

**ADRIANA DUTRA THOLL**

**OS BASTIDORES DO COTIDIANO:  
AS INTERAÇÕES ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O  
ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS  
NOVEMBRO 2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**OS BASTIDORES DO COTIDIANO:  
AS INTERAÇÕES ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E  
O ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE:**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.*

**ADRIANA DUTRA THOLL**

**ORIENTADORA:  
ROSANE GONÇALVES NITSCHKE**

**FLORIANÓPOLIS  
NOVEMBRO DE 2002**

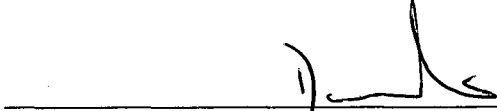
## ADRIANA DUTRA THOLL

### OS BASTIDORES DO COTIDIANO: AS INTERAÇÕES ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

#### MESTRE EM ENFERMAGEM

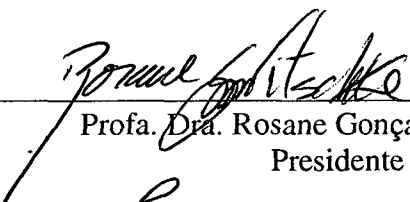
E aprovada na sua versão final em 26 de julho de 2002 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



---

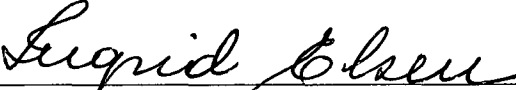
Prof. Dra. Denise Elvira Peres de Pires  
Coordenadora PEN/UFSC

#### BANCA EXAMINADORA:



---

Prof. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke  
Presidente



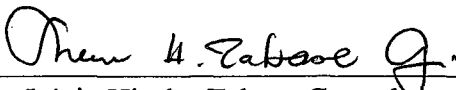
---

Prof. Dra. Ingrid Elsen  
Membro



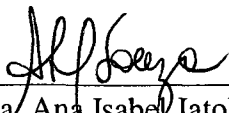
---

Prof. Dra. Denise Guerreiro  
Membro



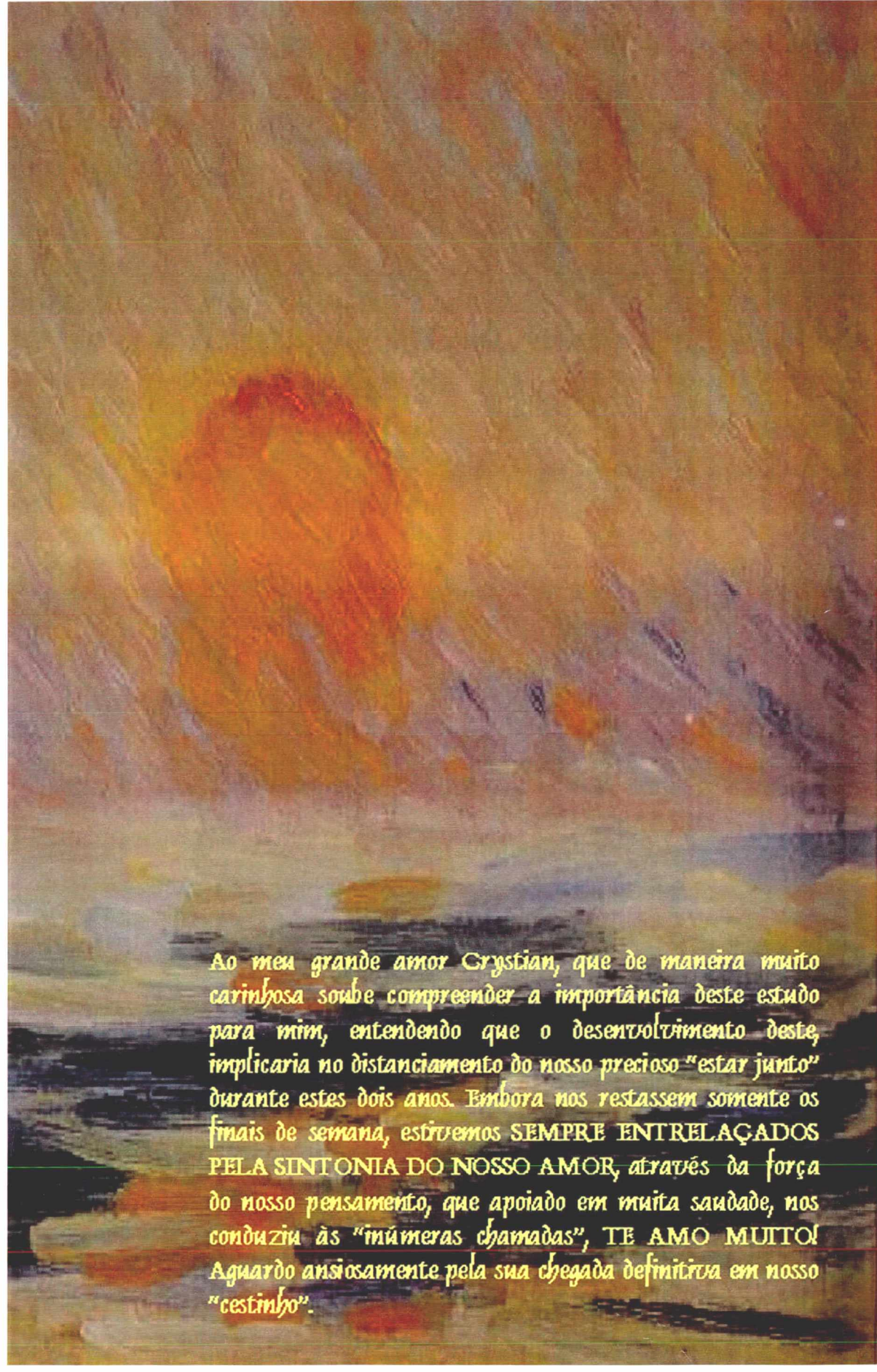
---

Prof. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Membro



---

Prof. Dra. Ana Isabel Jatobá de Souza  
Membro extra em formação



Ao meu grande amor Crystian, que de maneira muito carinhosa soube compreender a importância deste estudo para mim, entendendo que o desentolimento deste, implicaria no distanciamento do nosso precioso "estar junto" durante estes dois anos. Embora nos restassem somente os finais de semana, estivemos SEMPRE ENTRELAÇADOS PELA SINTONIA DO NOSSO AMOR, através da força do nosso pensamento, que apoiado em muita saudade, nos conduzia às "inúmeras chamadas", TE AMO MUITO! Aguardo ansiosamente pela sua chegada definitiva em nosso "cestinho".

## AGRADECIMENTOS

Finalmente chega o momento de agradecer a todos "os seres especiais" que direta ou indiretamente estiveram comigo nesta caminhada. Ao longo deste estudo compartilhei meus sentimentos com "verdadeiras paixões", desta forma gostaria respeitosamente agradecer...

... A força divina, que sustenta minha existência, me proporcionando luz, paz, sabedoria e harmonia ao meu viver.

... Ao meu "gatinho amado", meu "maridão", pelo estímulo, força, carinho e companhia nos momentos em que mais precisei.

... À minha "musa inspiradora", minha mãezinha querida dona Lurdinha, que apesar de muito pequena, é uma grande mulher, que assemelha a um cristal frágil, delicado e maravilhoso, mas que na verdade é uma fortaleza. É a nossa referência enquanto família.

... Ao meu paizinho amado, seu Luiz, meu grande orgulho, que se parece uma fortaleza, mas no fundo "é uma manteiga derretida" como a filha.

... À minha amigona, minha grande irmã, Alexandra, "manina", pelo incentivo e força espiritual nesta caminhada.

... Ao meu querido irmão Luizinho e sua esposa Camila, pelo carinho e pelas "boas risadas".

... Aos meus graciosos sobrinhos Juju, Cacali e Lulu, também meus filhos, pois eu os amo muito, sinto muito não estar mais presente de vocês.

... À minha querida sogra, dona Dalma, pelo incentivo, pelas "comidinhas" gostosas e pelos ensinamentos.

... Aos meus grandes amigos da "saúdosa pediatria", que saudade! Em especial: Ivana, Josi, Adriane, Tânia, Neusinha, Altoni, Célia, Cínara, Patrícia, Eliane Horn, Eliane Darosci, Soninha e Izis Maria. Meus companheiros nesta viagem de descobertas.

... À minha amiga do coração e orientadora, Rosane G. Nitschke, por ter abrilhantado esta caminhada com muita alegria, carinho, estímulo, força e atenção. És muito especial, TE ADORO!

... Às "estrelas", componentes da Banca Examinadora, professora Ingrid Elsen pelo seu acolhimento e atenção desde o primeiro contato; professora Lúcia H. Takase Gonçalves por ter acreditado nesta temática e ter me incentivado a buscar meus objetivos; professora Denise Guerreiro por compartilhar seus conhecimentos de forma muito carinhosa e à professora Ana Izabel J. de Souza pelo apoio e estímulo nos momentos que precisei. Obrigado por terem sido sensíveis às minhas dificuldades.

... Às "chefinhas", Silmara e Ana Cristina por terem compreendido a minha ausência neste período e por ouvirem os meus devaneios.

... Às amigas companheiras de UNIVALI, Ivana, Lurdinha, Haimeé e Nice pelo incentivo indispensável nesta reta final.

