

SILVANA BARBOSA PENA

200402803

ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS: UM NOVO DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

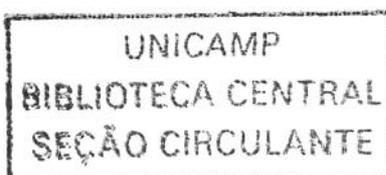
*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **Silvana Barbosa Pena**
Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo*

Orientadora *Maria José D'Elboux Diogo*

CAMPINAS- SP

2002

- i -



SILVANA BARBOSA PENA

**ACOMPANHANTES DE IDOSOS HOSPITALIZADOS:
UM NOVO DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

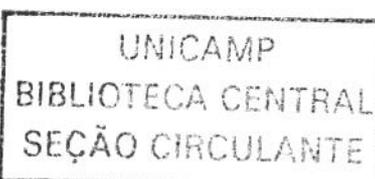
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, nível Mestrado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo.

CAMPINAS- SP

2002

- iii -



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP
	P37a
V	EX
TOMBO DO	56996
PROC.	16-P-117/04
e	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	
Nº CTD	

CM00193834-5

BIB ID 310644

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

P37a

Pena, Silvana Barbosa

Acompanhamentos de idosos hospitalizados : um novo desafio para a enfermagem / Silvana Barbosa Pena. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Maria José D'Elboux Diogo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gerontologia. 2. *Cuidadores. 3. Hospitalização. I. Maria José D'Elboux Diogo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Maria José D'Elboux Diogo

Membros:

-
1. Prof^a Dr^a Maria José D'Elboux Diogo Maria José D'Elboux Diogo
 2. Prof^a Dr^a Maria José Sanches Marin Maria José Sanches Marin
 3. Prof^a Dr^a Fernanda Aparecida Cintra [Assinatura]

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 20/12/2002

Aos acompanhantes dos idosos hospitalizados e aos membros da equipe de enfermagem que se dispuseram a colaborar com suas experiências, que foram de grande valia para realização deste estudo, por acreditarem no resultado desta pesquisa como um instrumento a mais para uma assistência de enfermagem com qualidade, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida para o idoso e seu cuidador, e uma assistência humanizada.

Ao meu avô, Antônio Barbosa Júnior (*in memoriam*), de quem tenho imensa saudade, por ter sempre acreditado em mim.

Aos meus pais, Thyrso e Ruth, pelo exemplo de luta, caráter e perseverança, por todo amor, carinho e paciência durante este período, em que sempre estiveram ao meu lado.

Aos meus irmãos, Silvio e Carina, pelo amor e carinho dedicados a me ajudar, nos momentos difíceis.

A Patrícia Cristina do Nascimento Souto, minha irmã e amiga de coração e de alma, pelo amor, carinho e paciência, por estar sempre presente, apoiando, solidária e incentivadora, tanto nos momentos de insegurança quanto nos de alegria. Muito obrigada.

A Elaine Aparecida Soi, pelo carinho, por ter me incentivado a seguir o caminho da pesquisa e da docência. Muito obrigado. Serei sempre grata.

À professora doutora Maria José D'Elboux. (Zezinha), por ter me conduzido durante o início de minha vida científica e pela paciência, atenção e dedicação na realização deste trabalho.

A Deus, a Nossa Senhora e a Santa Rita de Cássia, por estarem sempre do meu lado, protegendo-me e iluminando a minha vida.

À professora doutora Maria José D'Elboux Diogo. (Zezinha), por quem todos os dias agradeço a Deus pela possibilidade de ter tido como minha orientadora, cuja grandeza, não só como pesquisadora renomada na área científica, mas como pessoa que tem a essência da vida - a sabedoria -, pude conhecer nesses anos de convivência. Que Deus a proteja sempre. Obrigada, Zezinha. Serei eternamente grata a você.

À professora doutora Pirjo Helena Laitinen, enfermeira e docente na Universidade de Kuopio - Finlândia, por ter me concedido o privilégio de ter compartilhado tão gentilmente e autorizado a utilização do seu grande conhecimento e experiência na área.

À minha amiga de mestrado, Cristina, pelo companheirismo e amizade durante esta trajetória, e também ao seu esposo, Luís. Deus proteja vocês. Meu Deus lhes pague!

Às minhas queridas amigas, por quem tenho um carinho muito especial, Edigarda Helena, Silvia e Helena, agradeço pelos muitos momentos que compartilha-se as nossas alegrias e angústias.

Aos meus afilhados, Dayse, Ricardo e Luisa, que me acolheram em sua casa, em Campinas, agradeço pelo carinho.

A Rejane e Marta, pelo apoio e carinho durante esta conquista.

Ao meu amigo, professor doutor Miguel C. M. Chacon, por ter colaborado nesta minha trajetória do mestrado.

À minha grande família que, mesmo sem laços consangüíneos, sempre me apoiou e torceu com muito carinho por esta conquista. Saibam que, mesmo distante, eu tenho um carinho muito especial por todos: Vera Márcia, Rosemeri, Santina, Mario, Gilselene, Vânia, Volinea, Raul, Rosinha, Cristina Furlaneto, Clarita, Lusmarina e Fernando.

Ao professor doutor Eduardo José Manzini, pela grandiosa colaboração permitindo que eu cursasse a sua disciplina, a qual muito contribuiu para a análise das informações coletadas.

Ao professor doutor Sidinei Mariano, pela imensa colaboração e carinho que dispensou a análise estatística dos dados.

Ao professor Ms. Marcio Mielo, por ter permitido a utilização do campo de estudo para a realização desta pesquisa.

À professora doutora Fernanda Cintra, coordenadora curso de pós-graduação, e à minha banca por ter colaborado de modo especial para a conclusão deste processo e pelos relevantes apontamentos.

À professora doutora Maria José Sanches Marin (Zezé), minha banca, obrigada pelo carinho e dedicação nos momentos em que fui em busca de sua ajuda, e nos quais sempre fui atendida. As suas orientações foram de grande importância para a realização deste estudo.

A todos os professores da pós-graduação, pelos ensinamentos nas disciplinas que cursei, e em especial às professoras doutoras Emilia Luígia Saporiti Angerami, Maria Inês Cocco, Izilda, Eliete e Débora, por terem sido presentes nesta etapa do meu mestrado.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da Unicamp, à dona Edna, às secretárias Sueli e Janice, pelo carinho e simpatia e ao Carlinhos, pelo capricho da editoração.

Aos meus tios Dirce e José, Zelinda e Waldemar, pelo apoio e pelas orações.

À Unifev, por me permitir a frequência, para a realização do mestrado.

A Denise, coordenadora do curso de Enfermagem da Unifev, e colegas docentes: Luciana, Leise, Roberta, Sônia, Cidinha, Jaqueline, Vera, Leticia, Luis, Maristela, Rosana e Mariluci.

Lista de tabelas	xvii
Resumo	xxi
Abstract.....	xiii
1. INTRODUÇÃO	25
1.1 Considerações demográficas e epidemiológicas.....	29
1.2 Principais questões que afetam a saúde do idoso.....	32
1.3 A família e o idoso	35
1.4 A hospitalização do idoso	39
1.5 O acompanhante e o cuidado do idoso hospitalizado.....	41
2. OBJETIVOS	51
3. SUJEITOS E MÉTODO	55
3.1 Campo de pesquisa.....	57
3.2 Sujeitos da pesquisa.....	58
3.2.1 Características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa	59
3.3 Coleta de dados	63
3.3.1 Instrumentos de coleta de dados.....	63
3.3.2 Procedimento para coleta dos dados	65
3.4 Tratamento e análise dos dados.....	66
4. RESULTADOS	69
5. DISCUSSÃO	119
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
ANEXOS.....	171
Anexo I – Autorização do Diretor Técnico e Comitê Ética e Pesquisa	173
Anexo II - Termo de Consentimento	174
Anexo III - Roteiro para entrevista com os acompanhantes.....	175
Anexo IV - Roteiro para entrevista com a equipe de enfermagem	177

Tabela 1: Distribuição da composição das equipes que atuam nas unidades de internação A e B.....	58
Tabela 2: Distribuição dos sujeitos, acompanhantes dos idosos, segundo idade, sexo e grau de parentesco.....	60
Tabela 3: Distribuição dos familiares que assumem o papel de acompanhante no hospital e de cuidador no domicílio	61
Tabela 4: Distribuição dos acompanhantes, quanto à experiência anterior no cuidado de idosos.....	62
Tabela 5: Distribuição dos sujeitos da equipe de enfermagem, segundo idade e sexo.	62
Tabela 6: Distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem, segundo a época de conclusão de curso, conteúdo sobre assistência ao idoso e participação em cursos extracurriculares relacionados à gerontologia.....	63
Tabela 7: Distribuição das respostas dos familiares sobre o número de acompanhantes que permaneciam com o idoso	71
Tabela 8: Distribuição dos acompanhantes, segundo o tempo de permanência (em horas) no hospital e o rodízio com outras pessoas.....	72
Tabela 9: Distribuição das classes obtidas a partir das respostas dos familiares sobre a presença dos acompanhantes.....	73
Tabela 10: Distribuição das classes referentes às justificativas apontadas pelos membros da equipe de enfermagem sobre a participação do acompanhante no cuidado	78
Tabela 11: Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros da equipe de enfermagem quanto a sua expectativa sobre a participação dos acompanhantes	83

Tabela 12: Distribuição das atividades diárias em que os acompanhantes auxiliam durante o período de hospitalização, segundo sua frequência.	85
Tabela 13: Distribuição das atividades diárias em que os membros da equipe de enfermagem esperam que os acompanhantes auxiliem o idoso durante o período de hospitalização, segundo sua frequência	87
Tabela 14: Distribuição dos valores do χ^2 das respostas da equipe de enfermagem e dos familiares, de acordo com as atividades investigadas.	90
Tabela 15: Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares quanto aos fatores que facilitam a participação no cuidado do idoso hospitalizado.....	92
Tabela 16: Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros da equipe de enfermagem quanto aos fatores que facilitam a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado	98
Tabela 17: Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares quanto aos fatores que dificultam a sua participação no cuidado do idoso hospitalizado	102
Tabela 18: Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros da equipe de enfermagem quanto aos fatores que dificultam a participação do acompanhante no cuidado no idoso hospitalizado	107
Tabela 19: Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares, quanto aos fatores relacionados à equipe de enfermagem, que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso.	110
Tabela 20: Distribuição das classes obtidas das respostas dos profissionais, quanto aos fatores relacionados à equipe de enfermagem, que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso.	114

Nos últimos anos, a equipe de enfermagem, no ambiente hospitalar, tem vivenciado uma nova realidade: o aumento do número de idosos ocupando os leitos hospitalares. Por suas características próprias, essa população necessita não só de assistência direcionada às suas peculiaridades, como também da presença do acompanhante, assegurada pela Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999, do Ministério da Saúde. Partindo desta nova realidade, com a qual a equipe de enfermagem depara, corresponde a um desafio para seus membros, teve como objetivos: verificar e analisar a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado, quanto aos recursos pessoais e às atividades que podem ser realizadas, e a expectativa dos membros da equipe de enfermagem quanto à participação do acompanhante no cuidado desse idoso. Além desses objetivos, pretendeu identificar e analisar os fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante, na ótica de 30 acompanhantes familiares e de 30 profissionais de enfermagem, por entrevistas, em um hospital de alta complexidade, do interior de São Paulo. A análise dos resultados, os sujeitos reconhecem que a presença do acompanhante durante este período promove apoio emocional e favorece a sua recuperação. A equipe destaca a necessidade de parceria no processo do cuidado e da orientação para a continuidade deste cuidado no domicílio. Quanto à participação do acompanhante, a equipe de enfermagem espera auxílio para o cuidado, o apoio e a obediência às normas e às orientações. As atividades a ser realizadas pelos acompanhantes na ótica dos sujeitos foram: suporte emocional, alimentação e higienização. O interesse do acompanhante em participar no cuidado, a inter-relação pessoal e o conhecimento anterior do idoso facilitam a participação desses no cuidado. As limitações do acompanhante e sua inter-relação com a equipe de enfermagem são fatores que dificultam essa participação. A maior ênfase relacionada à participação do familiar no cuidado foi dada à inter-relação entre acompanhante e equipe de enfermagem, demonstrando a importância da comunicação nas interações sociais.

PALAVRAS-CHAVES: gerontologia, cuidadores, hospitalização

In the last years, the nursing staff, in the hospital environment, has lived a new reality: the increasing number of elderly persons interned in the hospitals. By its own characteristics, this population needs not only nursing care but also the presence of a caregiver, as stated by the law number 280, dated April 07, 1999 from Health Ministry. From this reality that the nursing staff is facing and the challenge to its members, it had as objectives: to verify and analyse the participation of the caregiver to the interned elderly person related to personal resources and the activities that can be done, and the expectation of the nursing staff according to the participation of the caregiver looking after the interned elderly person. Besides these objectives, it intended to identify and analyse the factors that assist and/or make difficulty the participation of the caregiver, noticed by 30 caregivers and 30 nursing professionals, through interviews, of a high complexity hospital from São Paulo countryside. According to the result analysis, the subjects recognize that the presence of the caregiver during this period gives emotional support and favors the recovery. The nursing staff outlined the necessity of the partnership in the caring and orientation process to the continuity of this work at home. Related to the caregiver participation, the nursing staff expects helping to the care, supporting and following to the laws and orientations. The activities to be done by the caregivers according to the subjects are: emotional support, feeding and hygiene. The interest of the caregiver in participating in the process, the personal inter-relation and the previous knowledge make their participation easier. The limitations of the caregiver and his inter-relation to the nursing staff are factors that make this participation difficulty. The biggest emphasis related to the family participation in this care was the inter-relation between the caregivers and the nursing staff demonstrating the importance of the communication in the social interactions.

Key words: gerontology, caregivers, hospitalization

INTRODUÇÃO **1**

O tema deste estudo é reflexo das observações da prática profissional e da necessidade latente e explícita de sistematizar o conhecimento específico sobre a questão do acompanhante do idoso hospitalizado, a fim de poder contribuir tanto com a área acadêmica quanto com os profissionais de saúde que atuam com esses pacientes hospitalizados.

Após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, a residência na área de cardiologia proporcionou à autora deste trabalho a oportunidade de vivenciar experiências com um número significativo de idosos, despertando diferentes inquietações relacionadas à assistência de enfermagem a essa clientela específica.

No decorrer das atividades profissionais, a atuação em unidades hospitalares cirúrgicas e, especialmente, em serviço de assistência domiciliar, fez perceber a crescente demanda de pacientes idosos, o que veio a consolidar a relevância de aprofundar os conhecimentos referentes à enfermagem geriátrica e gerontológica. Ademais, em paralelo à assistência domiciliar que vinha sendo realizada, na atividade docente assistencial, iniciada em 1997, na disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirurgia da Universidade de Marília, São Paulo, onde, além de ministrar aulas teóricas, a autora encarregou-se da supervisão dos alunos do curso de graduação nas atividades de estágio que, em sua maioria, eram realizadas em hospitais do município.

Nos períodos dos estágios, foi observado que a maior parte dos pacientes idosos são acompanhados por um de seus familiares ou por pessoas contratadas. Esses acompanhantes nem sempre se envolvem satisfatoriamente no cuidado do idoso ou, quando o fazem, apresentam distintos modos de envolvimento e de realização do cuidado e, somado a isso há as dificuldades e as limitações na prática assistencial por parte da equipe de enfermagem com idosos hospitalizados, o que, em conjunto, formam as evidências da pertinência do tema a ser tratado.

Em estudo realizado por BRITO e DIOGO (1998), as autoras verificaram que a equipe de enfermagem considera o paciente idoso mais dependente, devido às limitações para a realização das atividades da vida diária, o que gera dificuldades relacionadas à sua assistência. Talvez essas dificuldades sejam decorrentes de lacunas na formação do enfermeiro e demais membros da equipe, em virtude da não-inclusão de conteúdos relacionados à enfermagem geronto-geriátrica nos cursos de Enfermagem, ou da escassez de cursos de extensão e especialização, que poderiam complementar a formação dos profissionais. Na pesquisa realizada por DIOGO e DUARTE (1999), envolvendo 63 cursos de graduação em Enfermagem do Brasil, foi constatado que somente 14 deles ofereciam conteúdos relativos à atenção ao idoso em disciplina específica; a grande maioria (52 instituições) distribui esse conteúdo em aulas de outras disciplinas, em forma de tópicos. A temática relativa à atenção ao idoso passou a ser incluída nos currículos desses cursos, principalmente, nas décadas de 80 e 90, para, justamente, atender ao crescimento da população idosa e preparar os profissionais para esse novo campo de atuação.

Nos últimos anos, a equipe de enfermagem no ambiente hospitalar passou a deparar com uma nova situação: o aumento do número de idosos ocupando os leitos hospitalares (o que, por sua vez, demanda uma assistência direcionada às peculiaridades dessa faixa etária) e a presença de seu acompanhante. Essa nova situação exigiu, então, a construção de uma tríade de relações, composta pelo enfermeiro e sua equipe, o paciente idoso e o acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado.

As novas dificuldades não se limitam, porém, às relações e aos recursos humanos profissionais ou não, envolvidos na assistência ao idoso. Os recursos físicos e estruturais (instalações, acomodações, alimentação, acesso, trânsito interno e externo, entre outros) revelam-se deficientes, denotando um certo despreparo, por parte dos dirigentes das instituições hospitalares, quanto à existência e à permanência, mesmo que em tempo parcial, dos acompanhantes.

A presença do acompanhante durante a hospitalização do idoso, tão importante e necessária, foi assegurada pelo Ministério de Estado da Saúde, ao considerar a melhoria da qualidade de vida que traz ao idoso (BRASIL,1999-5). Além de tornar obrigatórios os meios que viabilizam a permanência do acompanhante, a Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999, do Ministério da Saúde, garante os recursos financeiros para sua acomodação, conforme se lê a seguir:

Art. 1º - Torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença dos acompanhantes de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados; exceto quando as referidas internações forem feitas em Unidade de Tratamento Intensivo.

§1º - Fica autorizada ao prestador de serviço a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante, cabendo ao gestor, a dívida formalizada desta autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 2º - No valor da diária estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Considerando as observações advindas da prática profissional, a Portaria citada e os fatores demográficos culturais e sociais em relação à população idosa, surgiram algumas indagações relacionadas à atuação dos acompanhantes de idosos hospitalizados e às expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à mesma.

Na seqüência, apresenta-se uma discussão sobre esses temas.

1.1 Considerações demográficas e epidemiológicas

O aumento significativo da população idosa tem despertado o interesse dos profissionais de diversas áreas, inclusive da área de saúde, a respeito das necessidades específicas dessa faixa etária e das peculiaridades do próprio processo de envelhecimento.

As pesquisas, no Brasil, apontam para mudanças demográficas significativas e, entre elas, a redução dos níveis de fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, decorrentes das melhorias da urbanização e do saneamento básico, bem como das conquistas tecnológicas da medicina moderna (assepsia, vacina, antibióticos, prevenção ou cura das doenças fatais do passado), segundo VERAS (1994).

De acordo com CHAIMOWICZ (1998), entre 1940 e a década de 70, houve um declínio rápido da mortalidade, determinado, principalmente, pelas ações médico-sanitaristas e políticas urbanas de saúde pública, implementadas nas primeiras décadas do século 20, tais como vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitaristas, além do crescimento e do progresso tecnológico da rede pública. O declínio da mortalidade associado à elevação da taxa de fecundidade determinaram o aumento vegetativo populacional e, somente a partir de 1960, iniciou-se, efetivamente, envelhecimento da população, com declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do País.

Autores como CHAIMOWICZ (1998) e SILVESTRE et al. (1996) avaliaram o declínio da fecundidade como um processo decorrente de vários fatores, entre eles a industrialização, a crise econômica e o processo de urbanização brasileira.

Conforme os dados apontados por SILVESTRE et al. (1996) e VERAS (1994), os níveis de expectativa de vida cresceram sensivelmente no Brasil, com destaque para os últimos 40 anos: no início do século 20, a expectativa de vida era de 33,7 anos; de 1960 a 1980, aumentou de 55,9 para 63,4 anos; de 1980 a 2000, segundo projeções, deverá crescer em torno de cinco anos, o que corresponde à expectativa de vida de 68,5 anos no final do século; para o período compreendido entre 2000 e 2020, a expectativa será de 72 anos.

CHAIMOWICZ (1998), ao apresentar as projeções sobre a população de idosos no mundo, afirma que, em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais, o Brasil deverá passar, entre 1996 e 2025, da 11ª para a 7ª

posição mundial. Acrescenta que, entre o período de 2000 a 2050, ocorrerá o ponto de incremento no envelhecimento, de que irá resultar a chamada "retangularização" da estrutura etária nacional.

Segundo CHAIMOWICZ (1998) e KALACHE et al. (1987), a velocidade com que a população idosa cresce no País e todas as transformações e impactos resultantes das mudanças demográficas começam a acarretar inúmeras conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, destacando-se as alterações da estrutura familiar, do suporte social comunitário e do perfil de saúde, as quais nem o sistema de saúde nem os profissionais da área se encontram efetiva e adequadamente preparados para enfrentar e administrar.

Para considerar o perfil epidemiológico brasileiro, é necessário, primeiramente, conceituar e contextualizar a "transição epidemiológica" que, conforme CHAIMOWICZ (1998, p. 45),

...se refere às modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que geralmente coincidem com outras transformações demográficas sociais e econômicas. O modelo clássico aplicado nos países industrializados ou latino-americano engloba três mudanças básicas: substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

O autor acrescenta que, no Brasil, o modelo de transição epidemiológica apresenta-se com características diferentes do modelo clássico. Aqui, não se passa por transição, mas por "superposição" em que doenças transmissíveis e crônico-degenerativas ocorrem simultaneamente à reintrodução e ao recrudescimento de doenças como dengue, malária, tuberculose, hanseníase (o que mostra a "contra-transição"). Além disso, a morbi-mortalidade mantém-se

elevada, o que caracteriza uma "transição prolongada". Observa-se, ainda, no País, a existência de "polarização epidemiológica", ou seja, o contraste entre os diferentes perfis epidemiológicos regionais.

As características de saúde da população idosa, em que os processos agudos de rápido tratamento e cura não são tão presentes quanto nas doenças crônicas e suas complicações, também levam a alterações relacionadas à qualidade de vida dos idosos, ao sistema de saúde e à família (CHAIMOWICZ, 1998).

1.2 Principais questões que afetam a saúde do idoso

É importante salientar alguns impactos que o comprometimento da saúde pode gerar nas pessoas de faixa etária igual ou superior a 60 anos, tais como a redução da autonomia e da capacidade funcional, cujos efeitos desencadeiam, direta ou indiretamente, conseqüências na qualidade de vida do idoso. Embora a qualidade de vida do idoso não seja o foco de investigação deste estudo, convém destacar algumas abordagens relevantes a esse respeito.

No conceito apresentado pela Associação Brasileira de Qualidade de Vida (ABQV), observa-se a valorização do equilíbrio individual e ecológico e a abordagem do ser humano num processo de contínuo desenvolvimento. Assim, qualidade de vida pode ser entendida como:

o conjunto de percepções individuais da posição de vida das pessoas no contexto dos sistemas culturais e de valores em que se vivem e em relação a metas, expectativas, padrões e preocupações que criam e desenvolvem. Incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com o meio ambiente. Através do processo de melhoria da Qualidade de Vida, busca-se um estado permanente de equilíbrio, entre a saúde física, o domínio e vivência das emoções e a elevação da consciência através dos valores e

crenças. A partir deste equilíbrio pessoal e interior as relações interpessoais agregam qualidade e busca-se uma harmonia com o meio ambiente. Qualidade de Vida é pois um processo de crescimento permanente, de desenvolvimento do ser humano com objetivos de agregar qualidade em cada relação e em cada desempenho do papel, seja no exercício profissional, na cidadania, na família ou na sua relação ecológica. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE DE VIDA, 2000)

Sob a ótica da enfermagem, CIANCIARULLO (1998) afirma que a qualidade de vida é um conceito dependente da visão do cliente, variando e diferenciando-se a partir de suas opiniões, julgamentos, situações e eventos. A autora parte do pressuposto de que o conceito de qualidade de vida é elaborado pela própria pessoa que vivencia uma determinada situação. Assim, a qualidade de vida do paciente, os profissionais deveriam valorizar este conceito de modo a individualizar a assistência prestada.

Embora a qualidade de vida, assim entendida, seja um conceito subjetivo, dependente e decorrente da experiência de vida de cada ser humano e, na velhice, seja diferente para cada idoso, há algumas situações comuns nesta faixa etária que podem comprometer a qualidade de vida. É preciso lembrar que a presença de múltiplas afecções, bem como o declínio caracterizado pela redução funcional dos sistemas fisiológicos, decorrentes do envelhecimento biológico e das condições crônicas de saúde, e o uso de polifármacos podem levar ao comprometimento da capacidade funcional e da autonomia do idoso. Estes fatores têm implicações diretas no comprometimento da qualidade de vida na velhice e, muitas vezes, podem ser até mais importantes do que a própria morbidade (CHAIMOWICZ, 1998; PAULA et al. 1998).

Segundo PAPALETTO (1996); BRASIL (1999-3); VERAS (1994) e SILVESTRE et al. (1996), as alterações fisiológicas advindas com o envelhecimento, mesmo não sendo identificadas como afecções ou anormalidades, levam à redução da capacidade de reserva dos diversos sistemas

orgânicos. Os autores citados afirmam que durante o envelhecimento os indivíduos se tornam mais propensos a sofrer alguma doença, incapacidade ou efeito colateral provocado pela ingestão de drogas.

Como as doenças crônicas são a maior causa de morte em idosos, na presença destas afecções eles podem ter a sua qualidade de vida prejudicada pelas seqüelas deixadas, como o surgimento de disfunções e incapacidades, que requerem serviços de alto custo.

PAULA et al. (1998) acrescentam, ainda sobre a presença de doenças na velhice, que a freqüência das situações de comorbidade entre os idosos torna-os um grupo com maior risco para complicações de seu estado clínico e funcional, resultante não apenas da soma das doenças, mas também dos efeitos deletérios da associação das drogas utilizadas.

Embora o envelhecimento com ausência de doenças crônicas seja raro, cabe ressaltar, contudo, que a presença de uma doença crônica não leva necessariamente à perda da autonomia e da independência, isto é, não impossibilita o idoso de conduzir a sua própria vida e de realizar atividades normais do dia-a-dia, de forma independente e sem nenhuma ajuda. As experiências pessoais ao longo da vida, a individualidade, o ambiente familiar, as oportunidades socioculturais e o acesso aos serviços de saúde influenciam a experiência do envelhecer e, conseqüentemente, as condições de saúde na velhice.

De acordo com os atuais conceitos gerontológicos, os idosos que se mantêm independentes são considerados idosos saudáveis, mesmo que sejam portadores de uma ou mais doenças crônicas. Eles mantêm sua capacidade funcional íntegra para atender às suas necessidades diárias, físicas e mentais, para realizar suas atividades da vida diária: levantar-se da cama ou de uma cadeira, andar, usar o banheiro, vestir-se, alimentar-se, entre outras (KATZ, et al. 1963). Também são capazes de realizar as atividades instrumentais da vida diária:

sair às compras, cuidar do seu dinheiro, fazer trabalhos em casa, usar o telefone, entre outras (LAWTON e BRODY ,1969).

Uma vez comprometida a capacidade funcional do idoso, a família passa a exercer um papel fundamental em sua vida. Assim, será tema do próximo tópico.

1.3 A família e o idoso

De acordo com PELZER e FERNANDES (1997), a família “é a fonte primária de suporte social, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre os membros”. Desse modo, para entender a relação entre o idoso e a sua família, bem como os fatores associados a essa relação, é necessário abordar a instituição familiar em vários contextos e em suas inter-relações.

A posição do idoso no contexto familiar é fruto dos modelos de família existentes na sociedade ao longo da história e, especialmente, daquela em que se insere. MENEZES (1985), ao abordar esta questão, reconhece que, com o desenvolvimento tecnológico, com o advento da industrialização e com a substituição do modelo de família patriarcal pelo conjugal, surgiu o marco primário da restrição do espaço físico e afetivo do idoso na família.

Outros fatores, no entanto, como a saúde dos seus membros, podem interferir na organização familiar. A esse respeito, LEITE (1999), ao mostrar o conceito sistêmico aplicado à estrutura familiar, salienta que a ocorrência de alterações na saúde de um dos membros afeta os outros, direta ou indiretamente, levando à necessidade de adaptação ou reorganização, em diferentes níveis, das formas de viver dos próprios sistemas de família.

