano dos serviços de internação hospitalar. Para isso, torna-se preciso descrever a trajetória histórica e a evolução das políticas públicas que possibilitaram o espaço de visita e a permanência do acompanhante, e por outro lado, conhecer a percepção que os acompanhantes têm de sua permanência e do espaço de visita no HUB.

## **RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

A presença do acompanhante nas unidades de internação tem sido relatada como uma questão complexa. Sua permanência altera o cotidiano dessas unidades, provocando mudanças estruturais e organizacionais, delineando novos espaços de interações sociais, evidenciando a necessidade de estratégias efetivas junto às pessoas diretamente envolvidas.

No decorrer das atividades do projeto de extensão “O acompanhante no setor pediátrico do HUB”, referido anteriormente, a expressão dessas dificuldades se materializou por meio de críticas e comentários feitos pelos dois grupos (equipe e acompanhantes) e foram verbalizados por frases como: “há incompreensão das normas e rotinas da unidade”; “a maioria dos meus parentes e amigos não pode vir ao hospital no horário da visita”, “há dificuldade na aceitação de alguns procedimentos terapêuticos”; “há dificuldade em compreender a evolução do

processo de doença”; “há o desconhecimento da maioria dos profissionais da equipe que realizava os procedimentos sem a devida identificação”, entre outras.

Tomando por base essa vivência na pediatria e por considerar que a família, amigos e sua comunidade podem representar um potente recurso social de apoio às pessoas internadas no espaço hospitalar, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos quanto à percepção sobre a avaliação dos acompanhantes no que diz respeito à sua participação e compreensão das normas instituídas. Isso inclui o que eles pensam sobre o horário de visitas, o processo de cuidar, o ambiente e as orientações recebidas por parte da equipe de saúde.

Justamente por isso, este estudo que foi desenvolvido no HUB – hospital de ensino que se constitui em uma importante instituição de formação e capacitação de profissionais de saúde – e buscou conhecer e compreender como se dá a conformação da permanência do acompanhante no contexto hospitalar – em unidades de internação para adultos e crianças – como uma das possibilidades de contribuir para assistência integral e a humanização da assistência hospitalar. E, como consequência, colaborar para a organização institucional do espaço de visita por meio da elaboração de protocolos, normas, rotinas e ambiência, segundo as diretrizes da PNH.

Considerando o cenário descrito, acredita-se que este estudo possui relevância em diferentes esferas – social, institucional e acadêmica – e que serão apresentadas a seguir.

**Relevância social:** nessa esfera pode ser apontada a possibilidade de se construir e consolidar os seguintes aspectos:

- Disseminar uma nova cultura sobre a importância social e afetiva que representa o papel do acompanhante e da rede social para a pessoa hospitalizada.
- Evidenciar a importância da participação do acompanhante e das visitas no espaço hospitalar, respeitando-se os atores institucionais no que se refere aos seus limites e potencialidades como dispositivo terapêutico.
- Subsidiar gestores e gerentes de serviços de saúde para a adoção de estratégias no contexto da gestão e da assistência, visando à permanência do acompanhante e a consolidação do espaço de visita,

pautados nos princípios da PNH quanto ao acesso e a integralidade do cuidado.

**Relevância institucional:** a compreensão da história e da dinâmica estabelecida para a inclusão do acompanhante e da sedimentação do espaço de visita no espaço hospitalar é importante, pois contribui para:

- Favorecer a compreensão, pelos diferentes sujeitos que integram o espaço institucional do HUB – gestores, equipe de saúde, pacientes e seus familiares – sobre os limites e as potencialidades da permanência do acompanhante junto à pessoa hospitalizada.
- Subsidiar a reflexão de gestores e profissionais de saúde quanto às singularidades e complexidades relacionadas à permanência do acompanhante no contexto hospitalar.
- Favorecer a discussão sobre processos e práticas para viabilizar a presença do acompanhante e da rede social de apoio à pessoa hospitalizada.
- Definir o papel do acompanhante, tomando-se como referência as particularidades das clínicas e do processo de atenção ao paciente.

**Relevância acadêmica:** a inter-relação que se estabelece entre acompanhantes, pacientes e profissionais da equipe de atenção é importante, uma vez que favorece a possibilidade de:

- Refletir de forma multi e interdisciplinar sobre esse processo, com o objetivo de fornecer subsídios para a compreensão acerca da importância do papel do acompanhante e da rede social do paciente em seu processo de recuperação.
- Aproximar de forma precoce os estudantes da área da saúde para a necessidade de se estabelecer um processo de relacionamento interpessoal com o acompanhante, no sentido de consolidar o tratamento e o cuidado para os pacientes.
- Disseminar uma nova cultura que favoreça a aceitação do acompanhante no contexto de atenção à saúde.

- Favorecer a capacitação dos futuros profissionais em saúde – acadêmicos dos cursos de graduação e pós-graduação – para compreender a complexidade das relações no processo de atenção à saúde.
- Contribuir para o debate teórico-metodológico na análise das características e conformação das organizações para a permanência dos acompanhantes e consolidação do espaço de visita segundo diretrizes da PNH.

Dessa forma, e com o objetivo de facilitar a condução da pesquisa, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- Como se deu a construção do contexto histórico-organizacional para a inserção do acompanhante nos espaços de internação do HUB?
- Qual o perfil dos acompanhantes no HUB?
- Qual a avaliação que os acompanhantes possuem sobre o espaço de visita no HUB?
- Qual a percepção que os acompanhantes possuem sobre a organização do espaço físico e social para a sua permanência no HUB?
- Qual a avaliação que os acompanhantes fazem sobre as orientações recebidas e o atendimento prestado por parte da equipe de saúde no HUB?

Considerando os aspectos acima descritos, esta tese foi organizada obedecendo-se a seguinte sequência:

### **Apresentação dos objetivos:**

Descrição dos objetivos geral e específicos da pesquisa.

### **Capítulo 1: Referencial teórico**

Esta parte foi construída a partir de cinco eixos do conhecimento que permeiam o universo do acompanhante e da visita na instituição hospitalar: 1) A

política de atenção à saúde em relação à permanência do acompanhante no espaço hospitalar; 2) a figura do acompanhante como elemento articulador para a promoção da humanização da atenção hospitalar; 3) a concepção de visita aberta e suas contradições (horários de visitas); 4) a equipe de saúde, a organização do trabalho e a interação com os acompanhantes e visitas no espaço hospitalar; e 5) o conceito de ambiência e sua influência para a consolidação de atenção acolhedora, resolutiva e humana no âmbito hospitalar.

## **Capítulo 2: Abordagem metodológica**

Em primeiro lugar são discutidos os aspectos que contribuíram para a escolha da metodologia utilizada no estudo: um Estudo de Caso, com dupla abordagem: pesquisa descritiva por meio da utilização de dados quantitativos e pesquisa qualitativa. São apresentados os procedimentos de pesquisa, incluindo a pesquisa documental, observações livres, aplicação de questionários, realização de entrevistas semiestruturadas, o que permitiu a triangulação dos dados para construir uma visão ampliada do objeto de estudo. Foram descritos a forma de análise dos dados e os requisitos éticos utilizados na condução do estudo.

## **Capítulo 3: Resultados e discussão**

Nessa parte são apresentados os resultados da pesquisa, considerando-se as especificidades dos dados coletados nos diferentes procedimentos adotados. Esses resultados foram tratados para permitir estabelecer sua relação com os objetivos propostos, vinculando-os ao referencial teórico elegido.

## **Conclusões**

A partir da discussão dos resultados, são apresentadas as conclusões, que apontam para contribuição do estudo, as recomendações, que sinalizam para a modificação da política institucional, e as novas possibilidades de futuras pesquisas.

## **OBJETIVO GERAL**

Conhecer a atenção destinada aos acompanhantes de pacientes e verificar como se estabelece o espaço de visitas no Hospital Universitário Brasília (HUB), como forma de desenvolver estratégias integrais de acolhimento neste contexto.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar o perfil dos acompanhantes de pacientes no HUB: Clínica Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica.
2. Conhecer a percepção que os acompanhantes possuem sobre sua permanência nos espaços de internação do HUB.
3. Verificar como os acompanhantes avaliam o espaço de visitas do HUB.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

A Política Nacional de Humanização (PNH) representa o referencial teórico natural para esta pesquisa, uma vez que congrega em seus preceitos, objetivos e em todo seu conteúdo, a fundamentação necessária para a compreensão da importância que o acompanhante e a visita representam para a promoção de assistência integral prestada às pessoas hospitalizadas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A inclusão da rede social dessas pessoas, por meio da consolidação do espaço de visita contribui, ainda, para modificar a visão que a sociedade possui sobre a instituição hospitalar.

### 1.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE EM RELAÇÃO À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE NO ESPAÇO HOSPITALAR

O SUS adota atualmente, em praticamente todos os seus hospitais, a estratégia de permanência do acompanhante ao lado das seguintes pessoas: parturientes e puérperas (alojamento conjunto), crianças e adolescentes, idosos, deficientes, e pacientes graves<sup>6-10</sup>.

No que se refere aos horários de visitas para os familiares e amigos das pessoas hospitalizadas, as rotinas variam de acordo com os serviços. Para conhecer esse cenário, foi feita uma breve retrospectiva histórica das mudanças que ocorreram no campo da saúde e que tiveram influência no panorama atual.

No Brasil, o movimento da reforma sanitária se concretizou com a implantação do SUS. O Sistema teve sua origem em princípios e proposições elaborados por movimentos sociais, consolidando-se por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988<sup>13</sup> e do Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>14</sup>. A partir de então, toda a população brasileira passou a ter, por lei, acesso a atendimento público de saúde definido como “direito de todos e dever do Estado”. O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, e tem como princípios fundantes a universalidade, a integralidade e a equidade, que são por vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários. Compreende, ainda, os

princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização como requisitos organizacionais do sistema<sup>13,14</sup>.

Antes disso, porém, a assistência médica, dentro de um sistema, plural esteve a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e atendia aos empregados que contribuíssem para a previdência social, os sistemas privados ou buscavam serviços liberais<sup>15</sup>.

Segundo Feuerwerker, o processo de construção de SUS acumulou nas últimas décadas grandes avanços, mas está ainda muito distante da reforma sanitária inicialmente idealizada<sup>16</sup>. Segundo a autora,

o modelo tecnoassistencial, a organização da gestão e as maneiras como se faz a política de saúde são todos elementos críticos nesta situação, pois contribuem ou dificultam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS. Por essa razão estes são temas de relevância fundamental para os formuladores das políticas, gestores do SUS em todas as esferas e atores implicados com a construção democrática da saúde no país<sup>16: 491</sup>.

É nesta mesma linha de pensamento que Lopez (2004) aponta para o fato de que o atual modelo de assistência apresenta debilidades do ponto de vista da consecução de mudanças concretas no seu modo de operar, que ainda encontra-se centrada na assistência hospitalar<sup>17</sup>.

No entanto, para que seja possível tanto a possibilidade de garantir o direito constitucional de acesso à saúde para todos como a adoção do princípio de integralidade, e considerando-se o fato de que os aspectos afetivos e psicológicos devem ser atendidos nesse contexto, consolidou-se a proposta da Política Nacional de Humanização de Atenção e da Gestão da Saúde. A elaboração e divulgação dessa política foram de fundamental importância para atender à Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual a humanização é considerada como uma dimensão essencial e que deve perpassar de forma transversal toda a rede SUS no que se refere à gestão, ao cuidado e aos atores envolvidos no processo de atenção à saúde: trabalhadores, gestores e usuários e sociedade em geral<sup>18,19</sup>.

Sob essa ótica, a humanização deve ser compreendida como um processo de valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. A política está orientada por valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos,

a corresponsabilidade entre eles, estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) tem como princípios norteadores<sup>13</sup>:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos<sup>13:9</sup>.

A PNH define em suas diretrizes específicas os parâmetros para o nível de atenção no âmbito hospitalar, entre os quais se destacam os seguintes aspectos: 1. garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante; 2. mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários; 3. mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores; 4. equipe multiprofissional (minimamente composta por médico e enfermeiro) de atenção à saúde para seguimento das pessoas internadas e com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social<sup>18</sup>.

Nesse cenário, a PNH dissemina algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da saúde, como a de visita aberta\* e direito ao acompanhante<sup>2,11</sup>. Aponta, também, para a necessidade de redimensionar o espaço de visita e do acompanhante, no sentido de favorecer a estadia da pessoa hospitalizada no que se refere a: facilitar o fluxo de informações; ajudar a identificar

---

\* **Visita aberta:** proposta cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, tornando, dessa forma, latente o projeto de vida do paciente.

suas necessidades; manter a sua inserção social, incluir a comunidade nos seus cuidados; e fortalecer sua confiança<sup>2,3,11</sup>.

## 1.2 O ACOMPANHANTE COMO ELEMENTO ARTICULADOR PARA A PROMOÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

O texto da PNH aponta que o acompanhante é o representante da rede social da pessoa internada, agente que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde<sup>3</sup>. Representa a possibilidade de fornecer à pessoa hospitalizada um vínculo com sua realidade social e que nesse momento encontra-se distante de suas possibilidades.

A atenção integral ao paciente no hospital representa “o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidade de saúde que, por certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”<sup>19a:197</sup>. Olhar a pessoa hospitalizada de forma integral significa inclusive compreender que ela faz parte de uma unidade familiar e de uma rede social, da qual não deve ficar totalmente excluída no período de sua institucionalização. Essa interação contribuirá para garantir sua plena recuperação. Portanto, a permanência do acompanhante e a constituição do espaço de visita, fortalecem esse vínculo familiar e social da pessoa internada<sup>20</sup>.

A PNH define redes sociais como um sistema aberto em permanente construção, que se constrói individual e coletivamente. A rede social da pessoa hospitalizada abrange não apenas sua família, mas também amigos e comunidade (como as instituições religiosas), que fazem parte do seu cotidiano fora do hospital<sup>2</sup>.

A família tem sido descrita como um sistema aberto que interage livremente com o ambiente. Ela cresce, evolui e se desenvolve no decorrer do tempo e do espaço, formando um grupo social que se inter-relaciona de forma constante e, conseqüentemente, o que afeta um membro atinge todos os outros componentes da unidade familiar e de sua rede social<sup>21,22</sup>.

A família representa, ainda, um espaço que se configura e se reconfigura por meio de constantes modificações, influenciadas pelas transformações da sua própria organização familiar e das transformações originadas na sociedade contemporânea. Tradicionalmente, a família detinha a função de proteção e bem-estar de seus membros, que era exercida juntamente com a igreja e com a comunidade, por meio de um movimento de naturalização da solidariedade familiar. Somente a partir do

século XX a proteção social passou a ser reconhecida como responsabilidade pública e direito do cidadão<sup>23</sup>.

Quando se analisa o direito ao acompanhante, é necessário lembrar que até o final do século XVIII os hospitais eram considerados locais de assistência aos pobres, onde o doente era isolado para proteção da sociedade. A partir da botânica classificatória de Lineu, adotou-se o modelo de compreensão modificado da doença: o indivíduo sadio que, submetido às ações do meio, adoece<sup>59</sup>. Com base nesse modelo, o hospital passou a ser um instrumento terapêutico, tomando como referência o seu próprio espaço, a análise a vigilância do doente e da transformação das condições do meio ambiente; e, ainda pela utilização de registros permanentes de suas atividades e, conseqüentemente, tornou-se local de acúmulo e transmissão de saberes<sup>4</sup>.

À medida que novos conhecimentos no campo da saúde contribuem para a melhoria nos diagnósticos, tratamentos e profilaxias das doenças, o nível de complexidade e resolutividade hospitalar foi viabilizando tratamento eficaz em menos tempo e menor de internação<sup>4</sup>.

O processo de humanização teve início nas unidades pediátricas e o marco simbólico foi à inserção do acompanhante durante o período de internação da criança. Até esse momento, a família só poderia estar ao seu lado nos períodos destinados à visita, que em geral ocorriam uma vez por semana<sup>1</sup>.

Os avanços legais possibilitaram a ampliação do direito da participação do acompanhante junto à criança e ao adolescente no cotidiano das instituições hospitalares a partir de 1990, às parturientes nas unidades de obstetrícia em 1990 e, de acordo com o grau de dependência, a deficientes físicos e/ou mentais e pacientes graves em 1999. Esse direito foi posteriormente estendido aos idosos, em 2003<sup>6-10</sup>.

Estudo publicado no ano de 2000 e que tinha o objetivo de compreender a experiência de ser acompanhante de paciente adulto hospitalizado, identificou que, apesar de persistirem as condições desfavoráveis, o acompanhante continuava presente na unidade de internação de adultos, em número crescente. As enfermeiras solicitavam ao familiar que permanecesse com o seu paciente, para atenderem às suas necessidades, principalmente as emocionais e pelo aumento do número de pacientes internados. A conclusão do estudo forneceu subsídios para:

– refletir a prática profissional no gerenciamento da unidade, considerando o acompanhante como elemento importante para ajudar na recuperação do paciente; – repensar na necessidade de criar uma política de atendimento ao acompanhante; – discutir com a equipe de enfermagem a importância da presença do acompanhante; – inserir o tema acompanhante no curso de graduação em enfermagem; para melhorar a assistência de enfermagem ao paciente, com a presença do acompanhante<sup>24:106-7</sup>.

Outro estudo, desenvolvido em um Hospital do Governo no Espírito Santo, verificou que, durante sua permanência no hospital, os acompanhantes entrevistados relataram vivenciar dificuldades relacionadas a questões de infraestrutura da instituição e falta de conforto. Apresentaram no período de acompanhamento alterações físicas (cansaço) e emocionais (medo, tristeza, nervosismo, insegurança, fragilidade e solidão)<sup>25</sup>.

Pesquisa realizada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr, na cidade do Rio Grande, investigou a percepção da equipe de enfermagem acerca do acompanhante e concluiu que sua presença contribuía para o apoio emocional à criança, colaborava no desenvolvimento do trabalho da equipe de enfermagem e, quando surgiam conflitos, os membros da equipe de enfermagem resolviam as questões por meio do diálogo com o acompanhante. A equipe procurava compreender o contexto no qual as famílias estavam inseridas, suas crenças e valores, formas de cuidar, recursos para prestar o cuidado à criança e rede de apoio social, o que tornou possível adequar o cuidado de enfermagem ao binômio familiar/acompanhante e criança<sup>26</sup>.

Montefusco et al<sup>27a</sup> realizaram entrevistas, com pessoas que acompanhavam a pessoa hospitalizada, fosse um ou mais familiares, mediante aplicação de um roteiro sistematizado que abordava a avaliação da estrutura (interna, externa e contextual), do desenvolvimento e do funcionamento no estudo. Não foram detectados diagnósticos de bem-estar, mas identificados, na maioria das famílias, o diagnóstico de tensão do papel de cuidador (100%), comunicação verbal familiar prejudicada (75%), processos familiares interrompidos e manutenção do lar prejudicada (66% cada). Os autores argumentaram que “as interações sociais no contexto da estrutura externa das famílias revelam um panorama de poucas redes de apoio e vínculo com as instituições e com as pessoas que existem próximas aos remanescentes do núcleo familiar”<sup>27a:79</sup>.

Outro estudo realizado em uma unidade de internação pediátrica de um hospital escola geral da cidade de São Paulo, integrado ao SUS, detectou

sentimentos de angústia, cansaço e ansiedade por parte dos acompanhantes (nesse caso, quase sempre representados pela mãe) além de sentimentos de ambiguidade. Ao mesmo tempo em que desejava permanecer ao lado do filho, a mãe sentia falta do seu cotidiano e percebia a importância do grupo de apoio do hospital destinado aos acompanhantes, como forma de propiciar a elas melhores condições de enfrentamento da situação. Com esse espaço para as mães, também favorece a interação mãe/equipe de enfermagem<sup>28</sup>.