... Aos meus "anjinhos protetores", Luzia, Eloísa e Sebastian que não mediram esforços para me auxiliarem nos momentos de maior estresse.

... Às educadoras da Pen-UFSC, que me despertaram para um cuidar científico apoiado na "razão sensível".

... Às/os colegas de mestrado, companheiras/os desta jornada "tortuosa", mas enriquecedora. Obrigado pelo carinho e amizade.

... Às inesquecíveis Odete, Cláudia e Fabiana, que de forma muito prestativa e atenciosa nos auxiliaram nesta caminhada.

A vocês, MINHA RECONHECIDA GRATIDÃO!

**THOLL, Adriana Dutra. Os bastidores do cotidiano: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde. 2002, 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.**

## **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo geral, contribuir para uma melhor interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar. Buscando contemplar os objetivos deste estudo, apoiei-me numa abordagem interacionista, fundamentada no Interacionismo Simbólico, bem como em outros autores, destacando-se Michel Maffesoli. Adotei uma metodologia qualitativa, desenvolvendo uma prática caracterizada como pesquisa convergente assistencial, utilizando as oficinas como estratégia. O cenário do estudo foi numa unidade de internação pediátrica de um hospital do Estado de Santa Catarina, tendo como protagonistas, onze servidores da equipe de enfermagem. O estudo foi desenvolvido em Dezembro de 2001. Ao definir o caminho metodológico desenvolvi um Processo de Interação em Enfermagem integrado por três momentos: conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem; a equipe de enfermagem definindo a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar; repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades de interação. Conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem, que se apresenta como um despertar de emoções: traz alegrias; é gratificante; é prazeroso; todavia é muito triste também, é preocupante. O cotidiano, significando enfermagem, é equipe; é cuidar; é trabalho; é trabalhar com; é rotina, mas é distração também. No segundo momento, definindo a situação das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, observou-se que; ao definir os papéis ao acompanhante profissional da saúde, a equipe constrói as imagens de avaliador; chato; exigente; ser superior; abusado; mais sensível; indelicado e grosseiro; onipotente. Ao revisitar os papéis, a equipe de enfermagem encontra outras imagens do acompanhante profissional da saúde, como: parceiro no cuidado e o que tem medo e precisa de colo. Ao assumir o papel do outro, a equipe encontra a sua própria imagem e percebe-se trocando papéis, sofrendo com o sofrimento do familiar e sendo recebido pelo colega profissional de saúde. No terceiro momento, a equipe de enfermagem se mostra nas interações interagindo de modo diferenciado e sob proteção do instituído: a máscara do mecânico. Ao propor possibilidades, a equipe de enfermagem interage com solidariedade. Transita do cuidado mecânico ao orgânico, propondo: estabelecer diálogo, ser compreensivo; respeitar o acompanhante profissional da saúde; permitir-se ao outro sem receios de julgamento; facilitar a inclusão; explicitar papéis e assumir o papel do outro. As reflexões que emergiram, a partir desta prática dita, pesquisa convergente assistencial, levam-me a compreender, que se faz necessário criar “respiradouros” com o objetivo de relativizar nossos medos, angústias e também nossas verdades, buscar um viver coletivo, que muitas vezes se mostra longe de ser pacífico, mas diferente, pois é através da interação das diferenças, que damos significados aos sentimentos, símbolos, crenças, valores e resgatamos o re-encantar do fazer enfermagem. Entendo que esta prática contribuiu para o cotidiano profissional da equipe de enfermagem, no sentido de buscar maior compreensão do processo de cuidar junto ao ser humano internado e sua família, quando o acompanhante é um profissional da saúde, já que isto se mostra como uma lacuna nos estudos desenvolvidos até o momento. Além disso, esta compreensão tem por finalidade propiciar uma melhor assistência, no sentido de estar buscando com o outro, possibilidades de interações mais saudáveis.

**Palavras chave:** Equipe de enfermagem. Acompanhante profissional da saúde. Interação. Cotidiano.

THOLL, Adriana Dutra. **At the back-stage of the daily life: the interaction between a nursing group and a health professional caregiver.** 2002, 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## ABSTRACT

The general aim of this study is to contribute to a better interaction between a nursing group and a health professional caregiver who lives daily life of a family member. Meaning to observe the aims of this study, I rested on an interactionist approach, founded on a Symbolic interactionism, as well as on other authors, standing out Michel Maffesoli. I adopted a qualitative methodology, developing an experience characterized as an as convergent assisting research, using workshops as a strategy. The background of the study was a pediatric hospitalizing unity in the State of Santa Catarina, having as protagonists, eleven co-workers of the nursing group. The study was developed in december, 2001. Defining the methodological way, I developed a process of interaction in nursing formed by three stages: getting to know the daily tasks of the nursing team, a nursing team defining the situation of interacting with the health professional caregiver in everyday tasks of the hospitalizing of a family member, in a rethinking about the everyday tasks of the nursing team and proposing possibilities of interaction. Getting to know the everyday tasks of the nursing team, which is presented as a revival of emotions: it brings gladness, it's gratifying, pleasurable; though it's sad and also worrying. The everyday tasks, meaning nursing, implies group, taking care, working, co-working, routine, but it's also distraction. At the second stage, defining a situation of interactions between the nursing group and the health professional caregiver, in the daily tasks of hospitalization of a family member, it was observed that while defining the roles to the health professional acompanhante, the team builds the images of an annoying, a demanding, a superior being, abusive, more sensitive, indelicate and rude, omnipotent assessor. Reviewing the roles, the nursing group meets other images of the health professional caregiver, as a partner in the care and who is afraid and needs being held in the lap. Taking on each other's role, suffering with the sufferings of a family member and being received by the colleague health professional caregiver. At the third stage, the nursing group shows itself in the interactions interacting in a differentiated way and under the protection of the instructed; the mechanic mask. Proposing possibilities, the nursing group interacts with solidarity. Transits from the mechanic care to the organic, proposing; establishing dialogue, being sympathetic, respecting the health professional acompa, allowing each other without apprehension of judgement, to facilitate the inclusion, explicit roles and taking on each other's role. The reflections that emerged, from this mentioned experience, assistant convergent research, lead me to understand that it becomes necessary, to create breathers with the aim of making our fears, sadness and also our truths relative, looking for a collective living, that many times, it seems far from being pacific, but different, because it's through interaction of differences, that we give significance to the meanings, symbols, beliefs, values and we rescue the delight doing nursing. I understand that this experience contributes to the nursing group professional daily tasks, in the sense of looking for a better understanding of the process of taking care together with the hospitalized human being and his family, when a acompanhante is a health professional, since this shows as a gap in the studies developed up to the moment. Apart from that, this understanding has as an aim to provide a better assistance, in the sense of being looking for, with each other, possibilities of healthier interactions.

**Key Words:** Nursing group. Health professional caregiver. Interaction. Daily Life.



THOLL, Adriana Dutra. **Lo que está atrás del escenario de lo cotidiano: la interacción entre el equipo de enfermería y el acompañante profesional de la salud.** 2002, 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo general, contribuir para una mejor interacción entre el equipo de enfermería y el acompañante profesional de la salud que vivencia lo cotidiano de la hospitalización de un familiar. Buscando contemplar los objetivos de este estudio, me apoyé en una manera de abordar interaccionista, fundamentada en el interaccionismo simbólico, tanto como en otros autores, pudiendo destacar Michel Maffesoli. Adopté una metodología cualitativa, desarrollando una práctica caracterizada como investigación convergente asistencial, utilizando los talleres como estrategia. El escenario de estudio fue en una unidad de internación pediátrica de un hospital del estado de Santa Catarina, teniendo como protagonistas, once servidores del equipo de enfermería. El estudio fue desarrollado en diciembre del 2001. Al definir el camino metodológico, desarrollé un proceso de interacción en enfermería integrado por tres momentos: conociendo lo cotidiano del equipo de enfermería; el equipo de enfermería, definiendo la situación de interactuar con el acompañante profesional de la salud en lo cotidiano de la hospitalización de un familiar, repensando sobre lo cotidiano del equipo de enfermería y proponiendo posibilidades de interacción. Conociendo lo cotidiano del equipo de enfermería, que se presenta como un despertar de emociones; trae alegría; es gratificante; es placentero; sin embargo es muy triste también y preocupante. Lo cotidiano, significando enfermería, es equipo, es cuidar, es trabajo, es trabajar con, es rutina, pero es distracción también. En el segundo momento, definiendo la situación de las interacciones entre el equipo de enfermería y el acompañante profesional de la salud en lo cotidiano de la hospitalización de un familiar, se observó que al definir los papeles al acompañante profesional de la salud, el equipo construye las imágenes de evaluador pesado; exigente; ser superior; abusador; más sensible; delicado y grosero; omnipotente. Al revisar los papeles, el equipo de enfermería encuentra otras imágenes del acompañante profesional de la salud, como: compañero en el cuidado y el que tiene miedo y necesita ayuda. Al asumir el papel del otro, el equipo encuentra su propia imagen y se percibe cambiando papeles, sufriendo con el sufrimiento del familiar y siendo recibido por el colega profesional de la salud. En el tercer momento, el equipo de enfermería se muestra en las intenciones interaccionando de modo diferenciado y bajo la protección del instituido: la máscara de lo mecánico. Al proponer posibilidades, el equipo de enfermería interactúa con solidaridad. Transita del cuidado mecánico al orgánico, proponiendo establecer diálogo; ser comprensivo; respetar al acompañante profesional de la salud; permitirse al otro sin recelos de juicio, facilitar la inclusión; explicar papeles y asumir el papel del otro. Las reflexiones que emergieron, a partir de esta práctica dicha, investigación convergente, asistencial, me lleva a comprender que, se hace necesario, crear “respiraderos” con el objetivo de relativizar nuestros miedos, angustias y también nuestras verdades, buscar un vivir colectivo, que muchas veces, se muestra lejos de ser pacífico, pero diferente, pues es a través de la interacción de las diferencias, que damos significados a los sentimientos, símbolos, creencias, valores y rescatamos el reencantar del hacer enfermería. Entiendo que esta práctica contribuyó para lo cotidiano profesional del equipo de enfermería, en el sentido de buscar mayor comprensión del proceso de cuidar junto al ser humano internado y su familia, cuando el acompañante es un profesional de la salud, ya que eso se muestra como una brecha en los estudios desarrollados hasta el momento. Aparte de eso, esta comprensión tienen por finalidad propiciar una mejor asistencia, en el sentido de estar buscando con el otro, posibilidades de intenciones más saludables.