Por outro lado, ELSEN (1994) parte do pressuposto de que cada pessoa tem seu próprio conceito sobre família, apoiando-se em MANCIAUX (1975), segundo o qual " a família não se define, uma vez que ela existe e se

mostra por si". Decorrente desse sentido, a família apresenta-se sob diversos modelos: família nuclear, extensa ou ramificada, família que agrega pessoas com as quais mantém sentimentos significativos, tornando-as membros da mesma, e família composta somente por amigos, os quais não têm laços consangüíneos (CARTANA, 1988).

Os modelos familiares podem ser descritos também a partir do âmbito geracional, abordagem esta utilizada, principalmente, nos estudos relacionados a arranjos familiares. Nessa ótica, nos estudos realizados por DIOGO (1997) e RAMOS et al. (1991) sobre o arranjo familiar, os autores utilizam a seguinte denominação: unigeracional (uma geração), composto pelo casal ou idosos da mesma geração, com ou sem relação de parentesco; o arranjo de duas gerações, quando o filho solteiro, ou descasado, ou um parente mais novo, como neto ou sobrinho reside na família do idoso; o arranjo de três gerações, quando o idoso reside com a família de seu filho; e, de forma sucessiva, os arranjos multigeracionais.

Os arranjos de três gerações e os multigeracionais são mais frequentes na realidade brasileira, provavelmente decorrentes de alterações sociais e econômicas como o divórcio, o declínio do número de casamentos, a crise financeira, a inserção da mulher no mercado de trabalho, os valores irrisórios das aposentadorias dos idosos, os quais não têm condições de subsidiar os tratamentos de saúde, moradia e alimentação, dentre outros fatores socioculturais que também contribuem para seu desenvolvimento (DIOGO,1997; YAZAKI et al. 1991).

A estrutura familiar no Brasil tem apresentado mudanças, ao longo do tempo, relacionadas às alterações demográficas e ao papel que cada pessoa passou a exercer nos novos núcleos familiares.

Segundo dados do IBGE, publicados pelo CADERNO ESPECIAL A1 – FAMÍLIA (1998), nos últimos 30 anos houve um aumento de mulheres

desempenhando o papel de "chefe de família" e uma redução de casados, do número de filhos por mulheres e do número de pessoas por domicílio.

Embora essas novas configurações interfiram na sua organização, a família continua a ser o núcleo responsável pelo idoso, conceito este predominante no Brasil, conforme nos lembra SILVA, E. (1996).

Outrossim, cabe lembrar que a obrigatoriedade da família em amparar o idoso é um dos princípios da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, o qual, em seu art. 3º, inciso I, determina: "a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida" (FERNANDES, 1997).

A escassez de recursos de apoio oferecidos à família para atender às suas necessidades, entretanto, muitas vezes compromete o exercício desse amparo ao idoso e se transforma em um preocupante problema para os familiares.

A viuvez e a solidão são mais frequentes na velhice, principalmente entre as mulheres. Morar só, porém, é uma condição vivenciada por uma pequena parcela da população idosa brasileira. A perda do cônjuge, a não-permanência dos filhos em sua companhia, os recursos financeiros insuficientes para arcar com as despesas e as limitações físicas levam o idoso a residir com os filhos ou parentes próximos, conforme foi destacado.

Os estudos realizados por YAZAKI (1991), LEITE (1999), RAMOS et al. (1991); CRUZ e DIOGO (1998) apresentam resultados semelhantes sobre a constituição familiar, confirmando que a grande parte dos idosos residem com familiares. Nesse novo modelo, portanto, o relacionamento intergeracional é aspecto importante e deve ser levado em consideração na análise das condições de vida do idoso e sua família.

As atividades exercidas pelos idosos no contexto familiar e o ritmo de vida das pessoas nos dias atuais são fatores contribuintes para o não-desenvolvimento de relacionamentos mais profundos que favoreçam o entendimento, a participação e a interação do idoso, bem como a compreensão mútua, o que pode gerar discórdias e ressentimentos entre os membros da família. Essa situação pode ser agravada quando o idoso é acometido por doenças e passa a demandar cuidados, como será detalhado mais adiante.

Por outro lado, SILVA, E. (1996) afirma que o idoso, na família, não desempenha um papel tão passivo como se imagina. Geralmente ele procura as forças que lhe restam na tentativa de proporcionar a si e aos membros da família uma interação positiva, pois, conforme aponta LEITE (1999), a família continua sendo sua principal referência e, ao mesmo tempo, seu apoio preferido, essencialmente nos momentos de maior necessidade.

FELGAR (1998), ao analisar a realidade das unidades familiares brasileiras, refere que, na maioria delas, convivem duas ou mais gerações e que muitas pessoas mais velhas estão sob os cuidados de um de seus membros, o qual, no desempenho dessa tarefa, dedica seu tempo e suas forças para suprir a dependência do idoso, decorrente de alguma doença ou agressão à saúde.

Pode-se observar que os fatores sociodemográficos aqui considerados têm impacto direto nos tradicionais processos de apoio e solidariedade, na disponibilidade dos membros da estrutura familiar para os cuidados dos seus idosos, em caso de doenças ou hospitalização, limitando-os, tornando-os precários, escassos ou inexistentes.

Sendo assim, é preciso levar em conta que, nesse contexto amplo de mudanças demográficas e socioculturais, a posição do idoso na família e na comunidade pode passar de uma realidade de independência e autonomia para outra de dependência e incapacidade, com reflexos em sua qualidade de vida e, em particular, na recuperação da sua saúde.

1.4 A hospitalização do idoso

Como o processo de envelhecimento tende a diminuir as condições de defesa do organismo, tornando o idoso mais exposto e susceptível às doenças, isso o leva a hospitalizações mais freqüentes, fato que, conseqüentemente, acarreta um impacto no sistema de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL,1999-4), ao discutir a questão da utilização dos leitos hospitalares frente às alterações demográficas e epidemiológicas, afirma que “uma das principais conseqüências desta transformação demográfica se dá no financiamento do setor saúde. Estudos recentes têm demonstrado uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde, principalmente na utilização de leitos hospitalares”.

Essa preocupação pode ser confirmada pelos dados do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1999, relacionados à internação hospitalar ocorrida no ano de 1998, como seguem: a) a taxa de hospitalização entre os idosos foi de 165, ou seja, ocorreram 165 hospitalizações em um ano, por 1.000 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, enquanto que para o segmento de 0 a 14 anos, esta taxa foi de 46 e, para o grupo de 15 a 59 anos, de 79 hospitalizações; b) o índice de hospitalização na faixa dos 60 anos ou mais foi de 1,12 dia, isto é, cada brasileiro desta faixa etária consumiu, per capita, 1,12 dia de hospitalização, enquanto na faixa de 0 a 14 anos, este índice foi de 0,23 dia e de 0,40 dia no grupo de indivíduos com idade entre 15 e 59 anos (BRASIL, 1999-4).

Quando comparados aos demais segmentos etários, os dados apontam elevados valores no grupo de idosos, incluindo o alto custo dos planos de saúde, o que pode explicar, em parte, as dificuldades que freqüentemente essas pessoas encontram quando necessitam de uma vaga hospitalar ou de leitos. Visto que a possibilidade de incidência de doenças é naturalmente maior nesta faixa etária e que os problemas de saúde na velhice, geralmente, são múltiplos e crônicos, o que leva à necessidade de tratamento contínuo e possíveis reinternações

hospitalares, o volume dessas internações, além de aumentar os custos no sistema brasileiro de saúde, exige e exigirá, cada vez mais, recursos humanos preparados, dedicados ao acompanhamento, à assistência e ao cuidado dos pacientes idosos.

Há que se concordar com LEITE (1999), quando afirma que essa população necessita não somente da assistência de enfermagem, mas de uma rede de suporte representada pelos acompanhantes familiares, que promovem maior segurança no processo de cura e reabilitação, visto que a hospitalização distancia o indivíduo do seu meio e da convivência familiar, colocando-o num ambiente diferente, que geralmente possui características que lhe são desconhecidas.

Segundo LEITE (1999), a internação hospitalar de um membro gera circunstâncias que exigem uma reorganização familiar para atender às necessidades do indivíduo hospitalizado. Esse processo de reorganização nem sempre ocorre com tranquilidade, pois a internação, muitas vezes, é um fato gerador de desequilíbrios emocionais, financeiros e de relacionamento.

Com relação às reações das famílias frente à doença, LEITE (1999) afirma que, quando a família responde de forma adequada e positiva às mudanças impostas pela doença, pode ocorrer a absorção do impacto, diminuindo seus efeitos deletérios. Nessas circunstâncias, os familiares passam a colaborar com o indivíduo doente para que enfrente as mudanças ocorridas na sua rotina de vida, bem como as limitações advindas do próprio estado de saúde. Contrariamente, quando as famílias respondem de forma inadequada, pode surgir a confusão de papéis, ocorrendo atritos e sentimentos de isolamento que podem influir sensivelmente nos processos de ajuda ao indivíduo hospitalizado.

A esse respeito, acrescentam PELZER e FERNANDES (1997) que as doenças crônicas geram efeitos de reorganização da família, que podem ser mais disruptivos, funcional e emocionalmente, para os próprios membros da família, considerados até então saudáveis, do que para o paciente em questão. Os membros familiares vêm-se obrigados a assumir novos e diferentes papéis, como

o de cuidador, no qual gastam e investem muita energia e esforço, significando, portanto, uma situação estressante, física e mentalmente.

1.5 O acompanhante e o cuidado do idoso hospitalizado

Sabe-se que a presença do acompanhante familiar durante a hospitalização do idoso traz importantes benefícios para o seu tratamento e recuperação, conforme abordado anteriormente. A prática profissional, no entanto, tem mostrado que nem sempre o acompanhante é um membro familiar. Muitas vezes, trata-se de uma pessoa contratada pela própria família para permanecer com o idoso durante o período da sua hospitalização, a qual, geralmente, continua prestando seus serviços após a alta e retorno do idoso ao seu domicílio.

Antes de aprofundar esses aspectos, entretanto, convém esclarecer o sentido da denominação "acompanhante" utilizada neste estudo.

Segundo a literatura, verificou-se que, em âmbito internacional, o termo adotado para designar a pessoa que permanece com o idoso durante a internação hospitalar é "cuidador", não se encontrando publicações que utilizem outra denominação (LAITINEN 1994; 1996). Já em âmbito nacional, nos trabalhos que abordam esse tema, alguns autores utilizam o termo "acompanhante" (MENEZES, 1985, LIMA; SCHIER e GONÇALVES, 1997), e outros empregam a expressão "cuidador do idoso hospitalizado" (LEITE, 1999; MARIN, 1999). Como na presente investigação o enfoque é direcionado à atuação do acompanhante, assim denominado na prática hospitalar pelos profissionais da área de saúde e na Portaria Nº 280, de 07 de abril de 1999, do Ministério do Estado da Saúde (BRASIL, 1999-5), o termo "acompanhante do idoso hospitalizado" terá aqui como sinônimo o termo "cuidador do idoso hospitalizado".

Isso posto, a tese analisa, a seguir, alguns estudos que tratam da temática apresentada, com destaque para os conceitos acerca do cuidar/cuidado.

WALDOW (1995), numa visão humanista do cuidado, refere que, independentemente das razões que movem as pessoas para o cuidar, os indivíduos cuidam porque são seres humanos, ou seja, a capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana. Assim, a capacidade e as habilidades para cuidar podem ser desenvolvidas, despertadas ou inibidas por meio da experiência educacional e, principalmente, pela presença ou ausência de modelos de cuidar/cuidado. Para a autora, o cuidar/cuidado é "evocado em resposta a alguém ou a alguma coisa a quem ou a que se atribui alguma importância e que representa um valor."

LENINGER (1991), citada por WALDOW (1995), relata que "cuidar/cuidado inclui ações e atitudes de assistir, apoiar, capacitar e facilitar, que influenciam o bem-estar ou o *status* de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições, bem como condições humanas gerais, estilos de vida e contexto ambiental". A autora identifica e distingue o cuidar/cuidado genérico e o cuidar/cuidado profissional. Segundo sua definição, o cuidar/cuidado genérico envolve o cuidado que é encontrado em todas as culturas no mundo e compreende formas naturais, folclóricas ou caseiras. Já o cuidar/cuidado profissional compreende os diferentes modos pelos quais as pessoas são expostas, nos sistemas de cuidado à saúde, por profissionais de enfermagem ou outros.

De especial relevância é a contribuição de KARSCH e LEAL (1998), quando reconhecem que o cuidador é um parceiro dos profissionais de saúde e que, quando devidamente treinado, é o parceiro no tratamento, prestando assistência ao doente e participando da promoção da sua saúde.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999-2), versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 11 de novembro de 1999, o cuidador é definido como:

.....a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação,

higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (p.28).

Embora a questão do cuidador seja atualmente objeto de polêmica na área da gerontologia e da enfermagem, e a sua atuação geralmente ocorra no domicílio, convém apresentar as diversas denominações que permitem uma distinção entre os tipos de cuidadores.

Segundo publicação do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1999-1), o cuidador pode ser informal, formal e profissional, conforme os conceitos apresentados a seguir:

cuidador informal é aquele que presta cuidado à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado;

cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo o elo entre o idoso, a família e o serviço de saúde ou da comunidade, geral, remunerado;

cuidador profissional é a pessoa que possui educação formal com diploma conferido por instituição de ensino reconhecido em organismo oficial, e que presta assistência profissional ao idoso, familiar e comunidade (p.12-13).

Pode-se observar que tais conceitos parecem direcionar-se ao cuidado no domicílio, embora, em âmbito hospitalar, estejam presentes os cuidadores profissionais, como os membros da equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde.

LEITE (1999) relata que, nas situações de saúde-doença, a pessoa que cuida e convive com o indivíduo dependente deste cuidado, na maioria das vezes, é um familiar que abre mão das suas atividades diárias e da sua rotina de vida.

A esse respeito, DUARTE (1997) ressalta que, muitas vezes, os cuidadores informais, diante da dependência do idoso, assumem o papel de cuidador que, em época passada, era exercido pelo próprio idoso. Ocorre, portanto, uma troca de papéis, invertendo o grau de atenção, ajuda, carinho e cuidados que antes pertenciam aos progenitores e avós. Os cuidadores informais geralmente pertencem às gerações mais novas.

Corroborando com esses autores, CAMPEDELLI et al. (1993) relatam que “cerca de 80 a 90% dos serviços e cuidados recebidos pelos idosos, especialmente aqueles mais dependentes, são providos por membros da família, particularmente a esposa e os filhos”. Afirmam, ainda, que os membros da família permanecem sendo a principal fonte de suporte ao idoso incapacitado crônico e salientam que essas redes informais estão concentradas nos indivíduos do sexo feminino, que assumem o papel central do cuidado.

KARSCH e LEAL (1998) lembram a precariedade e a insuficiência dos serviços brasileiros de saúde, nos quais os idosos dependentes sobrevivem com poucos recursos pessoais e sociais. Relatam as autoras que, distantes do atendimento institucional, encontram-se familiares, amigos e grupos religiosos, isto é, pessoas que geram formas de ajuda, presentes no cotidiano, que não são visíveis de imediato. Assim, é tecida uma rede de cuidados, muitas vezes improvisados, mas que fornecem, sem dúvida alguma, suporte àqueles cuja dependência os coloca sob a responsabilidade de outra pessoa.

Atualmente, é observado, na literatura nacional, um crescente mas ainda escasso número de estudos referentes ao envolvimento da família no cuidado da pessoa idosa. Dentre esses, destacam-se as investigações que tratam destas questões específicas em âmbito hospitalar.

MENEZES (1985), que investigou a participação da família na assistência ao idoso hospitalizado sob a ótica da equipe de enfermagem e do próprio paciente, concluiu que o familiar pode participar como membro da equipe de trabalho, tornando-se, também, responsável pela assistência prestada e, desse

modo, contribuindo muito para a manutenção da integridade emocional do idoso. A autora ainda enfatiza a importância de o idoso perceber a participação de seus familiares no seu tratamento.

MARIN (1999) também enfatiza a importância dessa percepção, pelo idoso, ainda que a participação do familiar não seja em tempo integral. Ao investigar o preparo do idoso para a alta hospitalar, a autora destaca o pouco envolvimento e atenção dos profissionais de saúde na rede hospitalar para com os cuidadores de idosos hospitalizados, os quais desempenham papel de grande valia nessa assistência, principalmente relacionado ao suporte emocional e ao grande estímulo psíquico vindos de sua presença e participação.

LIMA et al. (1997) reforçam a necessidade da presença do acompanhante, ao considerarem que o idoso é dependente dos seus familiares e que a hospitalização o distancia do convívio familiar. As autoras reconhecem que a presença de um membro da família no hospital é muito importante, não só para acompanhar o idoso, mas também para ser orientado em seu papel de cuidador leigo. Essa atividade, realizada com a equipe de enfermagem do hospital, torna-o um cliente e um parceiro da enfermagem.

LEITE (1999), que pesquisou sobre o cuidado do idoso hospitalizado, destaca a experiência do familiar cuidador, descrevendo a maneira como acontece o processo de cuidar.

Em estudo recente, MARIN e SILVA (2000) verificaram as dificuldades e os conflitos na relação entre os acompanhantes e a equipe médica e a de enfermagem. Os resultados mostram que os profissionais dessas equipes consideram importante a presença do acompanhante durante o período de hospitalização, mas identificam dificuldades relacionadas à falta de preparo e orientação do acompanhante e dos profissionais sobre os direitos e os deveres do acompanhante. Os acompanhantes indicaram como dificuldades a falta de estrutura no hospital para a sua acomodação e a falta de orientação, por parte das

equipes médica e de enfermagem, quanto ao paciente, embora julguem ter um importante papel no auxílio ao cuidado.

Em âmbito internacional, a pesquisa deparou com a preocupação dos países desenvolvidos com a elaboração de programas e políticas de apoio e incentivo ao cuidador familiar dos idosos dependentes, no sentido de assegurar, a longo prazo, a continuidade do cuidado proporcionado, quantitativa e qualitativamente, assim como a assistência ao cuidador familiar (BARUSCH, 1995).

SHARP (1990) estudou a extensão do envolvimento de familiares no cuidado de idosos com doenças mentais com longo tempo de hospitalização, a partir das perspectivas da equipe de enfermeiros e dos familiares. Os resultados do estudo apontaram que o cuidador familiar, a partir da admissão do idoso no hospital, tende a se afastar desses cuidados, sentindo-se satisfeito quanto ao seu mínimo envolvimento no cuidado prestado, enquanto a equipe de enfermagem demonstra preocupação em envolver o cuidador familiar na assistência. A autora sugere que sejam realizadas ações integradas entre a equipe de enfermagem e o cuidador familiar; visando favorecer a continuidade do cuidado realizado no domicílio, antes e após a hospitalização.

BULL et al. (1995) investigaram as dificuldades que cuidadores familiares encontraram diante da hospitalização do idoso acometido por doenças crônicas. Os resultados indicaram que essas dificuldades estão relacionadas ao processo de admissão e de alta do idoso, ao cuidado prestado no hospital e às dificuldades pessoais em lidar com os idosos hospitalizados. Esses autores mostraram, ainda, que a não-inclusão do cuidador familiar nas decisões de planejamento para a alta do paciente idoso pode prejudicar a continuidade do cuidado, levando-o à reinternação.

Com relação aos estudos sobre o cuidador familiar do idoso hospitalizado, merecem destaque os trabalhos realizados por Pirjo Helena Laitinen, enfermeira e docente na Universidade de Kuopio – Finlândia, que

desenvolveu uma série de estudos com ênfase ao “cuidado de idosos” e à participação do cuidador familiar nos períodos de hospitalização do idoso.

É de suma importância ressaltar que tais estudos fizeram parte de uma pesquisa desenvolvida no período compreendido entre 1991 e 1993, por LAITINEN, sendo realizados em três diferentes tipos de hospitais. No estudo de LAITINEN (1992), a autora teve como objetivo, dentre outros, investigar a participação dos familiares ou de pessoas significativas no cuidado de pacientes idosos hospitalizados, e avaliar, do ponto vista dos familiares e dos pacientes, a qualidade e a frequência do cuidado prestado. Essa autora verificou que a participação dos familiares nos cuidados aos idosos hospitalizados foi limitada, devido à falta de experiência, de suporte emocional, de informação e de definição de papéis dos mesmos. Segundo a autora, a participação dessas pessoas no cuidar pode ser favorecida pelo fornecimento de informações relevantes sobre as possibilidades de participar do planejamento, da tomada de decisão e da avaliação do cuidado.

Em outro estudo, LAITINEN (1993) investigou quais as atividades diárias de que o cuidador familiar participa e a extensão dessa participação. Os resultados mostraram que os familiares participam de modo limitado nas atividades diárias do idoso, com destaque para as atividades de beber, levantar/ir para cama e sentar, embora desempenhem importante papel no suporte emocional e social dos mesmos. Segundo a autora, os cuidadores familiares, na busca de maior participação nos cuidados, muitas vezes deparam com atitudes obstrutivas por parte da equipe de enfermagem. Sendo assim, a atuação da equipe de enfermagem e do cuidador necessita ser revista e reconsiderada, no sentido de se buscarem meios que favoreçam a compreensão mútua, a comunicação e a cooperação entre familiar e equipe de enfermagem, visando ao bem-estar do paciente e do próprio familiar.

Em um terceiro estudo, LAITINEN (1994) avaliou a qualidade do cuidado na percepção dos pacientes idosos hospitalizados e dos seus cuidadores familiares, qualidade essa avaliada a partir das necessidades dos pacientes, tendo

como base a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes indicavam satisfação com o atendimento de suas necessidades no hospital. Os cuidadores familiares foram mais críticos na avaliação da qualidade do cuidado, apontando alguns aspectos que necessitavam de melhoria, como a comunicação e interação com a equipe de enfermagem e o suporte social oferecido.

Com relação aos fatores que promovem ou inibem a participação dos cuidadores familiares junto ao idoso hospitalizado, LAITINEN e ISOLA (1996) verificaram que, sob a ótica dos cuidadores, a equipe de enfermagem poderia promover a participação do familiar, por meio do suporte emocional e cognitivo, com informações sobre quando e como participar dos cuidados e sobre as condições da doença e limitações do paciente, interagindo, dessa forma, com os familiares. Por outro lado, são fatores inibidores o estado de saúde do paciente e dos familiares cuidadores, a falta de conhecimento e de habilidade, o medo de errar, as atitudes negativas dos profissionais de enfermagem, a falta de comunicação entre familiares cuidadores e equipe de enfermagem, e os fatores ambientais, como presença de infecções e falta de privacidade, entre outros. Segundo os cuidadores familiares, outros fatores poderiam promover essa participação no cuidado, tais como maior disponibilidade de tempo por parte dos membros da família, melhor comunicação com a equipe de enfermagem (cooperação entre ambos, confiança e suporte ao cuidadores familiares, treinamento da equipe para interagir com os familiares cuidadores), suporte financeiro e ambiente adequado para os cuidadores.

Diante do exposto, e partindo do pressuposto de que existem divergências entre a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado e as expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem quanto a esta participação, este estudo tem por finalidade responder aos seguintes questionamentos:

- Quais são as expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à atuação do acompanhante do idoso hospitalizado?
- Quais são as atividades que os acompanhantes realizam no cuidado do idoso hospitalizado?
- Quais são os fatores que, na visão da equipe de enfermagem e dos acompanhantes, dificultam e/ou facilitam a participação do acompanhante no cuidado de idosos hospitalizados?
- De que maneira os membros da equipe de enfermagem podem favorecer a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado?

Com esses dados, espera-se, contribuir para a prática assistencial dos idosos hospitalizados e a participação efetiva dos acompanhantes no cuidado hospitalar, visando minimizar o transtorno proporcionado pela internação, e desta forma ampliar os benefícios desta participação para o bem estar do idoso e sua recuperação.

OBJETIVOS **2**

O presente estudo tem os seguintes objetivos:

- a. verificar e analisar a participação do familiar no cuidado do idoso hospitalizado, quanto aos recursos pessoais e às atividades realizadas;
- b. verificar e analisar as expectativas dos membros da equipe de enfermagem, quanto à participação do acompanhante familiar no cuidado do idoso hospitalizado;
- c. Identificar e analisar os fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante familiar, na ótica dos familiares e dos profissionais da equipe de enfermagem.

SUJEITOS E MÉTODOS

3

3.1 Campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital de alta complexidade, de nível terciário, no município de Marília, Estado de São Paulo, após autorização do Comitê de Ética e da Diretoria de Enfermagem do local (Anexos I). Esse hospital mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com 180 leitos ativados, distribuídos em unidades, segundo o tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), a especialidade e o tipo de convênio.

Para esta pesquisa foram selecionadas duas unidades de internação (A e B) em que, segundo informações obtidas no banco de dados da instituição, 63% dos pacientes internados têm idade igual ou superior a 60 anos, os quais, em sua maioria, permanecem com seus respectivos acompanhantes.

Os usuários dessas unidades são conveniados com o SUS, internados para tratamento clínico e cirúrgico. A unidade A admite pacientes do sexo feminino e masculino, distribuídos entre 23 e 31 leitos, respectivamente; da mesma forma, a unidade B conta com 8 leitos femininos e 10 masculinos.

Os quartos das referidas unidades contêm de dois a quatro leitos, e os banheiros são para uso coletivo, porém exclusivo dos pacientes.

Os acompanhantes têm direito a cinco refeições diárias e, para sua acomodação, contam com uma poltrona não-reclinável que permanece ao lado do leito também utilizada pelo paciente. O banheiro destinado ao acompanhante está localizado fora do prédio.

A equipe das duas unidades é composta por 58 profissionais, sendo seis enfermeiros supervisores (dois para cada turno de trabalho), 50 auxiliares de enfermagem, cujos turnos de trabalho seguem horários variados, e duas secretárias (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da composição das equipes que atuam nas unidades de internação A e B. Marília, 2000.

Classe	Unidade A	Unidade B	Total
Enfermeiros	3	3	6
Auxiliar de enfermagem	38	12	50
Auxiliar administrativo	1	1	2
Total	42	16	58

A unidade A concentra um número maior de profissionais, pois, como informado anteriormente, conta com 54 leitos, enquanto na unidade B há apenas 18 leitos.

3.2. Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do presente estudo foram os acompanhantes dos idosos hospitalizados e os membros da equipe de enfermagem.

Com relação aos primeiros, foram entrevistados 30 acompanhantes que atenderam aos seguintes critérios:

- Tempo de internação do idoso: foram selecionados acompanhantes de idosos hospitalizados com, no mínimo, 48 horas de internação. Esse critério foi estabelecido com a finalidade de considerar um período de adaptação, em que o acompanhante pudesse participar nas atividades de cuidado ao idoso e entrar em contato com os membros da equipe dos diferentes turnos de trabalho.
- Tempo de permanência no hospital e vínculo familiar com o idoso: foi entrevistado apenas um acompanhante de cada idoso, aquele que permanecia a maior parte do tempo no hospital e tivesse vínculo familiar. Foi adotado, como um dos critérios, o vínculo familiar por considerar a família o suporte fundamental e preferido do idoso.

Quanto aos membros da equipe de enfermagem, para as enfermeiras foi utilizada a amostra por conveniência, em que, segundo MATTAR (1996), "os sujeitos são selecionados, como o próprio nome diz, por alguma conveniência do pesquisador, prestando-se muito bem aos objetivos da pesquisa exploratória". Desse modo, ante o reduzido número de enfermeiros, as seis profissionais fizeram parte da amostra. Para os auxiliares de enfermagem, foi utilizada a amostra aleatória simples que é caracterizada, conforme MATTAR (1996), "pelo fato de cada elemento da população ter probabilidade conhecida, diferente de zero, idêntica à dos outros elementos, de ser selecionado para fazer parte da amostra". Para tanto, foi realizado o sorteio de 24 auxiliares de enfermagem dos três turnos de trabalho do hospital.

O tamanho da amostra (30 sujeitos da equipe de enfermagem e 30 acompanhantes) foi definido, segundo orientação estatística, considerando-se que esse número tende a diminuir a importância de eventuais desvios da normalidade na distribuição das variáveis analisadas (LEVIN, 1987). Assim, a amostra foi suficiente para observar uma tendência e para realizar a análise das respostas dos sujeitos em um período de tempo não muito longo, sem a pretensão de esgotar as questões envolvidas no tema da investigação.