Para os atores sociais que participam e/ou atuam no espaço hospitalar é importante refletir e problematizar sobre a importância que exerce a presença da família e de sua rede social para a pessoa hospitalizada. Gestores e profissionais que exercem a função de fornecer a assistência direta devem compreender que o processo de humanização pressupõe a incorporação do acompanhante, o que contribuirá para o processo de recuperação da pessoa que é alvo do cuidado prestado.

### 1.3 A EQUIPE DE SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A INTERAÇÃO COM OS ACOMPANHANTES E AS VISITAS NO ESPAÇO HOSPITALAR

O atendimento à pessoa hospitalizada é o resultado da soma de vários atos, procedimentos, fluxos e saberes que se completam e devem ser organizados pela gerência, no sentido de garantir sua eficácia e efetividade<sup>19,22</sup>.

O hospital reúne uma diversidade de pessoas com vários níveis de conhecimento e distintas histórias de vida que fazem parte das diferentes equipes – administrativa, suporte (limpeza, manutenção, por exemplo), saúde entre outras, que se somam a pessoas em distintas fases do ciclo de desenvolvimento humano e que são atendidas na instituição. As relações humanas que se estabelecem entre esses grupos heterogêneos nem sempre são produtivas, o que resulta em conflitos decorrentes do encontro de distintas realidades em um mesmo espaço, e que requer preparo, em especial por parte da equipe de saúde<sup>20,65</sup>.

As relações que se estabelecem no contexto hospitalar tendem a ser verticalizadas, ou seja, quem tem mais conhecimento – como os profissionais da saúde – assume posição predominante na relação com os acompanhantes e as visitas. Isso os coloca em uma situação de subordinação e dominação, e o uso cada vez maior de tecnologias duras (equipamentos e dispositivos mecânicos) distancia as pessoas e reduz aspectos fundamentais como a escuta, o vínculo, a

responsabilização, entre outros, o que por vezes inibe uma atuação mais efetiva junto a seu ente internado<sup>20,26</sup>.

Guilhem<sup>43:66</sup> assinala a necessidade de “que seja feito um amplo questionamento sobre as estruturas de dominação presentes na sociedade e que perpetuam as situações de vulnerabilidade a que as pessoas estão expostas”. Rever as relações sociais em uma instituição hospitalar é um desafio complexo, porém necessário para modificar esse cenário.

O cotidiano do acompanhante e das visitas no âmbito hospitalar está cercado, na atualidade, de recomendações contidas em normas e rotinas que os acompanham desde sua admissão até o momento da alta da pessoa hospitalizada. Em quase todas as unidades de internação hospitalar os horários de visitas são reduzidos, assim com o número de pessoas que pode visitar os pacientes simultaneamente<sup>5</sup>.

#### 1.4 A VISITA ABERTA E SUAS CONTRADIÇÕES

Trazer o cotidiano para o contexto hospitalar não é um processo simples. Justamente por isso, uma das propostas defendidas pela PNH e que remete à introdução da visita aberta nos hospitais poderá ser implantada apenas após sua discussão com toda a equipe da unidade. A sua institucionalização deverá ocorrer de forma organizada, o que permitirá redimensionar o espaço de visita, ampliando-se o horário e permitindo o acesso de um maior número de visitantes. No entanto, deverão ser observadas as especificidades das unidades de internação<sup>2</sup>.

Estudo de revisão bibliográfica sobre o horário de visitas revelou que em 125 hospitais dos Estados Unidos, cerca de 40% dos mesmos permitiam visitas por quase todo o dia. Já no Reino Unido, dos 404 hospitais analisados, 33% deles liberavam a visita também por quase todo o dia, sem prejuízo à sua dinâmica. Nos hospitais do Reino Unido ficou estabelecido, em acordo efetuado entre pacientes, familiares e enfermeiras, qual seria o número de visitantes, a época e a duração de uma visita, considerando-se que o horário das visitas deveria ser programado com cuidado para que não houvesse prejuízos ou sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde<sup>29</sup>.

No Brasil, a maioria dos hospitais da rede particular tem um horário de visitas ampliado que envolve o período da tarde e uma parte da noite. Esse horário permite a quem trabalha durante o dia estar junto da pessoa internada no período noturno e

para os membros da família e amigos que tiverem disponibilidade, acompanhar o paciente por grande parte do dia. O número de pessoas que pode entrar em cada período varia de acordo com o hospital, mas gira em torno de três ou mais pessoas de cada vez. Esse procedimento não interfere na rotina do hospital, mas existem unidades onde as visitas são restritas, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) onde o horário varia de uma a duas horas<sup>30-33</sup>.

Na maioria dos hospitais públicos do Distrito Federal o horário de visitas nas UTIs também é restrito, geralmente entre uma e duas horas por dia. Essa também é a prática adotada na instituição estudada, o HUB<sup>34</sup>, onde o horário de visitas em todas as unidades de internação, inclusive UTIs, é de uma hora por dia (das 15h às 16h) todos os dias da semana. Porém o paciente pode receber apenas uma pessoa de cada vez.

A ampliação no horário de visitas fornece à pessoa hospitalizada e ao seu acompanhante a oportunidade de acessar um pouco do seu cotidiano, um resgate que contribui para diminuir o medo do ambiente hospitalar e torna o internado mais cooperativo em relação ao tratamento<sup>2</sup>.

A ampliação do horário de visitas e a permanência do acompanhante ao lado da pessoa hospitalizada são, certamente, dispositivos corretos e importantes dentro da política de Humanização do SUS. Porém, conforme já foi constatado na prática, por meio dos exemplos acima mencionados, para que esse processo de inserção da rede social da pessoa hospitalizada seja tranquilo, faz-se necessário que a equipe de saúde participe do processo de tomada de decisões quanto ao estabelecimento de procedimentos relacionados à incorporação dessas mudanças no cenário hospitalar e não seja deixada apenas para os gestores da instituição essa responsabilidade.

## 1.5 AMBIÊNCIA

Sob essa perspectiva, é importante entender o conceito de ambiência, que se traduz não apenas como espaço físico adequado ao funcionamento do hospital, mas envolve o reconhecimento do hospital como espaço de interações sociais. Nesse local, um determinado grupo de pessoas interage por algum tempo e, portanto, deve atender às necessidades de todo o grupo para que o processo de estar no hospital seja uma experiência mais tranquila e produtiva. Ambiência envolve a concepção de “tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de

relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana”<sup>3</sup>.

O hospital deve estar preparado para acolher não apenas a pessoa internada, mas também sua rede social: visitas e acompanhantes, e todos que nele trabalham. Isso implica a necessidade de atuar em vários níveis, entre eles o de relações humanas, de arquitetura e, por outro lado, inclui o nível de ideologia e de missão do hospital.

Nos últimos anos, existe a tendência de adoção do modelo tecnoassistencial, que exige deslocar seu eixo na direção de um relacionamento onde a comunicação usuário-trabalhador adquire grande relevância na medida em que fortalece todo processo de assistência<sup>65</sup>.

A arquitetura hospitalar estabelece um papel fundamental no que se refere ao conforto dos clientes de saúde e do espaço para os trabalhadores da saúde. Alguns fatores devem ser considerados na construção de uma instituição hospitalar, como o terreno, o seu entorno, a insolação, a acústica, a facilidade de acesso, a movimentação, entre outros. É importante, ainda, obter informações sobre as necessidades estruturais e tecnológicas por meio do conhecimento de dirigentes, médicos, enfermeiros, nutricionistas dentre outros profissionais envolvidos. Influencia, também, diretamente sobre a utilização de fluxos corretos de entrada e saída de material infectante (roupas, lixos, equipamentos entre outros)<sup>35,36,65</sup>.

Diante da concepção acima referida, o dimensionamento, a localização e o uso de espaço físico de qualquer hospital são de extrema importância, pois estão intimamente relacionados à segurança, ao conforto e, conseqüentemente, à humanização do atendimento ao cliente de saúde<sup>13</sup>.

A flexibilidade da planta física, além de oferecer garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, oferece também prevenção de acidentes biológicos. É dever do administrador hospitalar fornecer o melhor atendimento possível, considerando o ambiente físico e emocional. Portanto, deve criar ambientes que ofereçam espaços físicos que visem ao conforto, mas que considerem a privacidade e a individualidade dos clientes atendidos, possibilitando o respeito aos valores culturais, à autonomia e à vida coletiva, além de contribuir para a promoção do bem-estar, desfazendo com isso o mito de que as unidades de saúde são frias e hostis<sup>37</sup>.

O modelo assistencial da saúde traçado pela PNH tem como diretrizes fundamentais: o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolutividade, em todos os níveis de atenção à saúde, a saber<sup>13</sup>:

- O acolhimento: postura ética, ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde, o que implica entre outros, em uma postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde do usuário.
- Vínculo: assunção do paciente à condição de sujeito que fala e deseja e julga, sem o que, não se estabelecerão relações profissionais/ pacientes.
- Responsabilização: o usuário necessita conhecer/reconhecer a equipe responsável pelo seu cuidado, que responda por todos os aspectos de sua pessoa.
- Resolutividade: compromisso do trabalhador de saúde ou equipe de saúde de resolver em nível local ou encaminhar, garantindo dessa forma efetividade do processo de assistência.

Aspectos contidos na concepção de ambiência, como o espaço físico e social adequados para todos que interagem no hospital, necessitam ser pesquisados e discutidos, em busca de uma atenção mais integralizada à pessoa hospitalizada, seu acompanhante e sua rede social.

## 2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se a modalidade de estudo de caso, com dupla abordagem: pesquisa descritiva por meio da utilização de dados quantitativos e pesquisa qualitativa, considerando-se que o presente estudo envolve aspectos objetivos – delineamento e implantação de políticas públicas de acolhimento e humanização da assistência; construção histórica da trajetória que possibilitou a permanência do acompanhante no HUB –, facetas que permeiam os aspectos subjetivos, representados pela análise das relações humanas em unidades hospitalares.

### 2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A modalidade de pesquisa definida como estudo de caso atende aos objetivos desta pesquisa porque busca alcançar duplo propósito. Ao mesmo tempo em que pretende obter uma compreensão abrangente do indivíduo, do grupo, da instituição ou do tema de estudo, incorpora a possibilidade de desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre as regularidades do processo e as estruturas sociais. É utilizado, portanto, para adquirir conhecimento sobre determinado fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso<sup>38</sup>. O estudo de caso favorece, ainda, realizar a triangulação de dados, sejam eles quantitativos, qualitativos ou documentais<sup>39</sup>, o que permite analisar de forma ampliada e profunda, a partir da inclusão de diferentes vozes e novos olhares o objeto de estudo.

A questão central desta pesquisa está voltada para dois atores importantes no processo de atenção e recuperação de pessoas hospitalizadas: o(s) acompanhante(s) e o(s) visitante(s) e sua inserção no HUB. As últimas décadas têm sido palco da realização de vários estudos sobre o tema e ganhou maior visibilidade a partir do momento em que se transformou em uma das diretrizes da PNH, por meio da publicação de uma de suas cartilhas dedicada a esse tema e intitulada *Visita aberta e o direito ao acompanhante*<sup>2,5</sup>.

Os problemas detectados, em especial a partir da década de 1990, quando a presença do acompanhante se tornou obrigatória em algumas unidades, se aprofundaram a partir de sua incorporação cada vez maior em outras unidades

hospitalares. Outro ponto de litígio é o horário de visitas e quais seriam as pessoas que podem ter acesso ao paciente. As discussões giram em torno da seguinte questão: a quem atende essa rotina da instituição: ao paciente, sua família ou à equipe de saúde? Os questionamentos demonstram a necessidade de desvelar os aspectos que favorecem ou dificultam a interação entre a equipe de saúde e a rede social do paciente que se faz presente dentro do hospital, quer na figura do acompanhante ou de seu visitante. Por esse motivo, a opção por desenvolver um estudo de caso com diferentes procedimentos de busca e análise dos dados.

No propósito traçado, a abordagem qualitativa é pertinente, por ser este um enfoque metodológico que permite analisar o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos e nas representações e abre um amplo espectro para a interpretação dos conteúdos expressos<sup>40</sup>.

A pesquisa qualitativa ressalta processos sociais que não podem ser quantificados, e por isso é muito utilizada em estudos na área de saúde<sup>41</sup>, com base na possibilidade que este tipo de pesquisa oferece de construção da compreensão de relações humanas dentro do processo de saúde e da doença. Isso permite traçar um recorte de uma situação complexa da vida, e trazer à tona aspectos novos não detectados em estudos semelhantes, com um planejamento minucioso, que garanta sua validade e replicabilidade<sup>42</sup>.

Os dados quantitativos, obtidos através de questionários, viabilizam uma descrição mais adequada das características do grupo estudado, como aspectos sociodemográficos, e têm importante função de mensuração de variáveis individuais ou grupais. Não existe restrição ao número de perguntas, que depende da complexidade das informações a serem coletadas, e as questões podem ser abertas ou fechadas. Ou seja, tais dados possibilitam uma visão geral dos acontecimentos<sup>46</sup>.

Dessa forma, a discussão e comparação dos dados quantitativos com a pesquisa descritiva ampliam a visão e o entendimento do fenômeno, por parte do pesquisador.

## 2.2 O LOCAL DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB), que tem como missão cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde (SUS), participa do processo de Humanização e de Acreditação e busca ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de

média e alta complexidade, ensino e pesquisa, em um contexto humanizado e interdisciplinar<sup>34</sup>.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2009 a novembro de 2010. O HUB foi definido pelo conhecimento prévio dos espaços e da organização da instituição por parte da pesquisadora, o que ajudou no acesso e na fixação das unidades de internação pesquisadas. A escolha das unidades foi baseada em dois aspectos: tempo de permanência das pessoas hospitalizadas por médio e longo prazo e a presença de acompanhantes junto a essas pessoas na unidade.



**Figura 1– Distribuição de leitos, porcentagem de acompanhantes e números de leitos ativos, nas unidades investigadas.**

Fonte: Serviço de Estatística do HUB, junho de 2008.

Na figura acima, pode-se observar que as clínicas cirúrgica e pediátrica têm um tempo médio de permanência curto, porém o estudo incluiu as quatro clínicas. O motivo inicial foi o fato de que reformas reduziram muito o número de internações em algumas clínicas. Posteriormente ficou claro que em todas as clínicas os acompanhantes que permaneciam por tempo prolongado nas unidades participavam com interesse semelhante do estudo.

### 2.3 O PERCURSO METODOLÓGICO

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas simultâneas e complementares: a) pesquisa documental, b) observações livres, c) coleta de dados com a aplicação de questionários, e d) realização de entrevistas semiestruturadas, estes últimos dois procedimentos foram realizados junto aos acompanhantes dos

pacientes. Dessa forma, os dados gerados permitiram construir uma visão mais abrangente do objeto de estudo e poderão contribuir para a elaboração de diretrizes que atuem como ferramentas para promover atenção integral à pessoa hospitalizada, ao acompanhante e à sua rede social.

### **2.3.1 Análise documental**

A pesquisa documental é uma das técnicas realizadas com o objetivo de recolher informações prévias sobre o campo de interesse<sup>42</sup>. A memória humana, apesar de guardar muitas recordações, esquece aspectos e detalhes importantes sobre um determinado fato. Por isso, o documento escrito constitui-se em uma fonte segura para os pesquisadores<sup>43</sup>.

Neste estudo, a pesquisa documental foi realizada com a finalidade de conhecer o percurso histórico que permitiu a inserção e a institucionalização do acompanhante no HUB e sua relação com a implantação da PNH. Foi realizada durante todo o período da pesquisa de campo, incluindo-se todos os níveis hierárquicos do HUB e os locais que pudessem fornecer informações sobre esse processo.

Os documentos escritos foram reproduzidos para posterior análise. Porém, considerando-se sua escassez e limitações, optou-se por narrativas de informantes-chave que tivessem atuado como testemunhas históricas oculares para complementar as informações. Contou-se com a colaboração das chefias de unidade e de pessoas mais antigas no HUB que indicaram quatro pessoas, três da enfermagem e uma médica que já havia se aposentado e não foi localizada.

Entre o período de novembro de 2009 a novembro de 2010, realizou-se o levantamento dos registros documentais do HUB: protocolos, normas e rotinas, memorandos, entre outros elementos constitutivos que permitissem fazer a caracterização da trajetória da permanência do acompanhante e da institucionalização do horário de visitas naquela entidade.

Além disso, foram também coletadas as narrativas dos atores-chave, e que são compreendidas como uma forma de obter informação sobre a experiência pessoal no que se relaciona ao assunto estudado. Elas reconstróem ações e contexto vivenciados: o fato de várias pessoas narrarem os mesmos acontecimentos diminui a possibilidade de falhas na versão final<sup>43,46</sup>.

### 2.3.2 Observações livres

A observação livre é aquela que se pratica sem nenhum plano previamente estabelecido. Caracteriza-se pela ausência de estrutura. Sendo definida como a possibilidade de

observar um “fenômeno social” significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações etc.<sup>44:153</sup>.

Foi utilizada durante o período de análise documental e da realização de entrevistas com o objetivo de complementar as informações obtidas. Cada uma das unidades foi observada durante 10 horas. Nesse período, a pesquisadora ficou durante quinze minutos no posto de enfermagem, trinta minutos andando pelo corredor para observar o movimento da clínica, quinze minutos sentada na entrada das enfermarias. Algumas vezes, a observação era realizada no pátio interno e no entorno do hospital. Esse processo se repetiu até completar o tempo previsto e sempre no período da manhã.

As anotações de campo realizadas ao longo desse tempo não seguiram forma específica de organização. Ou seja, as anotações incluíram apenas as informações consideradas importantes no momento.

Os dados obtidos nessa etapa, ainda que não tenham sido organizados com rigor, colaboraram para complementar os dados da pesquisa. Trouxeram informações importantes sobre as interações cotidianas que enriqueceram e trouxeram maior clareza às informações obtidas de outras fontes.

### 2.3.3 Aplicação dos questionários

Segundo Richardson, o uso do questionário tem como objetivos a descrição de características demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade dentre outras), sendo utilizados para mensurar dois grupos variáveis de um grupo social. O autor enfatiza que uma de suas vantagens é a possibilidade de obter informações de um grande número de pessoas em um curto período de tempo<sup>45</sup>.

Neste estudo, em acordo com o modelo proposto por Swan<sup>70</sup>, foram utilizados dois construtos básicos para investigação e que estão relacionados à experiência do usuário, nesse caso, o acompanhante, que incluíram a sua percepção sobre o

desempenho do serviço e a satisfação geral do usuário no que se refere a instalações, equipamentos, condições ambientais, acesso e presteza do serviço, qualidade do atendimento, clareza das informações oferecidas.

O questionário de coleta de dados, composto por perguntas fechadas e abertas, incluiu dois blocos de perguntas: Parte I: Perfil sociodemográfico dos acompanhantes, e Parte II: Percepção do acompanhante sobre sua inserção no contexto hospitalar, na qual foram incluídos aspectos considerados chave, tais como qualidade dos serviços e instalações, acessibilidade, qualidade da relação com os profissionais e qualidade do atendimento da equipe de saúde. Foi formulado seguindo uma escala com as seguintes opções de resposta para cada aspecto: muito fraco (MF); fraco (F); regular (R); Bom (B); muito bom (MB); não tenho como avaliar (NA).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado tomando-se como referência as partes I e II de um documento previamente elaborado e validado pelo Comitê Técnico do Programa Nacional de Humanização (CTPNH)<sup>46</sup>, com adaptações para o presente estudo (Apêndice 2).