**Palavras clave:** Equipo de enfermería. Acompañante profesional de la salud. Interacción. Cotidiano.

## SUMÁRIO

1 DANDO INÍCIO À TEATRALIDADE DO COTIDIANO .....	12
1.1 Reconstruindo a cena .....	13
1.2 Definindo os objetivos da prática convergente assistencial.....	18
2 DA PROBLEMATIZAÇÃO À REVISÃO DA LITERATURA .....	20
3 DEFININDO O REFERENCIAL TEÓRICO .....	31
3.1 Pressupostos.....	36
3.2 Conceitos .....	37
4 ROTEIRO METODOLÓGICO .....	43
4.1 Definindo um caminho metodológico: Processo de Interação em Enfermagem (PIE) ..	44
4.1.1 Primeiro Ato - Conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem.....	45
4.1.2 Segundo Ato – A equipe de enfermagem definindo a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.....	45
4.1.3 Terceiro Ato - Repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades de interação.....	45
4.2 Conhecendo o Cenário do Processo de Interação em Enfermagem.....	46
4.3 Conhecendo os Protagonistas do Processo de Interação em Enfermagem.....	47
4.4 Estratégias para desenvolver o Processo de Interação em Enfermagem.....	48
4.5 Registrando o Processo de Interação em Enfermagem.....	49
4.6 Analisando o Processo de Interação em Enfermagem e Consolidando a Prática Convergente Assistencial.....	51
5 EM CENA: O PROCESSO DE INTERAÇÃO EM ENFERMAGEM .....	53
5.1 Primeiro Ato - Conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem .....	55
5.2 Segundo Ato – A equipe de enfermagem definindo a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar. ....	59
5.3 Terceiro Ato - Repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades de interação.....	62
6 O COTIDIANO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	66
6.1 Despertar de Emoções.....	67
6.2 Significando Enfermagem.....	72

7 TRANSITANDO POR PAPÉIS: a equipe de enfermagem atribuindo os significados ao acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar .....	80
7.1 Definindo o Papel: identificando imagens .....	81
7.2 Revisitando Papéis: encontrando uma outra imagem .....	90
7.3 Assumindo o papel do outro e encontrando sua própria imagem: a equipe de enfermagem no papel de acompanhante de um familiar no cotidiano da hospitalização	92
8 A ENFERMAGEM MOSTRANDO-SE E PROPONDO POSSIBILIDADES DE INTERAÇÃO: O COTIDIANO REPENSADO .....	
8.1 Mostrando-se nas interações .....	100
8.2 Propondo possibilidades de interação .....	1012
9 SOB OS REFLETORES: A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL A PARTIR DE UM REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO INTERACIONISTA .....	110
10 SAINDO DE CENA COM UM OLHAR ESTETICAMENTE ORGÂNICO.....	121
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	130
12 ANEXOS .....	138
ANEXO 1 .....	139
ANEXO 2 .....	140
ANEXO 3 .....	141



- 1 -  
DANDO INÍCIO À TEATRALIDADE  
DO COTIDIANO

## 1.1 Reconstruindo a cena

Cuidar... Acompanhar significa uma atitude de ocupação e envolvimento afetivo com o outro (baseado em BOFF, 1999). Acompanhar um familiar hospitalizado é mais que uma simples existência presencial; é compartilhar sentimentos, sejam eles bons ou ruins, é trazer para quem está no hospital carinho, segurança, atenção, alegria... É aproximá-lo do convívio familiar... É sentir-se bem pelo simples fato de “estar com”.

Acredito que a família é o primeiro cuidador e fonte do apoio social, emocional e espiritual, podendo ser co-responsável pela recuperação do cliente, pois identifica a maioria das vezes seus medos e receios, buscando uma forma de diminuir a ansiedade e o desconforto gerado durante a internação hospitalar.

Laurete; Echer e Unicovsky (1998) afirmam que o acompanhante, seja amigo ou familiar, para o cliente hospitalizado, é uma necessidade de segurança emocional, podendo exercer grande influência no sentido de contribuir para a melhoria do cliente e de sua adaptação ao ambiente hospitalar.

O motivo que me levou a me interessar por este assunto foi o fato de ter vivenciado de um modo um pouco traumático, uma situação comum entre nós, porém muito pouco discutida, ser acompanhante profissional da saúde.

O mundo do hospital é uma realidade dolorosa e difícil para o cliente hospitalizado provocando um impacto inicial, desestruturando a vida por completo, tendo que se reorganizar interna e externamente para circular neste novo mundo. Neste processo, a equipe de enfermagem assume papel de mediador entre a família e o mundo do hospital (MOTTA, 1997).

Percebemos que o acompanhante nem sempre é bem visto dentro das instituições hospitalares, pois aos olhos da equipe de saúde em especial da enfermagem podem dificultar as rotinas instituídas. Além disto, quando o acompanhante é profissional da saúde, a equipe também pode vê-lo como o questionador das condutas e dos procedimentos a serem realizados. Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem em muitos momentos pode interpretar o acompanhante profissional da saúde como um fiscalizador, que faz cobranças e que interfere na conduta e nos procedimentos realizados junto ao cliente internado, conduzindo-os então a situações conflituosas e frustrantes.

Pierezan (2001) vem ao encontro desta afirmação, quando identifica em seu estudo com acompanhantes, a relação de poder entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia a hospitalização de um familiar, através do seguinte relato de um acompanhante “Quando tu não abres a boca para falar o teu grau de escolaridade, o tratamento é diferente. Quando tu dizes que és da área da saúde, o tratamento muda na tua frente” (p.59).

Penso que ser profissional da saúde e ter um familiar internado é vivenciar um misto de experiências gratificantes e de sofrimento. Gratificante quando podemos participar da recuperação daquele que consideramos ser fundamental a nossa existência; quando a oportunidade de ser-lhe útil, de acariciá-lo, pelo simples fato de “ser estar junto”. Sofrimento, quando não encontramos nos companheiros de profissão o entendimento de nossas angústias e fraquezas, e quando somos interpretados como observadores de erros, competidores, como alguém que reclama todo o tempo do cuidado prestado.

Um certo tempo depois, fazendo a leitura de um clássico da literatura sobre a situação do familiar que acompanha um paciente adulto, sugerida no exame de qualificação do projeto de dissertação de mestrado, pelas professoras Ingrid Elsen Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Ana Izabel Jatobá de Souza encontrei, a vivência de uma colega enfermeira Maria Celsa Franco (1988) que, ao passar pela experiência pessoal como acompanhante de alguns familiares e, percebendo uma certa indiferença e resistência por parte da equipe multiprofissional face à presença do acompanhante na unidade de internação, desenvolveu um estudo sobre acompanhantes.

Para minha surpresa, os sujeitos desta pesquisa, acompanhantes de familiares hospitalizados, colocaram que acompanhar um familiar: significa um misto de experiências que lhe conferem gratidão e sofrimento ao mesmo tempo. Consideram a experiência gratificante pela oportunidade que lhes é dada de: assegurar o seu apoio, solidariedade, conforto, carinho, força e coragem ao seu familiar internado; ser-lhe útil, atendendo às suas solicitações, auxiliando-o em suas dificuldades e colaborando na execução de seus cuidados, além de compartilhar com o paciente suas dores e alegrias”.

Por outro lado, o acompanhante sofre pelos transtornos emocionais e desgastes físicos a que são expostos, na maioria dos casos, devido às circunstâncias estressantes provocadas pela própria enfermidade e hospitalização na família, dificuldades em conciliar suas responsabilidades de casa, família e trabalho, preocupações com os resultados dos exames, tratamentos e perspectivas de recuperação do paciente e, finalmente, pelo fato de passarem mais de 24 horas

lidando com o paciente, sem os intervalos ou condições adequadas para repouso (FRANCO, 1988, p. 115).

Analisando estas duas vivências, percebe-se que no cotidiano da hospitalização, o acompanhante muitas vezes, mergulha num mar revolto de tristeza, decepção, incerteza, limitação, insensibilidade e medo. Tristeza, pelo fato de ser percebido como personagem vilão, que atrapalha, questiona demais e modifica a rotina instituída; decepção, quando não se encontra no profissional da saúde o apoio e o esclarecimento de suas dúvidas; incerteza, pelo amanhã sombrio; limitação, pelo fato de não poder transcender os laços de afetividade com o familiar no cotidiano da hospitalização, pois as normas e as rotinas existem; insensibilidade, quando o cuidado expressa um olhar generalizante e homogeneizante, para todos, ofuscando assim, a especificidade do ser humano; medo, quando se enfrenta a possibilidade da perda e quando a presença do acompanhante não é desejada.