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre o estudo e tiveram liberdade de escolha para dele participarem, ou não. Aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II). O sigilo e o anonimato dos sujeitos foram garantidos.

3.2.1 Características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa

Num primeiro momento, são apresentadas as características dos acompanhantes e, em seguida, as da equipe de enfermagem.

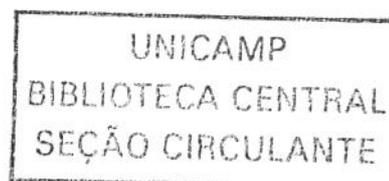


Tabela 2. Distribuição dos sujeitos, acompanhantes dos idosos, segundo idade, sexo e grau de parentesco . Marília, 2000

Idade	Filha (o)		Cônuge		Irmã (o)		Nora/Genro		Cunhada (a)		Sobrinha (o)		Neta (o)		Bisneta (o)		Total		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	N	%	
< 25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3,4
25 – 34	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	4	13,3
35 – 44	4	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	23,3
45 – 54	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	7	23,3
55 – 64	3	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	20,0
65 – 74	1	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	16,7
Subtotal	15	2	5		1	-	1	-	2	-	1	-	1	1	1	-	-	30	100
Total	17		5		1		1		2		1		2		1		30		100

Média 48,8 anos

Desvio Padrão 12,4 anos

A idade dos acompanhantes variou de 20 a 70 anos, com uma média de 48,8 anos, o que nos mostra que os familiares, em sua maioria, são adultos e idosos jovens. Desses, sete (23,3%) na faixa etária de 35 a 44 anos, outros sete (23,3%) na faixa dos 45 a 54 anos, seis (20,0%) são acompanhantes com idade entre 55 a 64 anos e cinco (16,7%) na faixa etária entre 65 a 74.

De acordo com o gênero, apenas três (10,0%) são do sexo masculino, enquanto a grande maioria, ou seja, 27 (90,0%) são do sexo feminino.

Quanto ao seu grau de parentesco, verificou-se que a maior parte é constituída de filhos, 17 (56,6%), sendo dois (6,6%) do sexo masculino e 15 (50,0%) do sexo feminino, seguida da participação da esposa entre cinco (17,0%), sujeitos. Foi encontrada, também, em igual proporção (7,0%), a presença do (a) neto (a) e da cunhada. O restante figura em menor proporção.

Tabela 3. Distribuição dos familiares que assumem o papel de acompanhante no hospital e de cuidador no domicílio. Marília, 2000.

	Acompanhante no Hospital		Acompanhante e Cuidador (a) no domicílio	
	M	F	M	F
Filha (o)	1	5	1	10
Cônjuge	-	-	-	5
Nora/Genro	-	-	-	1
Cunhada (o)	-	-	-	2
Sobrinha (o)	-	-	-	1
Neta (o)	1	1	-	-
Bisneta (o)	-	1	-	-
Irmã (o)	-	1	-	-
SubTotal	2	8	1	19
Total	10		20	

Por meio dos dados da Tabela 3, foi constatado que filhas e esposas são os familiares que assumem, concomitantemente, o papel de acompanhante, no âmbito hospitalar, e de cuidador no domicílio. No entanto, é possível observar a presença de pessoas cuja função se restringe apenas ao cuidado em âmbito hospitalar, no total de dez, e um número significativo de familiares (n=20) que assume o papel de cuidador em ambas as situações.

No que diz respeito à formação profissional dos acompanhantes na área da saúde, apenas dois são auxiliares de enfermagem e um é dentista.

Formação profissional parece não ter influenciado nas experiências anteriores no cuidado de idosos, uma vez que apenas um sujeito que possuía esta experiência, vivenciada na sua prática profissional, era auxiliar de enfermagem.

Entre os demais, 12 não possuíam experiências anteriores e 17 haviam cuidado de idosos, no contexto intra e extrafamiliar, conforme os dados constantes da Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos acompanhantes quanto à experiência anterior no cuidado de idosos. Marília, 2000

Experiência anterior	n	%
Prática profissional	1	3,0
Cuidado familiar	14	47,0
Cuidado extrafamiliar	3	10,0
Não possuía experiência	12	40,0
Total	30	100,0

No contexto familiar, 14 (47,0%) acompanhantes afirmaram ter cuidado de idosos, dentre esses, pais, avós, sogra, ou outros parentes. Já no contexto extrafamiliar, três (10,0%) acompanhantes cuidaram de vizinhos, ou de outras pessoas idosas.

Tabela 5. Distribuição dos sujeitos da equipe de enfermagem, segundo idade e sexo. Marília, 2000

Idade	Sexo masc		Sexo fem		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 25	1	3,3	-	-	1	3,3
25 - 34	5	16,6	4	13,3	9	30,0
35 - 44	6	20,0	10	33,3	16	53,3
45 - 54	-	-	4	13,3	4	13,3
Total	12	40	18	60	30	100

Média: 38,0 anos

Desvio padrão: 6,2 anos

A idade dos membros da equipe de enfermagem variou entre 25 e 50 anos, a maioria da qual, ou seja, 16 (53,3%) deles estavam na faixa etária de 35 a 44 anos, enquanto nove (30,0%), entre 25 a 34 anos, e quatro (13,3%), entre 45 a 54 anos. Apenas um indivíduo possuía idade inferior a 25 anos (3,3%). A média de idade foi 38,0 anos, com desvio padrão de 6,2 anos.

Em relação ao gênero, houve predomínio do sexo feminino, com 18 (60,0%) membros da equipe e 12 (40,0%) do sexo masculino.

Na Tabela 6, encontram-se os dados sobre a formação dos 24 auxiliares de enfermagem e dos seis enfermeiros, a época da conclusão do curso, a presença, nos currículos de seus respectivos cursos, de conteúdo sobre a assistência ao idoso e a participação em cursos extracurriculares sobre gerontologia.

Tabela 6. Distribuição dos profissionais da equipe de enfermagem, segundo a época de conclusão de curso, conteúdo sobre assistência ao idoso e participação em cursos extracurriculares relacionados à gerontologia. Marília, 2000.

Membros da equipe de enfermagem	Década de conclusão do Curso				Conteúdo				Cursos Extra			
	80		90		Sim		Não		Sim		não	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Auxiliar de enfermagem	14	46,0	10	34,0	6	20,0	18	60,0	1	3,0	23	77,0
Enfermeiro (ou as)	3	10,0	3	10,0	3	10,0	3	10,0	-	-	6	20
Subtotal	17	56,0	13	44,0	9	30,0	21	70,0	1	3,0	29	97,00
Total	30 (100%)				30 (100%)				30 (100%)			

Dos respondentes, 17 (56,0%) concluíram o curso na década de 80 e 13 (44,0%) na década de 90.

Dos membros da equipe de enfermagem, 21 (70%) não tiveram conteúdo sobre assistência ao idoso e quase o total da amostra, ou seja, 29 (97%) profissionais não participaram de cursos extracurriculares sobre gerontologia.

3.3 Coleta de dados

3.3.1. Instrumentos de coleta de dados

Para o presente trabalho, foram utilizados dois instrumentos de coleta dos dados, elaborados a partir da revisão da literatura, com destaque para os estudos realizados por LAITINEN, (1992, 1993, 1994), LAITINEN e ISOLA 1996. Após a realização do pré-teste com dez sujeitos, foram realizadas adequações

desses instrumentos, visando a melhor compreensão, por parte dos entrevistados, e ao alcance dos objetivos. Dos dois instrumentos, um foi utilizado com os acompanhantes dos idosos, e o outro com os membros da equipe de enfermagem.

O instrumento aplicado aos acompanhantes dos idosos (Anexo III) foi composto por três partes, contendo questões abertas e fechadas, descritas, resumidamente, a seguir.

Parte A. Dados pessoais de identificação e de experiência do acompanhante. Essa parte destinou-se à coleta de dados relacionada às características dos acompanhantes quanto ao sexo, à idade, à formação, ao vínculo familiar com o idoso, à experiência prévia e à identificação do cuidador do idoso no domicílio.

Parte B. Dados relacionados à atuação do acompanhante. Compreende questões referentes à presença, à remuneração e às atividades realizadas pelo acompanhante, independentemente da solicitação, ou não, por parte da equipe de enfermagem, ou do paciente. Convém esclarecer que a questão nº 6 foi adaptada do trabalho de LAITINEN (1992) que a elaborou, para sua investigação, a partir das necessidades humanas básicas, segundo Maslow.

Parte C. Fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante no cuidado do idoso. Essa parte foi composta por questões abertas, relacionadas às facilidades e dificuldades que os acompanhantes encontraram para participar no cuidado do idoso. Visaram identificar de que maneira a equipe de enfermagem pode facilitar a participação do acompanhante, durante a hospitalização do idoso.

O instrumento utilizado com os membros da equipe de enfermagem (Anexo IV) também contém três partes, com questões semelhantes ao instrumento aplicado aos acompanhantes, conforme descrição a seguir.

Parte A. Dados de identificação do profissional. Nessa parte, foram investigadas questões sobre as características do profissional quanto ao sexo, à idade e à formação.

Parte B. Expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à participação do acompanhante. Compreende questões referentes à Portaria N° 280, de 07 de abril de 1999 e sobre a atuação do acompanhante, sob a ótica do entrevistado. As atividades elencadas correspondem às mesmas incluídas no instrumento do acompanhante.

Parte C. Fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante no cuidado do idoso. Contém perguntas relacionadas à participação do acompanhante no cuidado do idoso e sobre a atuação da equipe de enfermagem, visando o favorecimento dessa participação.

Cabe esclarecer que os dados da parte A, de ambos os instrumentos, foram utilizados para a descrição das características dos sujeitos que compuseram a amostra do presente estudo. Assim, no capítulo referente aos resultados, serão apresentados dados pertinentes às partes B e C dos instrumentos.

3.3.2. Procedimento para coleta de dados

A coleta foi realizada por meio da entrevista individual, pela própria pesquisadora, e com auxílio de gravador. As respostas das questões abertas foram transcritas na íntegra, pela pesquisadora, utilizando o instrumento de coleta de dados.

Os acompanhantes foram entrevistados no período de 27 de agosto a 30 de setembro de 2000, em diferentes turnos (diurno e noturno), no próprio quarto do paciente, ou em local reservado do hospital, de acordo com a disponibilidade e com os critérios preestabelecidos.

As entrevistas com a equipe de enfermagem foram realizadas nos diferentes turnos de trabalho, ou seja, nos períodos diurno e noturno, durante o período de 27 de agosto a 5 de outubro de 2000, no Posto de Enfermagem das referidas unidades de internação, ou em local reservado.

Não houve recusa de nenhum indivíduo ao convite para participar do estudo.

É relevante esclarecer que, algumas vezes, devido ao período de entrevista e, conseqüentemente, às atividades ocupacionais da unidade, o auxiliar de enfermagem não se encontrava disponível para realizar a entrevista; apesar disso, era mantido o sorteio do seu nome, e a entrevista era feita em outro dia. Observou-se que, no período noturno, as entrevistas foram realizadas com maior tranqüilidade. A autora da dissertação julga que isso tenha ocorrido à diminuição do fluxo de pessoas, tanto da equipe de saúde, quanto das visitas e de funcionários, das rotinas das visitas médicas, dos procedimentos, dos exames laboratoriais, e das demais atividades.

As entrevistas tiveram uma duração variável, de 20 a 40 minutos. Isso ocorreu, em face da loquacidade na comunicação de alguns participantes.

3.4. Tratamento e análise dos dados

Para a análise estatística dos dados, foram os mesmos organizados, quantificados e processados, utilizando-se a porcentagem simples.

No que se refere às questões sobre as atividades realizadas pelo acompanhante e às que a equipe espera que o acompanhante venha a realizar, foi utilizado o teste não paramétrico - χ^2 (Quiquadrado), para verificar as associações entre elas e se existiram diferenças significativas, entre o esperado pela equipe e o realizado pelos acompanhantes.

Para as questões abertas, utilizou-se a análise da informação de acordo com os passos propostos por MANZINI (1995). Na transcrição das fitas das entrevistas, procurou-se identificar, as informações que atendessem aos objetivos do presente estudo. Dessa forma, foram selecionadas unidades de informações afins, dentro do processo de análise proposto, e a estrutura da análise partiu, então, do geral para o específico, o que resultou na identificação de grupos de informações denominados “classes”. Dentro de cada classe, as informações estão agrupadas de acordo com o grau de semelhança entre si.

RESULTADOS **4**

Os resultados foram organizados e serão apresentados, seguindo as questões das partes B e C dos dois instrumentos utilizados para coleta, lembrando que os dados referentes à parte B dizem respeito à presença e à participação do acompanhante no cuidado ao idoso, e a parte C, aos fatores que favorecem e/ou dificultam essa participação.

Isto posto, avançou-se à apresentação dos resultados referentes à participação do acompanhante no cuidado com o idoso, inicialmente, sob a ótica dos acompanhantes e, em seguida, da equipe de enfermagem.

Perguntado aos familiares se a sua permanência no hospital era remunerada, ou não, dos 30 entrevistados apenas um afirmou ser remunerada e os outros 29 o faziam por motivos diversos que não foram questionados. Essa única situação foi a de uma filha que assumiu o cuidado da mãe, tanto no domicílio, quanto no hospital. Relatou a entrevistada que, em conjunto com os seus familiares, ela optou por assumir o cuidado da idosa, desligando-se do seu trabalho e passando a ser remunerada por eles.

Em relação ao número de pessoas que acompanham o idoso, a maioria do acompanhantes (56,6%) exercia este papel sem poder contar com outros familiares, enquanto que os demais se revezavam entre duas a cinco pessoas, conforme demonstra a Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das respostas dos familiares sobre o número de acompanhantes que permaneciam com o idoso. Marília, 2000.

Nº de Acompanhante	Respondentes	
	n	%
1	17	56,7
2	7	23,3
3	4	13,4
4	1	3,3
5	1	3,3
Total	30	100

Uma vez que 17 acompanhantes não contavam com outro familiar para substituí-los, os mesmos não realizavam rodízio e permaneciam durante as 24 horas no hospital. Outros 12 ficavam 12 horas, mas contavam com outras pessoas para o rodízio, e somente um acompanhante permanecia 6 horas por dia, sem revezar com outras pessoas, conforme pode-se perceber na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos acompanhantes, segundo o tempo de permanência (em horas) no hospital e o rodízio com outras pessoas. Marília, 2000

Número de Horas	Com rodízio		Sem rodízio		Total n
	n	%	n	%	
24	-	-	17	57,0	17
12	12	40,0	-	-	12
6	-	-	1	3,0	1
Total	12	40,0	18	60	30

Quando questionados a respeito da Portaria nº 280, que garante a permanência do acompanhante junto ao idoso, 15 (50%) acompanhantes disseram conhecê-la, entretanto somente um verbalizou "que o acompanhante tem direito à alimentação".

Nota-se que essa falta de esclarecimento não está presente somente entre os acompanhantes, mas entre os membros da equipe de enfermagem, uma vez que, quando questionados sobre o conhecimento dessa Portaria, cinco (17,0%) a desconheciam. Embora 25 (83,0%) entrevistados tivessem afirmado conhecê-la, sete nada souberam dizer sobre o seu conteúdo e se limitaram a respostas, como: "*ouvi falar na televisão*" e "*não lembro*". Entre os demais, constatou-se que o conhecimento também era limitado, conforme exemplificado nestas respostas: "*todo idoso tem direito a acompanhante*" e "*de 60 anos acima pode ter acompanhante*". Somente um membro da equipe referiu-se ao direito do acompanhante às refeições.

A presença do acompanhante, de acordo com o agrupamento das informações obtidas dos familiares (classes), proporciona apoio emocional ao idoso, auxilia o paciente no processo de cuidar e favorece a sua recuperação. Eles revelaram a importância da presença do acompanhante, principalmente, quando este é um membro da família.

Tabela 9. Distribuição das classes obtidas a partir das respostas dos familiares sobre a presença dos acompanhantes. Marília. 2000

Classes	n
1. Proporciona apoio emocional ao idoso	
- segurança, companhia, liberdade, calor humano e carinho	
Subtotal	20
2. Auxílio no processo de cuidar	
- na presença constante do acompanhante	
- na presença de limitações funcionais do idoso	
- no atendimento das necessidades do idoso	
- como interlocutor entre idoso e equipe de enfermagem	
- auxiliando e substituindo a equipe de enfermagem	
Subtotal	12
3. Favorece a recuperação do idoso	
Subtotal	5
Total	37

*Alguns familiares apresentaram mais de uma resposta

1) Proporciona apoio emocional ao idoso

As respostas relacionadas à classe "proporciona apoio emocional ao idoso" foram as mais verbalizadas, ou seja, 20 familiares consideraram que a presença do acompanhante proporciona apoio emocional ao idoso, expresso como segurança, companhia, liberdade, calor humano e carinho.

Durante as entrevistas, os acompanhantes abordaram e enfatizaram a segurança advinda de sua presença, apontando-a como um benefício para o idoso. Do mesmo modo, os relatos dos familiares também mostram que os mesmos se sentem mais seguros por acompanharem seus familiares.

"Eu acho ótimo, a gente não fica tão preocupada em casa, sem saber o que está acontecendo com ela (idoso) aqui, assim dá mais segurança para nós e para a minha mãe (paciente) ..." (filha).

A hospitalização pode ser um evento gerador de medo e de insegurança para o idoso, frente ao desconhecimento do local, das pessoas e do tratamento.

"Muito importante! (a presença do acompanhante) Aqui, ela (idoso) está em um lugar desconhecido, pessoas desconhecidas, situação desconhecida, que vai acarretar insegurança e medo, ela pode até pensar que os familiares abandonaram ela...." (filha)

"...Ah, excelente, ótimo! Tem que ter um acompanhante junto com o idoso; se minha mãe não tivesse uma companhia aqui, por mais que as enfermeiras sejam maravilhosas, ela fica insegura, o lugar não é familiar para ela e com a filha do lado ela se sente melhor." (filha)

Os familiares valorizaram a sua presença e enfatizaram sua importância na relação afetiva com o idoso, apontando a liberdade, o apoio, o carinho, o calor humano como elementos fundamentais para o apoio emocional ao idoso, durante a sua hospitalização.

"Eu acho muito ótimo! Principalmente para a minha mãe, porque ela tem vergonha da equipe de enfermagem cuidar dela, e com a família ela fica mais a vontade e tem mais liberdade" (filha)

"Eu acho que a fase mais importante na internação é o acompanhante ficar junto, porque a família é essencial, eu acho que a família é o ponto de apoio maior para o idoso neste momento...." (filha)

"...É indispensável! Para minha mãe é indispensável, pelo calor humano.... é muito importante, eu amo demais a minha mãe...." (filha)

2) Auxílio no processo de cuidar

Para 12 familiares, o acompanhante pode auxiliar o idoso e a equipe de enfermagem no processo de cuidar.

De acordo com os relatos, a presença constante do acompanhante permite o atendimento das necessidades do idoso, principalmente quando ele apresenta limitações funcionais.

"Eu acho uma boa (a presença do acompanhante), porque sempre que ele (idoso) necessitar da gente eu vou estar ali junto para ajudar e olhar ele." (filha)

"Eu acho muito importante, ainda mais ela (idosa) que está assim com um lado que deu derrame, não pode movimentar então depende de alguém que ajude ela toda hora " (neta)

"A gente pode ajudar a dar uma água, a cuidar, porque ela (idosa) é totalmente dependente e não consegue fazer as coisas sozinha..." (filha)

O acompanhante, além de auxiliar nas atividades, pode ser, também, o interlocutor na comunicação entre o idoso e a equipe de enfermagem, essencialmente, quando o idoso apresenta dificuldades para a comunicação.

"Ela é surda (idosa), não ouve muito bem, então ela olha a minha boca e já entende, agora se vem uma pessoa falar, por exemplo: a enfermeira fala com ela, ela não entende, por mais que a enfermeira fale, ela não vai ouvir. Então eu entendo e falo para ela..." (neto)

A presença do acompanhante pode, ainda, agilizar o atendimento das necessidades do idoso e, assim, garantir o cuidado e, ao mesmo tempo, estabelecer uma relação com a equipe de enfermagem, ajudando-a no seu trabalho, nos limites da sua competência.

"Eu vejo assim, as enfermeiras são muito capacitadas, só que elas não podem dar aquela atenção toda hora para o

paciente. Então a gente estando ali a gente ajuda cuidar dela, pede uma água..." (filha)

"É fundamental, porque as enfermeiras são muito ocupadas, têm muitas pessoas para cuidar, então a gente ajuda, desde que não interfira no trabalho delas" (esposa)

3) Favorece a recuperação do idoso

Os relatos de cinco familiares disseram respeito a essa classe, ou seja, o acompanhante foi apontado por esses sujeitos como um elemento cuja presença favorece a recuperação do idoso, na medida em que o faz se sentir melhor, com o apoio emocional proporcionado por sua presença, tornando, assim, sua recuperação mais rápida.

"Uma das melhores formas que inventaram para melhoria do paciente, porque gera conforto ao paciente, ele se sente mais a vontade por ter um filho acompanhando, apesar de estar bem seguro no hospital, eu acho que auxilia muito na recuperação do idoso" (filho)

"Eu acho importante para recuperação do paciente, porque ele se sente melhor com a família do seu lado dando apoio, segurança e recupera mais rápido" (filho)

Na ótica desses sujeitos, a permanência do acompanhante promove a recuperação do idoso, por meio de uma atmosfera de afetividade, confiança, gerando satisfação para ambos.

A seguir, são apresentados os resultados referentes às justificativas e expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem, quanto à participação do acompanhante.

Dos 30 membros da equipe de enfermagem entrevistados, a grande maioria, isto é, 28 (93%) afirmou que os acompanhantes devem ter alguma participação nessa atividade e somente 2 (7%) não concordaram, justificando essa

negação pelo fato de o acompanhante não saber cuidar, não ser orientado e nem preparado para participar do cuidado.

"O acompanhante, não sabe como cuidar do idoso, então ele não deve participar" (auxiliar de enfermagem)

"Eu acho assim, se o acompanhante não tem orientação nenhuma de como realizar os cuidados, eu acho que não deve participar dos cuidados" (auxiliar de enfermagem)

As justificativas apontadas pelos entrevistados que concordaram com a participação do acompanhante foram agrupadas nas seguintes classes: auxílio no processo de cuidar, favorecimento da recuperação do idoso, conhecimento do paciente, apoio emocional do idoso e orientação para a continuidade do cuidado, conforme constam da Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição das classes referentes às justificativas apontadas pelos membros da equipe de enfermagem sobre a participação do acompanhante no cuidado. Marília, 2000.

Classe	n
1. Auxílio no processo de cuidar	
- facilita e auxilia o serviço da enfermagem, observa alterações, chama a enfermagem, em atividades de menor complexidade e escassez de funcionários	
- caráter de obrigatoriedade	
Subtotal	15
2. Favorece a recuperação do idoso	
- segurança	
- redução do medo e ansiedade	
- agiliza a recuperação	
Subtotal	9
3. Conhecimento do idoso	
- sobre os hábitos e costumes e sobre o jeito de ser	
- favorece a aceitação do tratamento	
Subtotal	6
4. Proporciona apoio emocional ao idoso	
- segurança	
- tranqüilidade	
- estímulo ao idoso	
Subtotal	6
5. Orientação para a continuidade do cuidado	
- no domicílio	
- para prevenir reinternações	
Subtotal	4
Total	40

*Alguns profissionais apresentaram mais de uma justificativa.

1. Auxílio no processo de cuidar

Essa classe apresentou o maior número de ocorrências, isto é, 15 membros da equipe de enfermagem afirmaram que o acompanhante pode auxiliar no processo de cuidar.

A equipe vê o acompanhante como um elemento facilitador de suas atividades e observador das prováveis alterações que o idoso possa apresentar, bem como, um elemento a permanecer de prontidão, participando do cuidado, auxiliando o idoso e solicitando a ajuda da enfermagem.

"Ele (acompanhante) pode observar as alterações e comunicar a enfermagem, a enfermagem não está ali a todo momento como o acompanhante, ele está mais presente desta maneira estar participando" (auxiliar de enfermagem)

"Espero que ele (acompanhante) fique atento, que ele coloque uma comadre, chame a enfermagem, quando necessário" (auxiliar de enfermagem)

De acordo com os relatos, não é toda hora que a enfermagem tem disponibilidade para cuidar dos pacientes e atender ao seu chamado, principalmente, para as atividades elementares. Assim, o acompanhante pode ajudar o paciente e facilitar o serviço da equipe de enfermagem. A própria equipe reconhece que a estrutura hospitalar não conta com recursos humanos suficientes para prestar todos os cuidados que o paciente necessita. A partir do momento em que a equipe se sente sobrecarregada, ela espera que o acompanhante participe dos cuidados do idoso e passa a contar com a sua ajuda para os cuidados de menor complexidade.

"Porque torna mais fácil o serviço da enfermagem, eles acabam ajudando a enfermagem na hora que estamos ocupados" (auxiliar de enfermagem)

"Se for uma pessoa assim, que eu acho que ela (acompanhante) tem um pouco de capacidade de assimilar, eu acho que ela ajuda... do jeito que nós estamos escassos de funcionários...." (enfermeira)

Os funcionários da equipe de enfermagem consideram, também, que o acompanhante tem certa obrigatoriedade de cuidar, ajudar, chamar a enfermagem e estar sempre atento. Notou-se que, ao responderem ser obrigação do acompanhante cuidar ou assumir alguma atividade, disseram-no de maneira áspera e com teor de cobrança.

"Ele tem obrigação de cuidar, chamar a gente quando precisar, e ajudar quando possível" (auxiliar de enfermagem)

"É obrigação dele! Se é algum parente dele, o pai ou a mãe, ele deve ter consideração e ajudar" (auxiliar de enfermagem)

"Eu acho que o acompanhante tem que se interessar mais pelo doente, principalmente à noite, tem acompanhante que só vem para dormir". (auxiliar de enfermagem)

2. Favorece a recuperação do idoso

De modo semelhante aos relatos dos acompanhantes, nove membros da equipe consideraram que a participação, no cuidado, contribui para a recuperação do idoso, ao diminuir a ansiedade e proporcionar segurança.

"O idoso fica mais seguro e menos ansioso com o acompanhante ajudando, isso favorece a recuperação do idoso" (auxiliar de enfermagem)

"Tendo alguém da família acompanhando o idoso e cuidando, ele colabora mais com o tratamento e recupera mais rápido, ele se sente melhor" (auxiliar de enfermagem)

Vale destacar que um sujeito, embora concordasse com a ajuda do acompanhante na recuperação do idoso, mencionou que, às vezes, o acompanhante atrapalha o serviço.

"Ajuda na recuperação. É claro que tem acompanhante que atrapalha, mas para o paciente é fundamental" (auxiliar de enfermagem)

Um membro da equipe relatou que não considera a comunicação, à enfermagem, uma atividade de cuidar ou um cuidado. Embora de concorde que o acompanhante deva comunicar à enfermagem alguma necessidade do paciente este sujeito não reconhece ser papel do acompanhante a participação no cuidado aos pacientes idosos.

"Ele pode estar avisando ou comunicando a enfermagem sobre o que acontece com o paciente, mas não participar dos cuidados" (auxiliar de enfermagem)

3. Conhecimento do idoso

Seis membros da equipe de enfermagem disseram que a participação do acompanhante, em especial a do familiar, é muito importante, uma vez que ele possui conhecimento dos hábitos, costumes e jeito de ser do idoso. Esse conhecimento facilita tanto a sua participação no cuidado e na assistência da equipe de enfermagem, quanto à aceitação do tratamento por parte do paciente. A convivência anterior do familiar favorece o desenvolvimento de habilidades, no cuidar do idoso e no atendimento das suas especificidades, observadas pela equipe de enfermagem.

"Porque o idoso tem certos costumes que a enfermagem não conhece, e o familiar conhece os hábitos e os costumes do idoso " (auxiliar de enfermagem)

"Porque além de conhecer o idoso, ele (o acompanhante) sabe como lidar com o lado psicológico." (auxiliar de enfermagem)

4. Proporciona apoio emocional ao idoso

Seis profissionais afirmaram que a participação do familiar, no cuidado, promove o apoio emocional, ao proporcionar segurança, tranquilidade e estímulo ao idoso.