Participaram dessa etapa da pesquisa os acompanhantes presentes nas unidades no período da pesquisa, perfazendo um total de 95 pessoas provenientes das seguintes unidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica e Cirurgia Pediátrica. Vale ressaltar que o Hospital passou por reformas estruturais nas unidades durante esse período, greves dos funcionários e, também, por um episódio em que o Pronto Socorro permaneceu fechado, o que diminuiu em muito o número de pessoas hospitalizadas, e, portanto, de acompanhantes. O questionário foi aplicado por bolsistas de extensão, após treinamento teórico e prático e sob a supervisão da pesquisadora. O programa de treinamento incluiu a apresentação e discussão sobre a pesquisa, o instrumento de coleta de dados e as formas de abordagem dos potenciais participantes. Foi feita a simulação dos procedimentos necessários à obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e elucidados os pontos de dúvida e as possíveis lacunas do processo.

Após a elaboração do instrumento e antes de sua aplicação na pesquisa, foi realizado um estudo piloto para testar a compreensão do instrumento e realizar os ajustes necessários, o que foi realizado no período de maio a junho de 2009. O

modelo validado foi aplicado nas unidades selecionadas no período de novembro de 2009 a novembro de 2010.

### 2.3.4 Entrevistas

A realização de entrevistas teve como objetivo conhecer como os acompanhantes percebem a sua presença na unidade de internação e qual a sua percepção sobre o espaço para visitas no hospital. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, contendo um roteiro composto por questões abertas, que nortearam o diálogo e favoreceram a verbalização dos entrevistados. A entrevista aproxima as pessoas por meio de uma comunicação bilateral, realizada face a face. É uma técnica que favorece a interação e a compreensão do que ocorre com o outro<sup>46a</sup>. A entrevista obedece a um roteiro que fornece ao pesquisador um apoio claro na sequência de questões e facilita dessa forma uma abordagem mais segura do assunto a ser investigado<sup>40</sup>.

A entrevista nesse caso teve um roteiro composto por cinco questões, para estimular a fala dos participantes e que estão descritas abaixo:

1. Para o Sr. ou Sra., o horário de visitas atende as necessidades da pessoa hospitalizada e dos familiares e amigos?
2. No caso de um parente seu estar internado (mãe, irmão ou outro), qual a sua sugestão para o horário de visitas?
3. Para o Sr./Sra., qual o papel do acompanhante no hospital?
4. Quais as vantagens e dificuldades da permanência do acompanhante na unidade onde seu paciente está internado?
5. O Sr/ Sra. gostaria de fazer algum comentário/sugestão quanto ao acompanhante e horário de visita na unidade onde está inserido?

A entrevista individual deve seguir algumas etapas: primeiro, a introdução do assunto comentando com o entrevistado, alguns dados sobre a pesquisa, agradecimento por sua participação, ressaltando a importância de sua colaboração. A entrevista semiestruturada parte de perguntas básicas, o que permite ao entrevistado falar de sua experiência observando o foco principal colocado pelo pesquisador. O período de duração da entrevista é flexível, porém o agendamento (data e horário da entrevista) precisa ser observado para que se estabeleça o

*rapport* necessário nesse processo. Da mesma forma, a transcrição dos dados deve ocorrer em um curto período de tempo, para que não se percam detalhes preciosos<sup>44,46</sup>.

As entrevistas foram gravadas após a autorização dos participantes, sendo que o aceite para participação foi obtido durante o processo de obtenção do TCLE (Apêndice I). Em todas as unidades, o acompanhante foi convidado a se acomodar em um espaço fora da enfermaria, mais tranquilo, para que se sentisse livre de pressões que poderiam ocorrer se estivesse no espaço da clínica. Participaram das entrevistas 22 acompanhantes, selecionados entre os 95 participantes que haviam respondido previamente o questionário. O critério utilizado para o encerramento das entrevistas foi o da saturação das respostas<sup>40</sup>.

As entrevistas receberam uma codificação, com a abreviação do acompanhante (A) seguido do número da entrevista (1 – 22), exemplo A10.

## 2.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram convidados a participar da pesquisa os acompanhantes de pacientes que estivessem hospitalizados há mais de uma semana em quatro clínicas do Hospital Universitário de Brasília.

### 2.4.1 Critérios de inclusão e exclusão:

Pessoas de ambos os sexos, atuando como acompanhantes de pacientes hospitalizados há mais de uma semana e que aceitaram participar da pesquisa e concordaram em assinar o TCLE.

## 2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados quantitativos, no caso questionários, foi utilizada estatística descritiva, incluindo-se a frequência das categorias pesquisadas. Para a análise dos dados qualitativos, coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizou-se a Análise de Conteúdo com ênfase na análise de conteúdo temática. Na análise documental, realizada nos documentos, memorandos, registros formais ou informais, e narrativas de atores chaves, foi feito o ordenamento e busca dos temas relacionados à pesquisa. A observação livre foi utilizada para complementação das informações coletadas por outros procedimentos e para o enriquecimento das fases anteriores.

### 2.5.1 Análise documental

A análise documental, segundo Poupart et al,

permite que se estabeleça a dimensão do tempo à compreensão do social, [...] o que possibilita estabelecer um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou da evolução de indivíduos, grupos, conceitos conhecimentos etc.<sup>43:295</sup>.

Os dados obtidos foram organizados de forma a fornecer uma visão temporal dos fatos e, dessa forma, permitir uma análise de sua evolução em relação à inserção do acompanhante e do espaço de visitas. O contexto histórico que envolveu o HUB foi composto por sucessivas mudanças que ocasionaram perdas ou até mesmo ausência de registros sobre dados referentes a este estudo. De acordo com o que foi encontrado, ficou clara a necessidade de obter narrativas de pessoas chave para complementar algumas informações.

### 2.5.2 Observações livres

Para Marconi e Lakatos<sup>42:276</sup>, observação livre significa a possibilidade de “recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas. É mais empregada em estudos exploratórios e não tem planejamento e controle previamente elaborados.”

Na observação livre não existe a necessidade de estabelecer pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa. Neste estudo, foram escolhidas as anotações de campo de natureza reflexiva, na qual os dados coletados apresentavam breves relatos do pesquisador em seu diário de campo. A análise das informações foi realizada em um curto intervalo após a sua realização.

Os resultados obtidos complementaram a parte qualitativa desta pesquisa e, dessa forma, tiveram contribuição decisiva para a explicação dos fenômenos estudados.

### 2.5.3 Questionários

O questionário permite maior facilidade de coleta de dados. Pode ser respondido sem a presença do pesquisador e as informações obtidas permitem observar as características de um indivíduo ou grupo, sendo muito utilizado para obter informações a cerca de grupos sociais. Apesar de obter informações de muitas

peças em um curto período de tempo, muitas vezes não se consegue 100% das respostas solicitadas<sup>32,69</sup>.

#### **2.5.4 Entrevistas semiestruturadas**

Para a análise das entrevistas individuais, realizadas com os acompanhantes, apoia-se na Análise de Conteúdo Categórica Temática, onde se buscou fazer uma análise dos significados das mensagens expressas nas verbalizações dos participantes<sup>47</sup>.

Bardin argumenta que a Análise de Conteúdo trata de um conjunto de técnicas de análise das comunicações com a finalidade de obter, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a interpretação dessas mesmas comunicações<sup>47</sup>.

Mendes reitera que na construção de categorias temáticas como indicadores para interpretação, é importante que se considere “a entrevista como um texto construído por um sujeito com muito mais redes de significados do que as reveladas no conteúdo manifesto, importando assim, o sentido do discurso”<sup>48:94</sup>.

Cada entrevista foi analisada pela pesquisadora e por um juiz em três etapas distintas. A primeira etapa consistiu na análise das entrevistas pela pesquisadora e pelo outro juiz, uma pesquisadora da Universidade Brasília convidada para este fim. Foi realizada para identificar as verbalizações, temas, categorias e a descrição das categorias extraídas de cada entrevista.

A segunda etapa consistiu na comparação da análise feita na etapa anterior, a fim de definir e reunir os temas e categorias identificados. A terceira etapa consistiu no agrupamento dos dados obtidos, momento no qual se procedeu à elaboração das categorias síntese que emergiram das entrevistas. Foi efetuada pela pesquisadora e orientadora do estudo.

A categorização foi organizada considerando-se a recorrência dos temas, passando pela análise das verbalizações, seguida de agrupamento de temas, e por fim, elaboraram-se as definições das categorias, que permitiram realizar as interpretações sobre o conteúdo das comunicações.

## **2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à apreciação da Divisão de Pesquisa e da Diretoria Adjunta de Ensino e Pesquisa (DAEP) do HUB. Após sua aprovação nessas instâncias, o projeto foi encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB, tendo sido aprovado em 08 de abril de 2009, sob parecer CEP-FM 010/2009 (Apêndice 3).

O projeto foi elaborado e conduzido respeitando-se a Resolução CNS nº. 196/1996, intitulada Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos<sup>49</sup>.

Em todo processo da pesquisa foi garantido o anonimato dos participantes por meio das seguintes estratégias: aplicação dos questionários e realização das entrevistas em lugar reservado; desvinculação dos dados demográficos dos instrumentos de pesquisa, utilizando-se o processo de codificação (números e siglas) em questionários e entrevistas. Nas entrevistas, os participantes receberam, previamente, orientação sobre o uso do gravador e ficou a critério do mesmo aceitar ou não esse procedimento.

Os acompanhantes que concordaram em participar do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante anuência e assinatura dos participantes.

O estudo, segundo os objetivos e metodologia descritos, oferece apenas riscos mínimos para os participantes, riscos esses, que correspondem àqueles existentes na vivência diária, e teve a intencionalidade de identificar estratégias e ações para melhoria da atenção integral ao usuário.

Todos os dados coletados nesta pesquisa receberam tratamento estritamente confidencial e serão apresentados de forma coletiva, sem a identificação dos respondentes ou a divulgação personalizada das informações fornecidas pelos participantes.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O consolidado final dos resultados da pesquisa está representado na Figura 2. Para a construção de uma visão ampliada do objeto de estudo foi necessário realizar a triangulação dos dados/resultados encontrados a partir dos diferentes procedimentos adotados. Dessa forma, foi possível estabelecer a complementaridade das informações, verificar como se deu o processo histórico e a consolidação da presença do acompanhante e do espaço de visita no HUB.



**Figura 2 – Composição do consolidado final dos resultados da pesquisa intitulada “O acompanhante e o espaço de visita: um estudo no Hospital Universitário de Brasília”.**

#### 3.1 FASE I: ANÁLISE DOCUMENTAL: A PARTICIPAÇÃO DO ACOMPANHANTE E A ORGANIZAÇÃO DAS VISITAS NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DO HUB

O HUB foi inaugurado em 1972, como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Serviços do Estado (IPASE). Possuía o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM), prestava atenção exclusiva aos servidores públicos federais e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União (HSU).

Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela UnB, por meio de convênio assinado com o INAMPS, e recebeu a denominação de Hospital Docente Assistencial (HDA). Em 1990, o Hospital foi cedido à UNB, quando foi assinado o termo de Cessão de Uso – INAMPS/MS- UNB 01/90, transformando-se em hospital de ensino e designado Hospital Universitário de Brasília (HUB). Em 2008, foi aprovado pelo Conselho Superior Universitário (CONSUNI) o Regimento do

Hospital com sua inserção no SUS, tendo como missão cuidar das pessoas e desenvolver atividades de ensino e pesquisa em harmonia com o SUS<sup>34,50</sup>.

Na trajetória percorrida, o Hospital teve episódios de crises e discussões que deixavam claro as diferenças das instituições envolvidas: a UnB por meio da FUB, o MS contribuindo com funcionários cedidos. Além disso, o HUB comportava funcionários de uma mesma categoria profissional contratados com salários diferenciados. Houve diminuição expressiva de funcionários do quadro, que foram substituídos por funcionários contratados<sup>6</sup>.

O Quadro1 apresenta as diversas origens para o quadro de funcionários do HUB: Universidade de Brasília (servidores do Quadro Permanente e funcionários com Contrato Temporário); Ministério da Saúde; Secretaria da Saúde do DF e profissionais terceirizados.

| Origem / Escolaridade | FUB | MS  | SES | Contrato | Total |
|-----------------------|-----|-----|-----|----------|-------|
| Nível Superior        | 279 | 64  | 33  | 205      | 581   |
| Nível Médio           | 432 | 113 | 04  | 354      | 903   |
| Nível Apoio           | 40  | 75  | 0   | 13       | 128   |
| Total                 | 751 | 252 | 37  | 572      | 1612  |

**Quadro 1 – Quadro de Pessoal do Hospital Universitário de Brasília, 2011.**

OBS: Existe mais de 535 profissionais terceirizados: vigilância, higienização, apoio administrativo e assistencial.

Fonte: Assessoria de comunicação social-2011. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br>>. Acesso em: 20 set. 2011.

O Hospital possui referência de média complexidade, com tendência para alta complexidade, e contava no período do estudo com 286 leitos, 121 salas de ambulatório, desenvolvendo atividades em 33 especialidades médicas. Atua junto à comunidade nos níveis primário, secundário e terciário, com importante trabalho de ensino, pesquisa e assistência. Recebe pacientes de todas as regiões administrativas do DF, da região do Entorno (principalmente Águas Lindas, Planaltina de Goiás, Cidade Ocidental, Unaí, Santo Antônio do Descoberto, entre outros) e de outras unidades da Federação. É considerado Hospital de referência para a população indígena (principalmente para os estados de Mato Grosso, Roraima e Amazonas, entre outros)<sup>5,51</sup>.

A partir do início da pesquisa documental nas áreas administrativas, englobando os níveis de direção (Direção Geral, Diretoria de Serviços Assistenciais

(DASA), Diretoria de Ensino e Pesquisa (DAEP), Diretoria Assistencial Executiva (DAEX), assistenciais, e por último a biblioteca, tornou-se evidente a dificuldade de encontrar informações que pudessem conformar a trajetória histórica do contexto organizacional quanto à inserção do acompanhante no HUB. Apresentou-se, portanto, a necessidade de suprir essa deficiência utilizando-se a estratégia de registrar esse processo por meio da narrativa dos sujeitos que vivenciaram essa experiência no âmbito da instituição.

O conjunto de documentos encontrados se resumia a um *Manual de Normas e Orientação ao Paciente – Divisão de hotelaria*<sup>60</sup> e documentos abarcando normas e rotinas encontradas nas quatro clínicas investigadas e que ficavam sob a responsabilidade da chefia de enfermagem da Unidade e estavam disponíveis para consulta na secretaria da Unidade.

Na Diretoria de Serviços Assistenciais foi entregue por uma pessoa do setor um documento sem data e sem referência de autoria, denominado *Normas e Orientação ao Paciente – Divisão de Hotelaria*, onde as logomarcas da UnB e do HUB estavam destacadas em todas as páginas.

O documento acima referido contém informações de um hospital de regime misto que contempla vários convênios, atende a pacientes particulares e não deixa claro se atende à população em geral. É composto de informações gerais sobre o funcionamento do Hospital, serviços gerais (emergência em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ambulatórios, especialidades ambulatoriais, UTI, banco de sangue, radiologia e laboratório), uso do telefone a ramais internos, documentos para internação de pacientes particulares e conveniados, escolha da acomodação (enfermaria com dois a quatro leitos e apartamento que dispõe de acomodações para o paciente e um acompanhante), informações sobre objetos pessoais, cálculo de contas, alimentação (não seria fornecida ao acompanhante a não ser que houvesse pagamento pelo serviço). O acesso das visitas é diferenciado (apartamentos: das 10h às 20h; UTI: diariamente de 15h às 16h, e enfermarias de 15h às 16h). De acordo com o referido documento, teriam direito a acompanhantes crianças até 12 anos e pessoas idosas acima de 65 anos.

O contexto organizacional descrito nesse documento nos leva a inferir que o texto tem como marco a década de 1990, período quando foi assinado o Termo de Cessão (03 de abril de 1990), porém não conseguimos evidências quanto ao

documento ser um instrumento normativo usado efetivamente pelos serviços do HUB. Nos contatos realizados com os dirigentes do HUB foi notório o desconhecimento da existência desse Manual ou de outra Normativa que subsidiasse uma orientação mais geral para os acompanhantes no HUB.

Nas clínicas médica e cirúrgica, identificamos documentos dispostos em formato de Norma e Rotinas da unidade que permaneciam na chefia de enfermagem das unidades e eram transmitidas verbalmente às pessoas internadas no ato de sua admissão. As orientações incluíam informações para a pessoa do acompanhante e o horário permitido para visitas em duas unidades, a Pediatria Clínica e a Cirurgia Pediátrica, além das Normas e Rotinas da clínica disponíveis para a consulta tanto da equipe de saúde quanto dos acompanhantes. Nessas últimas unidades, além das Normas e Rotinas verificou-se a existência de um Manual de Orientações para o acompanhante na unidade que permanecem afixadas nos berços e camas sendo apresentada ao acompanhante durante a admissão da criança. Contém informações para a conduta do acompanhante no espaço hospitalar utilizando linguagem menos restritiva e proibitiva, acrescidas de figuras ilustrativas para facilitar o entendimento.

A busca por mais informações ocorreu ainda junto à biblioteca do hospital, e nas chefias e secretarias das unidades clínicas pesquisadas, mas sem sucesso. Em três das quatro clínicas onde a pesquisa ocorreu, a orientação geral foi de que a enfermeira-chefe de cada unidade estaria mais apta para falar sobre a evolução da permanência do acompanhante e do horário de visitas no hospital. Já na quarta clínica, a chefia geral indicou uma pessoa que acompanhou todo o processo de inserção do acompanhante no hospital.

Frente à limitação decorrente da análise documental para caracterizar o início e a conformação institucional sobre a inserção do acompanhante no contexto organizacional e a evolução do espaço de visita, foi preciso contatar os sujeitos que estivessem atuando desde o início ou a um tempo mais longo no HUB e que pudessem, por meio de suas narrativas, descrever o processo de inserção do acompanhante no hospital.

A história do acompanhante no HUB está presente na memória dos funcionários (quatro enfermeiras e três auxiliares de enfermagem). Algumas pessoas não se recordavam com clareza de todo o processo, o que é natural, especialmente devido a mudanças sucessivas na instituição, que passou por diferentes gestões,

ausência de documentos e pelo desconhecimento dos servidores sobre a existência de material escrito sobre o tema na instituição. Além disso, há poucos registros disponíveis dessa história no que se refere ao horário de visitas, quando o Hospital deixou de atender a convênios e passou a seguir os moldes do SUS. Nessa época, o horário passou a ser o mesmo para todas as clínicas: de 15h às 16h (apenas a UTI neonatal e a maternidade têm horário diferenciado para os pais).

Os sujeitos-informantes refeririam que o processo de inserção do acompanhante iniciou-se por volta de 1980, mas antes desse período já existia um movimento informal nas enfermarias que permitia aos pais de crianças graves e de crianças cujos pais moravam muito longe a permanência de um acompanhante. Às vezes, até conseguiam alimentação e uma cadeira para descanso para essas pessoas. Dessa forma, não há como precisar em que data teve início a cronologia exata dos acontecimentos. Existe apenas o conhecimento de que quando a equipe sentia necessidade, normalmente a enfermeira favorecia a permanência do acompanhante na clínica.