No transcorrer de minha vida, sempre acompanhei minha mãe em suas consultas médicas, exames e tratamentos. Somos em três filhos, mas pelo fato de ser da área da saúde, me sinto responsável em estar acompanhando, orientando e intervindo no processo de saúde e doença dos meus familiares. Aos olhos destes, percebo que esta “responsabilidade”, também é dirigida a mim, no sentido de estar presente durante este processo, cuidando, confortando, facilitando a compreensão tanto para minha mãe, quanto para os outros familiares e ainda, identificando as possíveis eventualidades que possam surgir, pois o fato de ser um profissional da saúde, me facilitaria esta identificação. O desejo de acompanhar minha mãe vai muito além da “responsabilidade” de ser um profissional da saúde, acompanhá-la, é sentir a necessidade de estar junto, compartilhar nossas queixas, sentimentos, alegrias e tristezas.

Embora muito alegre e peralta, minha mãe procura não deixar transparecer, que por detrás daquela “fortaleza” existe uma “garotinha” que desde os seus vinte e oito anos, vem apresentando sucessivos quadros de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Arritmia, Edema Agudo de Pulmão (EAP), alergia... Em meio desses acontecimentos realizou troca de Válvula Mitral e entre outras cirurgias. Por conta dessas ocorrências e por a considerarmos nosso referencial de vida e de família, buscamos estar sempre muito próximos, cercá-la de carinho, atenção, cuidados e “mimos”.

Foi em uma de suas internações que vivenciei um dos momentos mais difíceis da minha vida enquanto ser humano, filha e enfermeira. Situação que colocou a prova minhas crenças, virtudes, valores e a escolha pela profissão.

Durante o transporte para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) solicitei ao médico que, autorizasse minha permanência durante a internação, pois sempre a acompanhei e que havia a necessidade de estarmos juntas naquele momento, tentando mantê-la tranqüila e segura. Prontamente, o médico entendeu a necessidade e autorizou sua permanência.

Chegando na UTI, fui abordada de forma agressiva por uma colega de profissão que, naquele momento, não havia se identificado, mas foi logo falando “*familiar do lado de fora*”. Tentei explicar que era enfermeira, que o médico havia autorizado e que iria conversar também com a enfermeira, quando a mesma falou “*eu sou a enfermeira e ninguém pode acompanhar paciente aqui dentro, isto é uma norma*”. Continuei seguindo, pela necessidade de estar junto com minha mãe e a enfermeira argumentando contra a minha presença naquele local.

Percebendo o impasse gerado, minha mãe pediu que eu me retirasse, neste momento, o médico intensivista, também presente solicitou-nos, a mim e a enfermeira, para acompanhá-lo à sala anexa e, disse à enfermeira: “*qual o problema, se você estivesse no lugar de sua colega enfermeira, você não gostaria de ter o mesmo privilégio de estar com sua mãe num momento tão difícil como este?... Você sabe qual a diferença entre a enfermagem e a medicina? É que a medicina tem corporativismo e a enfermagem não, então pare de empombar e deixe-a ficar*”. Então passamos à noite juntas.

Durante esta noite fui “cuidada”, por uma auxiliar de enfermagem, que muito gentilmente se sensibilizou com a situação, pediu desculpas pela atuação da enfermeira, colocando que esta era assim mesmo. Ofereceu uma colcha para forrar o assento e o encosto da cadeira e um lençol para me cobrir, pois fazia muito frio naquela noite. Em vários momentos, este ser especial se aproximava e perguntava “*está tudo bem com você? Sua mãe está mais tranqüila agora, descanse um pouco*”. A esta auxiliar de enfermagem devo muita gratidão e respeito.

Ao amanhecer, a enfermeira se aproximou, colheu uma gasometria e disse “*amanhã cedo você vai conversar com a chefia deste setor*”. Trocou o plantão e os acontecimentos foram semelhantes, da forma como a chefia interpretou a situação referida pela enfermeira, ela agiu sem me dar oportunidade de expressar meus sentimentos.

Tentei uma aproximação com a chefia, solicitando autorização para auxiliar no banho e oferecer o café para minha mãe, mas foi difícil a compreensão por parte desta, que indagou “*você não pode dar banho e nem oferecer o café à sua mãe, porque se acontecer algum*



*problema com sua mãe eu serei a responsável, como também você deve ir agora para casa, pois aqui você não pode ficar, é um local restrito, que você deve respeitar o horário de visita*". Então me retirei, mas deixando ali todo o meu apreço pela enfermagem.

Passado algum tempo, nos corredores de uma Faculdade de Enfermagem encontrei a auxiliar de enfermagem que, para a minha surpresa, será minha aluna nos próximos períodos. Foi um reencontro emocionante, nossos olhos ficaram marejados ao recordarmos aquela noite e, mais uma vez fiquei surpresa com o seu comentário "*depois daquela noite, surgiu uma situação semelhante a sua, a mãe de um médico internou e seu filho tinha livre acesso a UTI, a enfermagem, não se opôs em nenhum momento, e então, aquele intensivista em uma conversa informal com a enfermagem, perguntou: porque, que uma enfermeira não pode acompanhar sua mãe durante a internação nesta unidade e um médico pode? Qual a diferença? Acho que o que falta é corporativismo na enfermagem*". De acordo com a auxiliar de enfermagem, a partir daquela conversa, a equipe de enfermagem flexibilizou um pouco, o acesso dos familiares acompanhantes profissionais da saúde.

Curiosamente, chama-me atenção "o respeito" que a equipe de enfermagem tem pelo profissional médico. A partir de minhas inquietações sobre o poder da subordinação do médico sobre a enfermagem e através de algumas reflexões com a banca de qualificação percebi que existe algo além do respeito, há o medo de enfrentar este profissional que, culturalmente e simbolicamente tem um significado atribuído pela sociedade como o dono do conhecimento, o profissional inquestionável, incapaz de erros e que não gosta e não pode ser incomodado. Neste pensar, compreendo que o medo está intimamente ligado a falta de uma estrutura sólida, que a chamo de conhecimento, pois, quando pouco instrumentalizado, o profissional tende a entrar em conformidade, para não expor suas limitações.

Através do apoio e carinho dos meus colegas de profissão, compreendi que aquele momento foi sofrido, mas foi também, de crescimento enquanto ser humano e enfermeira. Depois de muita reflexão acerca do que havia vivenciado, resgatei a minha estima pela enfermagem, mas com o propósito de transformar esta vivência numa possibilidade de um cuidado sensível e aberto às necessidades de quem está do outro lado; o paciente, a família e o acompanhante profissional da saúde. Esta reflexão vem ao encontro do que é colocado por Morin (2001), o inesperado surpreende-nos... É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar. Não podemos jamais prever como se apresentará, mas deve-se esperar sua chegada, ou seja, esperar o inesperado. E quando o inesperado se manifesta, é preciso ser

capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato novo entrar na teoria, sendo incapaz de recebê-lo.

Acredito ser possível interagir com os acompanhantes, a partir da compreensão de que a família contribui com sentimentos de afetividade como proteção e que equipe de enfermagem, além destes aspectos, traz seu conhecimento técnico-científico. Deste modo, a tarefa de cuidar, quando voltada para a ação compartilhada, que é a recuperação do paciente internado, pode fazer brotar uma cascata de sentimentos enriquecedores tanto em quem cuida, como em quem é cuidado.

Foi através desta vivência, como acompanhante de um familiar hospitalizado, presenciado situações semelhantes a minha, em meu local de trabalho, bem como ouvindo “desabafos” com colegas de trabalho que acompanharam familiares internados, que surgiu um forte interesse em realizar este estudo durante o desenvolvimento do curso de mestrado, trazido com a finalidade de responder a questão: **como desenvolver uma prática, adotando a Pesquisa Convergente Assistencial, a partir de um referencial metodológico interacionista, junto à equipe de enfermagem que interage com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar?** Para tal, fundamentei-me no Interacionismo Simbólico e em diferentes autores, bem como Michel Maffesoli, adotando uma metodologia qualitativa, utilizando as oficinas como estratégia.

## **1.2 Definindo os objetivos da prática, adotando-se a pesquisa convergente assistencial**

Buscando responder nossa questão norteadora, elaborou-se os seguintes objetivos:

### **OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para uma melhor interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, a partir de um referencial teórico metodológico interacionista.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Selecionar e organizar um referencial fundamentado na perspectiva interacionista;

- Propor e desenvolver uma prática, adotando-se a pesquisa convergente assistencial, junto à equipe de enfermagem que interage com acompanhantes familiares profissionais da saúde, no cotidiano da hospitalização;
- Compreender o cotidiano da equipe de enfermagem que interage na hospitalização;
- Compreender o significado de interagir com familiares profissionais da saúde, no cotidiano da hospitalização;
- Identificar possibilidades para uma melhor interação entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes profissionais da saúde, a partir de um repensar do cotidiano.

Deste modo, acredito que melhorando a interação, também podemos melhorar a qualidade do cuidado prestado no sentido de estar mais sintonizado com as necessidades daqueles que são cuidados, saindo como diria Nitschke (1999), da “lógica do dever ser” para a “lógica do ser preciso”, ou seja, abrindo possibilidade do instituinte relativizar o instituído.