"Principalmente, o idoso fica um paciente muito carente...., tendo alguém junto dele no hospital, dando um apoio psicológico, ajuda muito o idoso" (auxiliar de enfermagem)

"O paciente estando com alguém da família se sente mais seguro e tranquilo, por que a família está sempre do seu lado dando apoio para ele." (auxiliar de enfermagem)

"Porque o acompanhante incentiva o paciente a se alimentar, a tomar o remédio e dá apoio para ele sair logo do hospital...." (auxiliar de enfermagem)

5. Orientação para a continuidade do cuidado

A participação dos acompanhantes no cuidado com o idoso, também foi abordada por quatro membros da equipe de enfermagem, como um meio que favorece o fornecimento de orientações, com vistas à alta do paciente e à continuidade dos cuidados no domicílio.

De acordo com os relatos, o acompanhante é, muitas vezes, a pessoa que vai cuidar do idoso após a alta hospitalar. Assim, as orientações são de grande valia para esses familiares darem continuidade ao cuidado, visando inclusive a prevenção de reinternações.

"O acompanhante deve participar para que possa ser orientado como cuidar, para cuidar deste idoso em casa..." (enfermeira)

"Orientar e ensinar a cuidar, porque é ele quem vai cuidar em casa. Se não aprender aqui, o idoso não vai ser bem cuidado e volta a ser internado." (enfermeira)

Sobre as expectativas dos membros da equipe de enfermagem a respeito da participação dos acompanhantes, as respostas foram agrupadas nas seguintes classes: auxílio no processo de cuidar, proporcionar apoio emocional ao idoso e obediência às normas e orientações, conforme apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros da equipe de enfermagem quanto a sua expectativa sobre a participação dos acompanhantes. Marília, 2000

Classes	n
1. Auxílio no processo de cuidar	
- iniciativa e interesse (compromisso)	
- em atividades de menor complexidade	
- na presença de limitações funcionais	
- colaboração com a equipe de enfermagem	
Subtotal	27
2. Proporciona apoio emocional ao idoso	
- segurança, conforto, incentivo e apoio	
Subtotal	5
3. Obediência às normas e orientações	
Subtotal	3
Total	35

*Alguns profissionais apontaram mais de uma expectativa.

1. Auxílio no processo de cuidar

As respostas referentes à classe “auxílio no processo de cuidar” foram as mais verbalizadas, ou seja, 27 membros da equipe de enfermagem, entrevistados, esperavam que o acompanhante auxiliasse o idoso e a equipe de enfermagem. Esses profissionais consideraram que o acompanhante necessita ter compromisso com o cuidado, ou seja, que, no processo de cuidar, tenha iniciativa e participe dos cuidados, auxilie nas atividades de menor complexidade, especialmente, na presença de limitações funcionais do idoso.

".....que ele (acompanhante) tenha interesse em cuidar do seu parente, ele está aqui para ajudar o idoso." (auxiliar de enfermagem).

"O acompanhante deve ter iniciativa para participar e ajudar o paciente; muitas vezes, o paciente é dependente..." (enfermeira)

"...que auxilie o idoso quando ele necessitar, para tomar uma água..., sempre estar ajudando o idoso. " (auxiliar de enfermagem).

"...pelo menos ajudar o paciente nos cuidados básicos como: higiene, alimentação." (enfermeira)

2. Proporciona apoio emocional ao idoso

Nesta classe, foram incluídas as respostas de cinco sujeitos, os quais relataram que esperavam do familiar que proporcionasse segurança, tranqüilidade, incentivo e apoio.

"...que o acompanhante passe segurança para o idoso, para ele ficar mais tranqüilo. " (auxiliar de enfermagem)

"..que apoie o paciente nos momentos difíceis, que ofereça conforto e incentivo para ele se recuperar... " (auxiliar de enfermagem)

3. Obediência às normas e orientações

Para três profissionais, a expectativa quanto à participação do acompanhante foi a de que obedecesse às normas e às orientações ditadas pela equipe de enfermagem.

"Espero que ele (acompanhante) aceite mais as normas que nós passamos para ele." (auxiliar de enfermagem)

"...que ele cuide direito, fazendo as coisas que a gente explica para ele." (auxiliar de enfermagem)

De acordo com resultados obtidos pelos relatos dos membros da equipe de enfermagem e dos familiares sobre a participação dos acompanhantes no cuidado com o idoso hospitalizado, observou-se que há concordância que o

acompanhante, preferencialmente um membro da família, deva participar dessa atividade visando essencialmente o auxílio no processo de cuidar e o apoio emocional ao idoso.

Com o intuito de verificar em quais atividades os acompanhantes participam da hospitalização do idoso, optou-se por utilizar o estudo de LAITINEN (1993) no qual a autora empregou as necessidades humanas básicas propostas por Maslow. Assim, passa-se a apresentar, inicialmente, os resultados referentes às atividades que os familiares realizam e, em seguida, as atividades em que a equipe de enfermagem espera que o acompanhante auxilie no cuidado do idoso, segundo a sua frequência.

Tabela 12. Distribuição das atividades diárias em que os acompanhantes auxiliam durante o período de hospitalização, segundo sua frequência. Marília, 2000

Atividades	Sempre		Nunca		Quando necessário	
	n	%	n	%	n	%
Colocar tirar roupa	11	36,7	7	23,3	12	40,0
Sentar	11	36,7	10	33,3	9	30,0
Realizar exercícios	10	33,3	17	56,7	3	10,0
Andar	10	33,3	16	53,3	4	13,3
Ficar em pé e deitar	13	43,3	16	53,3	1	3,3
Usar o banheiro	15	50,0	10	33,3	5	16,7
Comer	22	73,3	5	16,7	3	10,0
Beber	23	76,7	4	13,3	3	10,0
Tomar banho	11	36,7	15	50,0	4	13,3
Cuidar dos cabelos e barbear	17	56,7	9	30,0	4	13,3
Para limpar a boca e os dentes	23	76,7	7	23,3	-	-
Cuidar das mãos e das unhas	16	53,3	11	36,7	3	10,0
Cuidar dos pés e das unhas	14	46,7	13	43,33	3	10,0
Cuidar da pele (massagem no uso de creme e limpeza)	18	60,0	8	26,7	4	13,3
Dar suporte emocional	29	96,7	-	-	1	3,3
Fazer a cama (arrumar a cama)	8	26,7	14	46,7	8	26,7
Realizar mudança de decúbito	14	46,7	6	20,0	10	33,3
Total	265	100,0	168	100,0	77	100,0

A Tabela 12 mostra que na frequência **sempre** houve o maior número de respostas (265), enquanto que na frequência **quando necessário**, menor número delas (77).

As atividades de maior ocorrência em que os acompanhantes afirmaram ajudar o idoso **sempre** foram: *dar suporte emocional* entre 29 (96,7%), *beber e limpar a boca e os dentes* para 23 (76,7%), *comer* para 22 (73,3%) *cuidar dos cabelos e barba* 18 (60%) e *a usar o banheiro* 15 (50%) familiares.

O suporte emocional foi a atividade referida por quase todos os sujeitos (96,7%), corroborando com as suas respostas sobre a importância da presença do familiar para o *apoio emocional* do idoso.

Em menor número, os acompanhantes responderam que ajudavam nas seguintes atividades: 16 e 14, *cuidar das mãos e dos pés* (53,3%) e (46,7%) respectivamente, 14 e 10, *mudança de decúbito e exercícios* (46,7%) e (33,3%) respectivamente) 13 auxílio ao idoso *para ficar em pé e deitar* (43,3%), *colocar e tirar a roupa* (36,7%); *sentar* (36,7%), *tomar banho* (36,7%), *andar* (33,3%) e *arrumar a cama* (26,7%). As atividades "*fazer a cama*" (n=8), "*realizar exercícios*" (n=10) e "*andar*" (n=10) apresentaram menor número de ocorrências.

Os acompanhantes relataram que tais atividades são de difícil operacionalização e requerem conhecimento específico, portanto consideram mais adequado que sejam realizadas pela equipe de enfermagem, a qual é solicitada quando necessário.

Quanto às atividades de maior ocorrência em que os acompanhantes responderam **nunca** ajudar o idoso existem: *exercícios* 17 (56,7%), *andar, ficar em pé e a deitar* 16 (53,3%) e *tomar banho*, 15 (50%).

As atividades que apresentaram menor número de ocorrência foram: quatro para *beber* (13,3%), cinco para *comer* (16,7%), seis para *mudança de decúbito* (20%), sete para *colocar e tirar a roupas, limpar a boca e os dentes* (23,3%), sete (23,3%), oito para *cuidar da pele*(26,7%) , nove para *e cuidar dos cabelos e barbear* (30%).

Cabe destacar que não houve referências quanto à **nunca** dar suporte emocional.

Estes sujeitos, embora não tenham sido questionados, justificaram que **nunca** participaram das atividades anteriormente citadas, por não possuírem conhecimento e prática para tal. Sentem medo de deixar o paciente cair e machucá-lo, insegurança para movê-lo, pois, devido ao tratamento, o paciente pode fazer uso de aparelhos os quais não sabem manipular. Mencionaram ainda que essas atividades são atribuições da enfermagem e não deles.

Com relação às atividades de maior ocorrência em que os acompanhantes afirmaram ajudar **quando necessário**, existem: *colocar e tirar a roupa* para 12 (40%), *mudança de decúbito* para 10 (33,3%) e *ajudar o idoso a sentar* para 9 (30%).

A seguir, serão apresentados os dados referentes às atividades em que a equipe de enfermagem espera que o acompanhante auxilie no cuidado do idoso.

Tabela 13. Distribuição das atividades diárias em que os membros da equipe de enfermagem esperam que os acompanhantes auxiliem o idoso durante o período de hospitalização, segundo sua frequência. Marília, 2000

Atividades	Sempre		Nunca		Quando necessário	
	N	%	N	%	N	%
Colocar tirar roupa	1	3,3	9	30,0	20	66,7
Sentar	1	3,3	8	26,6	21	70,0
Realizar exercícios	4	13,3	10	33,3	16	53,3
Andar	7	23,3	3	10,0	20	66,7
Ficar em pé	2	6,7	6	20,0	22	73,3
Usar o banheiro	4	13,3	4	13,3	22	73,3
Comer	17	56,7	1	3,3	12	40,0
Beber	18	60,0	1	3,3	11	36,7
Tomar banho	5	16,7	10	33,3	15	50,0
Cuidar dos cabelos e barbear	5	16,7	8	26,7	17	56,7
Para limpar a boca e os dentes	7	23,3	9	30,0	14	46,7
Cuidar das mãos e das unhas	12	40,0	9	30,0	9	30,0
Cuidar dos pés e das unhas	11	36,7	10	33,3	9	30,0
Cuidar da pele (massagem, no uso de creme e limpeza)	5	16,7	11	36,7	14	46,7
Dar suporte emocional	24	80,0	2	6,7	4	13,3
Fazer a cama (arrumar a cama)	4	13,3	20	66,7	6	20,0
Realizar mudança de decúbito	1	3,3	15	50,0	14	46,7
Total	128	100,0	136	100,0	246	100,0

A Tabela 13 mostra que na freqüência **quando necessário** houve o maior número de respostas (246), enquanto na freqüência **nunca e sempre**, menor número delas, embora com pouca diferença (136 e 128, respectivamente).

As atividades de maior ocorrência em que os membros de enfermagem entrevistados esperam que o acompanhante auxilie **sempre** foram: suporte emocional para 24 (80%); para beber 18 (60%), comer para 17 (56,7%) e cuidar das mãos e das unhas para 12 (40%).

Observa-se que a equipe de enfermagem também espera, em sua maioria (80,0%), que o acompanhante ofereça *suporte emocional*.

Por outro lado, para as atividades de menor número de ocorrência, verificou-se que apenas um profissional referiu *colocar e tirar a roupa, sentar, realizar mudança de decúbito* (3,3%, respectivamente), dois apontaram *ficar em pé e deitar* (6,7%), quatro, *realizar exercícios e arrumar a cama* (13,3%), e cinco *tomar banho, cuidar dos cabelos e barbear* (16,7%).

As atividades nas quais os profissionais esperam que os acompanhantes **nunca** auxiliem o idoso, foram, em maior ocorrência, as seguintes: 20 (66,7%) apontaram o auxílio para *arrumar a cama*; 15 (50%), *realizar mudança de decúbito*; 11 (36,7%), *cuidar da pele* e 10 (33,3%), *realizar exercícios, tomar banho e cuidar dos pés e das mãos*. Os sujeitos afirmaram que essas atividades devem ser realizadas somente pela equipe de enfermagem.

Vale destacar que dois membros da equipe de enfermagem referiram que o suporte emocional nunca deve ter a ajuda dos acompanhantes. Ademais, somente um profissional apontou as atividades *comer e beber*, três mencionaram a atividade *andar* e quatro, *usar o banheiro*.

Os entrevistados esperam que os acompanhantes auxiliem o idoso **quando necessário** nas seguintes atividades, de acordo com o maior número de ocorrência: 22 (73,3%) para *ficar em pé, deitar e usar o banheiro*; 21 (70%) para *sentar*, 20 (66,7%) para *colocar e tirar a roupa e andar*, 17 (56,7%) para *cuidar dos*

cabelos e barbear, 16 (53,3%) para *realizar exercícios*, 15 (50%) para *tomar banho* e 14 (46,7%) para *cuidar da pele*. Embora não se tenha investigado, os membros de enfermagem relataram que essas atividades devem ser realizadas somente com a orientação fornecida ao acompanhante, ou após ele a ter recebido.

O menor número de respostas, nesta frequência, foi para as seguintes atividades: quatro (13,3%) para *suporte emocional* e nove (30%) para *cuidar das mãos, dos pés e das unhas*.

Com a finalidade de verificar se houve diferença significativa entre as atividades que a equipe de enfermagem espera do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado, foi aplicado o teste não paramétrico χ^2 (Quiquadrado) para cada atividade, uma vez que são duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14. Distribuição dos valores do χ^2 das respostas da equipe de enfermagem e dos familiares, de acordo com as atividades investigadas. Marília, 2001.

Atividades	Sempre			Nunca			Quando necessário		
	Equipe	Acompanhante	χ^2	Equipe	Acompanhante	χ^2	Equipe	Acompanhante	χ^2
Colocar tirar roupa	1	11	**8,34	9	7	0,60	20	12	2,00
Sentar	1	11	**8,34	8	10	0,50	21	9	4,80
Realizar exercícios	4	10	2,57	10	17	2,45	16	3	**8,89
Andar	7	10	0,53	3	16	**8,89	20	4	**10,67
Ficar em pé	2	13	**8,06	6	16	*4,55	22	1	**19,70
Usar o banheiro	4	15	*6,36	4	10	2,57	22	5	**10,70
Comer	17	22	0,32	1	5	2,67	12	3	*5,40
Beber	18	23	0,30	1	4	1,80	11	3	0,17
Tomar banho	5	11	2,25	10	15	1,00	15	4	*6,37
Cuidar dos cabelos e barbear	5	17	*6,54	8	9	0,06	17	4	**8,05
Para limpar a boca e os dentes	7	23	**8,53	9	7	0,22	14	-	-
Cuidar das mãos e das unhas	12	16	0,57	9	11	0,20	9	3	3,00
Cuidar dos pés e das unhas	11	14	0,36	10	13	0,39	9	3	3,00
Cuidar da pele (massagem, no uso de creme e limpeza)	5	18	**7,35	11	8	0,39	14	4	*4,76
Dar suporte emocional	24	29	0,49	2	-	-	4	1	1,80
Fazer a cama (arrumar a cama)	4	8	1,33	20	14	1,05	6	8	0,28
Realizar mudança de decúbito	1	14	**11,27	15	6	*3,85	14	10	0,67
Total	128	265	47,76	136	168	1,64	246	77	44,21

Legenda: *Se $\chi^2 > 3,84$ (com 1 grau de liberdade) há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), em 95% dos casos da amostra haverá discordância entre um e outro.

**Se $\chi^2 > 6,64$ há diferença estatisticamente muito significativa ($p < 0,01$), em 99% dos casos vai haver discordância entre um e outro.

Os dados mostram que há discordância entre as respostas sobre o que a equipe de enfermagem espera e aquilo em que o acompanhante auxilia, na frequência **sempre**, para as seguintes atividades: *colocar e tirar a roupa, sentar, ficar em pé e deitar, usar o banheiro, cuidar dos cabelos e barbear, limpar a boca e os dentes, cuidar da pele (massagem, no uso de creme e limpeza) e realizar mudança de decúbito*. Por outro lado, na frequência **nunca**, só há discordância entre *andar, ficar em pé e deitar e realizar mudança de decúbito*.

Na frequência, **quando necessário**, há discordância para as atividades: *colocar e tirar a roupa, beber, cuidar das mãos e das unhas, cuidar dos*

pés e das unhas, dar suporte emocional e arrumar a cama, e realizar mudança de decúbito.

Observa-se, também, que para as atividades que a equipe de enfermagem espera e para aquelas em que o familiar auxilia, houve concordância somente na frequência **nunca** e discordância na frequência **sempre** e na **quando necessário**.

São apresentados, a seguir, os resultados referentes à parte C, última parte do instrumento, relativos aos fatores que favorecem e/ou dificultam a participação dos acompanhantes, no cuidado do idoso, inicialmente, sob a ótica dos acompanhantes e, em seguida, dos membros da equipe de enfermagem.

Com relação aos fatores que favorecem a participação do acompanhante, verificou-se que quatro classes, de acordo com o agrupamento das respostas dos familiares entrevistados: interesse em participar no cuidado, inter-relação pessoal acompanhante e equipe de enfermagem, conhecimento anterior do idoso e profissional e rede de apoio familiar suficiente. Essas classes estão demonstradas na Tabela 15.

Tabela 15. Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares* quanto aos fatores que facilitam a participação no cuidado do idoso hospitalizado. Marília, 2001

Classes	n
1. Interesse em participar no cuidado	
- motivação intrínseca (fatores pessoais): força de vontade, coragem e fé em Deus e prazer	
- vínculo afetivo: carinho, amor, retribuição do cuidado recebido	
- natureza da atividade	
Subtotal	16
2. Inter-relação pessoal acompanhante e equipe de enfermagem.	
- comunicação: orientação e características pessoais	
- observação e reprodução do cuidado realizado pela enfermagem	
Subtotal	13
3. Conhecimento anterior	
- do paciente (hábitos e costumes)	
- experiência profissional	
Subtotal	6
4. Rede de apoio familiar suficiente	
- reorganização das funções e papéis na família	
- rodízio hospitalar	
Subtotal	4
Total	49

*Alguns dos acompanhantes apontaram mais de uma facilidade.

1. Interesse em participar no cuidado

As respostas relacionadas a essa classe foram as mais verbalizadas, isto é, 16 acompanhantes salientaram que o *interesse em participar no cuidado* leva à participação no cuidado do idoso hospitalizado. De acordo com os relatos, esse interesse está relacionado à motivação intrínseca, ao vínculo afetivo e à natureza da atividade.

Os fatores pessoais, ou seja, os fatores relacionados à motivação intrínseca, foram descritos pelos acompanhantes como a força de vontade que eles possuem e a coragem para realizar o cuidado, bem como a satisfação

peçoal gerada ao cuidar do outro, como sendo os fatores principais que facilitam a sua participação nesse cuidado.

"A força de vontade que eu tenho para cuidar dele (idoso) é o que facilita aqui no hospital (filha)

"É que eu tenho coragem de cuidar dele (idoso), para ele sarar logo e ir embora para casa ..." (esposa)

"O que facilita é a vontade da gente que ela (idosa) viva e tenha saúde..., eu peço para ela fazer uma forcinha para comer, se não ela vai voltar para o hospital.... " (cunhada)

Durante as entrevistas, a fé em Deus foi mencionada como um fator facilitador da participação no cuidado ao idoso. Observou-se que a religiosidade faz parte da vida e é vista como um sustento para o acompanhante, nesse momento difícil, para que supere e aceite a situação de doença e hospitalização. Exemplificam isso algumas expressões verbalizadas pelos acompanhantes:

"É a fé em Deus que eu tenho e peço muita força, esperança e coragem, para eu cuidar da minha mãe...." (filha)

"É Deus quem me dá força para eu poder ajudar minha tia, ela é sozinha e não tem ninguém... e aqui ela grita de dor" (sobrinha)

A fé foi relatada como um importante meio do familiar enfrentar e superar as dificuldades, dando-lhe a esperança e a coragem necessárias.

Entre as respostas, destaca-se, também, o vínculo afetivo, mencionado pelos sujeitos entrevistados, como o carinho e o amor presentes na relação com o idoso. A permanência próxima ao mesmo, no decorrer da hospitalização, facilita a participação no cuidado, principalmente, quando a relação entre o familiar e o idoso é permeada por sentimentos positivos e relação de apego.

"O carinho..., eu sou muito apegada a ela (idosa), mesmo se eu estivesse em casa eu não conseguiria ficar, eu prefiro ficar aqui do que em casa" (filha)

"É o amor que eu tenho pela minha mãe, eu ajudo ela em tudo" (filha)

Referem-se, ainda, à participação no cuidado como uma forma de retribuírem o que lhes foi dado, fato que leva a crer que os laços familiares são fortalecidos nos momentos de hospitalização.

"É o lado emocional ... o fato de poder ficar junto, dedicando o amor, retribuindo o que um dia eles (pais) deram para nos" (filha)

Um único familiar apontou a natureza da atividade, ou seja, a possibilidade de realizar atividades de menor complexidade, como fator de participação do acompanhante no cuidado ao idoso.

"As coisas mais fáceis que dá para a gente fazer, como dar alimentação, ajudar ela (idosa) a comer, lavar a prótese..." (neta)

2. Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem

Outro fator que facilita a participação do acompanhante, apontado por 13 familiares, diz respeito à *inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem*. Acerca desse fator, de acordo com os relatos obtidos, destacam-se os elementos da comunicação e a observação do cuidado realizado.

A comunicação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante aparece como um elemento essencial para a participação no cuidado, compreendendo as orientações e as características pessoais dos membros da equipe.

Os acompanhantes relataram que quando a equipe de enfermagem orienta, ou esclarece, sobre os cuidados a serem realizados, isso facilita a sua participação.

"É a orientação.... quando a enfermagem fala não deixa dobrar a perna, porque ela fez cateterismo e não pode dobrar a perna, ou se você (acompanhante) ver qualquer coisa pode chamar a gente... (enfermeira)" (filha)

"Quando a enfermagem ensina como tem que fazer os cuidados, aí facilita bastante" (filha)

A característica pessoal de cada elemento da equipe de enfermagem é de grande importância para a participação dos acompanhantes nos cuidados, segundo os relatos dos familiares. Assim, possuir habilidades para se relacionar com as pessoas, humanismo, empatia e amizade constituem características que favorecem o relacionamento interpessoal e torna o ambiente hospitalar mais familiar e amigável.

Durante as entrevistas, alguns participantes relataram como essas características são percebidas:

"As enfermeiras brincam... é familiar a relação, tem enfermeira que chega e fala, Bom dia! Isto ajuda a gente" (filha)

"Elas (auxiliares de enfermagem) são amigas é bom porque a gente fica sozinha" (esposa)

Encontrou-se, também, o acompanhante na posição de observador dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem. A partir das observações, o familiar procura reproduzir o cuidado com o idoso.

"Eu observo o jeito que as enfermeiras fazem para eu fazer depois, deste jeito fica mais fácil para cuidar " (filha)

"Observar a maneira e o jeito que ela (idosa) é cuidada, para que eu possa cuidar dela quando ela necessitar de ajuda" (bisneta)

Somente um familiar referiu-se ao fato de que, além de observar os cuidados realizados pela enfermagem, ele quer saber como é realizado o cuidado, para adquirir experiência e aprender a cuidar do idoso.

"Eu observo e pego experiência de como cuidar, e perguntando.... Como que faz para virar? Como faz isso?.... e assim eu vou aprendendo a cuidar dela". (filha)

3. Conhecimento anterior

Para seis acompanhantes, o *conhecimento anterior*, advindo do convívio com o idoso e de experiências profissionais, facilita a participação no cuidado.

O conhecimento dos hábitos e costumes dos idosos, na ótica dos acompanhantes, facilita a comunicação do idoso com a equipe de enfermagem, bem como o cuidado a ser realizado.

"Porque eu conheço os hábitos dela (idosa) e posso ajudá-la do jeito que ela está acostumada...." (nora)

"A gente entende o que ela fala e os costumes, e a enfermagem não está acostumada, e eu posso passar para elas, como a minha mãe gosta....." (filha)

".....assim por exemplo: porque a gente (familiar) conhece a doente (idosa), e eu conheço todas as necessidades dela, então fica fácil para cuidar dela...." (filha)

Os acompanhantes também relataram que a experiência profissional na área da saúde facilita a sua participação no cuidado.

"O que facilita é que eu já tenho conhecimento na área da saúde e sei cuidar de pessoas internadas " (filha)

" Eu ter experiência profissional, eu sou auxiliar de enfermagem e trabalho em um hospital é o que facilita para eu cuidar do meu pai.." (filho)

4. Rede de apoio familiar suficiente

Quatro acompanhantes apontaram a rede de apoio familiar suficiente, relacionada à reorganização das funções e papéis na família e ao rodízio hospitalar, como um fator que facilita a sua participação no cuidado do idoso hospitalizado.

Poder contar com outros membros da família para assumir as demais funções domésticas, temporariamente abandonadas pelo acompanhante nesse período, torna possível e facilita o cuidado e a permanência deste acompanhante junto ao idoso hospitalizado.

"É o povo que eu tenho, as minhas noras que fazem tudo para mim.... então facilitou.... se não fosse através delas eu não poderia ajudar ela (a idosa)..." (irmã)

"Facilita assim: este tempo que eu tenho, os meus filhos ficam com minha mãe (em casa), então já ajuda, ela (mãe) fica com eles (filhos) e eu posso ficar com ele (idoso hospitalizado)" (filha)

"São as minhas noras que fazem tudo na minha casa para que eu fique aqui, ajudando ela (idosa) ... se não fossem elas eu não poderia ajudar a minha mãe" (filha)

Outra facilidade apontada diz respeito à possibilidade de rodízio entre os membros da família. Poder contar com outra pessoa para o rodízio afim de não sobrecarregar um único membro da família facilita a participação do acompanhante no cuidado, uma vez que a permanência junto ao idoso e o auxílio no seu cuidado geram cansaço físico.

"Eu consigo descansar de dia, para poder ajudar ele (idoso) à noite, e de dia fica a minha mãe para eu descansar" (filho)

Isto posto, são apresentados os resultados referentes aos fatores que facilitam a participação do familiar no cuidado, sob a ótica da equipe de enfermagem.

Dos agrupamentos das respostas obtidas dos membros da equipe de enfermagem entrevistados, emergiram quatro classes: inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem, interesse em participar no cuidado, conhecimento anterior (do paciente e profissional) competência emocional, como segue na Tabela 16.

Tabela 16. Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros* da equipe de enfermagem quanto aos fatores que facilitam a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Marília, 2000.

Classes	n
1. Inter-relação pessoal acompanhante e equipe de enfermagem.	
- comunicação: orientação sobre o cuidado e sobre o limites de atuação	
- observação e presença contínua	
- obediência às normas e às orientações	
Subtotal	20
2. Conhecimento anterior	
- do paciente (hábitos e preferências)	
- experiência em cuidar	
Subtotal	9
3. Interesse em participar no cuidado	
- iniciativa	
- para participar de atividades de menor complexidade	
Subtotal	7
4. Competência emocional	
- controle emocional, paciência	
Subtotal	3
Total	39

*Alguns dos membros da equipe apontaram mais de um fator que facilita a participação do acompanhante no cuidado ao idoso.

1. Inter-relação pessoal acompanhante e equipe de enfermagem

As respostas referentes à inter-relação entre acompanhante e equipe foram mencionadas pela maioria dos sujeitos, ou seja, 20 membros da equipe de

enfermagem afirmaram que a comunicação, a observação e a presença contínua do acompanhante, e a obediência às normas e às orientações facilitam a participação do acompanhante no cuidado do idoso. A comunicação é um elemento de extrema importância na inter-relação pessoal, principalmente, vinculada às orientações sobre os cuidados a serem realizados e aos limites da atuação e sua posição, ou limites enquanto acompanhantes, conforme exemplos de relatos descritos a seguir:

"Explicando como fazer as atividades, facilita mais para o acompanhante, estar participando dos cuidados" (auxiliar de enfermagem)

"Quando orientamos o acompanhante, quais são os seus deveres, se torna mais fácil a sua participação na ajuda ao paciente (idoso)" (auxiliar de enfermagem)

Ainda nessa classe, outro aspecto apontado pelos profissionais de enfermagem diz respeito à observação e à presença contínua do familiar. Estar junto do idoso hospitalizado e permanecer alerta aos acontecimentos facilita sua participação do acompanhante no cuidado, pois, dessa maneira, ele pode observar as alterações que ocorrem com o idoso e comunicá-las à enfermagem.