Vale ressaltar um fato relatado sobre o início da permanência regular de um acompanhante para cada criança internada. Não houve nenhum preparo da equipe e tampouco do espaço destinado ao acompanhante, o que gerou muitos problemas de gestão (pessoal, material e espaço). Uma unidade que possuía 20 leitos passou a acolher o mesmo número de acompanhantes, que minimamente traziam seus objetos de higiene pessoal, a depender da distância de sua casa, o que gerou novas demandas em várias áreas (serviços de nutrição, lavanderia, portaria, identificação, entre outros).

O benefício da presença do acompanhante junto aos pacientes nas clínicas é indiscutível. Estudos realizados na década de 1980<sup>61-64</sup>, inicialmente na área de pediatria, deixaram claro que as vantagens superavam em muito as desvantagens. Porém, não houve em momento algum uma discussão ampliada de como se daria esse movimento, como as clínicas se preparariam para atender essa nova demanda. Por isso, até a atualidade, o papel do acompanhante é nebuloso: em cada clínica e até mesmo em uma mesma clínica, o papel desse ator muda de acordo com as necessidades da clínica, do paciente, e das possibilidades do acompanhante.

Em algumas unidades, o acompanhante pode vir a permanecer por semanas ou até meses: pediatria clínica; clínica médica, e também na cirurgia pediátrica e na

clínica cirúrgica (onde apesar de ter um tempo médio de internação geralmente baixo, conta com pacientes que permanecem longos períodos).

Quanto à organização da visita no espaço institucional, essa ocorre entre as 15h e 16h, com a permissão de entrada de uma pessoa para cada leito nesse período. Poderá ser autorizada a entrada de no máximo duas pessoas, desde que o tempo permitido seja distribuído entre elas.

No site institucional consta o horário de visitas para as clínicas, maternidade, clínica médica, UTI e UTI Neonatal, conforme apresentado no quadro 2. As demais clínicas seguem horário-padrão de 15h às 16h. Para pais ou responsáveis, é possível ter uma extensão da permanência da visita mediante a autorização dos profissionais responsáveis pelo serviço naquele horário.

| Local                         | Horário  |
|-------------------------------|--|
| <b>Maternidade</b>            | De domingo a domingo<br>De 14h às 20h para o pai<br>De 15h às 16h para demais familiares |
| <b>Clínicas de internação</b> | De domingo a domingo<br>De 15h às 16h  |
| <b>UTI</b>                    | De domingo a domingo<br>De 15h às 16h  |
| <b>UTI Neonatal</b>           | De domingo a domingo<br>Para mãe: horário livre<br>Para pai: de 8h às 20h                |

**Quadro 2 – Horários de visitas no HUB**

Fonte: Hospital Universitário de Brasília. Horário de visitas.

Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/usuarios/Pacientes/horariovisitas.html>>. Acesso em: 27 nov. 2011.

Ficou evidente que, em termos de documentação, a instituição não possui muito a relatar. Ou seja, demonstra extrema fragilidade na construção da memória institucional. Além disso, por melhor que seja a memória das pessoas, não é possível chegar a conclusões precisas.

Atualmente, o HUB está envolvido em dois processos: o processo de Humanização vinculado ao Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (2004) e o de Acreditação (desde setembro de 2009) pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA. Essas ações são importantes para que o hospital possa alcançar seus objetivos de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa<sup>34</sup>.

Com esses movimentos, é esperado que o HUB consiga mudar os rumos de sua história e obter ordenação de dados em todos os sentidos. Nesse momento, a

necessidade percebida é de saber com detalhes como ocorreu a permanência do acompanhante no hospital e das mudanças no espaço de visitas. Não se tem ideia de quantas outras informações podem estar perdidas, dentro desse contexto histórico pelo qual passou o hospital desde sua inauguração.

## 3.2 FASE II: AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

### 3.2.1 Caracterização dos acompanhantes do HUB e sua percepção sobre a inserção no espaço hospitalar

A Tabela 1 apresenta os resultados relacionados à caracterização sociodemográfica dos entrevistados, tais como gênero, faixa etária, escolaridade, procedência, relação com o hospitalizado, renda familiar, tempo que passa com o hospitalizado e a quantidade de vezes que o acompanhou. Entre os acompanhantes, predomina o gênero feminino, na área infantil (91%) e no adulto (83%); assim como se destaca a faixa etária entre 31 e 40 anos, sendo 57% e 38% respectivamente. Quanto à escolaridade para os acompanhantes das crianças, prevalece o ensino fundamental incompleto (31%); e para os adultos, os maiores destaques foram o ensino fundamental incompleto (28%) e ensino médio completo (30%).

Quanto à procedência, pode-se verificar que na área infantil prevalece a presença de acompanhantes oriunda das Regiões Administrativas do DF, exceção do Plano Piloto, Entorno e de outros estados (68%). As unidades de internação de adultos seguem a mesma procedência, com maior número de acompanhantes oriundos das Regiões Administrativas do DF, exceção do Plano Piloto, e Entorno (22%) e de outros estados (37%).

Os acompanhantes da área infantil são as mães das crianças internadas (74%), já na área adulta a predominância se divide entre as mães e outros que correspondem a 70% dos participantes da pesquisa. A denominação *outros* compreende a rede social da pessoa internada e a figura do cuidador remunerado.

A renda familiar predominante estava concentrada entre um e dois salários mínimos, o que se destacou nas duas áreas. O destaque para tempo de permanência do acompanhante na área infantil foi de mais de três semanas (77%).

Para a área de adultos, o tempo referido pela maior parte dos acompanhantes foi de uma a três semanas (74%).

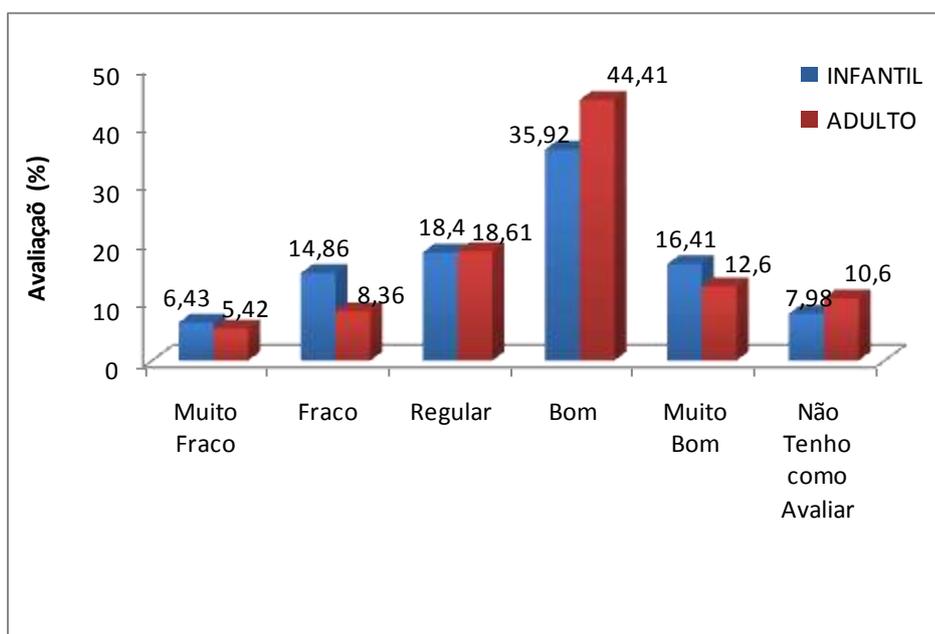
**Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos acompanhantes entrevistados no HUB, 2009-2010.**

| Variáveis                                      | Acompanhantes: n (%)        |                           |
|--|-----------------------------|---------------------------|
|  | Infantil<br>N =35<br>No (%) | Adulto<br>N =60<br>No (%) |
| Sexo   |                             |                           |
| Feminino                                       | 32 (91)                     | 50 (83)                   |
| Masculino                                      | 03 (09)                     | 10 (17)                   |
| Faixa etária (anos)                            |                             |                           |
| ≤20  | 00 (00)                     | 01 (02)                   |
| 21 ≤ 30  | 06 (17)                     | 11 (18)                   |
| 31 ≤ 40  | 20 (57)                     | 23 (38)                   |
| 41 ≤ 50  | 06 (17)                     | 09 (15)                   |
| 51 ≤ 60  | 03 (09)                     | 11 (18)                   |
| ≥61  | 00 (00)                     | 04 (07)                   |
| Não responderam                                | 00 (00)                     | 01 (02)                   |
| Escolaridade                                   |                             |                           |
| Sem escolaridade                               | 03 (09)                     | 02 (03)                   |
| Ensino fundamental incompleto                  | 11 (31)                     | 17 (28)                   |
| Ensino fundamental completo                    | 04 (11)                     | 09 (15)                   |
| Ensino médio incompleto                        | 06 (17)                     | 02 (03)                   |
| Ensino médio completo                          | 07 (20)                     | 18 (30)                   |
| Ensino superior incompleto                     | 00 (00)                     | 03 (05)                   |
| Ensino superior completo                       | 01 (03)                     | 08 (13)                   |
| Não responderam                                | 03 (09)                     | 01 (01)                   |
| Procedência                                    |                             |                           |
| Plano Piloto                                   | 01 (03)                     | 17 (28)                   |
| Outras Regiões Administrativas do DF e entorno | 14 (39)                     | 13 (22)                   |
| Estados fora do DF                             | 10 (29)                     | 22 (37)                   |
| Não responderam                                | 10 (29)                     | 08 (13)                   |
| Relação com o hospitalizado                    |                             |                           |
| Mãe  | 26 (74)                     | 21 (35)                   |
| Pai  | 05 (14)                     | 07 (12)                   |
| Esposo (a)                                     | 00 (00)                     | 09 (15)                   |
| Outros   | 04 (12)                     | 21 (35)                   |
| Não responderam                                | 00 (00)                     | 02 (03)                   |
| Renda Familiar (salários mínimos)              |                             |                           |
| < 1  | 08 (23)                     | 07 (12)                   |
| > 1 a 2  | 16 (45)                     | 23 (38)                   |
| > 2 a 4  | 07 (20)                     | 15 (25)                   |
| > 4 a 6  | 01 (03)                     | 04 (07)                   |
| > 6 a 8  | 01 (03)                     | 05 (08)                   |
| > 8  | 01 (03)                     | 03 (05)                   |
| Não Responderam                                | 01 (03)                     | 03 (05)                   |
| Tempo com o hospitalizado (semanas)            |                             |                           |
| 1 a 2  | 05 (14)                     | 28 (46)                   |
| >2 a 3   | 03 (09)                     | 17 (28)                   |
| >3 a 4   | 13 (37)                     | 09 (15)                   |
| > 4  | 14 (40)                     | 04 (07)                   |
| Não responderam                                | 00 (00)                     | 02 (03)                   |
| Número de vezes que acompanhou                 |                             |                           |
| 1  | 08 (23)                     | 27 (45)                   |
| 2  | 09 (26)                     | 09 (15)                   |
| 3  | 02 (06)                     | 05 (08)                   |
| >3   | 16 (45)                     | 16 (27)                   |
| Não responderam                                | 00 (00)                     | 03 (05)                   |

**FONTE:** Pesquisa intitulada O acompanhante e o espaço de visita: um estudo no Hospital Universitário de Brasília, 2009-2010.

A Figura 3 apresenta a distribuição da avaliação dos acompanhantes em relação às instalações e às condições ambientais relacionados à soma da média dos avaliadores em relação aos itens: conforto da área de espera e/ou lazer; sinalização fácil de ser entendida; aparência do hospital; funcionamento dos equipamentos; conforto nas instalações físicas; quantidade e qualidade das roupas de cama e banho; nível de ruído; quantidade e qualidade das refeições oferecidas ao acompanhante; facilidade de comunicação com parentes e amigos; formas de comunicação e meios de respostas aos registros de queixas, sugestões, elogios e conforto individual.

Os dados da Figura 3 mostram que os acompanhantes das crianças seguem a tendência classificando as instalações como *boas* (35,92%) e  *muito boas* (16,41%) e um grupo menor avalia como *regular* (18,4%). Nesse grupo, ainda, destaca-se o fato de que 14,86% dos entrevistados rotularam as instalações como fracas. Já no grupo de acompanhantes de adultos, 10,6% dos participantes não se sentiram aptos a emitir sua opinião. No setor adulto avaliaram como *boas* (44,41%) e  *muito boas* (12,6%) e apenas 18,61% as consideraram como *regular*.

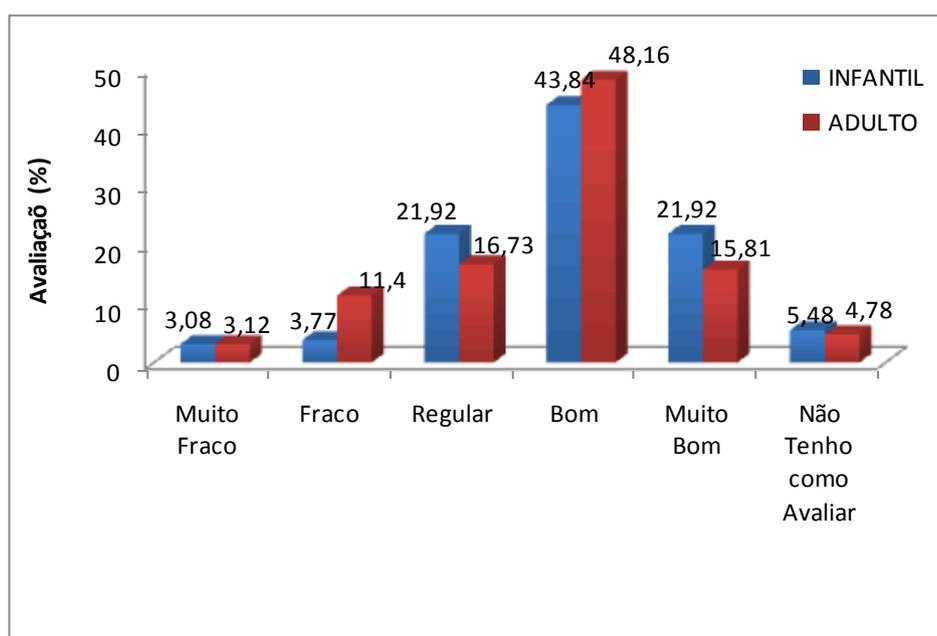


**Figura 3 – Avaliação das instalações e das condições ambientais do hospital, de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010.**

Na Figura 4 foi avaliada com relação à soma da média dos avaliadores em decorrência do acesso ao atendimento e da presteza dos serviços, ou seja, a rapidez para ser atendido, no que se relaciona aos seguintes aspectos: internação;

troca de acompanhantes; acesso dos familiares nos horários de visitas; recepção de orientações sobre o funcionamento das unidades; exames necessários: realização e entrega de informações sobre os resultados.

Pode-se observar na Figura 4 que os acompanhantes de crianças seguem classificando as instalações como *boas* (43,84%) e *muito boas* (21,92%) e um grupo menor avalia como *regular* (21,92%) e apenas 3,77% considerou *fraco*. No setor adulto, avaliaram os aspectos indicados como *bons* (48,16%) e *muito bons* (15,81%), sendo que uma parcela menor (16,73%) considerou como *regular* e apenas 11,4% consideraram como *fraco*.

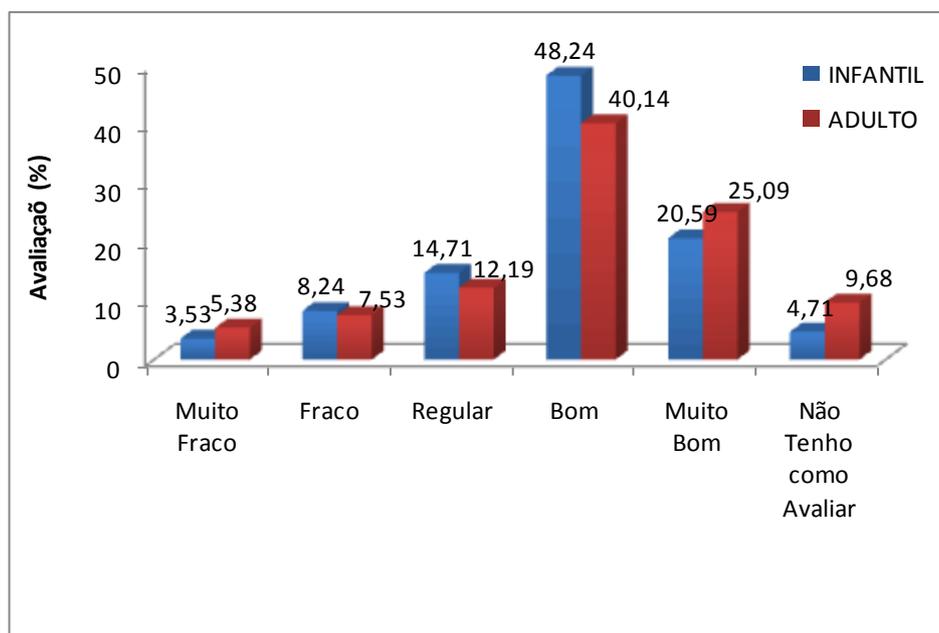


**Figura 4 – Avaliação do acesso e da presteza de serviços, de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010.**

A Figura 5 apresenta a avaliação sobre aspectos vinculados à clareza das informações oferecidas ao acompanhante; as formas claras de identificação dos profissionais, como o uso de crachás e identificação verbal; informações claras e compreensíveis sobre o atendimento e sobre a prevenção de doenças e outros assuntos educativos para cuidar da saúde; informações claras sobre os horários de visitas e sobre a função do acompanhante dentro do hospital.

Pode-se verificar na Figura 5 que os acompanhantes dos dois segmentos, infantil e adulto, possuem avaliação muito parecida sobre os aspectos analisados. Mais de 40% dos entrevistados afirmaram, respectivamente, ser *bom* (48,24% e

40,14%); ou  *muito bom*  (20,59% e 25,09%). Um grupo menor com 14,71% e 12,19%, respectivamente, considerou este aspecto  *regular* .