- 2 -  
DA PROBLEMATIZAÇÃO  
À REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente, a enfermagem bem como, outras profissões que atuam no cuidado vêm sofrendo transformações no seu cotidiano. Inicialmente os cuidados desempenhados pela enfermagem eram exclusivamente técnicos e o cliente era mero expectador de sua própria condição de doente. Passivamente aguardava os horários atribuídos pela instituição que delimitava suas atividades durante o período de internação, sem mesmo ter o direito de ser acompanhado por um familiar.

A partir de diferentes estudos que resgataram a subjetividade e a emoção como importantes fatores de apoio à recuperação da saúde, buscou-se resgatar as habilidades, potencialidades e significados, e o cliente passou a ser membro participativo do processo do cuidado, trocando experiências e sugerindo melhorias no atendimento, trazendo a tona uma necessidade, às vezes reprimida, da presença do acompanhante neste processo.

O acompanhante surgia como alguém capaz de proporcionar ao cliente sensação de bem estar e segurança. Neste contexto, a família chega com representatividade frente à necessidade do acompanhante para o cliente internado.

Franco (1988) coloca que o acompanhar é constituído por três fases distintas, embora intimamente inter-relacionadas. A primeira fase corresponde ao período de ajustamento ao ambiente hospitalar. O familiar tem que se adaptar rapidamente, não só ao local, como às pessoas, usuários, funcionários do serviço e às coisas que estão ao seu redor. Por essa razão ele se encontra reservado, ansioso, temendo o que poderá acontecer com o paciente e consigo mesmo, apresenta respostas evasivas e cautelosas, simula que está tudo bem. Procura situar-se, observa tudo ao seu redor, tenta descobrir pontos de apoio para as horas de maior necessidade. Com a sensação de ser ignorado, de que as pessoas, em sua pressa, entram e saem e não o percebem ou “ligam para ele”, então ele se retrai em seu mundo de dúvidas, incertezas e fantasias. Estas são as características correspondentes aos dois primeiros dias de experiência no hospital.

Na segunda fase, o acompanhante já se mais relaxado, mais familiarizado com o hospital, caracterizando-se por sua espontaneidade ao expressar seus sentimentos, entre eles, o medo de represálias da equipe sobre o paciente, por algum motivo relativo às suas atitudes que não sejam do agrado da equipe. Após 36 ou 48 horas ininterruptas de vigília junto ao paciente, estes começam a manifestarem sinais de cansaço físico e psicológico, com tendência a se desligarem de tudo repousar.

A terceira fase corresponde aos últimos dias que antecedem a alta do paciente, período que o acompanhante procura desenvolver um relacionamento amistoso com a equipe, independentemente do tipo de alta. Sua conduta caracteriza-se pela alegria de uma alta curada ou melhorada do paciente, ou ainda pelo trauma de uma alta piorada ou por óbito do familiar. De qualquer modo, ele prefere esquecer qualquer queixa ou mágoa, decepção ou revolta que tenha sofrido. Seu desejo agora é ficar bem com todos, portanto, toma a iniciativa de desculpar os que não correspondem às suas expectativas e pedir desculpas pelos momentos de reações indesejáveis.

Soares e Fraga (2000) afirmam que a presença do acompanhante é um dos fatores que ajudam a amenizar a problemática da hospitalização, pois gera maior segurança psicológica para o doente e seus familiares, sendo que estes se sentem melhor estando próximos do doente, prestando-lhe assistência física e emocional.

Conforme Moreira (2000), para o acompanhante, tanto o medo de perder, como o estar em casa e não poder fazer nada pelo doente se manifestam por um desejo ardente de estar junto, participando do processo de hospitalização, pois os sentimentos são traduzidos em meios de satisfação, tranquilidade e reciprocidade entre o acompanhante cuidador e o cliente fragilizado. Soares e Fraga (2000) complementam esta idéia descrevendo que os acompanhantes dão importância à sua presença em função do equilíbrio psico-emocional que é proporcionado tanto para o cliente quanto para si mesmo.

Acompanhar alguém num espaço de tempo é fazer parte da existência do outro... É participar dos mesmos sentimentos... É unir-se, aliar-se e associar-se ao outro (baseado em MOREIRA, 2000).

Para Lauret; Echer e Unicovsky (1998), a necessidade de acompanhar, estar presente com seu “ente querido” é tão grande e tão importante, que este acaba relegando seus próprios problemas e responsabilidades para um segundo plano, para ficar à disposição, objetivando amenizar a insegurança, tristezas e a falta dos seus. Segundo Nitschke (1999b), o prazer de estar junto com quem te faz sentir bem, que é expresso em várias situações é tão significativo que se acentua inclusive num não querer ir embora.

Para Althoff (2001), querer viver com o outro é manifestado pelos membros da família ao desejarem uma relação de afeto, confiança e dedicação. Isso conduz ao anseio de querer viver junto, em família... As manifestações de afeto carregam o sentimento de amor, demonstração pela vontade de estar junto, tocar carinhosamente, demonstrar admiração e

respeito. No processo de viver das famílias, essas condutas quando estão presentes, promovem um fortalecimento dos vínculos entre os membros, fazendo-os se sentirem mais ligados emocionalmente, e revelam uma sensação de bem estar.

Demonstrar afeto ao tocar carinhosamente o outro e manter o contato com os membros da família, em situação de hospitalização, formam ligações que aproximam e revelam o desejo de estar junto e querer bem... O afeto estabelecido nas relações entre os membros da família tem um significado especial de vinculação, de querer estar junto, participar e se envolver (ALTHOFF, 2001).

Mesmo com toda essa gama de sentimentos e significados do ser acompanhante muitas vezes este não é compreendido. Laurete; Echer e Unicovsky (1998) percebem que em nossa prática cotidiana o acompanhante nem sempre é aceito pela equipe de enfermagem. Parece que sua presença é mais uma idéia de fiscal da qualidade do cuidado que estamos prestando, do que um colaborador, um aliado da enfermagem e principalmente o acompanhante do cliente... Os efeitos do papel “ser acompanhante” são mais negativos para a equipe de enfermagem do que propriamente para o cliente.

Para o acompanhante que é familiar e profissional da saúde esta realidade não é muito diferente, embora os objetivos sejam os mesmos, estes, por vezes, são interpretados mais acentuadamente como “observadores de erros”, como “alguém que faz cobranças” e que “reclama o tempo todo do cuidado prestado”.

À medida que a equipe de enfermagem apoiar, dar atenção e compreender o acompanhante profissional da saúde será possível compartilhar os sentimentos e significados de se acompanhar um familiar hospitalizado, possibilitando assim, interações para um viver saudável entre ambos. Segundo Althoff (2001), olhar para o outro com atenção é uma maneira de interagir... Reconhecer o outro como participante da vida comum indica influência mútua entre as pessoas, uma relação de interação.

Neste pensar, Costenaro; Daros e Arruda (1998) colocam que o valor da atenção, de um cumprimento, de um olhar, de um gesto que, às vezes, é tão simples para uns, mas que representa muito para outros... Atenção implica em receber apoio nas mais variadas situações, pois o acompanhante, bem como a família sentem-se sozinhos e inseguros, quanto ao futuro, muitas vezes incerto... Atenção é muito mais que se voltar para alguém, é interagir, é ouvi-lo, é dar carinho, é ser afetuoso.

É necessário que se esteja atento a estes sentimentos e significados, ora explicitados, ora omitidos. Possibilitar o convívio familiar em situação de hospitalização é promover um “viver

saudável”, é sentir-se bem, por compartilhar espaços com alguém que não seja nós mesmos. Para tanto, é importante que se conheça o significado de ser família. De acordo com o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família - GAPEFAM, citado por Nitschke (1999a, p.220) família é:

Uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, de interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vivem em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Definem objetivos e promovem meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros.

Como unidade primária do cuidado, a família é um espaço social no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apóiam-se mutuamente e envidam esforços na busca de soluções para os mesmos. A família é um grupo social dinâmico, cuja concepção varia de acordo com a cultura e com o momento histórico, econômico e social (BIELEMANN, 1997).

A mesma autora descreve, ainda, que o comportamento da família é influenciado tanto pela história construída no seu interior como também no contexto em que vive. Ao envolver-se no processo de saúde e doença tem suas características de pensar e agir, influenciados por um simbolismo que direcionará suas ações de cuidado ao familiar doente. É uma unidade com necessidades e problemas que variam de acordo com a situação experienciada. Frente à doença de um de seus membros, a família pode passar por vários momentos de enfrentamento, sendo capaz de reestruturar-se face à nova realidade. Busca no seu próprio seio e nas relações com o meio externo apoio para o familiar doente.

A família sofre frente à internação de um familiar, desestrutura todo o seu meio enquanto unidade de conforto e é através da presença física, do toque e do aconchego, que a mesma busca forças para reencontrar equilíbrio emocional, na tentativa de amenizar as angústias, medos e aflições do ser doente.

Bellato (2001) afirma que a presença da família traz certa ‘normalidade’ à vida do hospital, impregnando-a com um perfume da casa, tão conhecido dos nossos sentidos. A presença daqueles a quem se ama, restitui o bem estar, a sanidade que a distância coloca em perigo. Reatam-se laços com a vida doméstica, temporariamente afrouxada pela



hospitalização, mas de forma alguma rompidos, visto estarem presentes nas lembranças e nos afetos que se partilha.