"Ele (acompanhante) deve estar sempre ao lado do paciente, de prontidão, olhando o que acontece com o paciente, e sempre avisar a enfermagem do que se passa..." (auxiliar de enfermagem)

"A família deve estar sempre alerta, em tudo que acontece com o idoso e comunicar ou estar lembrando a enfermagem sobre o que acontece com o idoso..." (auxiliar de enfermagem)

Houve, ainda, referência quanto ao caráter normativo da relação, ou seja, a participação do acompanhante é facilitada, desde que ele siga rigidamente as orientações fornecidas, reconhecendo o controle do poder e do conhecimento pela equipe de enfermagem.

"Desde que ele (acompanhante) siga à risca, o que a enfermagem disser para ele, assim ele vai estar ajudando plenamente em todos os sentidos, tanto o paciente quanto a enfermagem e ainda facilita a sua participação..." (auxiliar de enfermagem)

2. Conhecimento anterior

O conhecimento que os acompanhantes demonstram ter sobre os costumes e os hábitos dos idosos, decorrente não só da convivência familiar, bem como de experiências já vivenciadas no cuidado do idoso, foi apontado por nove sujeitos, como fatores facilitadores para a participação dos familiares.

"Ele (acompanhante) conhece o idoso e sabe os hábitos do paciente... fica mais fácil para eles estarem cuidando" (auxiliar de enfermagem)

"Por que o acompanhante conhece o paciente e a maneira que ele quer ser cuidado" (auxiliar de enfermagem)

"O acompanhante está mais familiarizado com os hábitos do paciente o que facilita sua participação durante a hospitalização" (enfermeira).

3. Interesse em participar no cuidado

O interesse foi revelado por sete profissionais, ao se referirem à importância ao fato dos acompanhantes terem iniciativa e participarem de atividades de menor complexidade.

Os profissionais mencionaram que a iniciativa dos acompanhantes facilita a sua participação no cuidado. Parece-nos que os membros da equipe de enfermagem esperam que a iniciativa seja dos acompanhantes, principalmente, no auxílio às atividades, como alimentação e locomoção, de acordo com os exemplos a seguir:

*"A incitava para ajudar a dar uma água e levar no banheiro para cuidar do idoso, isto facilita bem a participação dele...."
" (auxiliar de enfermagem)*

"O acompanhante tenha iniciativa para cuidar do seu familiar, assim ele ajuda mais o seu idoso" (enfermeira)

"Quando o acompanhante tem iniciativa em ajudar, e não é preciso que a enfermagem fique pedindo para ele ajudar o idoso, mesmo que seja só para dar água e sentar." (auxiliar de enfermagem)

4. Competência emocional

Na ótica de três membros da equipe de enfermagem, o acompanhante deve saber lidar com suas emoções a fim de que estas não influenciem na sua participação no cuidado. A paciência e as respostas adequadas às situações facilitam a sua participação.

"Ele (acompanhante) não pode deixar o lado emocional prevalecer, aí acaba atrapalhando a sua participação não tendo condições de ajudar o idoso" (auxiliar de enfermagem)

"Quando o emocional do acompanhante é adequado ele sabe lidar com as emoções" (auxiliar de enfermagem)

"O acompanhante tem que ter muita paciência, força de vontade " (auxiliar de enfermagem)

A seguir, este estudo aborda os fatores que dificultam a participação do acompanhante, segundo as respostas dos sujeitos desta pesquisa.

Por meio da análise dos relatos dos familiares, foram identificadas cinco classes de fatores que dificultam a sua participação no cuidado estado de saúde do paciente: limitações do acompanhante, dificuldades ambientais, rede de apoio familiar insuficiente e inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem. A Tabela 17 apresenta cada uma dessas classes e mostra um certo equilíbrio entre o número de sujeitos distribuídos entre as cinco classes.

Tabela 17. Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares* quanto aos fatores que dificultam a sua participação no cuidado do idoso hospitalizado. Marília, 2001

Classes	n
1. Estado de saúde do paciente	
- condições físicas (obesidade)	
- uso de equipamentos	
Subtotal	9
2. Limitações próprias do acompanhante	
- inexperiência, medo e insegurança	
- estado de saúde e idade avançada	
Subtotal	8
3. Dificuldades ambientais e organizacionais	
- distância entre a residência e o hospital	
- demora no atendimento	
Subtotal	8
4. Rede de apoio familiar insuficiente	
- para rodízio e reorganização das funções	
- problemas de saúde entre os familiares	
Subtotal	7
5. Inter-relação pessoal acompanhante e equipe de enfermagem	
- dificuldade na comunicação: características pessoais, agressividade, expressões faciais negativas, causando afastamento do acompanhante	
- ausência de orientação e informações sobre o paciente e o cuidado	
Subtotal	7
Total	39

* Alguns dos acompanhantes apontaram mais de uma dificuldade em participar no cuidado ao idoso hospitalizado.

1. Estado de saúde do paciente

Dentre os familiares, nove verbalizaram que as condições físicas do idoso, como a obesidade, ou o uso de aparelhos para o tratamento, podem dificultar a sua participação nos cuidados.

Essas situações limitam a atuação do familiar, principalmente, nas atividades que exigem maior esforço, como a movimentação e o transporte, além leva-los a solicitar o auxílio de outra pessoa, seja da equipe de enfermagem ou da família, presentes no momento do cuidado.

"...o que dificulta mesmo, é levá-la no banheiro, como ela (idosa) é pesada, eu não tenho muita força para levá-la, aí tem que ter ajuda de outra pessoa" (filha)

"Por exemplo sozinha eu não consigo virar, ele é pesada e eu chamo a enfermeira para ajudar " (esposa)

"Ela é um pouquinho pesadinha, quando tem mais alguém aqui, como meu filho, que vem sempre aqui. Às vezes, quando a gente quer por ela no leito, o meu menino ajuda" (cunhada)

Outra condição indicada pelos familiares diz respeito ao uso de aparelhos e equipamentos específicos para o tratamento do paciente. Estes aparatos podem afastar o familiar e impedi-lo de realizar qualquer procedimento que provoque dor ou outros danos no idoso, inibindo e dificultando, desse modo, a sua participação efetiva no cuidado.

"É a tração, quando ela (idosa) vai virar ela sente dor .É horrível, e fica difícil para cuidar, ela chora, e eu não consigo ajudar ela " (filha).

2. Limitações próprias do acompanhante

A inexperiência e o estado de saúde dos acompanhantes constituem fatores que dificultam sua participação, de acordo com relato de oito familiares. Algumas situações enfrentadas pelos familiares, em âmbito hospitalar, desencadeiam reações emocionais, como nervosismo, medo e insegurança. Essas reações podem, também, ser advindas da inexperiência no cuidado em situações específicas.

"O pé dela caiu da tração, e eu não sei pegar para ela sentir menos dor, então tem que ser uma pessoa experiente.... então a gente fica nervosa, insegura, quer tentar ajudar mais não consegue" (cunhada)

"Às vezes eu tenho dificuldade porque eu não tenho aquela prática em cuidar dela com estes soros" (filha)

Para alguns familiares, o comprometimento da saúde e o fato de o acompanhante ser idoso também dificultam a sua participação no processo de cuidar. Além disso, os recursos para a acomodação do acompanhante não proporcionam condições favoráveis para o seu descanso e conforto.

"Quando dá tontura nele (idoso), eu não agüento segurá-lo. Eu também não tenho saúde, o meu joelho que eu torci dói e, para dormir na cadeira, não tem apoio. E mais a idade.... não é fácil" (esposa) .

3. Dificuldades ambientais e organizacionais

As respostas referentes à classe *dificuldades ambientais e organizacionais* foram verbalizadas por oito acompanhantes, que destacaram a distância entre sua residência e a estrutura hospitalar, e a demora no atendimento, como fatores que dificultam a sua participação no cuidado.

Alguns acompanhantes residem em cidades distantes do hospital e não conseguem entrar em contato com os familiares para obter informações sobre a rotina da sua família e sobre a possibilidade de realizar rodízio com outras pessoas.

Acrescenta-se a isto a necessidade do acompanhante, muitas vezes, transportar utensílios de uso pessoal, o que acarreta sobrecarga para a sua locomoção, especialmente pela idade avançada em que se encontram.

"A distância da minha cidade é longe..., dificulta porque eu fico aqui preocupada com o que está acontecendo lá em casa, se as crianças estão comendo, se não estão doente..." (filha)

"Não conseguir entrar em contato com a família para ter informações, para realizar rodízio." (filha)

"Principalmente não morar aqui, porque eu desço lá na praça com as sacolas pesadas de roupa e chego aqui muito cansada, eu já tenho uma certa idade." (filha)

A preocupação do acompanhante, quanto à higiene do ambiente hospitalar, também foi citada como um fator que dificulta a sua participação no cuidado ao idoso.

"Eu fico preocupada com a higiene do banheiro que não é muito adequada, algumas vezes eu tenho que usar o banheiro ou jogar a urina dela (idosa) e não está limpo" (neta)

Outro fator apontado pelos familiares foi a demora no atendimento pela equipe de enfermagem, embora ela tenha sido por eles justificada pelo excesso de trabalho da equipe.

"Às vezes a enfermagem demora para atender, mas tem outros pacientes para cuidar, elas são em poucas para atender a todos" (neto).

"A gente chama e demora para atender; eu sei tem mais pacientes que necessitam da ajuda deles (auxiliar de enfermagem) e a gente espera até atender" (cunhada).

4. Rede de apoio familiar insuficiente

Segundo os relatos de sete familiares, a participação no cuidado é dificultada, quando a rede de apoio familiar é insuficiente. Esses familiares verbalizaram que a necessidade de reorganização da família e a existência de problemas de saúde entre os familiares, também podem gerar dificuldades para a realização do rodízio no acompanhamento do paciente.

"O que dificulta é que eu tenho uma filha, e ela depende de mim, e ela está com o pai. E eu me preocupo!" (filha)

"É o meu esposo que reclama quando eu fico aqui, mas minha tia (idosa) é sozinha.. eu já chamei os outros parentes para ficar com ela, só que não veio ninguém.... então coitada... eu sou a única que fica com ela (idosa)." (sobrinha)

"Eu tive que pedir para minha cunhada de Bauru, para vir cuidar do meu irmão, da minha filha que tem um pouquinho

de problema e uma estudante que mora em casa. Eu não poderia de maneira alguma deixar todos para vir para ficar com ele (idoso)... sorte que ela (cunhada) veio." (esposa)

5. Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem

Dentre os familiares, sete apontaram, como dificuldade, a limitação ou a ausência de relacionamento interpessoal entre a equipe de enfermagem e os acompanhantes. A presença de algumas características pessoais nos profissionais da enfermagem interfere na comunicação e inibe, ou dificulta, a participação do familiar no cuidado do idoso. Os familiares destacaram elementos da comunicação verbal e não-verbal, como expressão facial, atributos e comportamentos negativos (estados de humor, falta de cortesia e de empatia).

"Têm uns (enfermagem) que são muito carrancudos e, às vezes, a gente quer ajudar, mas eles fazem com que a gente se retraia" (filha)

"Existem as simpáticas e as não-simpáticas... isto causa constrangimento para quem está acompanhando, e a gente não veio aqui para atrapalhar mas para ajudar" (filha)

"As enfermeiras têm uma cara de brava, e não deixam a gente nem perguntar, mesmo que a gente veja que elas estão fazendo as coisas erradas, não podemos falar nada". (filha)

Outros fatores manifestados pelos familiares, relativos à inter-relação pessoal, dizem respeito à ausência de orientações e de informações sobre o paciente e o cuidado a ser realizado.

"Eu não tenho orientação de como cuidar dele (idoso), não sei o que eu posso estar ajudando" (esposa).

"Se eu tivesse recebido uma orientação, ela tem muita dor e eu não sei o que fazer..... se eu chamo as enfermeiras, se eu posso fazer uma massagem " (sobrinha).

A seguir, serão apresentados os resultados referentes aos fatores que dificultam a participação do acompanhante, segundo os profissionais da equipe de enfermagem. Do agrupamento das respostas, emergiram duas classes: limitações do acompanhante e inter-relação entre acompanhante e equipe de enfermagem, como demonstra a Tabela 18.

Tabela 18. Distribuição das classes obtidas das respostas dos membros* da equipe de enfermagem quanto aos fatores que dificultam a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Marília, 2000.

Classes	N
1. Limitações do acompanhante	
- aspectos emocionais: insegurança, medo, ansiedade, estresse, falta de paciência e carinho	
- não envolvimento no cuidado, não permanência ao lado do idoso	
- condições de saúde e idade avançada	
Subtotal	22
2. Inter-relação acompanhante e equipe de enfermagem	
- dificuldade de comunicação: conflitos de opiniões, não-clareza dos limites de atuação, falta de orientação sobre os cuidados e deveres	
- caráter normativo da relação	
Subtotal	20
Total	42

*Alguns dos membros da equipe apontaram mais de uma dificuldade, admitindo respostas múltiplas

1. Limitações do acompanhante

Mais da metade dos membros da equipe de enfermagem (n = 22) indicaram, como dificuldades, as limitações do próprio acompanhante, vinculadas aos aspectos emocionais, ao não- envolvimento no cuidado (não permanência ao lado do idoso), e às condições de saúde e à idade avançada do acompanhante. De acordo com os relatos, as situações vivenciadas pelo idoso, no decorrer da sua hospitalização, geram nos familiares reações emocionais inadequadas, como nervosismo, ansiedade, insegurança, estresse e medo. Estas reações revelam-se como fatores que inibem e dificultam a participação no cuidado.

"Acho que o que dificulta é o nervosismo, o medo, a insegurança do acompanhante ... Que pelo amor de Deus! São muito inseguros ... é terrível!" (auxiliar de enfermagem)

"Pessoas apavoradas que não têm conhecimento, chegam fazendo aquele alarme, todo estressado, acham que você está matando o paciente." (auxiliar de enfermagem)

"Quando o acompanhante é estressado e só tem pensamento negativo, aí fica difícil para ele participar." (auxiliar de enfermagem)

Além disso, foi possível perceber nos relatos, a falta de paciência e de carinho, bem como a agressividade presente no acompanhante ao lidar com o idoso, foram verbalizados pela equipe como fatores que dificultam a participação no cuidado.

"Quando o acompanhante não tem paciência e trata o idoso de maneira agressiva ou ríspida" (auxiliar de enfermagem)

"Quando o acompanhante não é carinhoso com o idoso, a gente percebe a falta de carinho." (auxiliar de enfermagem)

A respeito, ainda, dos fatores relacionados a essa classe, foi reportado pela equipe de enfermagem, como dificuldade, o fato de o acompanhante não permanecer ao lado do idoso. Segundo os relatos, muitas vezes, o familiar se envolve em conversas com outros acompanhantes, ou no hospital, e não se dedica efetivamente ao cuidado do idoso.

"Tem acompanhante que, ao invés de ficar no quarto, ela fica no quarto do outro paciente conversando" (auxiliar de enfermagem)

"Não permanecer no quarto e ficar andando pelos quartos, assistindo TV, dorme do lado do paciente" (auxiliar de enfermagem)

Os profissionais consideraram, também, as condições de saúde desfavoráveis (doença e alcoolismo) e a idade avançada do acompanhante como limitações, ou impedimento da sua participação no cuidado.

"É o acompanhante que vem ficar com o idoso, mais idoso que ele e, às vezes, precisa de mais cuidado do que o que está internado" (auxiliar de enfermagem)

"Um paciente de idade com um acompanhante que apresentava uns 68 anos e o paciente com 68, fica difícil pois, um tem que cuidar do outro" (auxiliar de enfermagem)

2. Inter-relação pessoal entre equipe e acompanhante

A comunicação entre o acompanhante e a equipe apareceu, para a metade dos profissionais entrevistados (n=20) como elemento essencial na inter-relação pessoal.

As dificuldades de comunicação, mencionadas pelos membros da equipe, compreenderam: conflitos de opiniões sobre o cuidado realizado pela equipe, a não-clareza dos limites de atuação do acompanhante e dos profissionais, e a falta de orientação sobre os cuidados e deveres, por parte dos acompanhantes, conforme exemplos de relatos descritos a seguir:

"Quando o familiar é palpiteiro, tudo que a enfermagem fala ou vai fazer ele dá um palpite, parece que ele sabe mais do que a enfermagem" (auxiliar de enfermagem)

"Tem acompanhante que é muito curioso, pergunta tudo, quer saber de tudo, faz coisas que não é da conta dele" (auxiliar de enfermagem.)

"Quando ele não está orientado, a gente (equipe) nota que dificulta muito a sua participação, ele (familiar) fica perdido, não sabe o que faz" (auxiliar de enfermagem)

Essas dificuldades foram, também, identificadas nos relatos dos familiares. Outros obstáculos, como o estado de saúde do paciente, dificuldades ambientais e rede de apoio familiar insuficiente, que não foram vivenciados pelos membros da equipe de enfermagem.

Os resultados apresentados a seguir referem-se à última questão dos instrumentos utilizados para a coleta de dados, que compreende a forma como a equipe de enfermagem pode favorecer a participação do acompanhante no cuidado com o idoso. Inicialmente, seguem-se os dados dos familiares e, logo após, os dos profissionais.

Da análise dos relatos obtidos dos familiares, constatou-se que a equipe de enfermagem pode favorecer a participação dos acompanhantes, por meio da inter-relação pessoal com o acompanhante e da organização do trabalho, conforme apresentado na Tabela 19.

Tabela 19. Distribuição das classes obtidas das respostas dos familiares*, quanto aos fatores relacionados à equipe de enfermagem, que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso. Marília, 2000.

Classe	n
1- Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem	
- comunicação, oferecer orientação sobre os cuidados, linguagem de fácil compreensão, características pessoais da equipe: empatia, carinho, atenção e competência.	
- parceria no cuidado (acompanhante e equipe)	
Subtotal	28
2- Fatores organizacionais	
- rapidez e frequência no atendimento	
- flexibilidade	
Subtotal	8
Total	36

*Alguns dos familiares apontaram mais de um fator.

1. Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem

As respostas relacionadas à classe "inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem" foram verbalizadas pela grande maioria dos sujeitos, ou seja, 28 familiares consideraram que a equipe de enfermagem pode promover e facilitar a participação do acompanhante, no cuidado ao idoso, por meio da comunicação (orientação, linguagem compreensível, características pessoais) e da parceria nesse cuidado.

Segundo os familiares, a equipe poderia utilizar a comunicação, como meio para oferecer orientações sobre os cuidados, informações e condições para que o familiar participe nos cuidados ao idoso.

"Uma orientação de como ajudar ela (idosa) é tudo para a gente! Explicar para gente direitinho o que a gente tem que fazer fica mais fácil" (filha)

"Eu acho que explicando para a gente a maneira correta dos procedimentos, explicando a gente entende e acaba aprendendo a fazer certinho" (esposa)

Os familiares afirmaram que a equipe de enfermagem e outros profissionais da área da saúde utilizam uma linguagem de difícil compreensão, tendo em vista que, muitas vezes, o familiar desconhece os termos utilizados por essas pessoas. Além disso, em algumas situações, o acompanhante pode apresentar queda da acuidade auditiva agravando o processo da comunicação.

"Quando a enfermagem e os médicos falam, eu não entendo as palavras, são muito difíceis, e ainda mais que eu sou surda.... aí que eu não entendo nada.... se eles falassem mais simples e mais alto eu entenderia" (esposa)

Outro fator relacionado a essa classe, abordado pelos familiares, diz respeito à parceria no cuidado, o trabalho em equipe dos profissionais e acompanhantes facilita a participação do acompanhante no cuidado do idoso.

"Poderiam (equipe de enfermagem) estar colaborando, ajudando a gente nos cuidados ou melhor trabalhando em equipe" (filha)

"Ajudando a virar, a cuidar do meu marido, estar fazendo junto com a gente (familiar), colaborando a gente (familiar) a cuidar." (filha)

"Estar participando sempre, estar perguntando, se estamos (paciente e acompanhante) necessitando de alguma coisa ..." (cunhada)

Os acompanhantes mencionaram, ainda, que as características pessoais dos profissionais da equipe de enfermagem, como a atenção, a empatia, a afetividade e a competência favorecem a participação no cuidado.

"Eu acho que a simpatia da enfermeira é muito importante" (sobrinha)

"Eu acho que dar mais atenção. Tem umas que são até bacana até demais, mas tem umas que não, não dão atenção, a gente se sente até mal." (esposa)

"Tem enfermeiras que vêm e cuidam com carinho, mas tem outras que não deveriam estar trabalhando aqui, porque não dão um sorriso e não cuidam com carinho" (filha)

"Porque tem uns que têm vontade, e estão aqui para trabalhar..., e outros acham que estão aqui para dormir, não trabalham com amor e carinho, sempre tem um que é HUUMM!" (esposa)

2. Fatores organizacionais

Na ótica de outros familiares, algumas vezes a equipe de enfermagem não atende, ou demora a atender, a necessidade do paciente e do acompanhante, gerando insegurança e dúvidas no familiar. Assim, a presença mais constante e a rapidez no atendimento dos chamados facilitariam a participação do acompanhante no cuidado ao idoso.

"..tem hora que a gente chama o pessoal da enfermagem e eles demoram para atender..., eu só chamo porque ela tem dor e eu não sei o que fazer...." (filha)

"Eu acho que eles (equipe de enfermagem) deveriam passar com mais frequência, nas visitas noturnas, são poucos os que passam neste período e a gente fica mais sozinha" (filho)

Um familiar referiu-se ao fato de que a equipe poderia ser mais flexível e permitir que o acompanhante permanecesse no recinto, durante os procedimentos, promovendo, assim, a sua participação e o seu envolvimento nos cuidados.

"As enfermeiras poderiam deixar o acompanhante dentro do quarto quando fossem cuidar da minha mãe, assim eu aprenderia a cuidar dela só de olhar ." (filha)

Para a maioria dos familiares entrevistados (n=28), a equipe de enfermagem pode favorecer a sua atuação por meio da inter-relação pessoal favorável (positiva).

Na seqüência, serão expostos os resultados obtidos dos 30 profissionais de enfermagem entrevistados. Da análise dos meios pelos quais a equipe de enfermagem poderia promover a participação dos acompanhantes, segundo os relatos dos profissionais, emergiram duas classes: "inter-relação pessoal entre equipe de enfermagem e acompanhante" e "comunicação entre os membros da equipe de enfermagem" (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição das classes obtidas das respostas dos profissionais*, quanto aos fatores relacionados à equipe de enfermagem, que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso. Marília, 2000.

Classes	n
1- Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem	
- comunicação, oferecer orientação sobre os cuidados, sobre limites de atuação dos acompanhantes, rotinas do hospital, características pessoais da equipe de enfermagem, apoio emocional ao familiar (atenção, paciência)	
- parceria, auxílio entre equipe e acompanhantes	
Subtotal	30
2- Comunicação entre os membros da equipe de enfermagem	
- linguagem única nas orientações fornecidas ao acompanhante e continuidade	
Subtotal	2
Total	32

*Alguns dos membros da equipe verbalizaram mais de um meio para promover a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado.

1. Inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem

De modo semelhante às respostas dos familiares, todos os profissionais entrevistados (n=30) responderam que a inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem, entendida aqui como favorável, ou positiva, facilita a participação do acompanhante no cuidado do idoso. Para os profissionais a comunicação é o elemento fundamental para essa intervenção, compreendendo, segundo os relatos, as orientações sobre os cuidados, sobre os limites de atuação do acompanhante, sobre as rotinas do hospital, além das características pessoais da equipe de enfermagem.

"Muitas vezes, a gente tem que orientar o acompanhante, a maneira que ele deve proceder os cuidados com o idoso" (auxiliar de enfermagem)

"Explicar para ele (acompanhante) os cuidados que ele pode participar antes dele começar a cuidar" (auxiliar de enfermagem)

Quanto às orientações sobre os limites de atuação do acompanhante, os profissionais disseram que a equipe poderia orientar sobre os deveres e os direitos do acompanhante, bem como sobre as regras do hospital.

"Explicar os deveres e direitos que o acompanhante possui, no período em que ele está cuidando do paciente"
(enfermeira).

"Orientar sobre as rotinas do hospital, os horários, do banho, das refeições ... " (auxiliar de enfermagem).

A própria equipe demonstrou preocupação ao referir-se ao fato de que as orientações para o acompanhante deveriam ser realizadas de maneira sistematizada, isto é, por um profissional responsável por essa questão e por escrito.

"Por um papel ou alguma coisa na porta, ou dar na hora que entra, o que ele deve respeitar ." (auxiliar de enfermagem)

"Eu acho que deve ter algum papel por escrito, ou alguma enfermeira responsável, que deveria estar conversando com o acompanhante" (auxiliar de enfermagem)

É possível constatar, pelas declarações dos profissionais entrevistados, que as características pessoais da equipe podem facilitar a participação do familiar no cuidado. Para eles, a comunicação é favorecida e a inter-relação pessoal é fortalecida quando a enfermagem procura oferecer tranquilidade, apoio e atenção aos familiares, bem como demonstrar paciência com eles,

"Oferecer tranquilidade nos momentos de estresse, em que o familiar está sofrendo" (auxiliar de enfermagem)

"Dar atenção, apoio nas horas difíceis em que o acompanhante passa com o idoso" (auxiliar de enfermagem)

"Tendo paciência, também, porque, às vezes, a enfermagem não tem paciência. Se colocar um pouco no lugar da família"
(auxiliar de enfermagem)

Para familiares e profissionais de enfermagem desta pesquisa, a equipe poderia promover a participação por meio de uma relação de parceria, ou seja, de auxílio e colaboração, entre o acompanhante e os profissionais de enfermagem.

"Conversar com o acompanhante e instruir ele do que deve ser feito, e quando necessitar de ajuda chamar a enfermagem." (auxiliar de enfermagem)

"A equipe de enfermagem interagir com acompanhante, colaborando e cuidando do paciente, sempre ajudando a cuidar do seu familiar." (enfermeira)

"Quando eu solicito ajuda para o acompanhante para cuidar do idoso, que ele (familiar) participe com a enfermagem." (auxiliar de enfermagem)

2. Comunicação entre os membros da equipe de enfermagem

Apenas dois membros da equipe mencionaram a necessidade de comunicação entre os próprios profissionais da enfermagem, visando ao uso de uma linguagem única, para as orientações fornecidas, e à continuidade da orientação ao acompanhante.

"Porém, eu á noite, no nosso plantão, a gente fala e orienta o acompanhante sobre os cuidados. Quando é no outro dia, é outra turma e não existe comunicação entre a equipe para que todos orientem, as mesmas informações. Isto significa que não tem continuidade da orientação." (auxiliar de enfermagem)

"Cada um (equipe de enfermagem) dá a orientação de maneira diferente, e o acompanhante não sabe a quem ele segue, ele acaba ficando sem saber o que fazer, e a própria equipe não se comunica sobre o que foi passado para o acompanhante." (auxiliar de enfermagem)

De acordo com os relatos dos profissionais e dos familiares entrevistados, a inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de

enfermagem parece ser a questão fundamental para a participação do acompanhante no cuidado ao idoso. Manter uma comunicação efetiva parece ser a principal maneira para a equipe de enfermagem favorecer a participação do familiar.

DISCUSSÃO

5

A participação do familiar no cuidado do idoso hospitalizado é um processo complexo, pelas demandas integradas e interdependentes de diversos fatores, englobando desde as questões emocionais e culturais até às estruturais, para a sua atuação. Desse modo, essa participação demanda a existência, a alocação e a consideração de recursos, tanto físicos quanto humanos, tangíveis e intangíveis, mas que, em seu conjunto, contribuem para uma participação ativa, sustentável e efetiva em toda a sua função.

Iniciando pelos aspectos de recompensa e/ou reconhecimento do valor da participação do familiar no cuidado do idoso hospitalizado, exteriorizados pela remuneração, os resultados do presente estudo revelam que a grande maioria dos familiares, isto é, 29 pessoas, o equivalente a (99%) dos entrevistados, não recebem ajuda financeira, fato que também se encontra fundamentado pelos dados da literatura sobre essa questão. Sobre tal literatura, pode-se citar ANDRADES e RODRIGUES (1999), cujo estudo enfoca o cuidado familiar com o idoso com seqüela de AVC - em âmbito domiciliar no qual se investigou o impacto dessa situação sobre os familiares que cuidam de idosos hospitalizados por um longo período. Os autores encontraram dificuldades quanto à questão financeira no cotidiano do cuidador familiar, o que pode levar muitas vezes ao comprometimento da qualidade do próprio cuidado. Ainda nesse estudo, os autores comprovaram que o papel de cuidador familiar no domicílio é realizado por um ou mais membros da família, os quais, em sua maioria, são pessoas do sexo feminino e que acabam dedicando a maior parte das suas atividades ao cuidado do idoso.