**Figura 5 – Avaliação sobre a clareza das informações oferecidas de acordo com os acompanhantes entrevistados no HUB. Brasília-DF, 2009-2010.**

A Tabela 2 expressa a avaliação que os acompanhantes, que participaram do estudo, possuem sobre o atendimento recebido e o cuidado por parte dos profissionais da equipe de saúde do Hospital. As opções dos itens avaliados foram:  *muito fraco* ,  *fraco* ,  *regular* ,  *bom* ,  *muito bom*  e  *não tem como avaliar* . Esses itens receberam atenção por parte dos atendimentos dos funcionários, dos médicos, da equipe de enfermagem e demais funcionários de nível superior, e destacaram as opções:  *bom*  e  *muito bom* . A avaliação que mais se sobressaiu foi a dos funcionários, considerando o atendimento  *bom* , por 57% e 51%, e  *muito bom* , por 29% e 20%, dos participantes que acompanham crianças e adultos, respectivamente. A classe de funcionários de nível superior está dividida entre psicólogos, pedagogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

**Tabela 2 – Avaliação dos acompanhantes entrevistados no HUB sobre a qualidade do atendimento, 2009-2010.**

| Variáveis                              | Acompanhantes: n (%)       |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
|  | Infantil<br>n =35<br>n (%) | Adulto<br>n =60<br>n (%) |
| Dos funcionários                       |                            |                          |
| Muito fraco                            | 00 (00)                    | 03 (05)                  |
| Fraco                                  | 01 (03)                    | 04 (07)                  |
| Regular                                | 04 (11)                    | 09 (15)                  |
| Bom                                    | 20 (57)                    | 31 (51)                  |
| Muito bom                              | 10 (29)                    | 12 (20)                  |
| Não tem como avaliar                   | 00 (00)                    | 01 (02)                  |
| Dos médicos                            |                            |                          |
| Muito fraco                            | 00 (00)                    | 01 (02)                  |
| Fraco                                  | 01 (03)                    | 01 (02)                  |
| Regular                                | 04 (11)                    | 04 (07)                  |
| Bom                                    | 17 (49)                    | 28 (46)                  |
| Muito bom                              | 12 (34)                    | 24 (40)                  |
| Não tem como avaliar                   | 01 (03)                    | 02 (03)                  |
| Da equipe de enfermagem                |                            |                          |
| Muito fraco                            | 01 (03)                    | 01 (02)                  |
| Fraco                                  | 01 (03)                    | 02 (03)                  |
| Regular                                | 03 (09)                    | 10 (17)                  |
| Bom                                    | 16 (45)                    | 30 (50)                  |
| Muito bom                              | 12 (34)                    | 16 (26)                  |
| Não tem como avaliar                   | 02 (06)                    | 01 (02)                  |
| Demais profissionais de nível superior |                            |                          |
| Muito fraco                            | 01 (03)                    | 00 (00)                  |
| Fraco                                  | 02 (06)                    | 01 (02)                  |
| Regular                                | 02 (06)                    | 04 (07)                  |
| Bom                                    | 15 (43)                    | 24 (40)                  |
| Muito bom                              | 10 (28)                    | 21 (35)                  |
| Não tem como avaliar                   | 05 (14)                    | 10 (17)                  |

**FONTE:** Pesquisa intitulada “O acompanhante e o espaço de visita: um estudo no Hospital Universitário de Brasília (HUB)”.

A avaliação das informações contidas nas Figuras 3, 4, e 5 e da Tabela 2 foi considerada, de forma geral, bastante positiva se consideramos os resultados das opções *boa* e *muito boa*. Pelo fato de tratar-se de um hospital público, existe a possibilidade da existência de vieses de gratidão e aquiescência, citados por Esperidião e Trad<sup>81</sup> em estudo utilizando revisão da literatura com síntese qualitativa. No entanto, valer recordar que boa parte da população brasileira ganha entre um e dois salários mínimos e possui apenas o ensino fundamental completo ou incompleto, além de ter dificuldade de acesso à assistência hospitalar, o que faz com que muitas famílias tenham que se deslocar de seus Estados de origem para obter cuidados de saúde<sup>82</sup>.

Portanto, quando uma pessoa que está acompanhando um familiar que conseguiu ter a oportunidade de usufruir de uma internação e é convidado a participar de uma pesquisa sobre satisfação do usuário em relação ao serviço

prestado, a tendência é que responda positivamente às questões contidas nos instrumentos de coletas de dados. Isso ocorre, principalmente, porque o seu foco de atenção está direcionado à pessoa hospitalizada e à assistência que ela recebe de uma equipe competente.

Alguns dos motivos pelo quais os acompanhantes passaram a fazer parte do cotidiano hospitalar nas unidades de pediátricas foram o de minimizar os efeitos nocivos da internação em crianças e de não interromper o vínculo afetivo mãe/filho<sup>10</sup>. Devido aos benefícios inequívocos observados, ocorreu a sua inserção no cotidiano de outras unidades de saúde, acompanhando formalmente idosos, deficientes e mulheres no período perinatal.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 1, predominam entre os acompanhantes pessoas pertencentes ao sexo feminino (acima de 80%), assim como se destaca a faixa etária entre 31 e 40 anos (38% e 57%).

Apesar de o papel da mulher ter se expandido no contexto social durante as últimas décadas, assumindo atividades fora do lar como trabalhadora, dentro da casa como responsável pelas atividades domésticas e ainda ocupar cargo de chefe da família<sup>25, 28,51</sup>, este estudo demonstrou que o acompanhante de pacientes ainda é representado em sua maioria por uma figura feminina, tanto em unidades infantis quanto de adultos. Essas mulheres estão em fase produtiva, pois a maioria delas pertence à faixa etária compreendida entre 31 e 40 anos. Ou seja, são mulheres adultas e jovens, potencialmente com filhos e trabalho, algumas delas com serviços informais e sem direitos legais.

Estes resultados retratam uma questão ainda presente de forma bastante frequente na sociedade: o fato de que no cenário em que se insere o núcleo familiar, a responsabilidade sobre o cuidado de si e dos outros está, ainda, centrado na figura da mulher jovem.

Nas unidades de interação infantil está subjacente a justificativa para que o acompanhante seja preferencialmente representado pela mulher/mãe. Permanece a concepção de que o cuidado da criança fortalece a relação entre mãe e filho, o que é considerado importante para o desenvolvimento infantil<sup>52, 53,54</sup>. No entanto, esta é uma situação que se repete nas unidades de internação de adultos – clínicas médica e cirúrgica – permanecendo a prevalência de acompanhantes adultas, na mesma

faixa etária (31 a 40 anos), que nesse estudo, também é representado por mulheres-mães.

A maioria absoluta dos acompanhantes da área infantil são as mães das crianças internadas (74%). Na área de adultos, a predominância se divide entre as mães e outros que, juntos, correspondem a 70% dos participantes da pesquisa. A categoria *outros* compreende pessoas provenientes de toda a rede social de apoio da pessoa internada e inclui, ainda, a figura do cuidador representado por uma pessoa contratada pela família para assumir os cuidados de que a pessoa hospitalizada necessita.

O fato de as mulheres representarem a maioria dos acompanhantes nos leva a crer que a visão da sociedade não se modificou muito no decorrer dos últimos anos. Mesmo com sua presença cada vez maior no mercado de trabalho e com o aumento do número de mulheres chefes de família, ainda é atribuído ao sexo feminino a quase obrigatoriedade de assumir o ato de cuidar, de quem adoece e necessita de internação, do núcleo familiar<sup>56, 57</sup>.

Kawasaki e Diogo<sup>55</sup> argumentaram em artigo referente à repercussão da criação da profissão de cuidador como sendo um aspecto relevante neste contexto. Os autores descrevem o cuidador formal como um ator remunerado, seja ele o cuidador principal, que permanece mais tempo ao lado do doente, uma pessoa leiga, representada por parentes ou amigos ou, ainda, um profissional. Como pode ser visto, nesta classificação sobrepõem-se grau de parentesco, remuneração e formação profissional.

Nesta classificação, o cuidador informal é aquele membro da família ou um amigo próximo que cuida ocasionalmente da pessoa ou especialmente de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas ou outras doenças que os tornem parcial ou totalmente dependentes<sup>55</sup>.

O fato de um cuidador formal estar presente em um hospital público desvela uma nova realidade. O envelhecimento incide sobre a saúde da pessoa, aumenta as doenças debilitantes, diminui a mobilidade e a capacidade de raciocínio, impedindo o exercício da autonomia e manutenção do autocuidado. Justamente por isso, a presença do cuidador formal nas unidades de internação de adultos é uma opção da qual a família lança mão para atender a pessoa durante sua permanência hospitalar.

Na maioria das vezes, esse cuidador não possui nenhum vínculo com a pessoa internada<sup>55</sup>.

O que vem acontecendo na atualidade é que fora do contexto da Política de Humanização, o ambiente hospitalar não possui a capacidade de acolher a pessoa hospitalizada acompanhada de alguém proveniente de sua rede social. Dessa forma, o acompanhante-cuidador é um sujeito desconhecido para esta pessoa e nem sempre a sua presença os benefícios esperados de conforto e proximidade.

Outro aspecto importante é como definir o papel do acompanhante pela instituição, uma vez que esse papel se torna cada vez mais complexo no espaço hospitalar. Às vezes, o acompanhante é um cuidador formal pago – enfermeiro ou auxiliar de enfermagem –, em outras é uma pessoa leiga desconhecida da pessoa hospitalizada. Essa situação contribui para que a equipe tenha uma visão equivocada das atividades que o acompanhante que não é proveniente dessas classes deve exercer no cenário da atenção à saúde.

A presença de uma pessoa ao lado do paciente que represente seu núcleo familiar e que possa facilitar o processo de recuperação não se aplica neste caso. Justamente por isso, a família não deve ser culpabilizada por não estar presente. Existem situações em que a família é composta por um número reduzido de membros, ou esses necessitam trabalhar sem condições de se afastarem para cuidar do seu familiar internado, ou ainda esses moram longe do hospital, ou sua rede social é muito pequena ou inexpressiva. Independente de qual seja o motivo – até mesmo por falta de afetividade –, isso não modifica o fato de comprometer a finalidade da presença do acompanhante, que é, em essência, fornecer o apoio emocional de sua rede social no hospital.

De acordo com a PNH, o acompanhante representa, para a pessoa hospitalizada, a possibilidade de ajuda no seu processo de recuperação. Isso inclui o fato de que o acompanhante contribui para que a equipe de saúde possa conhecer e se aproximar de seu contexto de vida; fornece informações que ajudem a identificar as necessidades da pessoa hospitalizada; favorece o vínculo da pessoa hospitalizada e sua inserção social; colabora junto com os familiares no enfrentamento de possíveis limitações decorrentes da doença; aumenta a autonomia no processo de cuidar e orienta os outros membros quanto ao seu papel de cuidadores leigos para facilitar a continuidade dos cuidados em casa; oferece

solidariedade aos acompanhantes recém-chegados; contribui para que a pessoa hospitalizada perceba a importância da participação dos familiares no seu tratamento favorecendo a sedimentação da afetividade e reciprocidade; comunica alterações do seu quadro clínico à equipe; ajuda a reajustar situações inadequadas no ambiente hospitalar; e, principalmente, contribui para fortalecer a autoestima da pessoa doente<sup>2</sup>.

Desde o ano de 1994, período em que a permanência do acompanhante se restringia à pediatria, Zannon já chamava atenção para a diversidade de papéis que o acompanhante assumia e continua assumindo, entre os quais: prestador de cuidados diários; fonte de informações; aprendiz e parceiro dos profissionais na prática dos modelos de assistência à saúde; usuário a ser atendido ao lado da pessoa hospitalizada e, também, usuário a ser atendido separadamente<sup>58</sup>.

Caso não seja possível a presença de um familiar da pessoa internada, e a presença de cuidadores remunerados seja imprescindível, a família deve pelo menos estar presente, sempre que possível, para receber as informações, o que permitirá compreender as orientações transmitidas pela equipe. Além disso, deverá procurar cuidadores que possam desenvolver seu trabalho com responsabilidade e, se necessário, fornecer continuidade da atenção após a alta, já no ambiente domiciliar. Enfim, devem-se procurar soluções de forma conjunta que minimizem os prejuízos decorrentes da hospitalização.

### 3.3 FASE III: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: O ACOMPANHANTE NO ESPAÇO HOSPITALAR E O PROCESSO DE INCLUSÃO DA VISITA COMO DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO DO HUB

Considerando a necessidade da adoção de estratégias para a humanização do ambiente hospitalar a partir da permanência do acompanhante e da visita aberta, e para que pudéssemos caracterizar esse processo organizacional no HUB, foram realizadas entrevistas com os acompanhantes de pacientes solicitando que eles verbalizassem a percepção que tinham sobre as condições institucionais para inclusão da visita aberta e a permanência do acompanhante no HUB. Além disso, buscamos compreender qual era a percepção do acompanhante sobre os sentidos atribuídos para o seu papel e como ele entendia as condições objetivas com as quais se deparava: dificuldades, facilidades e sugestões para melhoria desse processo no HUB. Esses aspectos subsidiaram a análise das entrevistas.

### 3.3.1 Avaliação do acompanhante sobre o contexto organizacional para a inclusão da visita no HUB

A dimensão do contexto organizacional para a inclusão da visita pode ser caracterizada pela avaliação sobre a percepção e a satisfação dos acompanhantes quanto à rotina instituída para o acesso e a inclusão da visita no espaço hospitalar.

Categoria 1: a visita é um coisa que “... infelizmente é uma coisa que deixa muito a desejar”

| Descrição da categoria  |
|---|
| <p>Os acompanhantes destacam a importância da visita para promover o apoio e a segurança da pessoa hospitalizada e para consolidação dos vínculos sociofamiliares. Contudo, de modo geral, os acompanhantes ressaltam a inadequação da norma instituída nos serviços de internação do HUB quando avaliam o horário de visita estabelecido entre as 15h e 16h e com a entrada limitada a duas pessoas. Eles apontam as dificuldades decorrentes da rigidez da norma e a tendência que os profissionais assumem de fazer cumprir a norma que restringe o acesso dos familiares. A avaliação sobre a rotina instituída para as visitas foi considerada como inadequada, pois o tempo é curto e limitado, dificultando o acesso e a permanência dos visitantes, amigos e outras pessoas de sua rede social. Acrescentam, ainda, a falta de espaço para recepção das visitas e a pouca flexibilidade para atender pessoas que trabalham ou o tamanho da família. Criticam, também, a organização institucional para o acesso das visitas ao espaço hospitalar, representado pela atuação dos agentes institucionais que realizam o processo de identificação e autorização para a visita. Consideram que é um processo extremamente moroso, sendo que os visitantes dispõem tempo adicional em filas que implicam na redução do tempo que teriam junto ao familiar internado. Em sua grande maioria, os acompanhantes afirmam que a norma institucional estabelecida não atende às suas necessidades e que precisam ser efetuadas mudanças para melhorar o atendimento à pessoa internada e aos próprios acompanhantes. Por outro lado, observa-se nas falas de um pequeno número de acompanhantes que consideram as normas e rotinas estabelecidas para o horário de visitas adequadas que não saberiam dizer o que fariam, caso possuísse uma família mais numerosa ou os membros da família não pudessem se organizar para agir em conformidade à norma. Apenas um dos entrevistados referiu ser indiferente ao sistema estabelecido, pois a família mora distante, o que dificulta a visita dos familiares. Mas ainda assim destacou que é o tempo destinado à visita é muito pouco. Outro aspecto ressaltado pelos acompanhantes na organização do acesso para a visita refere-se à necessidade de respeitar e considerar a diversidade psicossocial da pessoa internada, seja ela no que se refere à idade, condição clínica ou étnico-cultural. Os acompanhantes apresentam sugestões de melhoria para os gerentes das unidades no que se refere à gestão, organização e o acesso das visitas ao espaço institucional. Essas sugestões passam pela ampliação do horário de visitas, que esta seja oferecida em diferentes turnos: manhã, tarde e noite, e aumento do número de visitas.</p> |

Temas encontrados:

Rotina para o horário da visita

Acesso da rede de apoio

Controle burocrático e hierárquico das visitas

Mudança e flexibilização da norma para a visita

Respeito à diversidade psicossocial

Verbalizações dos entrevistados que representam os temas encontrados nesta categoria

[...] o horário de visita não atende, além de só poder subir um por vez. [A22]

[...] Dá para todo mundo vir. Podia ser assim mais visita, porque não sobe tudo de uma vez. [A11]

[...] Dá para ficar muito tempo [...] não vem muita gente, porque é longe. Eu moro no P Norte. Dia de domingo às vezes vem muito, mas dá para todo mundo ver. [A9]

[...] Acho um pouquinho errado, porque é muito tarde. Quem mora longe, fica difícil [...]. [A10]

[...] Pouco tempo, nós temos muita gente na família e tem os amigos [...] vem um ou dois, ontem veio duas, mas tudo tranquilo. [A6]

[...] é pouco tempo também, mal você chega aqui já tem que voltar. Até que você consegue vir, entrar aqui é um sacrifício danado. É difícil. [A7]

[...] ruim porque não pode entrar criança para poder visitar o priminho. [A21]

Prorrogar por pelo menos mais duas horas. A visita é muito importante, o calor humano é muito importante. [...] Aqui tem paciente de todo o canto do mundo [...] vem gente de muito longe. [...] porque não vem todo mundo para uma sala só. Se viesse todo mundo para um quarto desse era diferente. Mas são vários e quem vem fazer uma visita com ela, conversa com ela, conversa com outro de lá. Então, já ajuda todo mundo. [A15]

Indígenas entram diretamente, mas quando chegam no horário da visita eles os param, sabendo que para eles é livre. Ampliar o horário de visita para evitar fila. [A20]

Ampliar o horário de visita e o número de visitas e poder ver a minha filha [...] numa das vezes trouxeram a minha filha, ela não pode subir, eu não sabia que precisava de autorização, então fui lá de qualquer jeito e briguei com a funcionária [...] agora eu sei [...] autorização. [A2]

Duas horas de visita, dependendo do caso da pessoa também [condição clínica] Quando vem, ela fica alegre. [A14]

Poderia ficar alguém aqui para receber o pessoal que vem de fora. Para mim, fica difícil. Eu tenho que vir um dia antes, gastar com pensão. Se venho direto, já vinha direto para o hospital. [A7]

O horário de visita poderia ser maior, deveria colocar, pelo menos, mais uma hora. Aumentar o número de visitas é complicado, porque se for deixar ilimitado para cada paciente, de repente, pode virar uma bagunça. [A4]

Esta categoria apresenta a avaliação dos acompanhantes sobre a importância da visita e da organização do contexto institucional para acolhê-las. Embora eles ressaltem a importância dos visitantes para a participação e o apoio dos familiares junto ao paciente internado, eles identificam que a rotina instituída para o horário de visita deixa a desejar. Apontam para a necessidade de modificações para que a visita possa representar a manutenção da rede de apoio social ou os espaços de ambiência para a pessoa internada ou mesmo para a pessoa que a visita.

Na percepção da grande maioria dos acompanhantes, a organização do horário de visita no HUB – que é reduzido a uma hora no período da tarde – é avaliado como um tempo curto e muito limitado, o que dificulta o acesso e a participação da família, seja nas atividades de apoio, seja no processo de comunicação com a equipe.

Observa-se que essa dificuldade é apresentada com maior ênfase pelos acompanhantes que possuem famílias numerosas que se queixam não apenas do tempo da visita, mas especialmente do número permitido de pessoas, como pode ser observado na verbalização a seguir:

É muito curto né, tinha que ser umas duas horas, e a quantidade de pessoas que sobem tinha que ser mais pra ver, todas as duas vezes que vieram me ver, pergunta o que é que ele tem, aí pergunta, quando eu começava explicar tinha que descer pro outro subir [...] Minha sugestão é essa: horário maior e mais gente. [A2]

Por outro lado, observou-se que os poucos acompanhantes que indicaram que o horário de visita estava adequado são principalmente familiares que possuem um número reduzido de pessoas no seu núcleo familiar ou, ainda, familiares que moram distantes ou são procedentes de outros estados ou da área do Entorno.