Hanson e Boyd, citado por Althoff (2001) colocam que a família tem sido considerada o ambiente ou contexto do indivíduo, quer dizer, quando o foco da enfermagem está direcionado para o cuidado do ser humano, em muitas situações de saúde e doença, a família pode ser vista como recurso ou estressor para esse indivíduo. Dentro desta percepção, entendo como família recurso, a família que contribui para a recuperação e o bem estar do paciente hospitalizado transmitindo-lhe segurança, conforto, carinho, ou seja, aquela que harmoniza o cotidiano da hospitalização preenchendo o vazio deixado pelo afastamento do ambiente familiar. Como família estressor, entendo que é aquela que assume a postura fiscalizadora e questionadora dos procedimentos e condutas realizadas ao paciente internado. Fazendo uma ponte com a nossa realidade, percebe-se que essa visão ainda permanece presente no cotidiano de trabalho da enfermagem, mas observa-se um crescente interesse da enfermagem em cuidar também da família, a partir da tese de doutorado de Elsen (1984).

Wright e Leahey (1993) abordam que existem dois tipos principais de práticas que envolvem famílias que incluem duas formas: *a Enfermagem Familiar*, ou seja, aquela na qual o indivíduo é o foco e a família, o contexto; aquela que tem o foco no familiar tendo o indivíduo como contexto. Finalmente tem-se *a Enfermagem de Sistemas Familiares*, que enfoca a família como unidade de cuidado, com suas interações.

Estas tendências vêm ao encontro das abordagens descritas por Elsen e Patricio (1995) quando definem três tipos de abordagens às crianças hospitalizadas e suas implicações para a enfermagem como: *Abordagem centrada na patologia da criança*, *abordagem centrada na criança* e a *abordagem centrada na criança e sua família*, sendo esta última enfatizada pelas autoras, como a mais recente e a menos encontrada nas instituições hospitalares, no qual a intervenção é determinada não apenas como um agravo psicológico à criança, mas também como possível trauma para a família que necessita de apoio da equipe de enfermagem. A família ocupa uma posição central nesta abordagem, sendo ao mesmo tempo, o foco da assistência e estimulada a ser unidade básica dos cuidados à saúde de seus membros.

Frente a estas tendências e abordagens e, de acordo com minhas crenças e valores, acredito que o caminho a ser trilhado é o buscar meios que traduzam a satisfação comum. Maffesoli, apud Nitschke (1995, p.79), complementa este pensamento descrevendo, que “é por meio do coletivo que cada um envolve e esse tal envolver, por sua vez, irriga o bem estar comum”. O enfoque está na interação e na reciprocidade entre familiares e a enfermagem,

tendo em vista que o conceito de cliente não se restringe apenas no indivíduo, mas vai além, abrangendo a família como unidade cuidadora. Gomes e Lunardi Filho (2000) relatam que a família é um cliente que possui necessidades e que procura na enfermagem apoio e ajuda na busca por sua saúde e sua autonomia.

Bellato (2001) coloca que a doença descentraliza o cotidiano, pondo à prova a independência dos membros da família, desestruturando toda a existência do ser humano, sendo que a hospitalização promove o afastamento da pessoa doente de sua quotidianidade e de tudo o que ela representa.

A autora descreve ainda que o ser/estar junto e a complementaridade marcam o viver cotidiano, especialmente nas famílias em que seus membros vivem uma socialidade plural, manifestada tanto no apoio afetivo como naqueles de outra ordem. A doença pode afetar temporariamente, a estrutura familiar, mas aí também se busca força para se reencontrar o equilíbrio físico ou, quando isso não for possível, pelo menos a tranquilidade.

Nesta perspectiva, Nascimento (1995) descreve que a análise do cotidiano comporta, sim, uma predisposição por parte do observador, para compreender; um estar atento, um olhar atento, dirigido ao outro para nele penetrar, buscando o significado de sua ação, do ser-estar junto e no meio.

Neste pensar, percebe-se na maioria das vezes que, o cotidiano da enfermagem fecha-se para rotinas instituídas, passando por despercebido os significados das interações com o cliente/família. Resende (1997) afirma que o cotidiano não é apenas o lugar da repetitividade e da rotina, porque assim, afastamos a possibilidade do imprevisível. Passamos a ver este dia a dia sem emoções e perde-se o gosto da surpresa... Encaminhar de forma mais sedutora o nosso cotidiano, descobrir os respiradouros sociais, capazes de restaurar nossas energias, de oxigenar a arte de fazer uma profissão em hipóxia: para tal é necessária disposição e audácia. Audácia para rever este cotidiano pleno de riquezas e também, caótico, fascinante e surpreendente.

Nascimento (1994) enriquece este pensamento, colocando que viver bem com o cotidiano da enfermagem, não é só abrir os olhos, mas de até mesmo, de fechá-los um pouco, para poder sentir o que se passa ao lado utilizando mais a paixão, o prazer e menos, a razão.

É nessa perspectiva que Nitschke (1999b) afirma que a socialidade que privilegia o afetivo, mostra-se a todo momento no trabalhar com famílias mergulhando no seu mundo,

pois vê-se o profissional colocando-se mais como pessoa, inclusive exercitando o “assumir o papel do outro”.

Costenaro; Daros e Arruda (1998) consideram importante que os profissionais de enfermagem repensem os seus modos de assistir o cliente e familiar, intensificado as ações, procurando ser mais tolerantes e compreensivos. Faz-se necessário muitas vezes, o desenvolvimento de um sentimento empático, pois assim compreenderão melhor o comportamento de quem acompanha um familiar hospitalizado.

Wolff (1996) afirma que o cuidado de enfermagem pode vir ao encontro das expectativas do ser humano é necessário e importante que o profissional seja possuidor não só de habilidades, mas que tenha uma atitude compassiva, respeitosa, empática e paciente com aquele a quem deseja cuidar, isto é, uma atitude facilitadora da comunicação entre ambos. Portanto, é fundamental que o profissional saiba quem é este ser que deseja cuidar e que compreenda que o estado de satisfação do cliente é obtido também através da atenção dispensada ao seu acompanhante. Na verdade, o profissional amplia seu papel passando a ter no mínimo dois clientes com necessidades distintas, mas com o desejo de estarem juntos.

Nitschke (1999b) em seu estudo com famílias das Tribos da Lagoa, faz alguns sinais de alerta para os profissionais do cuidado. Primeiro, o cuidado que é essência da enfermagem também é elemento na constituição do ser família. Assim, é importante estar atento, pois em algum momento, podemos até fazer parte de algumas famílias com quem trabalhamos, pois as cuidamos. Segundo, a família é sujeito do cuidado de si, enquanto rede de interações, e de seus membros. Ou seja, o cuidado não é exclusivamente da enfermagem, ou de outros profissionais. Deste modo, é preciso ter clareza sobre a relevância deste elemento no cotidiano da família, dando-lhe conteúdo.

Nitschke (1999a) afirma ainda, que é interessante que:

os profissionais se sensibilizem para tal, criando possibilidades para que os indivíduos e famílias em situação de hospitalização tenham a oportunidade de usufruir o direito de ter prazer, sendo que para tal é preciso apenas a flexibilidade de quem exercita a compreensão do outro... Assim, o profissional de saúde, que pode ser considerado o dono do saber em saúde, tendo portanto, o poder que lhe é conferido institucionalmente, precisa abandonar sua postura determinista e autoritária, abrindo-se para buscar a realidade daquelas famílias com quem trabalha, sem julgamentos, sem querer enquadrá-las em normas, pois correrá o risco de jamais se aproximar de sua realidade, e sem também conseguir realmente cuidá-las (p. 177 e 178).

Para tanto, é importante que as equipes de saúde, em especial, as equipes de enfermagem, estejam abertas para a compreensão dos gestos, olhares, expressões, falas e até

mesmo o silêncio que muitas vezes traduzem o mais profundo sentimento de quem está do outro lado, na função também de cuidador. Desta forma, estaríamos afastando as vendas, enxergando a realidade e compreendendo os sentimentos e as necessidades sob o ponto de vista do outro, e assim, estabeleceríamos abordagens interacionistas, com objetivos comuns. Neste pensar, Nitschke (1999b, p.176) refere:

vê-se profissionais da saúde, descidos do seu pedestal do saber em saúde para a terra firme do saber compartilhar. Abandonam-se títulos, para resgatar seu nome comum simplesmente. Vê-se depoimentos permeados de sentimentos. Trabalhar desta forma faz com que o profissional tire suas "couraças", estando menos formal, mostrando-se mais com ser humano, sem perder, é claro sua competência técnica. Digamos que a demanda é para um além da técnica, transpirando emoções"

Atentos ao dia a dia podemos constatar transgressões, astúcias, jogos duplos, os quais indicam pequenas (e eficazes) resistências que se instalam e minam diversos tipos de normatização (REZENDE, 1997).

Analisando o cotidiano, Maffesoli (1984) percebe a duplicidade, a máscara e o jogo duplo como meios de proteção contra as formas de absolutização na medida que permite a não contestação, mas a contornação dos valores que se mostram incômodos. Partindo dessa idéia, Nascimento (1995) descreve que a vida é um grande teatro, em que cada um representa papéis variados conforme a situação.

O fato de estar acompanhando um familiar quando se é um profissional da saúde, pode gerar insegurança à equipe de enfermagem, por entender que estão sendo observados e avaliados por um colega de profissão e acabam utilizando "máscaras de proteção", assumindo um comportamento agressivo quando questionados. Neste sentido, as "máscaras de proteção", na teatralidade cotidiana da enfermagem, se dá pelos diferentes papéis assumidos no decorrer da vida.