Já em relação aos recursos da própria família, disponíveis para a efetiva participação no cuidado dos idosos hospitalizados, salientou-se a problemática do revezamento entre os familiares, abordado no presente estudo. A partir dos resultados obtidos, verificou-se que o número de familiares que permaneceu durante 24 horas representou mais da metade da amostra, ou seja, totalizou 17 (57%) acompanhantes sem revezamento, sendo, dessa forma, os únicos a acompanharem o seu familiar no período de internação. Outros 12 (40%)

permaneceram por 12 horas, porém com revezamento. A existência de apenas um ou dois indivíduos acompanhando o idoso hospitalizado reflete a insuficiência da rede de apoio familiar para o revezamento, o que dificulta, ou até impossibilita, um possível período de descanso para o familiar, e acarreta sobrecarga física e emocional.

A prática de suporte e revezamento entre os cuidadores de idosos pode ser notada em famílias restritas de cidades pequenas, nas quais predominam indícios de tradições antigas de parentesco e ajuda informal (YASAKI et al. 1991). A insuficiência de suporte social ao cuidador principal e ao idoso tem sido objeto de pesquisas, não só em âmbito hospitalar, mas no cuidado domiciliário, nas quais tem sido demonstrado que o papel de cuidador é desempenhado por somente um membro de família, sendo ele, muitas vezes, denominado de cuidador principal. Dessa constatação, a pesquisa depreende que há um número reduzido de pessoas envolvidas nesse processo de cuidar, embora a legislação garanta que os responsáveis pela pessoa idosa são o “governo, família e comunidade”, os quais nem sempre participam do processo de cuidar. Ao nosso ver, é necessário que o governo adote ações, significativas e efetivas, de suporte ou ajuda a esse familiar que cuida do idoso dependente.

Cabe ressaltar que essa condição de cuidador principal tem continuidade fora do ambiente hospitalar, conforme observado pela caracterização da população de cuidadores deste estudo, dentre os quais 20 (60%) deles são os mesmos que cuidam no domicílio.

Esses resultados também são semelhantes aos dados encontrados na literatura nacional e internacional, presença de um único membro da família para o papel de cuidador. A falta de uma rede de apoio suficiente e/ou a inexistência de colaboração mais efetiva dos familiares ou de pessoas que poderiam ajudar no processo do cuidar, podem desencadear transtornos físicos e emocionais no cuidador, em função da sobrecarga que recai sobre ele.

RIBEIRO (2001), ao estudar o processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de clínica médica, constatou que no momento da admissão, os familiares estão presentes em sua maioria, porém durante o período de hospitalização do idoso, eles não permanecem com o mesmo. Seguindo a autora isso ocorre pela necessidade e exigência das atividades profissionais dos familiares, os quais ficam divididos entre a responsabilidade do cuidar e a manutenção do seu vínculo empregatício.

Cabe salientar que, às vezes, a rede de apoio familiar se faz presente, mas não atende às necessidades reais do tempo de permanência ou do cuidado, demonstrando-se insuficiente para possibilitar, ao cuidador, o descanso ou a realização de atividades particulares, conforme constataram NERI (1993) SILVA (1995), MENEZES (1985), LAITINEN (1996), DIOGO (1997), FELGAR (1998), PETER-DAVIS et al. (1999), MARIN (1999), RIBEIRO (2001), SOMMERHALDER (2001).

SUE (1995), ao investigar a influência dos recursos familiares no estresse e bem estar de cuidadores familiares, comprovou que quando esses recursos são inadequados para atender à demanda da família no processo de cuidar, ocorre o aumento de tensão e conflito entre os membros da família.

Outro recurso investigado com respeito a Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999, citada anteriormente, assegura a permanência do acompanhante na internação de idosos pelo SUS, verificou-se que os acompanhantes e a equipe de enfermagem desconhecem ou apresentam conhecimento limitado quanto à mesma. Tal fato demonstra a falta de empenhimento pelos órgãos administrativos da área da saúde, para informar de maneira ampla e contínua sobre as legislações. De modo geral, observou-se que essa realidade é bastante comum nos diferentes serviços de saúde, tendo em vista a escassez ou até mesmo a ausência de pesquisas que abordem essa questão, como também a falta de divulgação, por parte dos meios de comunicação, dos direitos assegurados aos idosos.

LEITE (1999) e RIBEIRO (2001) destacam a importância de operacionalização da referida Portaria, a qual enfatiza e garante a necessidade de fornecer condições de acomodações mínimas ao acompanhante que permanecerá junto ao idoso. É possível que essas condições de acomodação sejam um dos obstáculos para a divulgação da referida Portaria, pois pode representar para a instituição a necessidade de investimentos contínuos em reestruturação física e operacional, para a acomodação adequada do acompanhante.

A presença dos acompanhantes de idosos hospitalizados leva à inserção de familiares no contexto hospitalar, o que muitas vezes é desconhecido. Ademais, parece-nos que os profissionais não estão preparados para o cuidado com o idoso e a inter-relação com o acompanhante, gerando, assim, um novo desafio para a enfermagem.

A importância e os benefícios da presença dos acompanhantes, em particular dos familiares do idoso, têm sido tema de vários estudos, tanto nacional quanto internacionalmente. Na presente investigação, os familiares e os profissionais apresentaram respostas semelhantes, no que diz respeito à presença, às justificativas e expectativas quanto à participação do acompanhante no cuidado ao idoso. Essas respostas relatam os benefícios proporcionados pela presença do cuidador como: apoio emocional ao idoso, auxílio no processo de cuidar (auxílio ao idoso e à equipe) e na recuperação do idoso. Outros aspectos positivos dessa participação também foram citados, tais como o conhecimento do idoso por parte do familiar e a possibilidade de orientação do familiar para a continuidade do cuidado no domicílio.

O apoio emocional ao idoso proporcionado pela presença do familiar também foi identificado nos estudos de SHITSU e TAKAHASHI (2000), MARIN (1999), MARIN e ANGERAMI (2000), RIBEIRO (2001) e LAITINEN (1996). Nesses trabalhos, o apoio emocional foi evidenciado como um fator relevante para o período de hospitalização, assim como a preocupação dos familiares quanto ao afastamento do idoso de seus familiares e da sua rotina. O fato de o idoso estar em um ambiente desconhecido e de poder contar com a presença de um familiar é

de fundamental importância para proporcionar maior segurança, tranquilidade maior afetividade na relação (carinho, calor humano e o “estar junto”).

SHARP (1990) concorda que a admissão hospitalar é estressante e amedrontadora, devido ao fato de que o paciente fica isolado das pessoas que ama e do seu ambiente familiar, situação que pode gerar prejuízos à saúde do idoso, potencializada pela falta de interação entre paciente e equipe de enfermagem. Pelo envolvimento dos familiares, observa-se uma tendência redução dos efeitos da hospitalização, estímulo social, suporte emocional e psicológico.

No estudo de ANDRADE et al. (1997) é apresentado o modo como os enfermeiros identificam o membro familiar mais apto para cuidar do idoso a partir das características emocionais que são exteriorizadas pelos familiares, pelo carinho e afeto para com o paciente. Segundo OSORIO (1996), não há possibilidade de estudar as funções da família (biológicas, psicológicas e sociais) separadamente, mas o autor afirma que, em relação à função psicológica, o que chamou a atenção foi a indicação de que "o alimento afetivo é tão indispensável para a sobrevivência do ser humano quanto o são o oxigênio que respira ou a água, e os nutrientes orgânicos que ingere". O autor ainda nos ajuda a entender a importância da afetividade, sendo ela a fundamental função psíquica da família, isto é, prover alimento afetivo indispensável à sobrevivência emocional de seus membros, sejam recém-nascidos, adultos ou idosos.

SHIOTSU e TAKAHASHI (2000), ao buscarem compreender a experiência de ser acompanhante de paciente adulto hospitalizado, usando o referencial fenomenológico, consideram que "o acompanhante é o elemento que dá o suporte necessário para o equilíbrio emocional do paciente".

LEITE (1999) também encontrou cuidadores familiares que mencionaram o carinho, o amor, o apoio, o estar junto ao idoso como maneiras de oferecer apoio emocional durante período difícil de hospitalização. LAITINEN (1993), em sua pesquisa sobre a participação dos cuidadores informais no

cuidado hospitalar de pacientes idoso e suas avaliações do cuidado prestado, afirma que a participação dos cuidadores informais promove suporte emocional e psicológico ao idoso. MARIN e SILVA (2000), em estudo sobre conflitos entre acompanhantes e equipe em unidade de internação hospitalar, acreditam na importância do acompanhante, no aspecto de promover apoio emocional conforto e bem-estar ao idoso.

Além das questões discutidas até aqui, outro aspecto importante inferido dos resultados deste estudo é a *presença do acompanhante junto ao idoso hospitalizado como auxílio no processo de cuidar*. A esse respeito, os respondentes deste estudo relataram que a presença do acompanhante auxilia no processo de cuidar e, principalmente, na situação em que o idoso é dependente de alguém para exercer suas atividades da vida diária.

Presença constante do familiar consiste numa forma de ajudar o idoso e garantir-lhe os cuidados necessários. Além disso, o estado de “prontidão” para atender as solicitações ou observar alterações do estado de saúde foi apontado pela família como um elemento que auxilia no processo de cuidar.

ELSEN (1994) comprova que, na maioria das vezes, a família é a primeira e a mais constante unidade de saúde para os seus membros, na qual os cuidados são realizados com base em conhecimentos adquiridos a partir de sua cultura e das interações com os profissionais de saúde. Além disso, a família desenvolve a habilidade de cuidar através da observação e identificação das condições de saúde de cada membro. Sobre esse aspecto, a autora reconhece que existem famílias que conseguem formar uma unidade prestadora de cuidado, em contrapartida existem aquelas que não desempenham tal papel de maneira adequada e eficiente. Diz, ainda, que a família não deve ser vista como uma cumpridora dos deveres determinados pelos profissionais de saúde, mas deve ser orientada, ouvida e incentivada a participar dos cuidados.

Faz-se necessário mencionar aqui o conceito de "Processo de cuidar", proposto por PATRICIO, apud PATRICIO(1994, p. 144) :

O **Processo de Cuidar** fundamenta-se na interação entre enfermeiro e cliente a partir de uma forma de comunicação que envolva, além daqueles que constam no "cuidado", os seguintes elementos: empatia, tolerância, disponibilidade, comparecimento, autenticidade, presença, preocupação, comprometimento, confiança, diálogo, valorização, preservação da individualidade e integridade do outro, troca de experiências, altruísmo (somente em casos de emergência, visando sempre resultados positivos para enfermagem e cliente), simpatia, sinceridade, esperança, coragem, o ouvir atentamente, o calor, o não julgar, o refletir com o outro, o aceitar a responsabilidade, o responsabilizar, aceitação de sentimentos negativos, estímulo a participação nas decisões e no próprio cuidado, observação, proposta, aprovação ou negociação de modos de cuidar, análise, comparação e execução baseadas em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneiras culturais próprias dos indivíduos, focalização dos recursos presentes e daqueles necessários ao bem viver, bem como dos recursos que o enfermeiro necessita para prestar os cuidados planejados (p.70)

O processo de cuidar, portanto, envolve fatores diversos e complexos que tornam a interdependência entre cuidador e equipe de enfermagem bastante estreita. O acompanhante, como participante desse processo, deve ser orientado e ajudado nesse papel. A equipe revela que a presença do familiar facilita e auxilia o serviço da enfermagem em atividades de menor complexidade, uma vez que, por estar presente durante o período de hospitalização, pode observar as possíveis alterações e solicitar ajuda da enfermagem. Considerando que, com frequência, o quadro de funcionários é reduzido, o familiar auxilia no processo de cuidar.

LUNARDI et al. (2000) vêm confirmar a escassez de recursos humanos identificada por algumas enfermeiras como um dos problemas mais importantes no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, fato que, muitas vezes, gera desgaste pessoal. Sabe-se que essa escassez de recursos humanos na área da

saúde é generalizada, pois está vinculada às condições econômicas das Políticas de Saúde e da administração dos serviços de saúde.

Não se trata, entretanto, de considerar que o familiar venha a substituir o papel da enfermagem, mas que a sua presença e sua participação sejam oportunidades valorizadas, no sentido de envolvê-lo nos cuidados com o idoso, considerando seus limites e potencialidades. Contudo, entende-se que o familiar e a equipe de enfermagem deveriam desenvolver uma “parceria” para realizar o cuidado do idoso, cabendo a esta última orientar o familiar quanto às atividades em que ele pode participar e auxiliar.

Mesmo não sendo explícita a parceria, a equipe espera que o familiar auxilie no serviço, passando a estabelecer uma relação na qual a primeira possa contar com a presença deste último no processo de cuidar, sendo o cuidar do idoso dependente de objetivo e do interesse únicos de ambas as partes.

LIMA et al. (1997), em estudo de uma unidade na qual se adotou a prática do acompanhamento familiar orientado junto ao idoso hospitalizado, relata que os enfermeiros justificaram a necessidade da presença do familiar e da sua participação não só pelo fato de o paciente ser dependente dos cuidados familiares, mas também porque possuíam habilidades e experiências específicas para esse cuidado, de modo que, participando efetivamente, poderiam gerar a continuidade após a alta hospitalar. Durante esse período, a família se torna, portanto, uma companhia para o cliente e um parceiro para a enfermagem.

Os familiares apontaram que os profissionais esperam que o acompanhante auxilie o idoso, pois, muitas vezes, ele apresenta dependência e limitações funcionais que dificultam a realização do autocuidado, a necessidade de auxílio que pode ser dado familiar.

Para o idoso dependente, o cuidado popular, muitas vezes, pode não atender a todas as complexidades e especificidades que acometem a saúde do idoso, havendo a necessidade de a equipe de enfermagem preparar o familiar

para os cuidados no domicílio. Como a rede de suporte aos cuidadores do idoso no domicílio se apresenta insuficiente para a crescente demanda atual, o período de hospitalização mostra-se propício para as orientações necessárias.

A expectativa dos membros da equipe de enfermagem quanto à participação do familiar no auxílio ao processo de cuidar também apresentou a conotação de obrigação da família durante a hospitalização do idoso. Observou-se um dos discursos, o membro da família (filhos ou esposa) tem o dever de ajudar nas atividades do dia-a-dia do idoso. Entretanto, alguns familiares podem apresentar dificuldades até mesmo para as atividades consideradas simples equipe de enfermagem, o que, pode gerar limitações ou inibições no envolvimento destes familiares nestas atividades. Outro fator inibidor ou limitador desse envolvimento é o desconhecimento ou a incerteza sobre como ajudar e, ao mesmo tempo, interferir negativamente no serviço da equipe de enfermagem. Tais limites ocorrem por vários fatores, inclusive pela fragilidade emocional natural e conseqüente da condição de doença de seu familiar. A cobrança pela equipe de enfermagem para que o familiar cuidador assuma algumas tarefas durante a hospitalização foi apontada por LEITE (1999) os discursos dos profissionais como uma proposta de orientação/ensino para que os familiares possam cuidar do idoso no domicílio, após a alta.

A literatura pesquisada mostra a existência de certa cobrança, pela equipe de enfermagem, para que o familiar assuma a atividade de cuidar durante o período de hospitalização. Esse caráter de obrigatoriedade também foi detectado nos resultados que aqui se apresentam, que chama a atenção para a importância de os enfermeiros não deixarem sobrepor entre os membros da equipe o descompromisso com o cuidado integral, a transferência e a delegação das responsabilidades do cuidado para o acompanhante.

SHIOTSU e TAKAHASHI (2000), em seu estudo, enfatizam a idéia de que o familiar acompanhante pode ajudar na realização de cuidados mais simples. A esse respeito, LEITE (1999) em pesquisa sobre o cuidado do idoso hospitalizado, constatou, por meios de relatos dos familiares cuidadores e da

equipe de enfermagem, que a presença do familiar e a sua participação no auxílio do desenvolvimento das atividades de alimentação, locomoção e higienização, durante a hospitalização do idoso, são importantes para a equipe, para o idoso e para o familiar.

Em nosso estudo, tanto os familiares quanto os membros da equipe de saúde demonstraram clareza a respeito desses benefícios. RIBEIRO (2001), em análise sobre o processo de admissão hospitalar do idoso, também evidenciou que a presença do acompanhante durante o período de hospitalização provê importantes benefícios para a equipe, a família e o idoso. Cabe lembrar que a Portaria nº 280, abordada anteriormente neste estudo, foi aprovada mediante os resultados de pesquisas que ofereceram dados indicativos de que a presença do acompanhante, durante o período de hospitalização do idoso, favorece a sua recuperação. Esse fato está vinculado ao apoio emocional, que promove segurança e conforto, diminuindo a sua ansiedade, insegurança e medos e tornando mais rápida a sua recuperação.

Os familiares cuidadores, entrevistados nos estudos de LEITE (1999) e SHIOTSU e TAKAHASHI (2000) afirmaram que a hospitalização gera uma apatia no idoso, pois o tempo no local não passa, o que leva o idoso ao desânimo e à tristeza. Nesse contexto, o familiar estimula a aceitação, promove sua integração com o meio, conversa, proporciona apoio e carinho, e sua presença pode ser considerada como terapêutica para o paciente, que se recupera mais rapidamente.

Para a equipe de enfermagem, os seus membros justificaram a presença e a participação dos familiares no cuidado com o idoso durante a hospitalização, apontando o conhecimento anterior dos familiares sobre os hábitos, costumes e manias do idoso, além de certas habilidades que os familiares podem ter para lidar com o mesmo, razões que facilitam e auxiliam no processo de cuidar. Esse conjunto de informações compõe a classe apontada pelos familiares, e novamente pela equipe de enfermagem, como fatores que facilitam a participação desses familiares no cuidado com o idoso hospitalizado.

A presença dos familiares, portanto, traz benefícios para o idoso, o qual se sente mais confortável por ver/sentir suas necessidades serem atendidas de forma mais próxima da sua rotina e com maior familiaridade, o que, geralmente, resulta na construção de um maior vínculo e suporte emocional e social, contribuindo para uma recuperação mais rápida.

Também a equipe de enfermagem demonstra valorização e clareza da importância da presença do familiar e do conhecimento que possui sobre o idoso, admitindo o fato de que, cada vez mais, ele possa realizar o processo de cuidado em parceria, de acordo com suas experiências e por meio de orientações recebidas dessa equipe.

A esse respeito, LEITE (1999) ao investigar as concepções dos familiares cuidadores sobre o cuidado, encontrou relatos de cônjuges que referiram ser essa uma oportunidade demonstrarem o afeto e o carinho que sentem, além de conhecerem muito bem as manias do companheiro, o que facilita a compreensão do idoso nesse período de hospitalização.

Outra classe mencionada neste estudo foi o período em que a família permanece como acompanhante, o qual é visto, pela equipe, como uma oportunidade de aprendizado quanto os cuidados, para que o familiar garanta a continuidade do cuidado no domicílio. Esse aprendizado do familiar é observado por meio das orientações da equipe de enfermagem, possibilitando o, cuidado do idoso de maneira mais adequada e diminuindo o número de reinternações.

Orientação do familiar para a continuidade do cuidado no domicílio também foi verificada nas literaturas nacional e internacional, como relatado a seguir. Conforme os estudos a seguir.

MARIN e ANGERAMI (1999) nos estudos sobre o preparo e planejamento para a alta hospitalar do idoso, abordaram a necessidade da enfermagem envolver o cuidador ou o familiar na assistência ao idoso, a partir do momento da admissão hospitalar, por meio de orientações e desenvolvimento de

habilidades, proporcionando a este último condições para dar continuidade à assistência no domicílio, visando, desse modo, à prevenção de reinternação.

BULL, M. et al. (2000), investigando a satisfação do idoso e seus cuidadores familiares quanto ao plano de alta para pacientes submetidos a transplante cardíaco, constataram que as orientações fornecidas sobre cuidado do idoso ajudam tanto o idoso como o cuidador a se sentirem mais preparados para realizar o cuidado depois da hospitalização.

VILLACORTA et al. (1998) e NAYLOR et al. (1999) investigaram pacientes e familiares que foram submetidos ao plano de alta, no qual observaram melhora na qualidade de vida, diminuição de custos e número de reinternações.

Diante de tais resultados, foi possível constatar que a presença dos familiares e a participação dos mesmos no período de hospitalização do idoso vêm a ser de fundamental importância no processo de cuidar para garantir uma qualidade de vida e uma assistência mais humanizada ao idoso.

CROSSETTI (2000) critica o modelo das práticas e atitudes mecanicistas e a despersonalização do homem, defendendo a necessidade de resgatar a essência da existência humana no cuidado, permitindo que o ser cuidado (paciente, família) e o ser cuidador (equipe de enfermagem) sejam considerados como indivíduos dotados da capacidade de ser, sentir e se expressar.

A partir desses resultados, passa-se a discutir as atividades em que o familiar auxilia o idoso no período de hospitalização e de quais atividades a equipe espera que ele participe. Cabe ressaltar que para esta investigação foi utilizado o estudo de LAITINEN (1992, 1993, 1994).

Nas atividades de maior ocorrência apontadas, foram encontradas concordância em “dar suporte emocional” entre 29 (96,7%) familiares e 24 (80%) membros da equipe de enfermagem. Como é possível constatar, o apoio emocional foi apontado como um dos elementos fundamentais para justificar a

presença do acompanhante durante o período de hospitalização do idoso. Isso nos leva a admitir que o suporte emocional deve ser oferecido sempre e quando necessário, uma vez que ele tem permeado os resultados deste estudo, como justificativa da presença do familiar durante a hospitalização e da expectativa da equipe quanto à participação do mesmo, reforçando ainda mais a importância desse tipo de apoio.

Esses resultados corroboram com as conclusões apresentadas nos estudos de LAITINEN (1992) em seus três campos: no hospital, onde 30% dos familiares davam suporte emocional diariamente; na unidade geriátrica, onde os pacientes eram visitados uma vez por semana e metade dos cuidadores familiares oferecia suporte emocional uma vez por semana, e no asilo, onde 23% dos familiares ofereciam suporte emocional pelo menos uma vez por semana.

Estes dados nos levam a entender que os familiares têm apresentado um maior envolvimento no suporte emocional, uma vez que este compreende um fator inerente ao processo de cuidar e independente de cultura ou país.

Além do suporte emocional, outras atividades da vida diária apresentaram maior ocorrência entre os sujeitos na frequência **sempre**, tais como auxiliar o paciente a beber e a comer. Essas atividades também foram apontadas nos resultados de LAITINEN (1992), segundo a qual os cuidadores informais de um hospital universitário se envolveram com maior ocorrência diariamente nas atividades de ajudar a beber e a comer.

No presente estudo foram mencionadas, com maior ocorrência, outras atividades, porém diferenciando-se quanto aos sujeitos que as mencionaram. Dessa forma, constatou-se que os acompanhantes apontam as atividades auxiliar para limpar a boca e os dentes, cuidar da pele (massagem, no uso de cremes) e cuidar dos cabelos e barbear, enquanto a equipe espera que eles auxiliem no cuidado das mãos e das unhas. Todas essas atividades correspondem aos cuidados de rotina das atividades da vida diária realizadas pelo familiar, voltados à higienização.

Tais dados também foram considerados por PERLINI (2000), quando investigou o fazer do cuidador segundo a necessidade de ajuda do paciente no domicílio, e encontrou importante número de cuidadores que desenvolvem esses cuidados de higienização.

Segundo LAITINEN (1992), os cuidadores informais apresentaram uma limitação, ao auxiliarem os pacientes nas atividades de cuidar dos dentes, cuidar da pele/passar creme, em diferentes locais (hospital, asilo), demonstrando, assim, que não se envolveram tanto com a higienização do paciente. Esses cuidadores relataram que a sua ajuda na assistência, nas diferentes atividades diárias, não era necessária em 10% a 42% dos estudos da autora.

Os familiares da nossa amostra apresentam maior envolvimento nas atividades de alimentação e higienização do idoso, atividades que culturalmente competem à mulher. Assim, ao comparar o perfil dos acompanhantes deste estudo com os descritos na literatura nacional e internacional, é possível notar que o cuidador, em sua maioria é a esposa, a filha ou a irmã (LAITINEN 1992; BOWMAN et al,1998; PERLINI, 2000; MARIN e ANGERAMI, 2000).

Essa é uma questão social e cultural, em que à mulher é delegado o papel de cuidar da família (domicílio, filhos, idosos). Embora as transformações ocorridas na sociedade influenciaram a organização da família, com relação aos papéis sociais e sexuais, já que as mulheres se encontram no mercado de trabalho, ainda lhe é delegado o papel de cuidadora na hospitalização do idoso. Cabe a ela reorganizar as suas atividades ocupacionais para assumir o cuidado ao idoso. De fato, a questão da desigualdade do cuidador associada às mudanças sociais e políticas como a urbanização, a industrialização e às mudanças nos arranjos familiares, e o crescente aumento da população idosa têm gerado questionamentos sobre quem irá assumir esse papel de cuidador. Preocupados com essa situação, alguns países, como a Finlândia, já criaram serviços de apoio a cuidadores, conforme menciona LAITINEN (1993).

Retomando a discussão sobre as atividades realizadas pelos acompanhantes e as esperadas pela equipe de enfermagem, este estudo mostra que houve discordância entre os grupos pesquisados, quanto à realização de oito atividades: realizar mudança de decúbito, colocar/tirar roupa, sentar, ficar em pé, limpar a boca e os dentes, cuidar da pele, usar o banheiro e cuidar dos cabelos, na frequência **sempre**. Os familiares referiram que ajudam os idosos nessas atividades, mais do que a enfermagem espera que eles o façam. No entanto, os membros da equipe de enfermagem relataram que a presença do acompanhante auxilia no processo de cuidar, inclusive para as atividades de menor complexidade. A equipe se apresenta de forma ambivalente em seus apontamentos, no que tange à presença e às suas expectativas quanto à participação do familiar no cuidado, relatando um total de 128 indicações de atividades em que o familiar possa ajudar no cuidado, enquanto os familiares apontam 265 indicações. Cabe ressaltar que, no momento em que foi realizada essa pergunta, notou-se com frequência justificativas dos funcionários de que essas atividades faziam parte do papel do cuidado profissional (cuidado da enfermagem) e não dos familiares.

Para LEITE (1999), as tarefas de menor complexidade que ficam, de certa forma, delegadas para a família são: higiene, troca de forros do leito, auxílio na alimentação e nas eliminações. Já a enfermagem assume as atividades de maior complexidade como: medicamentos, verificação de sinais vitais, sondagens, punções e outras intervenções. Todavia, esta situação requer certo cuidado e atenção, uma vez que os procedimentos e cuidados de enfermagem do paciente hospitalizado, são de responsabilidade da equipe e portanto não devem ser delegados aos acompanhantes independente da sua complexidade.

LAITINEN (1994), quando investigou os fatores que inibem a participação do cuidador informal no cuidado do idoso hospitalizado, mostrou que os familiares procuram aumentar a sua participação nos cuidados ao paciente, porém são inibidos por atitudes obstrutivas da enfermagem.

O presente estudo permitiu observar maior envolvimento dos acompanhantes do que esperado pela equipe de enfermagem nas atividades de suporte emocional, alimentação e higienização.

A esse respeito, ANDRADE et al. (1997), ao investigarem em quais cuidados os enfermeiros acreditam que o familiar pode atuar de maneira adequada, constataram que a família pode realizar os cuidados de manutenção de vida tais como: alimentação, higiene, conforto e mobilidade.

Embora a equipe tenha justificado a presença e a participação do familiar pelo auxílio proporcionado ao idoso em parceria com a enfermagem, pela orientação para a continuidade do cuidado no domicílio, quando foram analisados dados estatísticos, quanto à expectativa da equipe em relação às atividades em que o familiar possa auxiliar o idoso durante o período de hospitalização, verificou-se que a equipe espera do familiar um envolvimento limitado, contradizendo as respostas dadas.

“... pelo mesmo ajudar o paciente nos cuidados básicos como: higiene, alimentação. (enfermeira)”

“... que auxilie o idoso quando ele necessitar, para tomar uma água ..., sempre estar ajudando o idoso”. (auxiliar de enfermagem)

Na investigação de LAITINEN (1993) sobre os fatores que promovem e inibem a participação dos cuidadores informais, as autoras identificaram as ações obstrutivas da enfermagem limitando e inibindo essa participação.