Pra mim, não faz muito diferença, porque sou do Mato Grosso e aí eu não tenho visita nenhuma aqui. [A7]

Atende sim, o horário que sempre que eu venho, eu sou muito bem atendido e dá pra todo mundo visitar, apesar de ter, ser só tem nós e não

ter muita visita né. São poucas pessoas então quando vem [...] vem só um dois dá pra atender, agora só não sei se quando vier mais gente dá, né, mas a gente atende. [A3]

Estudos mostram que a rede social tende a diminuir à medida que a idade da pessoa aumenta. Portanto, estimular a participação e a presença de pessoas durante o processo de hospitalização, aumenta o envolvimento desse grupo e a possibilidade de fortalecimento do vínculo afetivo. No processo de adoecimento, a rede social representa, em essência, a rede de apoio com a qual a pessoa hospitalizada (seja criança, adulto ou idoso) e sua família podem contar. Dependendo da evolução da doença, ocorre um desgaste muito grande do grupo familiar para adaptar-se e enfrentar esse processo. Justamente por isso, demandam dinâmicas, apoio e a presença de sua rede social, a fim de fortalecer a família, que não se sentirá sozinha<sup>66-68,71,76</sup>, como está expresso na fala a seguir:

Não atende [...] chega o filho dela, chega um parente, chega um irmão da igreja, ela é evangélica. ela é muito querida, então as pessoas gostariam de visitar, [...] é muito distante para as pessoas se mover de lá pra nada. Chegam quatro pessoas, mas só pode entrar duas ou três [...] Se prolongasse mais um pouco, era importante para o paciente [...] aqui tem paciente de todo canto do mundo,... vem gente de longe, às vezes fica em um banco uma noite, duas, três... deixa muito a desejar. [A15]

O fato de termos um horário de visitas ampliado em hospitais particulares, sem prejuízo nas rotinas das unidades de internação<sup>72,73</sup>, representa um indicador de que o mesmo ocorre em hospitais públicos. Inclusive esta já é uma realidade em alguns como o HBDF e o Hospital Regional do Mato Grosso<sup>74,75</sup>. No cotidiano hospitalar, habitualmente as tardes são bem mais tranquilas que as manhãs e o início da noite. Ou seja, é necessário identificar os horários oportunos e já usados em hospitais privados para liberação de visitas. Observa-se nesses e em outros hospitais, que o número de visitas pode ser superior a dois ao mesmo tempo, excluindo-se o acompanhante que já está ao lado do paciente.

Na observação livre, verificamos que a visita para pacientes indígenas e seus familiares possui caráter e tratamento diferenciado no espaço institucional, uma vez que a visita pode ocorrer livremente, independente do horário do dia e com maior número de familiares. Essa situação está amparada pelo Estatuto do Índio (19/12/1973), uma vez que os indígenas ainda são considerados tutelados pelo Estado<sup>77</sup>. Como pacientes indígenas ocupam o mesmo espaço que os demais

pacientes, podem ocorrer situações conflituosas já que regras diferenciadas são adotadas no mesmo ambiente hospitalar. Existem projetos de lei mais atuais que tentam regularizar estas questões, mas ainda estão em fase de tramitação no Legislativo. Porém, esta situação pode ser verificada na fala de um acompanhante indígena:

Nós temos essa dificuldade de entrar, porque eles não deixam que a gente entre diretamente. Já que como nós indígenas para nós não importar enfrentar uma fila. Mas, a gente já foi impedido três vezes que não entrasse assim direto. Tinha um vigilante lá na hora e olhou e disse que pelo que ele sabia para os indígenas é livre [...] Aí deixaram entrar [...] Eu diria que eles para nós indígenas, porque eu sei que nós somos seres humanos. A gente tem essa mesma respiração (...), mas eles têm que deixar um acesso livre pra nós porque a gente não conhece a regra da sociedade brasileira. A única coisa que venho observando, não só aqui, tanto aqui como no Maranhão, [...] são discriminados, principalmente nós, indígenas. Alguns ficam discriminando nós, indígenas e uns deixam a gente entrar. Nessa parte tem que ser melhorados pra nós, indígenas. [A20]

Identificamos na observação, entretanto, que algumas situações são tratadas como excepcionalidade no contexto organizacional (clínicas e UTIs). Na presença de maior gravidade ou risco de morte iminente do paciente, o acesso de crianças com mais de 12 anos é liberado nas UTIs e a presença de adultos pode ser permitida por meio da autorização da equipe de saúde. Não se trata de um procedimento institucional e sim um ato de despedida, uma oportunidade final de encontro com a família. Durante os anos em que trabalhei e durante minha observação, a importância da família e dos parentes mais próximos foi respeitada.

Os acompanhantes entrevistados têm dificuldade em compreender a rigidez e inflexibilidade, o que já fora constatado em outros estudos<sup>83</sup>, no cumprimento da norma instituída para a visita no HUB. Emergem relatos de que a submissão às normas se caracteriza mais como um instrumento burocrático e de exercício de poder por parte da equipe. Verbalizam que ficam à mercê do profissional que está responsável para autorização da visita fora dos horários definidos. São impostos muitos obstáculos para o acesso e a participação de um maior número de visitas ao paciente, como forma de evidenciar o apoio da família.

Durante a observação livre e pela própria experiência desta pesquisadora na instituição, verificou-se que frente a estas normas rígidas, as pessoas internadas e os seus familiares usam outras estratégias para enfrentar a situação. Quando possível, o familiar hospitalizado desloca-se para áreas livres, externas à clínica,

para ampliar o contato entre eles e os visitantes. Sobre esse aspecto, Monticelli e Boehs retratam em seu trabalho a criação do espaço informal no hospital, o que gera as ações de microrresistências: “traduzidas pelo burlar silencioso de inúmeras regras impostas”<sup>78</sup>.

No HUB, o encontro entre pacientes adultos e infantis e os familiares que os visitam ocorre nas áreas interna e externa. Os acompanhantes defendem que a visita deve ser ampliada para favorecer a participação de um maior número de pessoas. Essa ideia se justifica no pensamento de que o apoio proporcionado pelo contato próximo dos conhecidos ajuda na recuperação e na manutenção das relações afetivas e a não descontinuidade do seu contexto psicossocial, o que na verdade está de acordo com os fundamentos do PNH<sup>2,3,11,18</sup>, mas não corresponde às normas hospitalares. Isso pode ser verificado de acordo com as seguintes verbalizações:

Eu só acho às vezes ruim porque não pode entrar criança para poder visitar o priminho... [A21]

[...] Pouco tempo, nós temos muita gente na família, todos querem visitá-la é difícil têm meus irmãos [...] pelo menos subir mais de um de cada vez. [A17]

A não flexibilidade do horário de visita no HUB é apontada como um fator restritivo para visitas mais regulares pelos familiares e que interfere na necessidade de atenção requerida pelo familiar internado. Essas restrições esbarram na dificuldade de conciliar atenção ao paciente e a condição de trabalhador. Existe a queixa persistente da grande burocracia que existe para se conseguir uma autorização para horário especial, ficando-se à mercê do empregador ou do profissional de saúde no HUB.

Os acompanhantes defendem que a visita deve ser ampliada, favorecendo a participação de um número maior número de familiares. Apresentam como justificativa que o contato próximo dos familiares ajuda na recuperação e fornece apoio por meio da manutenção das relações afetivas e a não descontinuidade do seu contexto psicossocial.

Diante das dificuldades, os acompanhantes evidenciam a importância da questão da visita ser tratada como um problema a ser analisado e enfrentado pelos

gerentes de serviços, de forma estratégica, no processo da organização da gestão do trabalho.

[...] Que o diretor finalizasse e visse isso, estudasse mais direitinho, porque é muito pouco tempo [...] Vem gente de Unai, vem gente de toda parte do entorno. E chega aqui passa cinco minutos, passa três minutos? Não é legal as pessoas virem dos “cafundó do Juda” [...] quando chegar aqui passar três minutinhos [...] Viajar quase um dia, duas horas, três? Poxa, eles podiam analisar, estudar direitinho, ver e aumentar mais um tiquinho, porque ajuda bastante. [A15]

Embora esteja pautada como uma ação estratégica para o incremento da gestão e da qualificação da assistência para o processo de acreditação pelo qual o (HUB) está percorrendo, para que seja instituída a extensão e a flexibilização do horário de visita, será necessário modificar em muito a cultura local para que ocorra a significação da visita conforme estipulado pelo grupo de humanização que concebeu a PNH<sup>18</sup>.

A visita no espaço institucional possui uma avaliação contraditória por parte dos acompanhantes. Pode-se concluir que a visita se configura no HUB como um dispositivo de caráter burocrático, normativo, limitador e, muitas vezes, impeditivo do estabelecimento de um contato interpessoal e afetivo com o familiar internado. Portanto, existe um longo caminho a se percorrer na organização da gestão para se avançar rumo à inclusão de visitas abertas, observando-se a lógica do dispositivo estratégico da PNH.

As dificuldades apresentadas pelos acompanhantes entrevistados – que consideram que a organização do espaço de visita atualmente existente não atende ou que atende pouco suas necessidades – demonstram a premência de modificações significativas neste procedimento. Houve também significativa manifestação de sugestões que apontam para a necessidade da elaboração de um novo projeto para a organização da visita, que possa ser acolhedor e favorecer o estabelecimento de trocas entre os envolvidos, configurando-se como um recurso promotor da rede de apoio e de humanização do ambiente hospitalar. Torna-se fundamental a criação de espaços de ambiência que trabalhem a significação e a valorização da visita nos serviços de internação do HUB como um potente recurso para consolidar a integralidade da atenção aos pacientes hospitalizados.

### 3.3.2 O papel do acompanhante no contexto organizacional

Considerando que a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar recomenda que seja assegurado o direito da permanência do acompanhante junto aos pacientes internados, buscou-se identificar como os acompanhantes percebem o papel que eles desempenham junto ao paciente internado. Esse conhecimento era necessário para caracterizar o significado que assume na relação e no cuidado ao lado da pessoa internada e a sua inclusão no contexto organizacional do HUB. Entendemos que o relacionamento e a vinculação do acompanhante com a pessoa hospitalizada pode contribuir ou não como dispositivo estratégico para o avanço do processo de humanização do ambiente hospitalar.

Categoria 2: “Acompanhante é para acompanhar mesmo”

| Descrição da categoria   |
|--|
| <p>Os acompanhantes entrevistados consideravam seu papel muito importante. No entanto, evidenciou-se uma contradição em seus discursos considerando-se os dois principais sentidos associados a essa importância.</p> <p>Em uma primeira vertente, a presença do acompanhante tem por função apoiar, dar carinho, fazer companhia, auxiliar nos cuidados físicos, ficar atento às necessidades do familiar internado, sob uma perspectiva da manutenção de uma relação parceira com o seu ente familiar e a equipe de saúde. O segundo sentido atribuído excede o apoio e auxílio. Foi fortemente criticado por eles, pois lhes estava sendo atribuída a obrigatoriedade de desempenhar funções de cuidados físicos e de enfermagem para suprir a carência e os limites da instituição, que abarcavam a insuficiência numérica da equipe de saúde/enfermagem e/ou de não responsabilização dos cuidados pela equipe de enfermagem.</p> |

Temas encontrados:

Companhia, ajuda e apoio afetivo  
 Auxílio nos cuidados físicos  
 Disponível e bem humorado  
 Corresponsabilização pelo cuidado  
 Deficiência do cuidado de enfermagem

## Verbalizações dos entrevistados que representam os temas encontrados nessa categoria

Tudo que minha filha precisar – o que estiver ao meu alcance se for para ajudar [...]. [A1]

Auxiliar o paciente, ficar acompanhando, fazer companhia para não deixar a pessoa só. [A4]

Ter atenção, acompanhar direitinho, ficar atenta. Prestar atenção em tudo [...] a gente tem aqui. [A12]

Fazer de tudo o possível, claro o que estiver ao alcance da gente. Não basta só a equipe médica. Aqui é bem atendido. É muito importante, porque nem toda hora eles estão aqui para levar ao banheiro, dar um banho, olhar o sorinho dela, olhar o remedinho dela. A gente sempre tem que dar um toque neles. [A15]

É muito bom, porque sempre a pessoa pode sair, o acompanhante vai lá, chama a enfermeira, chama alguém. É muito importante o acompanhante. [A21]

É a ajuda física mesmo, porque ele precisa, a enfermagem não é suficiente [...] é de um braço, uma força braçal e trabalho com relação ao suporte à enfermagem. [A5]

O acompanhante ajuda em tudo, no banho, na medicação, na hora de comer, minha mãe não gosta de ficar sozinha... [A17]

Ajudar a ir no banheiro, parte da higiene, tomar banho, (...), às vezes deixa o medicamento aqui e quando acaba um, tem que ir lá avisar. [...] não sei se esse é o papel, mas faço esse papel aqui. [A6]

É ajudar todo o tempo – não pode vir cansado, não pode vir mal humorada, tem que estar disposto a ajudar, depender totalmente do acompanhante para tudo, pra beber água, para ir ao banheiro... [A8]

Acompanhar o paciente, fazer o que um enfermeiro às vezes não faz a sua parte direitinho. [...] Acho isso um desrespeito, eles é que estão sendo pagos para fazer e a gente é que tem que fazer. [A13]

Muito importante. No caso da minha mãe, sem acompanhante não dá para ela ficar. Tem que ficar observando, tem que levar ao banheiro, tem que dar banho. Tudo tem que ser a gente mesmo... [A14]

Se o enfermeiro não está atento, o acompanhante tem o dever de ir lá e chamar o enfermeiro. Isso não quer dizer que é o papel do acompanhante, porque o papel do acompanhante é cuidar. [A20]

É você estar para ajudar e não simplesmente transferir as necessidades e responsabilidades daquele paciente. [A5]

Pelo fato de o acompanhante estar cada vez mais presente nas unidades, estudos sobre a participação dos acompanhantes ao lado dos pacientes, o papel que desempenham e as relações que se estabelecem com a equipe de saúde – principalmente na área de enfermagem –, no contexto hospitalar são bastante expressivos<sup>26b, 64,68</sup>.

Contudo, a definição precisa do seu papel, mesmo que esteja contida na própria palavra – acompanhante = pessoa que acompanha –, continua obscuro. Qual seria efetivamente o papel do acompanhante já foi, inclusive, trabalhado em artigos, dissertações e teses<sup>4,25,61</sup>. Os resultados que emergem do discurso dos acompanhantes desvela que a presença deles ao lado da pessoa hospitalizada é reconhecida como importante, seja ela criança ou adulto. Outro aspecto mencionado diz respeito ao fato de que mesmo conhecendo as normas e rotinas do hospital, persiste a dúvida sobre como proceder na instituição, como pode ser verificado na verbalização abaixo:

[...] ajudar a ir no banheiro, parte de higiene, tomar banho, tem as andadas, quando acaba o material ou lençol, alguma roupa que precisa. Às vezes, deixa o medicamento aqui e quando acaba um tem que ir lá avisar. Geralmente, não sei se é esse o papel, mas faço esse papel aqui. [A7]

Pena e Diogo investigaram as expectativas da equipe de enfermagem em relação à pessoa que acompanha e cuida das pessoas internadas, especialmente as idosas<sup>84</sup>. O estudo revelou que existe discordância entre as expectativas sobre o que é esperado e o que é realizado por parte de acompanhantes e equipe de enfermagem. Enquanto a equipe acredita que os acompanhantes-cuidadores devem realizar cuidados privativos da enfermagem no contexto hospitalar – tais como: acompanhar no banho, trocar a roupa, mudar o decúbito, alimentar e limpar a boca, andar e realizar exercícios, entre outras –, os cuidadores se posicionam de forma contrária, pois acreditam que esses procedimentos são parte precípua das atividades da equipe de enfermagem.

No entanto, alguns acompanhantes se submetem à equipe, porém, quando isso não ocorre, a sua presença no ambiente hospitalar é considerada negativa e o acompanhante passa a representar um estorvo para o funcionamento da unidade<sup>85</sup>.

Na maioria das vezes, essas discordâncias emergem porque não há um papel claramente definido para o acompanhante no espaço institucional. Espera-se que

ele acompanhe o paciente, mas o que ele deve fazer não fica claro nas informações que ele recebe por parte da equipe ou que esta disponibiliza para conhecimento dos acompanhantes em geral. Essa situação pode ser compreendida por meio das seguintes verbalizações:

[...] ajudar a ir no banheiro, parte de higiene, tomar banho, tem as andadas, quando acaba o material ou lençol, alguma roupa que precisa. Às vezes, deixa o medicamento aqui e quando acaba tem que ir lá avisar. Geralmente não sei se esse é o papel, mas faço esse papel aqui. [A6]

O papel do acompanhante é o do acompanhar o paciente, fazer o que o enfermeiro às vezes não faz a sua parte direitinho. Acompanhar um paciente ao banheiro, dar o banho, a medicação. Até mesmo a medicação os enfermeiros pedem para a gente dar. Até isso. Acho isso um desrespeito. Eles é que estão sendo pagos para fazer e a gente é que tem que fazer. [A13]

Ou seja, é preciso atuar no que for necessário em cada momento. Porém, os acompanhantes agem de forma intuitiva para o enfrentamento das situações que se apresentam. Embora considerem que parte das atividades que desempenham seja função da equipe de enfermagem, sentem-se obrigados a realizá-las, porque se não o fizerem, o paciente pode acabar não recebendo o cuidado.

### 3.3.3 Condições para a permanência do acompanhante no HUB

Nesta seção, buscou-se acessar a percepção dos acompanhantes sobre as vantagens, as dificuldades e as sugestões de melhoria do processo organizacional para a permanência do acompanhante no HUB. Perseguiu-se a possibilidade de realizar uma aproximação sobre a percepção dos sujeitos acerca do conceito de ambiência compreendido como tratamento dado ao espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Categoria 3: “Abrir mão da sua vida familiar, da sua vida social, agora eu acho que é gratificação pessoal”

| Descrição da categoria  |
|---|
| Por meio de seus discursos, os acompanhantes revelaram todo o paradoxo em relação às vantagens e as desvantagens em permanecer ao lado de uma pessoa hospitalizada, quer essa permanência implique ou não em estreita relação dessa inserção no vínculo familiar. Em sua maioria, os entrevistados concordam que a grande vantagem de se manter o acompanhante está representada pelo fato de a |

pessoa internada não ficar restrita ao ambiente hospitalar, mas contar com o apoio e a ajuda para os cuidados físicos necessários ou outros que se fizerem necessários, o que os fazem sentir-se gratificados. Outra vantagem apresentada pelos participantes seria a garantia de receber um melhor cuidado para a pessoa que se encontra internada, pois os acompanhantes devem se manter atentos e vigilantes aos cuidados da equipe de saúde e com maior facilidade para obter informações atualizadas sobre a evolução do paciente. Na função de acompanhante, eles também apresentam uma avaliação sobre o atendimento médico recebido. Verificou-se que eles fazem avaliação positiva do atendimento prestado pela equipe médica, principalmente quando comparada às condições de atendimento no sistema público de saúde, em âmbito local e nacional. Os entrevistados apontaram de forma extremamente positiva o atendimento a eles dispensado, fazendo elogios quanto à alimentação, acesso a algum recurso material que necessitem, como roupa, autorização para uso de televisão, rádios, outros. Os aspectos negativos reportam-se aos limites institucionais em relação aos aspectos qualitativo e quantitativo da equipe médica/enfermagem. Eles se queixam da indisponibilidade por parte de integrantes da equipe de saúde em prestar informações esclarecedoras sobre suas dúvidas, aos pedidos de informações/orientações, com relatos de ocorrência de conflitos interpessoais ou mesmo situações de destrato entre os envolvidos. As mudanças decorrentes do papel são significativas para eles, com implicações de ordem afetivo-pessoal, familiar e profissional, podendo gerar sobrecarga emocional e desgaste físico e psíquico. Acrescentam, ainda, que quando podem contar com o apoio de outras pessoas de sua rede social-familiar se sentem ajudados a manter-se nessa função. Uma desvantagem trazida de forma significativa pelos entrevistados esteve relacionada à falta de privacidade e às acomodações insuficientes ou inadequadas para seu conforto e descanso. Esta questão abarcou o maior número de desvantagens apontadas, que foram seguidas pelos procedimentos para se obter a autorização para o acompanhante. De forma pouco significativa, outras desvantagens apontadas, mas que foram apresentadas de forma propositiva, estavam ligadas à melhor alimentação, com controle adequado da temperatura e, por fim, a existência de uma campanha junto aos leitos foi sugerida para facilitar o chamado da equipe de saúde.