Maffesoli (1984) entende que as relações sociais são atravessadas de ponta a ponta por essa duplicidade protetora que combina, de um modo consciente ou quase inconsciente, a necessidade e os espaços de liberdade que permite. Outro aspecto importante a destacar é que a máscara é parte integrante do indivíduo e não um elemento que lhe é sobreposto, podendo dizer que também são papéis.

O autor acima descreve ainda, que tanto a duplicidade como o jogo duplo e a máscara se expressam na mesma teatralidade e valem-se da astúcia e do silêncio, tomando possíveis a resistência e a permanência da sociedade. A astúcia e o silêncio, organicamente ligados à

vida, são meios de existência e de resistência, abrindo brechas no espaço social dominado pelos poderes constituídos, permitindo a manutenção da identidade e do reconhecimento.

Teixeira *apud* Nitschke (1995) complementa esse pensamento, colocando que se pode compreender o conjunto social como um todo, ao mesmo tempo contraditório e ordenado, onde os indivíduos de forma ambígua, comportam-se de acordo com as normas estabelecidas, criando também suas próprias regras pontuais para cada situação.

Enfim, na teatralidade do cotidiano da enfermagem, a duplicidade, a máscara e o jogo duplo, são visivelmente encontrados em situações de ameaça e insegurança; e quando há uma significação, por vezes exagerada, aos papéis ou posições ocupadas, esses profissionais, utilizando-se das máscaras de poder ao se depararem com um acompanhante da mesma área. Estes papéis se dão pelas interações do dia a dia, proporcionando sentimentos que quando não são esclarecidos e trabalhados em nosso interior, passam por representar formas sociais de diferenciação e poder.

Considerado o conceito de Maurin, citado por Nitschke (1991), papel é um conjunto mais ou menos integrado de expectativas e valores relativos a comportamentos atribuídos a uma posição. O papel assim como a posição é por natureza social. Cada posição assume uma contra posição.

Através deste conceito, pode-se compreender que o papel social faz com que as pessoas em interação tenham expectativas acerca do outro, muitas vezes acoplados aos seus valores culturais, sociais e morais. Quando estas expectativas não são comuns, há uma quebra deste processo interativo, determinando situações conflituosas entre os envolvidos.

Para Maffesoli (1984) a vida cotidiana em seu aspecto mais banal é sujeita a imprevistos e as múltiplas potencialidades. Fourier, citado por Maffesoli (1984) assinala as “cinco forças sensuais”: gosto, tato, visão, audição, odor e as “quatro forças de afeição”: amizade, ambição, amor e família. Neste pensar, se faz necessário compreender as diferenças e buscar a complementaridade de papéis. Perceber a potência, como força interior que vem de dentro, que emerge intensivamente e resgatar o viver, se contrapondo ao poder, como essência social que fortifica as interações.

Sendo assim, faz-se necessário identificar e compreender os papéis de cada um, fazendo com que o poder instituído seja ignorado e a complementaridade de papéis seja pautada na arte de interagir, buscando-se compartilhar significados, sentimentos e valores.

Conviver com o outro, viver numa situação de ser-estar-junto, com um saber profissional que não se coloca como última palavra, mas sim como uma permanente disposição e abertura para o possível, mas não previsível, só pode enriquecer o frágil saber da enfermagem. Compreender e não necessariamente explicar, nos abre uma brecha oxigenadora para repensar nosso viver profissional em hipóxia (REZENDE, 1997).

Outro aspecto significativo que emerge neste cotidiano é a expressão do mundo imaginal que segundo Maffesoli (1995) é todo este mundo de interações, imagens, símbolos e imaginações no qual a vida social é moldada. Sendo um destaque de nossa contemporaneidade, a força da imagem que para Nitschke (1999b) é qualquer coisa que se apresenta aos nossos olhos através da figura, de formas, de cores. Entretanto, estas coisas podem se apresentar ao nosso espírito de uma maneira abstrata, “ancoradas” no imaginário.

- 3 -

DEFININDO O  
REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem por finalidade direcionar a pesquisa, servindo de parâmetro para fundamentar a coleta dos dados e a discussão dos resultados. Contribui para o desenvolvimento e a organização do corpo de conhecimento, conferido cientificidade à pesquisa, pois proporciona um suporte teórico para o desenvolvimento deste processo (GONÇALVES *apud* BIELEMANN, 1997). Deste modo, o referencial teórico também pode direcionar a prática assistencial, pois segundo Souza, *apud* Nitschke (1991), no campo da prática, o referencial teórico atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado.

Para desenvolver este estudo, encontrei no **Interacionismo Simbólico** o suporte teórico para o desenvolvimento de minha pesquisa convergente assistencial, já que propõe como base, o entendimento do significado das interações entre os seres humanos, acrescido de outros autores.

Para melhor compreender o Interacionismo Simbólico busquei conhecer as origens de suas idéias, bem como os pensadores que deram seguimento a este referencial e autores que disseminam a trajetória histórica do Interacionismo Simbólico, destacando-se dentre estes: Blumer (1969); Mead (1972); Littlejohn (1982) e Haguette (1999).

Em sua tese de doutorado, Althoff (2001) faz um resgate histórico das origens das idéias do Interacionismo Simbólico, que colocado por Mora (1994), estas origens estão fundamentadas no pragmatismo, um movimento filosófico que surgiu no final do século XIX e início do século XX em diversos países, mais especificamente nos Estados Unidos e Inglaterra. Deste chamado pragmatismo anglo-norte-americano, estão as idéias dos pensadores Charles S. Peirce (1839-1914), William James (1842-1910), William Thomas (1863-1947), John Dewey (1859-1952) e George Herbert Mead (1863-1931), que exerceram grande influência no Interacionismo Simbólico.

Pode-se considerar este primeiro período, como o mais importante para as idéias geradoras do Interacionismo Simbólico, mas foi George Hebert Mead, o grande instigador e pai do Interacionismo Simbólico. Mead foi membro do grupo de pensadores da denominada Escola de Chicago, amigo e colaborador de Dewey, um dos principais pragmáticos norte americanos (Littlejohn, 1982).

Conforme Haguette (1999), o movimento Interacionismo Simbólico é oriundo dos estudos clássicos da sociologia. O termo Interacionismo Simbólico consolida-se, em 1937,



por Herbert Blumer. Estes estudos tinham como pontos comuns às concepções da sociedade como um processo, do indivíduo e da sociedade como estreitamente inter-relacionados e do aspecto subjetivo do comportamento humano com uma parte necessária do processo de formação e manutenção dinâmica do self social e do grupo social. Entretanto, segundo a autora, os estudos de Mead, no entanto, são os que mais contribuíram para a concepção da perspectiva interacionista.

A partir de Haguette (1999) sabe-se que Mead não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria. Todos os seus quatro livros são póstumos e organizados por editores a partir de palestras, aulas, notas e manuscritos fragmentários. Seu sistema de psicologia social, entretanto, é apresentado de forma completa em *Mind, Self and Society*, um dos mais importantes e influentes livros na área da interação simbólica, onde o autor explora não somente a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, como expõe a gênese do “self”, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. Apesar de sua obra como um todo exibir uma orientação filosófica, ele preocupou-se em ilustrar suas proposições a partir de fatos da vida cotidiana (HAGUETTE, 1999). Este livro demarcou dois momentos do interacionismo simbólico: um antes dele, denominado de Tradição Oral, quando Mead tentava definir suas idéias através do discurso oral. O outro, após o livro, chamado de Idade da Indagação, caracterizou-se pelo questionamento das idéias iniciais da teoria quando se buscou fundamentá-las a partir de uma proposta metodológica. Nesta fase, duas escolas se destacaram: a de Chicago, liderada por Herbert Blumer, seguidor da tradição humanística de Mead, e francamente adepto da abordagem qualitativa. A outra, de Iowa, teve como expoente Manford Kuhn, o qual acreditava que os conceitos desta teoria poderiam ser operacionalizados através da mensuração dos dados pesquisados (LITTLEJOHN, 1982).

Segundo Littlejohn (1982), os principais conceitos da obra de Mead são: sociedade, *self* e mente. Não são categorias distintas, mas “ênfases diferentes sobre o mesmo processo: o ato social – uma unidade básica de análise”.

De acordo com Mead (1972), toda atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo. A associação humana está presente quando cada ator percebe a intenção dos atos dos outros e então constrói sua própria resposta baseada naquela intenção. O comportamento humano não é uma questão de resposta direta às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros, ou seja, ao futuro e intencional comportamento dos outros, não somente às suas ações presentes. Estas intenções são transmitidas através de gestos que se

tornam simbólicos, passíveis de serem interpretados. A sociedade humana se funda, pois, na base do consenso, de sentidos compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Quando os gestos assumem um sentido comum, ou seja, quando eles adquirem um elemento lingüístico, podem ser designados de “símbolos significantes” (MEAD, 1972; HAGUETTE, 1999).

De acordo com a interpretação de Blumer (1969, p. 82), Mead acredita

que a sociedade é feita de indivíduos que têm “selves” (fazem indicações para si mesmo); que a ação individual é uma construção e não um dado, erigida pelo indivíduo através da percepção e interpretação das características das situações nas quais ele atua, que a ação grupal ou coletiva consiste do alinhamento de ações individuais trazidas pelas interpretações que os indivíduos alocam as ações dos outros ou consideram em termos da ação de cada um.