O referencial teórico utilizado para discussão dos fatores que facilitam e dificultam a participação dos cuidadores com o idoso hospitalizado, na ótica dos familiares e membros da equipe, foi o estudo de LAITINEN e ISOLA (1996).

Embora não seja objetivo do presente estudo comparar os resultados das classes identificadas nas respostas dos familiares e equipe de enfermagem, ambos os grupos apresentaram semelhanças entre si, tais como: interesse em

participar no cuidado, inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem, e conhecimento anterior do idoso pelo acompanhante.

De fato, observa-se que o familiar busca em si mesmo forças, energia ou subsídios para enfrentar um momento delicado no qual tem que lidar com emoções e os sentimentos que podem estar fragilizados.

A fé em Deus e a religiosidade estão presentes na vida do cuidador como uma fonte de sustento, que facilita a participação nos cuidados e nas situações de dor e sofrimento, os quais exigem coragem e força para serem enfrentadas. Esses dados confirmam a literatura nacional e internacional. HICKS (1999), ao investigar o cuidado espiritual vinculado à qualidade do cuidado de enfermagem para o idoso no domicílio, definiu “espiritualidade: como um princípio dinâmico desenvolvido pela vida toda de um indivíduo, guiando sua visão de mundo, influenciando na interpretação de um poder elevado, esperança, moral, perdas, amor e verdades. Promovendo uma estrutura e sentido para ações diárias da vida.”

No trabalho de ANDRADE e RODRIGUES (1999), um dos significados atribuídos pelo cuidador ao cuidado do idoso é a conotação religiosa, que os cuidadores relatam como um meio de estarem mais próximos de Deus. Essa proximidade ajuda-os a cumprir o Seu mandamento. Assim, o cuidado assume um significado religioso que está ligado à suas crenças e valores desses cuidadores.

Conforme CREUTZBERG e SANTOS (2000), nas famílias empobrecidas, a busca à “alternativa informal”, isto é, à fé e à religiosidade é, muitas vezes, a única alternativa, devido ao difícil, ou quase impossível, acesso à assistência profissional.

Já SHIOTSU e TAKAHASHI (2000) confirmaram que a religiosidade se apresenta em dois momentos, nos bons e maus. Nas perspectivas que favorecem a melhora do quadro do cliente surgem a esperança e a certeza de que Deus está com ele, ajudando-o na luta, e quando não se vê possibilidade de melhora, coloca-

se na mão de Deus o destino do familiar, existindo então o sentimento de resignação.

Ainda sobre esta questão, CHANG et al. (1998) investigaram o quanto a religião e a fé espiritual influenciam no enfrentamento do cuidador de idosos debilitados. Os resultados demonstraram que a religião e a fé espiritual do cuidador são importantes fatores no entendimento das aflições, adaptações e experiências do processo de angústia e na qualidade da relação. KOENING et al., apud NERI (1993), “realizaram estudo para verificar os tipos de estratégias de *coping* usadas por adultos idosos para lidar com eventos estressantes e os comportamentos de *coping* mais comumente relatados foram os comportamentos religiosos”. Ainda nesse estudo, o autor revela que a utilização da religião pode ser significativa para o indivíduo quando este necessita de ajuda, ou somente quando se depara com dificuldades; porém, quando existe ausência de dificuldades, este assunto é pouco lembrado. Este estudo e os outros citados anteriormente corroboram com os nossos resultados, pois os familiares utilizam a religião e a fé como mecanismos de enfrentamento para facilitar a sua participação nos cuidados do idoso hospitalizado.

Segundo SOMMERHALDER (2001), os cuidadores utilizam como estratégia de enfrentamento a espiritualidade e a religiosidade como tendo um importante papel em seu equilíbrio, para a aceitação, e na ressignificação da tarefa de cuidar.

WRIGHT e LEAHEY (2002) afirmam que a experiência clínica com familiares demonstrou que o sofrimento vivenciado é habitualmente transportado para a experiência da espiritualidade, à proporção em que os membros da família tentam buscar um significado em seu sofrimento e desconforto.

Essas formas e manifestações de fé e de religiosidade dos familiares merecem destaque e devem ser valorizadas nas relações interpessoais na área de saúde.

A religiosidade não foi mencionada pelos cuidadores informais na investigação de LAITINEN e ISOLA (1996), quanto aos fatores que promovem a participação nos cuidados ao idoso. Talvez esse fato possa ser atribuído às diferenças culturais e de valores, que se diferenciam de país para país.

Outro ponto de concordância referido pelo familiar e pela equipe de enfermagem diz respeito ao fato de o familiar ter iniciativa própria para participar do cuidado do seu idoso o que facilitaria a sua participação. A equipe espera que o interesse seja do próprio familiar, sem necessidade da equipe solicitar a sua ajuda. Já os familiares referem que o interesse advém da motivação intrínseca (força de vontade, coragem e fé em Deus e prazer). Pelo fato de o familiar estar mais envolvido emocionalmente e ter afetividade com o idoso, ele busca em si mesmo elementos que despertem o interesse pela participação no cuidado.

A afetividade e a retribuição ao idoso do que lhe foi dado um dia, acrescido do prazer em cuidar, facilita a participação desse familiar.

Tais achados correspondem ao significado de família e de cuidar do idoso fragilizado identificados por CREUTZBERG e SANTOS (2000). Os sujeitos desse estudo enfatizaram e valorizaram o aspecto do afeto, afirmando que ele define quem é parte da família: aqueles que ajudam e que dão amor. O cuidar de seu idoso envolve sentimentos de gratidão, troca e contínuo aprendizado de solidariedade, e os levam a sentir-se felizes por cuidar.

Neste contexto, segundo LAITINEN e ISOLA (1996), os cuidadores informais, ao se referirem aos fatores que promovem o envolvimento dos familiares no cuidado, mencionaram que o querer e o interesse do cuidador em participar do cuidado promovem sua participação nos cuidados exigidos pelo idoso hospitalizado.

Sobre essa questão, ainda, ANDRADE et al. (1997) verificaram que para os enfermeiros uma das qualidades do cuidador é o fato de ser uma pessoa

que tenha interesse e boa vontade em ajudar, fatores que facilitam a ajuda do mesmo nos cuidados com o paciente.

A inter-relação pessoal entre acompanhantes e equipe de enfermagem foi um dos fatores mais mencionados pelos sujeitos do presente estudo, como um dos recursos que facilita, dificulta ou favorece a participação dos familiares no cuidado do idoso hospitalizado. Vinculadas a essa questão encontra-se a comunicação e a orientação, esta última já discutida quanto aos benefícios.

Nos últimos anos, tem sido observada uma certa preocupação, por parte de alguns estudiosos da área, em desenvolver estudos sobre comunicação no Brasil, pois o tema está contido no dia-a-dia da enfermagem, nas relações interpessoais e no cuidado com o cliente, com os familiares e com a equipe de trabalho.

SILVA, M. (1996) assevera que é de fundamental importância para o profissional da área da saúde saber lidar com gente, pois tem como base de trabalho as relações humanas. Portanto, o processo de comunicação é essencial na assistência do profissional da saúde para que consiga decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que é enviada pelo paciente, para, a partir de então, planejar o cuidado de suas necessidades de maneira adequada. O uso adequado da técnica da comunicação interpessoal permite diminuir conflitos e mal-entendidos, alcançando objetivos definidos para a resolução de problemas encontrados na interação com o paciente.

Para STEFANELLI (1993), SALADA e STEFANELLI (1995), CORRÊA e FERREIRA (1997), a comunicação não é somente um instrumento básico da profissão e do desenvolvimento das relações terapêuticas, mas é considerada como uma habilidade ou competência interpessoal que deve ser adquirida e desenvolvida pelo profissional enfermeiro, para a eficácia da assistência de enfermagem.

SILVA, R. (1996), estudando a comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirúrgica, verificou que a comunicação é a maneira mais eficiente que o ser humano encontra para se relacionar no meio ambiente, sendo por meio dela possível entender, compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, tanto verbais como não-verbais. A autora afirma que o sistema de comunicação efetiva na unidade internação é, portanto, de vital importância para a boa evolução das atividades. O processo de comunicação busca a melhoria do envolvimento, do comprometimento e da conscientização entre funcionários, pacientes, familiares e comunidade. Ademais, a autora aponta que o hospital depende da comunicação entre o cliente e a equipe de saúde para atingir um objetivo único, que é a satisfação do cliente proporcionada qualidade técnica (exigências e expectativas em relação ao serviço) e pela qualidade humana (expectativas e desejos emocionais mediante atitudes, comportamentos, atenção, credibilidade, fidelidade das pessoas).

Integrando a comunicação, está o fornecimento de orientações e das informações apontadas pelos sujeitos: quando o familiar é orientado sobre os cuidados e seu papel a desempenhar com o idoso, torna-se mais fácil essa inter-relação pessoal, por vezes, facilitando a participação do familiar, que se sente mais seguro em poder ajudar tanto o idoso como a equipe de enfermagem.

BEZERRA et al. (1998) lembram que são de suma importância os esclarecimentos e orientações para os familiares dos pacientes, sobre as rotinas do serviço, os horários para informações sobre o quadro do familiar, a função dos aparelhos e os procedimentos que fazem parte da terapêutica, durante o período de internação desses últimos na unidade de terapia intensiva.

A falta de orientação da equipe de enfermagem quanto aos limites e deveres dos familiares na participação no cuidado ao idoso foi apresentada como fator que dificulta essa participação.

Nesse contexto, BOWMAN et al. (1998), verificaram que a não-identificação das necessidades e dos problemas na admissão e no plano de alta dos pacientes resultou da falta de comunicação entre enfermeiros e cuidadores.

A esse respeito, BULL.M. et al. (2000) investigaram prognósticos de satisfação de idosos e familiares cuidadores com o plano de alta. Identificaram que as informações a respeito das condições dos idosos, medicamentos, limitações de atividades, disponibilizadas pelo serviço de comunicação para o idoso e o cuidador, pela enfermagem e pelo serviço social, aumentaram a satisfação do cliente. Segundo as autoras, a informação continuada pode ajudar o idoso e o cuidador familiar a se sentirem mais bem preparados para realizar o cuidado após a alta hospitalar.

BULL. M. et al. (1995) verificaram algumas questões relacionadas à origem e às dificuldades que os familiares encontraram mediante a hospitalização do idoso, sendo uma delas a comunicação por parte da equipe de saúde, resultando na falta de informação para os familiares sobre as dietas, medicação, condições de limitações do cliente, que acarreta dificuldades no plano de alta.

MOSCOVICI (1997a) aponta a convivência humana como sendo um momento difícil, complexo e desafiante. Isso porque as pessoas relacionam-se e trabalham com pessoas e portam-se como pessoas, isto é, reagem àquelas pessoas com as quais entram em contato: comunicam-se, simpatizam e sentem atrações, antipatizam e sentem aversões, aproximam-se, afastam-se, entram em conflito, competem, colaboram, desenvolvem afetos. Portanto, o processo de interação humana se dá constantemente nas relações pessoais, por meio de comportamentos verbais e não verbais, sentimentos, reações mentais e/ou físico-corporais. A interação entre pessoas utilizando a comunicação não-verbal ocorre por meio de gestos, postura corporal, sorriso, olhar, deslocamento corporal de afastamento ou aproximação. Em alguns casos, a simples presença do outro já é interação. A autora refere que o processo de comunicação verbal ou não-verbal é a forma de interação mais freqüentemente utilizada. Esses dados foram confirmados neste estudo, pois alguns familiares relataram que o fato de a equipe

de enfermagem apresentar atitudes de amizade, empatia, colaboração tornava a relação mais familiar, tanto com o uso da comunicação verbal quanto da não-verbal como foi citado: “*elas estão sempre sorrindo, alegre dando atenção, ouvem e conversam com a gente falam Bom dia!... é muito bom ... a gente se sente bem....*” (filha). Esse comportamento leva a facilitar muito a participação do cuidador no cuidado, pois a hospitalização é um momento em que não só o idoso se sente só em um ambiente que não lhe é familiar, mas o familiar que está acompanhando também referiu este sentimento.

Além desses aspectos, os acompanhantes referiram outras reações, notadas nas inter-relações quanto à comunicação verbal e não-verbal, apresentadas como fatores que dificultam a sua participação nos cuidados do idoso e resultam de comportamentos negativos por parte da equipe de enfermagem, como características de agressividade e expressões faciais negativas, causando conflito na relação interpessoal e levando a um distanciamento e afastamento dos familiares.

Para SILVA e SILVA (1998), a importância da face nas relações interpessoais, como um potencial comunicativo valioso e uma fonte primária de informações e emoções sobre o indivíduo, pode ser utilizada para formular juízos acerca da personalidade dos envolvidos nessas relações, como reguladora das comunicações, abrindo e fechando canais de comunicação. As autoras afirmam que a identificação da expressão facial de emoções pode ajudar a prever comportamentos posteriores, gerados pelas emoções, que o indivíduo possa apresentar. As seis expressões faciais relacionadas com as emoções dos seres humanos já estudadas e identificadas em qualquer cultura são: a cólera, a tristeza, o medo, a surpresa, a felicidade e o desprazer.

LEITE (1999) constatou, na relação da comunicação entre equipe de saúde e familiares, que os elementos da equipe limitaram-se somente a verbalizar o estritamente necessário com o paciente, sendo esse cuidado extremamente técnico e distante, não gerando, portanto, vínculo com o familiar ou até mesmo ignorando sua presença. A autora comprova, ainda, que o fato de a equipe de

saúde não manter diálogo com os familiares rotineiramente tem como consequência a ausência de informações sobre o paciente, o tratamento e a doença.

LUCENA e GOES (1999), em estudo que valoriza o processo de comunicação no cuidado de enfermagem, utilizando esse processo no seu dia-a-dia com pacientes, familiares nas relações com colegas de trabalho, concordam com o ponto de vista dos autores citados anteriormente e afirmam que a comunicação é uma função e uma necessidade básica que viabiliza ao indivíduo relacionar-se com outros, sendo inevitável a convivência entre seres humanos.

A comunicação interpessoal passa por um processo de bloqueio e filtragem, isto é, por ouvir e ver aquilo que convém, comportamento que pode levar o receptor a não ser receptivo diante de uma determinada comunicação, desenvolvendo, assim, a percepção seletiva, por meio da qual se permite captar exclusivamente as mensagens com as quais está emocionalmente sintonizado. Esse comportamento, muitas vezes, é um meio de defesa frente às relações interpessoais estabelecidas, e sua ocorrência na área de saúde dificulta a comunicação entre a equipe, seus membros e o cliente, gerando um comprometimento na compreensão dos indivíduos (DOBBRO et al., 1998).

Baseados nos achados da literatura sobre relações interpessoais e comunicação, citados até o presente momento, os quais vêm ao encontro dos dados levantados neste estudo, pode-se dizer que a comunicação hospitalar, promovida por meio da comunicação interpessoal, é um importante elemento para a percepção da realidade, e no interior dela, a percepção do outro. Assim, é relevante que os membros da equipe de enfermagem desenvolvam essa percepção, para uma melhor interação entre clientes-acompanhante-equipe, uma vez que a comunicação interpessoal permeia toda e qualquer atividade humana.

Ainda segundo MOSCOVICI (1997b) existem, nas pessoas, dois tipos de competência que se inter-relacionam:

A competência técnica é decorrente de estudo, de conhecimento, de aquisição, de tecnologia, enfim, é a chamada capacidade profissional ou técnica, que é importantíssima para qualquer função que se vai exercer na vida, no trabalho. Mas ela não é suficiente, porque as pessoas trabalham junto com outras pessoas. Ninguém vive só e para adquirirmos um equilíbrio emocional é preciso que nossos relacionamentos sejam bem fundamentados, bem exercidos, bem implementados, e isto depende do outro tipo de competência, a interpessoal. (p. 32)

Os cuidadores informais do estudo de LAITINEN e ISOLA (1996) apontaram que as características pessoais dos membros da equipe de enfermagem são fatores que promovem ou dificultam a sua participação no cuidado. Tais cuidadores citaram que a equipe demonstrava atitudes de empatia que promoveram sua participação.

BOWMAN et al. (1998) enfatizam que o fato de as enfermeiras e de os cuidadores familiares não saberem identificar a necessidade de cuidados do cliente na admissão e na alta pode ser representado pela pouca quantidade de informação dividida entre enfermeiras e cuidadores, durante a hospitalização

De fato, os familiares e os profissionais têm clara a necessidade da comunicação para que a inter-relação pessoal entre familiares e equipe venha a favorecer todos os aspectos que foram apontados, tais como orientação, informação, esclarecimento sobre o papel do familiar no cuidado, importância do seu envolvimento, as normas e rotinas do hospital e os deveres, entre outros.

Torna-se relevante ressaltar a constatação de WRIGHT e LEAHEY (2002), divulgada em um guia para avaliação e intervenção na família:

A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. Entretanto, este enfoque do cuidado pode ser alcançado

somente com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se prática de avaliação e intervenção familiares confiáveis”. (p.13)

É preciso ressaltar, cada vez mais, a importância fundamental de a equipe de enfermagem ter uma ótica mais ampla, compreendendo a sua ação para além do cliente, abrangendo, também o familiar, em seu planejamento e processo de cuidar, para que ele tenha uma participação mais efetiva nesse processo e que esse passe a ser um momento de interação pessoal entre equipe e familiares, possibilitando informações que orientem o estabelecimento de ações centradas no seu entendimento como sujeito do processo.

MENDES et al. (2000) desenvolveram um programa de treinamento de indivíduos, revendo estruturas e reorganizado a comunicação, com um grupo de enfermeiras de uma instituição, em uma unidade que apresentava momentos significativos de mau relacionamento e falhas na comunicação entre os profissionais, gerando conflitos internos e não envolvimento com as outras áreas, tendo, desse modo, repercussão na administração e na assistência. O programa de sensibilização era composto de três fases. A primeira, de caráter interativo, envolvia reuniões com os grupos, enfocando alguns temas como: auto-estima, valorização pessoal, entre outros. Na segunda, um grupo de especialistas em Comunicação e Assistência ao Paciente Terminal trabalhou temas com dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento. Na terceira, estabeleceram uma parceria com uma psicóloga voluntária que realizou entrevista individual com os sujeitos, para diagnosticar questões individuais e grupais. Os resultados foram positivos e confirmados pelas mudanças comportamentais e de postura dos profissionais, materializadas melhoria da comunicação e aproximação entre os membros, sinalizando auto-ajuda e apoio recíproco, norteados a construção de um grupo com motivação própria e receptividade para orientações.

Em suma, essa classe foi confirmada na literatura que aponta para a questão complexa da comunicação na relação entre os membros da equipe de enfermagem no contexto hospitalar no qual estão inseridos, havendo necessidade

de desenvolver trabalhos semelhantes aos que foram citados na literatura descritas e discutida.

Outra fator que vem a facilitar a participação dos familiares no atendimento dos idosos diz respeito à observação e à reprodução dos cuidados realizados pela enfermagem, ou seja, eles observam e depois, quando é necessário, eles reproduzem o cuidado da maneira como o aprenderam. Outros, além de observar, perguntam à equipe de enfermagem como é realizado o cuidado, expressando uma preocupação em reproduzi-lo corretamente. Esse resultado demonstra que os familiares buscam envolver-se, para terem informações mais claras que os auxiliem no cuidar do idoso.

A literatura nacional mostra dados parecidos. LEITE (1999) constatou que o período de internação do idoso pode proporcionar uma aproximação do acompanhante quanto às atividades relacionadas ao cuidado, desenvolvendo o aprendizado através da observação e da oportunidade de poder fazer. PERLINI (2000) percebeu que os cuidadores, ao se reportarem ao aprendizado de informações/orientações recebidas para a continuidade do trabalho em casa, num primeiro momento, não as mencionaram, mas destacaram a observação e o auxílio como formas de aprendizado. Essa constatação, obviamente, não exclui a responsabilidade da enfermagem em ajudá-los a transcender as limitações do cuidar.

A rede de apoio familiar foi mencionada somente pelos familiares tanto entre fatores que facilitam como entre aqueles que dificultam a participação no cuidado. Talvez os membros da equipe de enfermagem não tenham percebido este fator, por ser um aspecto mais vivenciado pela família do idoso ou pelo fato de a equipe não ter um envolvimento com as necessidades dos acompanhantes desse idoso.

Quando a rede de suporte familiar se faz presente para o acompanhante poder revezar e ter com quem dividir esse papel, a participação do familiar no cuidado é facilitada, pois não sobrecarrega um único membro da

família. Ao contrário, quando tal rede é insuficiente, gera sobrecarga, desgaste emocional e, até mesmo, situações de doença. A esse respeito, tem sido observada na literatura a caracterização das pessoas, membros da família do doente, que assumem o seu cuidado. Em sua maioria, são as mulheres (esposas e filhas), mas há também o caso de um idoso cuidar de um outro idoso, ou filhas que estão em idade produtiva e que têm que deixar as atividades ocupacionais, ou assumir as tarefas de casa e o cuidado do idoso. Tais dados vêm a confirmar o consenso na literatura nacional e internacional (PELZER, 1993; COLEMAN et al., 1994; DÁTILLO, 2001).

KARSCH (1998) aponta que o Sistema de Saúde Pública, no Brasil, não está devidamente preparado para oferecer suporte e recursos para atender às necessidades da população idosa que se encontra em situação de doença, nem à família que oferece o cuidado.

Além da inter-relação pessoal e do interesse do familiar em participar do processo de cuidado do idoso hospitalizado, outro fator que facilita sua participação nesse processo, segundo a ótica da equipe de enfermagem, diz respeito ao fato de o familiar possuir competência emocional, principalmente, para reagir diante da situação de doença do seu idoso e ter paciência. Competência emocional e paciência são referidas como qualidades indispensáveis no processo de acompanhamento e cuidado do idoso hospitalizado.

A esse respeito, vale recordar a afirmação de GOLEMAN (1995), para quem “emoção se refere a um sentimento e seus pensamentos distintos, estados psicológicos e biológicos, e a uma gama de tendências para agir”. (p.305)

MOSCOVICI (1997b) menciona que a “Competência Emocional é decorrente de treinamento, de desenvolvimento, de educação”. Portanto, para a autora, a competência emocional verdadeiramente constitui um conjunto de aspectos emocionais que estão intimamente inseridos na “Competência Interpessoal” (p-32). Assim, o fato de os familiares terem habilidade para gerenciar as emoções indica que essa habilidade foi desenvolvida desde a infância até a

idade adulta. A autora refere, ainda, existência de pessoas sem habilidade emocional, mas que têm possibilidade de modificar esse comportamento, mediante as diferentes situações enfrentadas na vida e de suas respostas a elas.

Os fatores comuns que dificultam a participação do acompanhante no cuidado do idoso, na ótica dos respondentes, são: *inter-relação entre acompanhante e equipe de enfermagem*, discutida anteriormente, e *as limitações dos acompanhantes*. As outras classes apontadas unicamente pelos familiares foram: *estado de saúde do paciente, fatores ambientais e organizacionais e rede de apoio familiar insuficiente*, esta última discutida anteriormente.

As limitações dos acompanhantes foram referidas, por ambos os grupos no presente estudo, como uma classe de fatores que dificultam a participação no cuidado. Tais limitações concentraram-se nas reações emocionais dos familiares, expressas por nervosismo, medo ou por falta de experiência, o estado de saúde e a falta de envolvimento no cuidado. Essas limitações fotografam as respostas pessoais do impacto da doença e/ou deficiência sobre o familiar cuidador, gerando interferência, ou melhor, uma revolução no desempenho de papéis para lidar com medo, insegurança, sofrimento e conflitos. FARO (1999) e BOWMAN et al. (1998) identificaram, em seu estudo, condições físicas e de saúde inadequadas observadas pelas enfermeiras como um potencial problema.

O estado de saúde do paciente idoso e as suas condições físicas, como obesidade, foram apontadas como fatores que dificultam a participação do familiar nas atividades de mobilizar e locomover o idoso. Devido a esses problemas, é necessário solicitar a ajuda de outras pessoas, pois tais atividades exigem esforço físico do familiar. Além desses problemas, o uso de equipamentos no tratamento que o idoso faz, como a tração, por exemplo, também dificulta sua mobilização e locomoção, por não saber como manipulá-lo adequadamente no cuidado com o idoso.

Na literatura nacional, encontram-se alguns estudos, em âmbito domiciliar, que investigaram as tarefas consideradas as mais difíceis, na ótica dos cuidadores de idosos com dependência, que corroboram esse achado no presente estudo. PERRACINI (1994), estudando um grupo de nove cuidadoras, identificou a locomoção como a tarefa mais difícil, devido ao fato de o cuidador, na maioria das vezes, realizar essa atividade sozinho, sem a ajuda de outra pessoa. PERLINI (2000) procurou identificar, com aos cuidadores de pessoas incapacitadas por AVC, no domicílio, as dificuldades no cuidar. Em seus resultados, 25% dos cuidadores referiram ter dificuldade em movimentar o paciente, em razão de ser essa uma tarefa pesada.

Sobre os fatores ambientais e organizacionais, pode-se afirmar que as instituições hospitalares não estão adequadamente preparadas para receber o acompanhante. Existe a portaria que protege o acompanhante, mas, na realidade, há necessidade de reestruturação, tanto de recursos humanos quanto ambientais, para atender a essa nova realidade.

Isto posto, pode-se afirmar que a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado, sob a ótica dos familiares e dos membros da equipe de enfermagem, está essencialmente /vinculada à interação entre ambos. Portanto, a partir do momento em que os profissionais de saúde reconhecerem a importância e os benefícios advindos do envolvimento do familiar no cuidado do idoso, durante sua hospitalização, outras questões, tais como os fatores ambientais e organizacionais, o interesse do familiar em participar no cuidado, as dificuldades do acompanhante e o estado de saúde do paciente, conseqüentemente, poderão ter sua limitação superada.

A essência, e o grande desafio para a enfermagem, é, na realidade, a comunicação entre profissionais, idoso e a família.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6

Com a intenção de pontuar as conclusões deste estudo, optou-se por separá-las de acordo com os objetivos do trabalho. Dessa forma, em primeiro lugar, vêm os dados relacionados à participação do familiar no cuidado do idoso, quanto aos recursos pessoais (financeiros, humanos e conhecimento da portaria) e atividades realizadas. Em segundo lugar, destacam-se as expectativas dos membros da equipe de enfermagem, quanto à participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado. E, por último, são discutidos os fatores que facilitam e/ou dificultam a participação dos acompanhantes nos cuidados ao idoso hospitalizado, sob a ótica dos familiares e dos profissionais.

Participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado

Os dados analisados permitem-nos afirmar que a remuneração foi referida por apenas um familiar, já que os demais não contavam com ajuda financeira.

Os recursos humanos identificados neste estudo podem ser apresentados da seguinte maneira: 17 acompanhantes (57%) permaneciam durante as 24 horas, sem revezar com outra pessoa; 12 (40%) ficavam 12 horas e faziam rodízio com outras pessoas e somente um acompanhante permanecia 6 horas ao dia, sem revezamento;

Dentre os acompanhantes, 17 (56,6%) afirmaram ser os únicos a acompanharem o idoso; sete (23,3%) revezavam entre dois acompanhantes, enquanto que quatro (13,3%) revezavam com três familiares. Observa-se, por esses dados, que o número de pessoas que acompanhavam o idoso, neste estudo, limitava-se a uma ou duas pessoas.

O conhecimento dos familiares sobre a Portaria nº 280, que assegura a presença de um acompanhante, durante a hospitalização, foi apontado por 15 acompanhantes (50%), restringindo-se às informações *"todo idoso tem direito a acompanhante"* e *"de 60 anos acima pode ter acompanhante"*.

Quanto à justificativa dos familiares, sobre a presença do acompanhante no período de hospitalização, foram obtidas as seguintes respostas: para apoio emocional ao idoso, auxílio ao paciente no processo de cuidar e favorecimento da recuperação do idoso.

Quanto às atividades realizadas pelos acompanhantes, na frequência **sempre**, destaca-se o suporte emocional ao idoso, o auxílio ao idoso para beber e limpar a boca, ajuda para comer, o cuidado com os cabelos e barbas e o auxílio para usar o banheiro. Na frequência **nunca**, as atividades mais mencionadas pelos acompanhantes foram: fazer exercícios, auxiliar o idoso a andar, ficar em pé, deitar e para tomar banho. Na frequência **quando necessário** foram: colocar e tirar a roupa, mudança de decúbito e ajuda ao idoso a sentar.