Temas encontrados:

Apoio, atenção e cuidado à pessoa internada

Gratificação pessoal

Implicações na vida pessoal, familiar e profissional

A disponibilidade de uma rede de apoio para o acompanhante

Conforto para o acompanhante

Desgaste físico e emocional

Comunicação e atendimento pela equipe de saúde/enfermagem

## Verbalizações dos entrevistados que representam os temas encontrados nessa categoria

Muda totalmente a rotina de vida, muita coisa. Parece que a vida para pra você cuidar dele, para tudo. [A19]

Eu acho muito importante para quem está no hospital não ficar sozinho, a gente ajuda, dá apoio, cuida. A vantagem que eu estou perto dela o tempo todo, sei o que está acontecendo e isso é bom. [A17]

É que não deixa a mãe sozinha, o parente sozinho. A gente está do lado deles, vendo como estão. [A14]

O paciente sempre precisa de alguém, não pode ficar sozinho. [A7]

É porque ele pode sempre estar perto, observando o que está acontecendo, as medicações que estão dando para a criança. [A21]

Eles cuidam bem da minha mãe, da gente. Não precisa a gente ficar. É melhor ficar aqui por causa que o tratamento daqui é melhor. Mas antes ficar aqui do que ir embora. Mas antes ficar aqui. [A11]

Eu acho que é gratificação pessoal, mais a questão da humanidade, é você estar para ajudar e não simplesmente transferir as necessidades e responsabilidades daquele paciente. [A5]

Eu quero estar da primeira coisa que eles me falarem até o final, porque como está evoluindo, sempre eu pergunto como é que está evoluindo. [A2]

Ajudar nos cuidados com ele [...] ver ele melhor, curado. [A19]

Esse hospital dá muito conforto ao paciente. Eles tratam muito bem, a equipe médica é excelente. Não tem do que reclamar. São os médicos, as enfermeiras. Pode ser de dia ou de noite, eles estão no pé direito [...] televisão, computador [...] eles dão autorização. [A15]

Gostei do horário, do atendimento. Muito bom. [...] Quando eu vim para cá, estava meio descrente, não querendo vir. Mas agora, eu tenho a possibilidade dele voltar pra lá, estou sempre mais crente. Faço tudo ao pé da letra. Tudo o que foi feito, foi de muito bem. Gostei muito. [A21]

A comida não tem do que reclamar não, é boa... Aqui o hospital é muito bom, os médicos são atenciosos, não tenho o que reclamar de enfermeiras nem de médicos, tá tudo ótimo. [A3]

Eu passei mal de stress, eu entro em depressão. Eu passei o final de semana, minha mãe veio dormir aqui comigo, O médico que estava acompanhando, ele autorizou porque a enfermaria estava vazia. Eu passei mal mesmo nesse final de semana, de chorar e desmaiar, eles atenderam a minha necessidade. [A22]

Não tenho nenhuma reclamação, nenhum comentário, fui bem atendida. [...] É dormir, não tem cadeira, é super desconfortável e a gente já passa o dia todinho, quando chega a noite e que bate mais um cansaço, não tem como descansar, eu tô quebrada, mais de quinze dias, é muito dia... [A22]

Sabe, porque já fui em hospitais que era uma calamidade, além de você estar com um problema sério, [...] e você chegar em um hospital que nem esse que eu fui atendida rápida [...] quando eu caí em mim ele já estava internado, melhorando, eu gostei demais [...] o cuidado foi rápido e excelente, eu não tenho nada que reclamar, nada mesmo. [A2]

Estou ficando pela segunda vez direto. Não pode trazer colchonete para descansar um pouquinho. É desconfortável ficar a noite todo em uma cadeira dessa, não é fácil. [A12]

A acomodação para o acompanhante é terrível, acho isso o fim. Mas como fala, hospital público é isso. Infelizmente, é isso aí que estamos vendo aqui em Brasília, o nosso governo, fazer o quê? [A13]

Pra gente dormir nessa cadeira, se eu passar aqui à noite, no outro dia não consigo dormir, porque não consigo dormir nada. Nem cochilar direito. Tem vezes que eu deito no chão, trago uma coisinha e forro o chão e deito para eu dormir um pouco. Dormir assim, né? A gente tem que dormir atento, é que na hora que ela está acordada, tem que levar ao banheiro, essas coisas. [A14]

Estou ficando pela segunda vez direto. Não pode trazer colchonete para descansar um pouquinho. É desconfortável ficar a noite todo em uma cadeira dessa, não é fácil. [A12]

São todas, a começar por ter que estar aqui, você ter que sair da sua rotina normal e ter que vir. Depois entra uma série de fatores, que é o fato de você estar em um ambiente hospitalar, lugar que realmente é complicado. [A4]

Transtorno na nossa vida lá fora causa. Primeiro, você vai ter que abrir mão da sua vida familiar, da sua vida social, agora eu acho que é gratificação pessoal. [A5]

Lá minha casa vira um transtorno, tem um filho pequeno de quatro anos e uma filha de treze. [...] Meu filho fica meio que abandonado (...). Meu marido é que se vira entre serviço e os filhos... [A1]

Minha vida mudou toda, quinta não pode fazer [...] eu não moro aqui, somos do interior, e eu larguei tudo por causa dele, faço bico, mexo com lanchonete, mas aqui eu faço é bico para ver ele, não é fácil. [A3]

Minha vida mudou demais, muito. Tive que pedir conta do serviço para acompanhar a minha irmã. Mudou muito, muito, muito. Mas faz parte, família é família, a gente tem que estar junto. [A13]

A gente pode ficar, pode revezar. [...] Quando eu não venho, vem a minha irmã. Somos quatro. Então estamos revezando as quatro. Quando eu fico de dia, a outra já fica a noite, no outro dia já é a outra. Ou a noite seja eu, seja a outra. A gente. Acho bom que a gente pode revezar. É importante,

porque cansa ficar direto. Direto cansa muito. Poder revezar assim, estou achando muito bom. [A14]

Alguns da família, ajudam, mas não sempre, porque não se interessam pelo problema que eu vivo, por exemplo minha mãe está cansada, estressada, porque da parte do pai da Júlia ninguém ajuda, é só a gente mesmo, eu, o pai e a minha mãe. [A1]

Me afeta um pouco. Eu tiro férias para ficar aqui, são umas férias diferentes. No ano passado, foi porque era cuidando dela. Fui eu que cuidei dela. Em janeiro tirei férias. Agora, ia tirar em março. Deus não quis que fosse assim. As férias é aqui agora. [A9]

São largar a vida lá fora, porque muitas coisas e aqui até pra trocar de acompanhante, para estar saindo para resolver as coisas, dá trabalho, e geralmente são poucos os dias. [A22]

Não entendi todas as explicações sobre o hospital, porque nos primeiros dias a gente fica meio fora de órbita, confusa. [A2]

Larguei o meu emprego para cuidar. [A19]

Desvantagem é o tratamento. Às vezes não tratam a gente bem, os funcionários. Tem funcionário que não trata o acompanhante bem. Ontem mesmo eu vi esse caso aqui, de não tratar bem o acompanhante bem. Eu acho um desrespeito que tem que melhorar bastante. [A13]

Às vezes, a gente leva algum problema que está acontecendo com o paciente na enfermagem ou até mesmo para os médicos e às vezes não é atendido. Aí o acompanhante é visto como um empecilho para o bom andamento do setor. Até é chato demais, ficam cobrando, só sabe exigir isso e aquilo. Mas é uma preocupação natural nossa. [A5]

Agora o caso são as enfermeiras, porque às vezes a gente chama e elas demoram. Elas não dão conta. É muito paciente. A culpa é do governo, porque não tem enfermeira suficiente e médico para atender na parte da saúde. [...] Aqui, acho melhor do que muito hospital por aí. [A12]

Quando a gente chama a enfermeira, às vezes ela demora. E o médico também só vem uma vez de manhã. Acho que deveria vir mais, ainda mais no estado dele. [A12]

Tem vezes que queremos sair um pouquinho e não pode. [A21]

No início, eles começaram a encrencar, mas como viram que o caso dela agravou me deram liberação, me deu tudo. [A6]

Ao avaliar as condições para o desenvolvimento de sua função, os acompanhantes atribuem sentidos e significados que contemplam uma gama diversa e complexa de interesses. Eles podem ser motivados por laços afetivos existentes entre os acompanhantes e a pessoa hospitalizada ou, até mesmo, pela

responsabilidade atribuída à família de cuidar do seu familiar hospitalizado, cobrada pela instituição e pela equipe de saúde. Por outro lado, ser acompanhante pode representar, também, a possibilidade de “fazer um bico”, a forma de obter renda, fazendo o papel de “acompanhante cuidador”, pessoa que nem sempre é possuidora de um preparo específico para esta função<sup>55</sup>.

Estudo sobre as relações entre equipe de enfermagem e familiares da pessoa hospitalizada concluiu que os relacionamentos se estabelecem em bases subjetivas nas quais estão presentes relações de poder – tais como autoritarismo, resistência, silêncio, opressão e submissão –, assumidas por sujeitos de ambos os grupos. Por outro lado, estão presentes relações de cuidado, capacidade de negociação, atenção, afeto, respeito mútuo, atributos positivos nas relações e no cuidado de enfermagem<sup>80</sup>. Essa ambivalência nas relações e sentimentos pode contribuir para dificultar a comunicação e o entendimento entre acompanhantes e equipe de saúde, favorecendo o desgaste físico e emocional dos familiares-cuidadores.

Desempenhar o papel de acompanhante não é uma tarefa fácil. Uma internação mobiliza toda a família e exige uma reorganização nuclear que ultrapassa limites considerados invioláveis pela sociedade. É nesse sentido que se torna necessário uma abertura contingencial para que sejam incluídos nesse cenário alguns sujeitos que pertencem à rede social dessa família. Esse movimento tem um objetivo claro: auxiliá-la no enfrentamento dessa situação de crise<sup>26,86,87</sup>.

Estar isolado do contexto de origem traz implicações inequívocas para a vida pessoal, familiar e profissional. Existe uma sobrecarga emocional para situações como: deixar filhos pequenos sob cuidados de outros membros da família ou amigos; abandonar o trabalho, especialmente quando este é um trabalho informal; ser a pessoa escolhida para cuidar desse membro da família, ainda que esta não seja a vontade do acompanhante; não ter com quem fazer rodízio por estar longe de casa e, portanto, não poder sequer contar com sua rede de apoio social para dividir as tensões da internação. Tradicionalmente, a escolha do cuidador recai sobre uma mulher, seja ela a mãe, a esposa, irmã ou filha, principalmente mulheres solteiras, no caso de idosos<sup>56,57</sup>.

Um aspecto importante a ser mencionado diz respeito ao esgotamento dos acompanhantes em função das acomodações deficientes que lhe são destinadas, incluindo o espaço físico, a cadeira de descanso e proibição de trazer qualquer tipo

de alimento de casa ou de fora do hospital. No entanto, o aspecto que mais onera a presença do acompanhante no ambiente hospitalar está relacionado à falta de conforto para dormir<sup>25,37</sup>.

Porém, existe o reverso da medalha. Muitas dificuldades podem ser compensadas pela compreensão sobre a importância que a presença do acompanhante representa para a pessoa hospitalizada. Entre elas, podem ser mencionadas as seguintes: diminuição da ansiedade expressa pelo paciente em função de sua inserção em um ambiente adverso, possibilidade de transmitir segurança ao paciente, atuar como elo entre os ambientes hospitalar e familiar, certificar-se de que a pessoa hospitalizada está recebendo os cuidados que necessita. Além disso, o acompanhante sente e expressa gratificação pessoal por estar desempenhando este papel, ou seja, a gratificação representa o lado positivo dessa experiência<sup>2,3,20</sup>.

Seguramente, um aspecto subjacente e que contribui para o enfrentamento dessa situação por parte do acompanhante e dos profissionais de saúde está representado pela possibilidade de construção de espaços sociais acolhedores. No que se relaciona à garantia de conforto, podem ser realizados ajustes arquitetônicos e aquisição de mobiliário para proporcionar o descanso adequado, valorizando a privacidade e a individualidade das pessoas. Além disso, o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis – entre usuários/acompanhantes e equipe de saúde e, até mesmo, entre distintos acompanhantes presentes na unidade –, e que considerem as subjetividades no encontro entre os atores. A introdução desses elementos representa ferramentas para a consolidação da humanização e da integralidade da assistência prestada ao usuário, bem como a otimização de recursos e processos de trabalho<sup>34</sup>.

## CONCLUSÕES

De acordo com as narrativas obtidas, o HUB iniciou o processo de inserção dos acompanhantes nas unidades de internação informalmente, por volta da década de 1980. Em um primeiro momento, a permanência dos acompanhantes foi formalizada nas unidades de pediatria clínica e cirúrgica. Atualmente, sua presença é liberada para idosos (prevista no Estatuto do Idoso), pessoas com deficiência física e mental, e para a maternidade (Alojamento Conjunto e Programa Humanização do Pré-natal e Nascimento).

Muito embora a presença dos acompanhantes tenha se iniciado em períodos distintos – primeiro nas unidades de internação infantil e posteriormente na de adultos –, pode-se observar que os resultados desta pesquisa no que se refere à satisfação dos acompanhantes sobre sua presença no espaço hospitalar foi bastante semelhante e positivo nas unidades investigadas. Foram analisados aspectos relacionados aos seguintes pontos: instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital, acesso ao serviço (facilidade em ser atendido), presteza dos serviços (rapidez no processo de atenção), clareza das informações fornecidas ao acompanhante da pessoa hospitalizada, e qualidade do atendimento oferecido ao paciente pela equipe de saúde.

Assim como outros hospitais do Distrito Federal, o HUB recebe pessoas de todas as regiões administrativas do DF, das cidades do Entorno e de outros estados brasileiros. Esse cenário contribui para que os acompanhantes permaneçam longo tempo no espaço hospitalar e passem a necessitar de atenção individualizada e que promovam sua saúde para o enfrentamento da hospitalização, na maioria das vezes, de um ente querido.

Uma questão que se destacou em todas as unidades refere-se ao fato de que a maioria dos acompanhantes pertence ao sexo feminino e é composta por mulheres adultas e jovens. Essa constatação revela que apesar de estar inserida no mercado de trabalho, a mulher continua assumindo tanto o papel de figura central no cuidado da família como a responsabilidade de proporcionar a infraestrutura necessária para o funcionamento familiar.

Porém, outra situação que emergiu nesta pesquisa foi a presença da figura do cuidador formal remunerado. Essa circunstância revela um paradoxo. Enquanto um dos pilares para a presença do acompanhante é a possibilidade da família ou de um representante da rede social da pessoa hospitalizada fornecer apoio emocional e estabelecer o vínculo entre o ambiente hospitalar e o entorno social do paciente, a presença de um cuidador formal pode satisfazer as necessidades da família de garantir atenção ao doente, mas não a das pessoas, uma vez que dificilmente esse ator terá como fornecer o suporte afetivo que o enfermo precisa.

Questões que emergiram a partir das verbalizações dos acompanhantes foi o fato de que tanto eles quanto a equipe de saúde se sentem confusos sobre qual seria o seu papel na unidade, o que revela a necessidade da elaboração de normas abrangentes sobre este tema para o hospital e mais específicas para atender as particularidades das unidades. Além disso, outro aspecto que foi relatado por quase todos os entrevistados relaciona-se às acomodações existentes para abrigar o acompanhante, sendo que as condições para o repouso foram as mais citadas, pois foi referida como elemento que ocasiona desgaste e mal estar. No que se refere ao horário das visitas, este foi considerado de inadequado e reduzido e que se somando ao processo burocrático a que o visitante deve se submeter, o torna mais restritivo ainda.

Merece especial atenção a contraposição entre os dados provenientes dos questionários – onde a maioria dos respondentes considerou boa ou muito boa as instalações do hospital e o atendimento recebido –, e os resultados originários das verbalizações dos mesmos entrevistados. Nos discursos, ficou evidente que as acomodações, as orientações recebidas por parte dos profissionais e o acesso para as visitas, foram considerados completamente inadequados para a permanência do acompanhante no hospital e para a interação do paciente com as pessoas de seu entorno social.

Para além de critérios objetivos, o acompanhante relata sentimentos conflituosos: de um lado, emergem a gratidão e a tranquilidade pela possibilidade de poder estar junto à pessoa hospitalizada; e de outro, desponta o esgotamento e a sobrecarga emocional por ter que se afastar de sua rotina de vida para estar no hospital. Esses sentimentos estão imbricados durante o período em que o acompanhante permanece hospital e devem ser alvos de atenção especial por parte

da equipe e saúde e da instituição. É preciso estar saudável para proporcionar suporte físico e emocional para uma pessoa hospitalizada.

No entanto, o papel do acompanhante não faz parte dos conteúdos acadêmicos no processo de formação e capacitação de futuros profissionais nas distintas carreiras da área da saúde e tampouco dos cursos de treinamento e de educação continuada que são promovidos pelas instituições. Porém, toda a equipe irá, em algum momento, interagir com esse ator de forma direta ou indireta. Shiotsu e Takahashi apresentam a ideia de inserir temas relacionados ao acompanhante e as relações que se estabelecem com a equipe no curso de enfermagem<sup>24</sup>. Contudo, essa proposição deveria ser mais abrangente, incluindo-se esses conteúdos para todos os cursos de nível superior e médio que contribuem para a formação de profissionais que vão lidar, direta ou indiretamente, não só com o acompanhante, mas com a rede social da pessoa hospitalizada.

Torna-se mandatória uma modificação estrutural na forma de atuar por parte desses profissionais: é preciso saber ouvir e compreender a pessoa do acompanhante para que possa ser estabelecida uma comunicação de mão dupla para promover a saúde e educação dessas pessoas. Isso se tornará possível, apenas se a Política Nacional de Humanização e seus possíveis desdobramentos forem aproximados precocemente dos estudantes e profissionais inseridos no serviço. Uma possibilidade para sensibilizá-los e alcançá-los seria o oferecimento de cursos de capacitação na modalidade de educação à distância, sejam eles de atualização ou pós-graduação.

O delineamento do papel do acompanhante torna-se absolutamente necessário no contexto organizacional do HUB. Não obstante, essa é uma tarefa difícil de ser concretizada, considerando-se a complexidade, diversidade e particularidades existentes nas diferentes unidades de internação. Talvez, a melhor estratégia seja a de delinear um perfil mínimo necessário que possa ser utilizado em todo o hospital, acrescentando-se as especificidades de acordo com cada local onde o acompanhante estiver inserido.

Considerando os aspectos apontados, é possível apresentar algumas sugestões que podem contribuir para implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização no HUB:

1. Criar um núcleo permanente de apoio ao acompanhante e à rede social da pessoa hospitalizada, com o objetivo de fornecer suporte, esclarecer dúvidas, realizar reuniões nas unidades com equipe de saúde e usuários, entre outros aspectos que poderiam ser mencionados.

2. Favorecer a reflexão e discussão sobre a importância que o acompanhante representa para a pessoa hospitalizada e definir um perfil mínimo e adaptável às diversas unidades de internação.

3. Definir conteúdos mínimos que contemplem o acompanhante e sua rede social no hospital a serem introduzidos nas disciplinas de graduação da área da saúde.

4. Oferecer cursos semipresenciais para profissionais de todos os níveis de formação do HUB, relacionados ao processo de humanização da assistência à saúde.

5. Acelerar o processo de ampliação dos horários de visitas ou da implantação da visita aberta, favorecendo a possibilidade de incluir um maior número de visitas que possam fornecer apoio ao paciente hospitalizado.

6. Estimular a participação da família junto à pessoa hospitalizada, mesmo na presença de cuidadores formais remunerados.

Esta pesquisa demonstrou a importância da ampliação de estudos sobre este tema, com o objetivo de favorecer uma melhor compreensão sobre o universo subjetivo que está subjacente ao desenvolvimento das estratégias e procedimentos realizados no contexto hospitalar. O cotidiano hospitalar é extremamente complexo e deve partir dos gestores e da equipe da saúde a possibilidade de buscar alternativas e melhorias para o atendimento da pessoa hospitalizada, seu acompanhante e sua rede social, e, por outro lado, de favorecer a constituição de relações saudáveis entre os distintos atores que circulam nesse cenário. A implantação das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização representa um caminho promissor para a ampliação dos horizontes e dos processos inclusivos no campo da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Cristo RC, Vendrusculo DMS. O cotidiano do acompanhante em unidades de internação pediátricas do Distrito Federal. Rev Saúde do Distrito Federal 2002;11:8-13.
2. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Ambiência. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. Cristo RC. A inserção do acompanhante em unidades de internação pediátrica do Distrito Federal-DF [dissertação]. Ribeirão Preto: EERP/USP; 1999.
5. Cristo RC, Braga TG, Kamada I. O acompanhante no setor pediátrico de um hospital escola: uma atividade de extensão e pesquisa. Rev Soc Bras Enferm Ped 2006;06:12-27.
6. Brasil. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 12. Brasília: Ministério Público Federal; 1990.
7. Brasil. Lei Federal nº 7853, de 24 de outubro de 1999. Política Nacional para Integração da Pessoa Deficiente Física. Brasília: Ministério Público Federal; 1999.
8. Brasil. Lei Federal nº 10741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso, artigo 15. Brasília: Ministério Público Federal; 2003.
9. Brasil. Lei Federal nº 11.108, de 13 de abril de 2011. Direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, artigo 19-J Brasília: Ministério Público Federal; 1990.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília Ministério da Saúde, 1991.
11. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. 17-21 mar. 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
13. Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

15. Brasil. Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2006.
16. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão do trabalho em saúde: nada é diferente no processo de luta para a Consolidação do SUS. Interface – Com Saúde Educ. 2005;9(18):489-506.
17. López EL. Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Programa de Mestrado Profissional; 2004.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Secretária de Assistência à Saúde; 2004.
19. Heckert AL, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface – Comunic Saúde Educ. 2009;13(supl.1):493-502.
- 19a. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção a no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ; 2001.
20. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.
21. Gill KM. Parent participation with a family health focus: nurses' attitudes. Pediat Nurs. 1987;13(2):94-6.
22. Merhy EE, Cecílio LCO. O singular processo de coordenação dos hospitais. Rev Saúde em Debate 2003; 22(64):110-22.
23. Caetano PS, Miotto RCT. A família na política de saúde: considerações sobre a sua participação nos serviços de saúde. Pelotas, 08-10 ago. 2011.
24. Shiotsu CH, Takahashi RT. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. Rev Esc Enf USP. 2000;34(1):99-107.
25. Dibai MBS. O acompanhante na instituição hospitalar: relatos de uma experiência [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico; 2005.
26. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Ciênc & Saúde Col. 2007;12(4):965-71.
- 26.a Sousa LD, Gomes GC, Santos CP. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. Rev Enferm UERJ. 2009;17(3):394-9.

27. Guilhem D. Escravas do risco: bioética, mulheres e AIDS. Brasília: Editora UNB/Finatec; 2005.
- 27a. Montefusco SRA, Bachion MME, Nakatan AYK. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo CALGARY e a taxonomia da NANDA. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(1):72-80.
28. Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apoiam e não apoiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(3):270-5.
29. Bellou P, Gerogianni KG. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Science Journal.* 2007;3. Disponível em: <<http://www.nursing.gr>>. Acesso em: 14 jan. 2012.
30. Hospital Santa Luzia. Disponível em: <<http://www.hsl.com.br/site/index.do>>. Acesso em: 14 jan. 2012.
31. Hospital Moinho dos Ventos. Disponível em: <<http://www.hospitalmoinhos.org.br/content/pacientesevisitantes/horarios-de-visita.aspx>>. Acesso em: 14 jan. 2012.
32. Hospital Mãe de Deus. Disponível em: <<http://www.maededeus.com.br/2010/institucional/Horario-Visita.aspx>>. Acesso em: 14 jan. 2012.
33. Hospital Evangélico de Vila Velha. Disponível em: <<http://www.evangelicovv.com.br/visitas>>. Acesso em: 14 jan. 2012.
34. Hospital Universitário de Brasília. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 04 nov. 2011.
35. Boeger, MA. *Gestão em Hotelaria Hospitalar*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2005.
36. Quevedo MF. *Hospitalidade: um estudo de caso do Hospital Unimed Nordeste RS*. [dissertação]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2006.
37. Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização; 2010.
38. Becker, HS. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
39. Martins GA. *Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
40. Minayo MCS (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
41. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

42. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas; 2004.
43. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx I-L, Laperrière A, Mayer R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes; 2008. (Coleção Sociologia).
44. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Comitê Técnico do Programa Nacional de Humanização (CTPNH). Questionário para avaliação da satisfação do usuário e do profissional da SES/DF. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Humanização da Gestão da Assistência à Saúde; 2006.
46. Richardson RJ et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
47. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.
48. Mendes AMB. Est Psicol. 2002;7(nº esp.):89-96.
49. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Res 217 A (III), Assembléia Geral das Nações Unidas, 1948.
50. Rosa TT. Resumo histórico do Hospital Universitário de Brasília. Texto apresentado na oficina situacional do HUB. Brasília, 11 set. 2007.
51. Brasília, Codeplan. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000274.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2012.
52. Farias FLR. Alterações comportamentais ocasionadas pela separação mãe-filho durante a hospitalização da criança. Rev Bras Enf. 1988;41(2):107-12.
53. Bowlby J. Apego. 2ª ed. Trad. Álvaro Cabral. v. 1. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
54. Ferreira MCR. O apego e as reações da criança á separação da mãe. Cad Pesq. 1988;48:3-19.
55. Kawasaki K, Diogo MJD. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(3):257-64.
56. Hoffmann R, Leone ET. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil. Nova Econ. 2004;14(2):35-58.
57. DIEESE. DIEESE Edição Especial – Dia Internacional da Mulher – 8 de março de 2004. Boletim A mulher chefe de domicílio e a inserção feminina no mercado de trabalho. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: 31 jan. 2012.

58. Zannon CMLC. A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. *Pediat Mod.* 1994;30:1126-36.
59. Rocha SMM. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: sociabilidade e historicidade do conhecimento [tese de livre-docência]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1990.
60. Hospital Universitário de Brasília. Normas e orientações ao paciente – Divisão de Hotelaria. [s.d.]. Diretoria de Serviços Assistenciais. (mimeo.).
61. Cypriano MS, Fisberg M. Mãe participante: benefícios e barreiras. *Jorn Pediat.* 1990;66(4/5):92-7.
62. Gil KM. Parent participation with a family health focus: nurses' attitudes. *Pediat Nurs.* 1987;13(2):94-6.
63. Huerta EPN. Internação conjunta: critérios para decisão sobre que mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. *Rev Esc Enf USP.* 1984;18(1):13-21.
64. Monteiro Filho L, Lopes Neto AA, Rangel AMH, Monteiro MTS. O programa de hospitalização da criança acompanhada (PHOCA) do Hospital Municipal Souza Aguiar: análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. *Jorn Pediat.* 1988;64(6):242-7.
65. Braga TG. Gestão hospitalar na unidade de pediatria clínica do Hospital Universitário de Brasília [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo, Curso de especialização em Gestão de Hotelaria Hospitalar; 2009.
66. Nóbrega VM, Collet N, Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2010;12(3):431-40. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2012.
67. Alvarenga MRM, Oliveira MMC, Domingues MAR, Amendola F, Faccenda O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc & Saúde Col.* 2011;16(5):2603-11.
68. Schier J, Gonçalves LHT, Lima MGO. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003;24(1):61-8.
69. Viá SC, Dencker AFM. Pesquisa empírica em ciências humanas (com ênfase em comunicação). São Paulo: Futura; 2001.
70. Swan J. Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfillment and equity effects. *J Health Care Mark.* 1985;5:7-18.
71. Andrade GRB, Vaistman J. Apoio social e redes: conectando a solidariedade e saúde. *Ciênc & Saúde Col.* 2002;7(4):925-34.

72. Hospital Brasília. Disponível em: <<http://www.hospitalbrasil.com.br/PerguntasFrequentes.aspx>>. Acesso em: 31 jan. 2012.
73. Hospital Santa Luzia. Disponível em: <<http://www.hsl.com.br/site/Index.do->>. Acesso em: 31 jan. 2012.
74. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/10090-hospital-regional-de-mato-grosso-do-sul-implanta-a-ampliacao-do-horario-de-visitas>>. Acesso em: 31 jan. 2012.
75. Hospital de Base do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/6059-hospital-de-base-de-brasil-adota-a-visita-aberta>>. Acesso em: 31 jan. 2012.
76. Leite MT, Battisti IDE, Berbelezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):250-7.
77. Brasil. Ministério da Justiça. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Brasília: Diário Oficial da União, 1973.
78. Monticelli M, Boehs AE. A família na unidade de internação hospitalar: entre o normal e o instituído. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):468-77.
79. Brasil. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar/Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de sistemas e redes assistenciais. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
80. Squassante ND. A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Enfermagem, MINTER/Faculdades Associadas do Espírito Santo (FAESA); 2007.
81. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc & Saúde Col.* 2005;10(Supl.): 303-12.
82. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc & Saúde Col.* 2007;12(4):825-39.
83. Faquinello P, Higarashi IH, Marcon SS. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4): 609-16.
84. Pena SB, Diogo MDJ. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):351-7.
85. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):715-22.

86. Hayakawai LY, Marconi SS, Higarashii IH, Waidman MAP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Bras Enferm. 2010; 63(3): 440-5.

87. Gomes GC, Pintane AC, Strasburg AC, Erdmann AL. Apoio ao cuidador no hospital. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(1):64-9.

## APÊNDICE 1

Universidade de Brasília – UnB  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Pesquisa: O acolhimento à família da pessoa hospitalizada: acompanhante e o espaço de visita

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (acompanhante)**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa. Seu objetivo geral é: Conhecer a atenção destinada aos acompanhantes e as visitas no Hospital Universitário de Brasília para desenvolver estratégias integrais de acolhimento. E os objetivos específicos são: 1. Resgatar a trajetória histórica e a evolução das políticas públicas que possibilitaram a permanência do acompanhante no hospital; 2. Analisar as relações que se estabelecem entre acompanhantes e profissionais de saúde; 3. Conhecer como a equipe de saúde e os acompanhantes percebem o espaço para visitas no hospital; 4. Elaborar diretrizes para a promoção de atenção integral à pessoa hospitalizada, incluindo-se a permanência do acompanhante e o espaço de visitas.

A pesquisa busca melhorar as condições de atendimento no Hospital Universitário de Brasília e será realizada pela pesquisadora responsável, com a garantia de esclarecer qualquer dúvida antes, durante e após a coleta de dados da pesquisa.

Caso concorde em participar da pesquisa, será convidado a conceder uma entrevista, que será aplicada pela pesquisadora, e que poderá ter uma parte gravada. Informamos que os dados coletados poderão ser usados para publicação de trabalho científico. Garantimos que suas respostas serão mantidas em sigilo e apresentados sempre de forma coletiva. Em nenhuma hipótese haverá identificação dos respondentes ou divulgação personalizada das informações fornecidas.

Sua participação no estudo, não implicará em qualquer despesa, bem como não receberá qualquer dinheiro. O(a) senhor(a) tem a liberdade de não aceitar participar da pesquisa e poderá retirar seu consentimento e sair da pesquisa, em qualquer momento. Isso não lhe acarretará qualquer prejuízo e nem afetará o atendimento de seu familiar e o relacionamento com o Hospital Universitário de Brasília.

Portanto, após os esclarecimentos a mim concedidos concordo em participar da pesquisa “O acolhimento à família da pessoa hospitalizada: acompanhante e o espaço de visita”.

Nome legível do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
RG:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora: Rosilane de Carvalho Cristo  
RG: 709146-SSP/DF CPF: 455214841-91

Este termo foi elaborado em duas vias, uma que ficará com o senhor(a) e outra que ficará com a pesquisadora. Em caso de dúvida ou futuro esclarecimento, pode entrar em contato com a pesquisadora: Profa. Rosilane de Carvalho Cristo pelo telefone: 33072140 ou pelo email: rosicris@unb.br. Comitê de Ética em Pesquisa da Medicina da Universidade de Brasília - Telefone: 33072276 – Universidade de Brasília – UnB.

**APÊNDICE 2****PARTE I****Dados sobre o entrevistado/a**

Iniciais do nome:

Número do /questionário:

**Perfil do respondente**

Procedência:

Sexo:

Idade:

**1. Período de realização da aplicação do questionário:**

- Manhã
- Tarde
- Noite

**2. Unidade de internação onde o acompanhante se encontra:**

- Clínica Médica
- Clínica Pediátrica
- Outro. Qual?

**2. Qual sua relação com a pessoa hospitalizada:**

- pai
- mãe
- esposo/a
- Outro. Qual?

**3. Grau de instrução:**

- Sem escolaridade
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo

**4. Renda mensal da família:**

- abaixo de 01 salário mínimo
- entre 02 a 04 salários mínimos
- entre 06 a 08 salários mínimos
- entre 01 a 02 salários mínimos
- entre 04 a 06 salários mínimos
- acima de 08 salários mínimos

**5. Quanto tempo tem que acompanha a pessoa internada? \_\_\_\_\_**

**6. Número de vezes que acompanhou pessoas internadas nesta unidade? \_\_\_\_\_**  
**ATENÇÃO-** Nas Questões nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, (itens A e B), avalie cada alternativa assinalando: **Muito fraco (MF); Fraco (F); Regular (R); Bom (B); Muito bom (MB); Não tenho como avaliar (NA).**

**PARTE II**

**A. Qualidade dos serviços e instalações**

**1. Instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:**

|  | MF | F | R | B | MB | NA |
|--|----|---|---|---|----|----|
| a) Conforto da área de espera e/ou lazer da unidade.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Sinalização bem localizada e fácil de ser entendida.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Aparência do hospital.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Funcionamento dos equipamentos.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| e) Conforto nas instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, recepção).  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Quantidade das roupas de cama e banho.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| g) Qualidade das roupas de cama.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| h) Nível de ruído.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| i) Quantidade das refeições oferecidas ao acompanhante.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| j) Qualidade das refeições oferecidas ao acompanhante.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| k) Facilidade para usar o telefone para comunicação com parentes e amigos.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| l) Formas de comunicação que facilitam que suas queixas, sugestões e elogios sejam ouvidos e respondidos. (Ex: caixas de sugestões, pessoas disponíveis para ouvir e responder). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| m) Meios de respostas aos registros de queixas e sugestões.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| n) Conforto individual (cadeiras confortáveis, banheiro apropriado etc.).  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

2. Acesso (facilidade em ser atendido) e presteza (rapidez para ser atendido) dos serviços:

|   | MF | F | R | B | MB | NA |
|---|----|---|---|---|----|----|
| a) Facilidade e rapidez na internação.                                      | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Facilidade para o acesso dos acompanhantes.                              | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Facilidade de acesso dos familiares nos horários de visitas.             | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Facilidade para troca de acompanhantes.                                  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| e) Facilidade de receber orientações sobre o funcionamento das unidades.    | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Facilidade e rapidez em receber informações sobre os exames necessários. | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| g) Facilidade e rapidez para realização de exames.                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| h) Facilidade e rapidez na entrega dos resultados de exames.                | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| i) Facilidade em receber informações sobre os exames realizados             | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

**B. Qualidade da relação com os profissionais:**

3. Clareza das informações oferecidas ao acompanhante da pessoa hospitalizada.

|  | MF | F | R | B | MB | NA |
|--|----|---|---|---|----|----|
| a) Formas de identificação clara dos profissionais (usavam crachás, apresentavam-se?).                                   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Informações claras e compreensíveis dadas a você (acompanhante) sobre o atendimento.                                  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Informações claras e compreensíveis sobre prevenção de doenças e outros assuntos educativos para cuidar de sua saúde. | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| e) Informações claras sobre os horários de visitas   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Informações sobre a função do acompanhante dentro do hospital.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

4. Sua avaliação da qualidade do atendimento oferecido pelos funcionários em cada aspecto:

|                                       | MF | F | R | B | MB | NA |
|---------------------------------------|----|---|---|---|----|----|
| a) Gentileza                          | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Interesse e atenção ao seu caso.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Compreensão das suas necessidades. | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Informações que você necessitava   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

5. Sua avaliação da qualidade do atendimento oferecido pela equipe médica em cada aspecto:

|  | MF | F | R | B | MB | NA |
|--|----|---|---|---|----|----|
| a) Gentileza.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Interesse e atenção ao seu caso.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Compreensão das suas necessidades.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Privacidade no seu atendimento.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| e) Informações claras e compreensíveis sobre o seu diagnóstico.                      | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Informações claras e compreensíveis sobre o seu tratamento.                       | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| g) Informações sobre o que você dever fazer após o atendimento.                      | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| h) Formas de identificação clara da equipe médica (usavam crachás, apresentavam-se). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

6. Sua avaliação da qualidade do atendimento oferecido pela equipe de enfermagem em cada aspecto:

|   | MF | F | R | B | MB | NA |
|---|----|---|---|---|----|----|
| a) Gentileza.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Interesse e atenção ao seu caso.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Compreensão das suas necessidades.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Privacidade no seu atendimento.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| e) Informações claras e compreensíveis sobre o seu diagnóstico.                       | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Informações claras e compreensíveis sobre o seu tratamento.                        | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| g) Informações sobre o que você dever fazer após o atendimento.                       | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| h) Formas de identificação clara da equipe médica (usavam crachás, apresentavam-se?). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

7. Sua avaliação da qualidade do atendimento oferecido por outros profissionais de nível superior (ass. Sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) em cada aspecto:

|   | MF | F | R | B | MB | NA |
|---|----|---|---|---|----|----|
| a) Gentileza.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| b) Interesse e atenção ao seu caso.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| c) Compreensão das suas necessidades.   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| d) Privacidade no seu atendimento.  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| f) Informações claras e compreensíveis sobre o ao atendimento de sua área de atuação  | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |
| h) Formas de identificação clara da equipe médica (usavam crachás, apresentavam-se?). | 1  | 2 | 3 | 4 | 5  | 6  |

**PARTE III** (acompanhante)

1. Para o Sr. ou Sra. o horário de visitas atende as necessidades da pessoa hospitalizada e dos familiares e amigos?
2. No caso de um parente seu estar internado (mãe, irmão ou outro), qual a sua sugestão para o horário de visitas?
3. Para o Sr./Sra. qual o papel do acompanhante no hospital?
4. Quais as vantagens e dificuldades na permanência do acompanhante na unidade onde atua?
5. O Sr/ Sra. Gostaria de fazer um comentário/sugestão quanto ao acompanhante e horário de visita na unidade onde atua?