Expectativas dos membros da equipe de enfermagem.

Quanto às expectativas dos membros da equipe de enfermagem, a análise dos dados indica que a maioria dos membros da equipe de enfermagem concordou com a participação dos acompanhantes na hospitalização. As justificativas apontadas para esta participação foram: parceria no processo de cuidar, favorecimento da recuperação, conhecimento do idoso, apoio emocional ao idoso e orientação para a continuidade do cuidado.

As expectativas sobre a participação dos acompanhantes no atendimento ao idoso hospitalizado indicadas foram: auxílio no processo de cuidar, proporcionar apoio e obediência às normas e às orientações.

O conhecimento, por parte dos membros da equipe, sobre a Portaria nº. 280 foi mencionado por 25 (83%) sujeitos, enquanto cinco (17%) relataram não conhecê-la. Esse conhecimento foi limitado à seguinte afirmação: “que o idoso tem direito ao acompanhante”. No conjunto de membros da equipe de enfermagem, sete deles nada souberam dizer sobre o conteúdo da referida portaria.

Os membros da equipe de enfermagem esperam que os acompanhantes participem do processo de cuidado do idoso hospitalizado. Na

freqüência **sempre**, desejam que o acompanhante ofereça suporte emocional e auxilie o idoso a beber e a comer. Já na freqüência **nunca**, as expectativas são de auxílio para arrumar a cama, para realizar mudança de decúbito, para cuidar da pele, para realizar exercícios, tomar banho e cuidar dos pés e das mãos. Na freqüência **quando necessário**, é esperado auxílio para as seguintes atividades: ficar em pé, deitar e usar o banheiro, sentar, colocar e tirar a roupa, andar, cuidar dos cabelos e barbear, realizar exercícios, tomar banho e cuidar da pele.

A análise dos dados obtidos leva-nos a concluir que houve discordância entre as respostas sobre o que a equipe de enfermagem espera do acompanhante em relação ao cuidado com o idoso hospitalizado e as atividades em que o acompanhante auxilia, nas freqüências **sempre** e **quando necessário**. Já na freqüência **nunca** houve concordância.

Fatores que favorecem e/ou dificultam a participação dos acompanhantes nos cuidados ao idoso hospitalizado.

O último item deste estudo diz respeito aos fatores que facilitam a participação do acompanhante nos cuidados com o idoso e que foram comuns às respostas dos acompanhantes e dos membros da equipe de enfermagem. Podem ser assim relacionadas: interesse do acompanhante em participar no cuidado, inter-relação pessoal entre acompanhante e equipe de enfermagem e conhecimento anterior do idoso hospitalizado, por parte do acompanhante. Dentre esses fatores, a rede de apoio familiar insuficiente foi apontada somente pelos familiares, enquanto que a competência emocional foi citada apenas pelos membros da equipe de enfermagem.

De acordo com os dados analisados, pode-se concluir, também, que os fatores que dificultam a participação do acompanhante nos cuidados do idoso, comuns aos profissionais e aos familiares, são: as limitações do acompanhante e a inter-relação entre equipe de enfermagem e acompanhante. Os fatores não comuns apontados somente pelos acompanhantes foram: estado de saúde do paciente, dificuldades ambientais e rede de apoio familiar insuficiente.

Na ótica dos sujeitos entrevistados, a equipe de enfermagem pode favorecer a participação do acompanhante, nos cuidados do idoso, por meio da inter-relação com o acompanhante. Os familiares apontaram, ainda, a organização do trabalho e dos profissionais na comunicação entre os membros da equipe de enfermagem como um fator a favorecer sua participação nesse processo.

É importante destacar, novamente, a importância da comunicação e da interação entre os profissionais, o idoso e os familiares, como os elementos essenciais para melhoria da assistência de enfermagem.

Outra questão que merece ser ressaltada diz respeito à complexidade das atividades realizadas pelo acompanhante, tais como: O que é um cuidado complexo? O que é complexidade para a equipe de enfermagem? E como trabalhar os cuidados complexos com o familiar do idoso dependente. Por exemplo, um idoso que tem um cateterismo nasoentérico e vai de alta para o domicílio para ser cuidado por um familiar, quem vai administrar as dietas?

Este estudo levantou vários aspectos que envolvem a tríade acompanhante de idoso hospitalizado, equipe de enfermagem e idoso. Esse levantamento demonstra, claramente, a necessidade de uma intervenção efetiva e resolutiva por parte das Políticas de Saúde, para oferecer suporte aos acompanhantes. Dos setores administrativos das instituições hospitalares e dos profissionais da enfermagem emergiu a consciência da necessidade de que sejam capacitados para enfrentar esse novo desafio, representado pelos acompanhantes de idosos hospitalizados.

No âmbito do ensino de enfermagem, faz-se necessária a incorporação de conteúdos que levem discentes ao melhor preparo, para o atendimento das necessidades da população idosa e dos cuidadores familiares, facilitando a integração nas relações interpessoais, a fim de estabelecer com o familiar do idoso uma parceria baseada na compreensão, no apoio e no respeito mútuo.

Espera-se que, por meio dos resultados obtidos neste estudo, seja possível contribuir para melhorar, de alguma maneira, a qualidade da assistência

ao idoso hospitalizado e a continuidade do cuidado no domicílio. À equipe de enfermagem a autora da dissertação deseja ter reforçado a importância de seu papel no processo descrito, além de ter aberto perspectivas para que possa integrar-se, definitiva e humanamente, no processo de cuidar. Ademais, foi sugerido que novas investigações sejam realizadas com a finalidade de promover a melhoria da qualidade da assistência aos idosos, em um momento tão especial, como o da hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7

ANDRADE, O. G.; MARCON, S.S.; SILVA, D. M. P. da. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **R.Gaúcho Enferm**, 18 (2):123-132, 1997.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **R. Gaúcho Enferm**, 20 (2):90-109, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE QUALIDADE VIDA. [Presidente Flávio Corrêa Próspero]. **Qualidade e vida**, 2000. <http://www.abqv.org.br/at_enti_01.html#top>. Acesso 20jan. 2000.

BARUSCH, A.S. Programming for family care of elderly dependents: mandates, incentives, and service rationing. **Soc.Work**, 40 (3): 315-322, 1995.

BEZERRA, A. L. Q.; DAL BEM, L.W; CAMARGO, M.N.V.; PINHEIRO, V.F. de O. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). **Rev. Esc. Enf. USP**, 32 (2): 134-9, 1998.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Idosos: problema e cuidado básicos**. Brasília, MPAS/SAS,1999. p.99. (1)

BRASIL. Ministério da Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 11/11/1999. Brasília, 12 de novembro de 1999. (2) <<http://www.uerj.com.br/>>. Acesso 20jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde e Secretária de Política de Saúde. **Política de saúde do idoso**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. (3) Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso 20jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados do Sistema Único de Saúde de internação hospitalar de 1998**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. (4)
Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso 20jan. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI n. 280 de 07 de abril de 1999**. (5) Torna obrigatório meios que viabilizem a permanência do acompanhante do idoso hospitalizado. Disponível na Internet: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 20jan. 2000.

BRITO, C.M; DIOGO, M.J.D. Opinião da equipe de enfermagem quanto a dependência do paciente idoso em tratamento e os obstáculos encontrados na sua assistência. **Rev. Campineira de Enf.** 1 (2): 40- 47, 1998.

BOWMAN, K.F.; ROSE, J.H.; KRESEVIC, D. Family caregiving of hospitalized patients- Caregiver and nurse perceptions at admission na discharge. **J. Gerontol. Nurs**, 24 (8): 8-16,1998

BULL, M.J.; HANSEN, H.E.; GROSS, C.R. Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. **J.Cardiovasc Nurs**.14 (3): 76-87, 2000.

BULL, M.J.; JERVIS, L.L.; HER, M. Hospitalized Elders: the difficulties families encounter. **J. Geront. Nur.** 21 (6): 19-23, 1995

CADERNO ESPECIAL A1 – FAMÍLIA. **Folha de São Paulo**. São Paulo, domingo, 20 de setembro de 1998, p.1-16. [Jornalistas/Autores: Mauro Francisco Paulino–Diretor de Pesquisas de Opinião do Datafolha; Alessandro Janoni Hernandes–Gerente de Pesquisas de Opinião do Datafolha; José Roberto de Toledo- Reportagem Local; Gabriela Micheloti–Revista da Folha; Cristina Grillo–Sucursal do Rio; José Carlos Assumpção–Reportagem Local; Lúcia Martins–Reportagem Local; Fernando Rossetti–Reportagem Local; Marcelo Leite– Especial para a Folha]

CAMPEDELLI, M.C; DIAS.R.B; PERRACINI.M. Grupo de cuidadores: uma experiência multiprofissional. **Âmbito Hospitalar**. 5 (49):46-53, 1993.

CARTANA, M.H.F. Rede social das famílias. Florianópolis,UFSC,1988. 157p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988. Apud ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: PATRÍCIO, Z.M. et.al. (orgs). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, UFSC, 1994. cap.2, p.63.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI**: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte, Postgraduate,1998. p.92 .

CHANG, B.H.; NOONAM, A. E.; TENNSTEDT, S. L. The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. **The Gerontologist** 38 (4): 463-470, 1998.

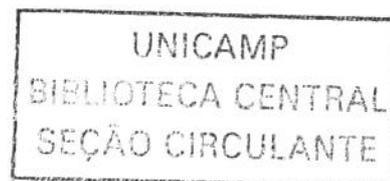
CIANCIARULLO, T.I. Cidadania e qualidade de vida. In: CIANCIARULLO, T.I.; FUGULIN, F.M.T.; ANDREONI, S. (orgs). **A hemodiálise em questão**: opção pela qualidade assistencial. São Paulo, CIP,1998, cap.3, p.31- 6.

COLEMAN, C. K.; PIES, C.L; POEL, M. Influence of caregiving on families of older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, novembro, 1994.

CORRÊA, K. A.; FERREIRA, N. M. L. A. O discurso e a linguagem no fazer do enfermeiro: uma possibilidade de reflexão. **Texto Contexto Enferm**, 6 (3): 291-303,1997.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B.R.L."...Se a gente não tem família, não tem vida!" concepções de família de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada. **R. Gaúcho Enferm**. 21 (esp): 101-112, 2000.

CROSSETTI, M. da G. O. et al. Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedêutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. **R. Gaúcha Enferm**. 21 (1): 44-67, 2000.



CRUZ, K.C.T. da.; DIOGO, M. J. D. O idoso e suas atividades diárias: perfil de um grupo de idosos residentes no município de Campinas. **Rev. Campineira de Enf**, 1 (2):26-39,1998.

DÁTILLO, G.M.P. de A. **Aprendizagem do cuidador de idosos dependentes**. Marília. 2001. (Tese -Doutorado - Universidade Estadual Paulista).

DIOGO, M.J.D'E. O arranjo familiar no cuidado do idoso com amputação de membros inferiores. **Acta Paul. Enf**, 10 (2):88-97, 1997.

DIOGO, M.J.D'E; DUARTE, Y.A. de O. Envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Rev. Esc. Enf. USP**, 33 (4): 370-6,1999.

DOBBRO.E.R.L.; SOUZA, J. M.; FONSECA S.M. Percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influencia na comunicação interpessoal. **Rev. Esc. Enf. USP**. 32 (3): 255-61, 1998.

DUARTE, Y.A de O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. **O mundo da Saúde**. 21 (4): 226 - 230, 1997.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: PATRÍCIO, Z.M. et.al. (orgs). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, UFSC, 1994. cap.2, p.61-77.

FARO, A.C.M.e. Uma proposta de levantamento de dados para a assistência à família e ao cuidador de lesados medulares. **Rev. Esc.Enf.U.S.P**, 33 (4): 334-41,1999.

FELGAR, J.A.S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U.M.S. (org) et al. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, EDUC,1998, cap. 2, p.47 - 85.

FERNANDES, F. da S. **A pessoas idosas na legislação brasileira**. São Paulo, SP: LTR, 1997.

GOLEMAN, D. **Inteligência Emocional. A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente.** 28 ed. Rio de Janeiro. Objetiva, 1995. p.375

HICKS, T.J. Spirituality and the elderly: Nursing Implications with nursing home residents. **Geriatric Nursing.** .20 (3): 144-6. 1999.

KARSCH, U.M.S; LEAL, M. das G.S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: KARSCH, U.M.S. (org) et al. **Envelhecimento com dependência:** revelando cuidadores. São Paulo, EDUC, 1998, cap.1, p.21- 45.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, 21 (3): 200-210,1987.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged, the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, 21:94-99, 1963.

KOENING, H.G.; KVALE, J.N.; FERREL, C. "Religio and well-being in later life". In: **Qualidade de vida e idade madura.** NERI, A.L. (org). Campinas, Papirus Editora, 2^oed, 1993.

LAITINEN, P. Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly - patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. **J. Adv. Nurs.**, 17 (10):1233-1237, 1992.

LAITINEN, P. Elderly patients and their informal caregivers perceptions of care given: the study-control ward design. **J. Adv. Nurs.**, 20 (1): 71-76,1994.

LAITINEN, P. Participation of caregivers in elderly-patient hospital care: informal caregiver approach. **J. Adv. Nurs.**, 18 (9): 1480-1487, 1993.

LAITINEN, P., ISOLA, A. Promoting participation of informal caregivers in the hospital care Of the elderly patient: informal caregivers perceptions. **J. Adv. Nurs.**, 23 (5): 942-947, 1996.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 9:179-86, 1969.

LEITE, M.T. **Cuidado do idoso hospitalizado: a experiência do familiar**. Ribeirão Preto. 1999. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

LENINGER, M.M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. (orgs). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, Artes Médicas. 1995, cap.1, p. 7-30.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2 ed. São Paulo, Harbra, 1987. p. 82

LIMA, M.G.D.; SCHIER, J.; GONÇALVES, L.H.T. O acompanhante do idoso hospitalizado: um cliente, um parceiro da enfermagem. **Texto Contexto Enf.**, 6 (2): 387,1997- Resumo/

LUCENA, A. de F; GOES, M. G. O. de. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress: algumas reflexões. **R.Gaúcho Enferm**, 20 (esp): 37-48. 1999.

LUNARDI, V.L. et al. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **R. Gaúcha Enferm.**, .21 (2):125-140, 2000.

MANCIAUX, M. A saúde da família. A saúde do mundo: Revista da Organização Mundial da Saúde, Genebra, p.4-9. Ago/set, 1975. Apud ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: PATRÍCIO, Z.M. et al. (orgs). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis, UFSC, 1994. cap.2, p.63.

MANZINI, E.J. **Formas de Raciocínio apresentandos por adolescentes considerados deficiente mentais: identificação através do estudo de**

interações verbais. São Paulo, 1995. (Tese - Doutorado – Universidade de São Paulo).

MARIN, M.J.S. **Preparando o idoso para a alta hospitalar.** Ribeirão Preto, 1999. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

MARIN, M.J.S.; ANGERAMI, E.L.S. Problemas dos idosos na alta hospitalar. **Gerontologia.** 4 (2): 68-74, 1996.

MARIN, M.J.S.; ANGERAMI, E.L.S. Avaliação da satisfação de um grupo de idosos e cuidadores com o planejamento de alta. **Rev. Bras. Enferm.**, 53 (2): 265-273, 2000.

MARIN, M.J.S.; SILVA, R.A. **Solucionando conflitos entre acompanhantes e equipe em unidade de internação hospitalar.** Marília, Faculdade de Medicina e Enfermagem de Marulha, 2000. /Mimeografado/

MATTAR, F.N. **Pesquisa de marketing:** metodologia, planejamento. São Paulo, Atlas, 1996. p.335.

MENDES, E.M.T.; MAYOR, E.R.C.; FRANCISCO, M.C.P.B.; SILVA, M.J.P. da.; CAPELI, S.C.A. Revendo estruturas e reorganizando nossa comunicação. **R. Bras. Enferm.**, 53 (3): 450-457, 2000.

MENEZES, M. do R. de. **Participação da família na assistência do idoso hospitalizado.** Bahia. 1985. (Dissertação - Mestrado - Universidade Federal da Bahia).

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo.** Rio de Janeiro, RJ: José Olympio, 1997a.p.276

MOSCOVICI, F. **Razão e Emoções: a inteligência emocional em questão.** Salvador, BA: Casa da qualidade, 1997b.p.133.

NAYLOR, M.D.; BROOTEN, D.; CAMPBELL, R.; JACOBSEN, BS.; MEZEY, M.D.; PAULY, M.V.; SHWARTZ, J.S. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders; a randomized clinical trial. **JAMA**, .281 (7): 613-620, 1999

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993. p. 283

OSORIO, L.C. **Família Hoje**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas. 1996, p. 91.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo, Ateneu, 1996. p.510.

PAULA, J.A.M ; TAVARES, M.C.G.C.F., DIOGO, M.J.D. Avaliação funcional em gerontologia. **Gerontologia**, 6 (2): 81-88 1998.

PELZER, M.T; FERNANDES, M.R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Texto Contexto Enf.**, 6 (2): 339-344 1997-Resumo/.

PERRACINI, M.R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. Campinas. 1994. (Dissertação –Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

PERLINI, N.M.O.G. **Cuidador de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar** - São Paulo. 2000. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo).

PETER-DAVIS, N.D.; MOSS, M.S.; PRUCHNO, RA. Children-in-law in caregiving families. **The gerontologist**. 39 (1): 66-75, 1999.

RAMOS, L. et al. Perfil dos idosos residentes na comunidade no município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos domicílios multidigeracionais. In: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE. **A população idosa e o apoio familiar**. São Paulo, 1991, p. 93-100.

RIBEIRO, G.L.M.T. **O processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de clínica médica.** Campinas. 2001. (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual Campinas).

SALADA, M.L.A.; STEFANELLI, M.C. Desenvolvendo a habilidade em comunicação. **Rev. Paul. Enf.** 14 (2/3): 66-76,1995.

SHARP, T. Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. **J. Adv.Nur.**, 15 (1) 67-73, 1990.

SHIOTSU, C.H.; TAKAHASHI, R.T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. **Rev.Esc.Enf.USP**, 34 (1): 99-107 2000.

SILVA, E.B.N. A relação familiar e o idoso. **Gerontologia**, 4 (2): 75-78 1996.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 6ª ed. São Paulo: Editora Gente,1996. p.133.

SILVA, M. J. P.; GIMENES, O . M.P.V. Eu - O cuidador. **O mundo da saúde -** São Paulo, 24: (4): 306-309, 2000.

SILVA, M.R.S. A finalidade do trabalho de enfermagem com famílias que convivem com a doença mental em seu cotidiano. **R. Gaúcha Enferm.**, 21 (1): 138-151, 2000.

SILVA, R.F., A comunicação no cuidado de qualidade em enfermagem cirurgia. **Texto Contexto Enferm.**,5 (2): 296-298, 1996.

SILVA, J. A. da.; SILVA, M. J. P. da. Expressões faciais e emoções humanas levantamento bibliográfico. **Rev. Bras. Enferm.**, 48 (2): 180-7, 1995.

SILVESTRE, J.A., et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. **Arq. Geront e Gero.**, 0 (1): 81- 89, 1996.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de alta dependência no contexto familiar.** Campinas. 2001. (Dissertação - Mestre - Universidade Estadual de Campinas).

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente teoria e ensino.** 2ªed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. p. 200.

SUE, V.F. The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of caregiving families. **Nurs Research**, 44 (3):139-145, 1995.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.p. 224.

VILLACORTA, H; ROCHA, N.; GASPAR, S.; MAIA, E R.; BONATE, T.; KOPILER, D.; DOHMANN, H. J.; MESQUITA, E T. Evolução intra-hospitalar e seguimento pós-alta de pacientes idosos atendidos com insuficiência cardíaca congestiva na unidade de emergência. **Arq.Bras. Cardiol.**, 70, n.3, p.167-171, 1998.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. (orgs). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas. 1995, cap.1, p. 7-30.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.** 3º ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 327.

YAZAKI, L.M. et al. Perspectivas do papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. In: FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE. **A população idosa e o apoio familiar.** São Paulo, 1991. p. 11-96.

ANEXOS



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Avenida Vicente Ferreira, 828, Bairro Cascata, Marília-SP

CNPJ nº 52.049.244/0001-62

CEP.: 17515-900 - Caixa Postal nº 1740

Fone PABX: (014) 424-5555 – Fax (014) 433-7513 - e-mail:

De: Márcio Mielo – Coordenador Técnico de Enfermagem
Para: Enfermeira Silvana Barbosa Pena

Venho por meio deste, acusar o recebimento de sua solicitação para que possa fazer a coleta de dados nesta Instituição, como parte do seu trabalho de mestrado intitulado "Os acompanhantes de idosos hospitalizados: um novo desafio para a enfermagem".

Por se tratar de uma pesquisa junto aos acompanhantes de pacientes idosos hospitalizados, coloco a sua disposição para que possa fazer a coleta de dados, as unidades de internação D e G.

Aproveito a oportunidade para parabenizá-la pelo trabalho e me coloco a disposição.

Marília, 14 de Agosto de 2000.


Márcio Mielo
COORDENADOR TÉCNICO ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____,

concordo em participar da pesquisa intitulada “Os acompanhantes de idosos hospitalizados: um novo desafio para a enfermagem”, **de responsabilidade da Prof.a. Silvana Barbosa Pena**, que tem por principal objetivo verificar e analisar a atuação dos acompanhantes no cuidado do idoso hospitalizado e as expectativas dos membros da equipe de enfermagem quanto a esta atuação assim como os fatores que dificultam e/ou favorecem participação do acompanhante nesse cuidado. Este trabalho poderá trazer importantes contribuições para a melhoria da qualidade de vida do idoso hospitalizado e da atuação da equipe de enfermagem junto ao acompanhante do idoso. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará quaisquer riscos para minha vida pessoal nem tampouco ao idoso que acompanho. Estará garantido o sigilo e o anonimato das informações e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízos. O presente estudo não acarretará em gasto para a minha pessoa.

Nome completo do acompanhante/profissional _____

Idade : _____ anos

Endereço: _____

RG: _____

Assinatura : _____

Responsável pela pesquisa : Silvana Barbosa Pena Telefone : (+14) 433 5774

Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM OS ACOMPANHANTES

A - Dados pessoais de identificação e de experiência do acompanhante

Sexo : fem. masc.

Idade : _____ anos

1. O (a) senhor (a) possui formação na área da saúde ?

sim não

Em caso de afirmativo; Qual? _____

2. Qual é o seu grau de parentesco com o paciente ?

<input type="checkbox"/> filha	<input type="checkbox"/> esposa	<input type="checkbox"/> irmã
<input type="checkbox"/> prima	<input type="checkbox"/> filho	<input type="checkbox"/> nora
<input type="checkbox"/> esposo		
<input type="checkbox"/> nenhum	<input type="checkbox"/> outros : _____	

3. Em casa, quem cuida do idoso?

<input type="checkbox"/> o próprio	<input type="checkbox"/> pessoa (s) contratada (s)
<input type="checkbox"/> outro (s)	Qual o grau de parentesco? _____

B- Dados relacionados à atuação do acompanhante

1. O (a) senhor (a) está recebendo alguma remuneração para permanecer como acompanhante do idoso no hospital?

sim não

2. Em qual o período o senhor (a) permanece com o idoso durante sua hospitalização?

<input type="checkbox"/> manhã	quantas horas _____
<input type="checkbox"/> tarde	quantas horas _____
<input type="checkbox"/> noite	quantas horas _____

3. Quantas pessoas estão acompanhando o idoso ? _____ pessoa (s).

Vocês se revezam, isto é, um dia fica um, no outro dia vem outra pessoa?

 sim não

4. O a senhor (a) conhece a Portaria que permite a permanência do acompanhante junto ao idoso, durante o período de hospitalização?

- sim não

Em caso afirmativo; O que você conhece ou entende sobre ela?

5. O que o (a) senhor (a) acha da presença do acompanhante no período de hospitalização do idoso ?

6. Em quais atividades o senhor (a) ajuda o idoso durante a sua hospitalização? Qual a frequência com que o (a) senhor (a) realiza essas atividades?

ATIVIDADES Marque com um X as atividades	FREQUÊNCIA DESSAS		
	SEMPRE	NUNCA	QUANDO NECESSARIO
<input type="checkbox"/> colocar e tirar roupas			
<input type="checkbox"/> sentar			
<input type="checkbox"/> realizar exercícios			
<input type="checkbox"/> andar			
<input type="checkbox"/> ficar em pé e deitar			
<input type="checkbox"/> usar o banheiro			
<input type="checkbox"/> comer			
<input type="checkbox"/> beber			
<input type="checkbox"/> tomar banho			
<input type="checkbox"/> cuidar dos cabelos e barbear			
<input type="checkbox"/> para limpar a boca e os dentes (prótese ou natural)			
<input type="checkbox"/> cuidar das mãos e das unhas			
<input type="checkbox"/> cuidar dos pés e das unhas			
<input type="checkbox"/> cuidar da pele (massagem, no uso de creme, limpeza)			
<input type="checkbox"/> dar suporte emocional (conversar, ouvir o idoso, apoio religioso e ler)			
<input type="checkbox"/> fazer a cama (arrumar a cama)			
<input type="checkbox"/> realizar mudança de decúbito (arrumar o paciente na cama como: virar de lado)			
<input type="checkbox"/> nenhuma das atividades anteriores			
<input type="checkbox"/> outras atividades, tais como:			

C- Fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante no cuidado do idoso.

1. O que facilita para o (a) senhor (a) conseguir participar e ajudar no cuidado do idoso, durante a sua hospitalização?
2. Quais são as dificuldades que o (a) senhor (a) encontra para participar no cuidado do idoso, durante a sua hospitalização?
3. Como os profissionais da equipe de enfermagem podem tornar mais fácil a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado ?

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

A - Dados de identificação do profissional.

Sexo :

Fem.

Masc.

Idade : _____ anos

Formação : enfermeiro

auxiliar de enfermagem

1. Qual o ano em que concluiu a sua formação? _____

2. Durante o curso de enfermagem (graduação ou auxiliar) teve algum conteúdo sobre assistência ao idoso?

sim

não

3. Você participou de cursos extracurriculares relacionados a área gerontológica?

sim

não

B - Expectativas dos profissionais da equipe de enfermagem quanto à atuação do acompanhante.

1. Na sua opinião, você acha que o acompanhante deve ter alguma atuação durante a hospitalização do idoso ?

sim

não

Porque ? _____

1. O que você espera da atuação do acompanhante?

2. Você conhece a Portaria que assegura a permanência do acompanhante junto ao idoso, durante o período de hospitalização?

sim

não

Em caso afirmativo. O que você conhece ou entende dela?

4. Em quais atividades relacionadas abaixo, que correspondem às que você espera que o acompanhante auxilie o idoso durante a sua hospitalização?

Em qual freqüência você acha que as atividades devem ser feitas pelo acompanhante?

ATIVIDADES Marque com um X as atividades	FREQÜÊNCIA DESSAS ATIVIDADES		
	SEMPRE	NUNCA	QUANDO NECESSÁRIO
<input type="checkbox"/> colocar e tirar roupas			
<input type="checkbox"/> sentar			
<input type="checkbox"/> realizar exercícios			
<input type="checkbox"/> andar			
<input type="checkbox"/> ficar em pé e deitar			
<input type="checkbox"/> usar o banheiro			
<input type="checkbox"/> comer			
<input type="checkbox"/> beber			
<input type="checkbox"/> tomar banho			
<input type="checkbox"/> cuidar dos cabelos e barbear			
<input type="checkbox"/> limpar a boca e os dentes (prótese ou natural)			
<input type="checkbox"/> cuidar das mãos e das unhas			
<input type="checkbox"/> cuidar dos pés e das unhas			
<input type="checkbox"/> cuidar da pele (massagem, no uso de creme, limpeza)			
<input type="checkbox"/> dar suporte emocional (conversar, ouvir o idoso, apoio religioso e ler)			
<input type="checkbox"/> fazer a cama (arrumar a cama)			
<input type="checkbox"/> realizar mudança de decúbito (arrumar o paciente na cama como: virar de lado)			
<input type="checkbox"/> nenhuma das atividades anteriores			
<input type="checkbox"/> outras atividades, tais como :			

C - Fatores que favorecem e/ou dificultam a participação do acompanhante no cuidado ao idoso

1. Na sua opinião, o que facilita a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado?
2. E o que dificulta a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado?
3. De que maneira os membros da equipe de enfermagem podem ajudar e favorecer a participação do acompanhante no cuidado do idoso, durante sua hospitalização?