Ao afirmar que o ser humano possui um *self*, Mead (1972) refere que o indivíduo interage socialmente consigo mesmo, da mesma forma que age socialmente com as outras pessoas. O *self* representa um processo social no interior do indivíduo, envolvendo duas fases analíticas distintas: o “eu” e o “mim”. O “eu” representa a tendência impulsiva, espontânea, desorganizada da experiência humana e não socializada do indivíduo. O “eu” dá propulsão ao ato e provoca o “mim”. O “mim” compreende um conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas ou simplesmente sentidos. É a consciência, o *self* social, o objeto que surge na interação. O “mim” dá a direção do ato.

Mead (1972) acrescenta, ainda, que o “eu” é o aspecto imprevisível e criativo do *self*, conferindo certo dinamismo às situações cotidianas. O “mim” é a adoção do “outro generalizado”, expressão esta entendida como uma comunidade organizada ou grupo social que dá a pessoa, sua unidade de *self* (...) A adoção do papel do “outro generalizado” não somente é essencial para o pleno desenvolvimento do *self*, mas crucial para as atividades grupais organizadas.

A mente é compreendida por Mead como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos significantes (HAGUETTE, 1999).

O Interacionismo Simbólico valoriza o sentido que os acontecimentos têm para as pessoas e que provocam determinado comportamento, e situa o sentido como originário do processo de interação. Partindo deste entendimento, optei pelo Interacionismo Simbólico, com o objetivo de compartilhar com a equipe de enfermagem, os significados das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde, que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, com a finalidade de se buscar atitudes de apoio e compreensão,

um agir, sintonizado em necessidades e, porque não dizer desejos também. Compreender e interagir com as pessoas em nosso cotidiano é evoluir enquanto cuidadores, e mais ainda, enquanto seres humanos.

Morin (2001) coloca que existem duas formas de compreensão: a compreensão intelectual ou objetiva e a compreensão humana intersubjetiva. A compreensão intelectual passa pela inteligibilidade e pela explicação e a compreensão humana vai além da explicação... A explicação é bastante para a compreensão intelectual ou objetiva das coisas anônimas ou materiais, mas insuficiente para a compreensão humana. Esta comporta um conhecimento de sujeito a sujeito... O outro não apenas é percebido objetivamente, é percebido como outro sujeito com o qual nos identificamos e que identificamos conosco, o *ego alter se torna alter ego*... Compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre intersubjetiva, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade. Nesta prática, busquei resgatar junto à equipe de enfermagem, a compreensão humana subjetiva, como proposta de interação com o acompanhante profissional da saúde.

Haguette (1999) reforça este pensamento, descrevendo como perspectiva interacionista, a necessidade das partes integrantes “assumirem o papel do outro”, a fim de que as condições dirigidas às outras partes sejam feitas a partir do ponto de vista desta outra parte, de modo que sua intenção seja percebida, ou seja, colocando-se no lugar ou no papel do outro e vendo a si própria ou agindo para si mesma aquela posição, estaremos relacionando o comportamento do ser humano ao significado das ações, buscando uma interação com objetivos comuns.

Segundo Littlejohn (1982), os primeiros interacionistas preocupavam-se muito com a necessidade de estudar a relação dos seres humanos com situação social. Sustentavam que o comportamento da pessoa não podia ser estudado independentemente do contexto em que o comportamento ocorria e da percepção que ele tinha do seu meio ambiente. Para Blumer (1969), os estudos com seres humanos não podem ser conduzidos da mesma forma que o estudo das coisas. O mesmo preconizava que a meta do pesquisador deveria ser: empatizar com o sujeito, penetrar em seu domínio de experiência e tentar entender o valor ímpar da pessoa.

Conforme Schvaneveldt (1981) e Maurin (1983), a teoria do Interacionismo Simbólico tem sido o foco dos estudos nos problemas da família, através de Ernest Burgess na década de 20. Desde aquela época, esta teoria tem sido base para um grande número de pesquisas sobre os processos familiares.

Na Enfermagem brasileira, Elsen (1984) desenvolveu o primeiro estudo com família fundamentado a luz do Interacionismo Simbólico, e lhe seguindo vieram outros colegas com suas dissertações e teses de doutorado como: Ribeiro (1990); Nitschke (1991 – 1999a); Bielemann (1997); Bousso (1999) Centa (1998); Ribeiro (1999) e Althoff (2001). Tem-se ainda Menezes (1999); Silva (1999); Souza e Arruda (2001) e Ribeiro e Paulista (2001), como monografia do Curso de Especialização de Enfermagem em Saúde da Família. É importante ressaltar que todos os trabalhos foram realizados com famílias, nos quais, os autores relatam, que a utilização da teoria foi adequada e recomendam o Interacionismo Simbólico como guia para se estudar e desenvolver práticas com as famílias.

Por compreender que o Interacionismo Simbólico possibilita o trabalho com grupos de pessoas e por vir ao encontro de minhas crenças e valores, certifico-me mais uma vez, que este referencial é o alicerce e o guia para a minha prática assistencial junto à equipe de enfermagem. Assim, seqüencialmente apresentarei os pressupostos baseados na teoria.

### 3.1 Pressupostos

- “**O ser humano** age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra” (BLUMER, *apud* HAGUETTE, 1999, p.35).
- “**O ser humano é reflexivo**. Ele tem capacidade de pensar e de introspecção, o que o capacita para uma distinção entre sua própria pessoa e aqueles objetos e experiências que não são seus próprios. Este processo o guia para uma definição de *self* que é dinâmico” (ROSE, 1980).
- “**O ser humano** tem capacidade de aprender o significado dos valores através da interação com outras pessoas, especialmente com membros de sua família. Esse é o processo de socialização no qual o indivíduo aprende os valores e normas culturais e subculturais que ele segue. Vive num ambiente simbólico, assim como num ambiente físico e é estimulado em situações sociais para agir através de símbolos, bem como através de estímulos físicos” (ROSE, 1980).

- “A sociedade precede o indivíduo. Os seres humanos estão numa sociedade já existente e que desenvolveu uma cultura. Assim, eles são socializados para alguns significados de acordo com o comportamento esperado por esta sociedade. Contudo, isto não implica em determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana” (ROSE, 1980, p.43).

### 3.2 Conceitos

Frente a estas considerações teóricas, foram selecionados para a prática assistencial os seguintes conceitos:

**INTERAÇÃO SIMBÓLICA** – É um processo interpessoal utilizado pelos seres humanos para comunicar-se, no qual cada ser age e define o sentido do comportamento do outro. Para tanto, faz uso de símbolos significantes. Neste processo, as coisas, as pessoas, e as idéias adquirem significado em resposta à interpretação e à definição da situação feita pelo ser humano. Ao interagir o ser humano interpreta as ações dos outros e, conscientemente, lhe atribui significado e elabora uma resposta relacionada ao significado destas ações. Sendo a conduta humana interativa, compartilha comportamento e não, simplesmente, responde estímulos externos, portanto, pode ser compreendida como fundamentada nas relações sociais (LITTLEJOHN, 1982, ELSEN, 1984, RIBEIRO, 1990).

A interação, neste referencial, é compreendida como todo o processo que ocorre entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia a hospitalização de um familiar. O comportamento de cada um pode influenciar o comportamento do outro, em virtude dos significados que cada um atribui para si.

**SER HUMANO** – O ser humano é um ser singular, histórico, em crescimento e desenvolvimento. Faz parte de uma família e de uma sociedade através da interação. Aprende, através da interação simbólica, significados que orientem suas ações. Ocupa uma posição dentro da família e da sociedade; percebe e desempenha papéis a partir de normas e expectativas, sustentadas individualmente ou coletivamente por outros membros da família e da sociedade para seus atributos e comportamentos. Sendo assim, cada ser humano é solicitado a integrar-se em múltiplos papéis, tanto dentro, quanto fora da família (SCHVANEVELDT, 1981, *apud* NITSCHKE, 1991).

Neste referencial, o ser humano se mostra naquele que está hospitalizado, sua família, no acompanhante profissional da saúde, bem como nos elementos da equipe de enfermagem.

**SOCIEDADE** - A sociedade humana ou vida humana é um grupo de pessoas que interagem, ou seja, pessoas em ação que desenvolvem atividades diferenciadas que as colocam em diferentes situações... E cujas atividades ocorrem predominantemente em resposta de um a outro, ou em relação de um a outro (HAGUETTE, 1999).

Neste referencial, a sociedade é representada pelas interações que envolvem a equipe de enfermagem, cliente hospitalizado e sua família, acompanhante profissional da saúde. A sociedade influencia as interações. Neste pensar, o significado de acompanhar um familiar, quando se é um profissional da saúde, pode ser compreendido pela equipe de enfermagem, quando os gestos adquirirem um sentido comum, ou seja, promover o bem estar do paciente hospitalizado.

**ENFERMAGEM** – É uma profissão do cuidado, que integra diferentes categorias, podendo constituir uma equipe, sendo que este cuidado é um processo complexo, dinâmico, flexível, criativo, que envolve interações e transações humanas. Os seres envolvidos cuidam e são cuidados simultaneamente. Assim o cuidado de enfermagem à família consiste num processo dinâmico de interação entre a enfermagem e a família mediante a troca de experiências, do compartilhar de conhecimentos e sentimentos e sobretudo do respeito dos símbolos, crenças e valores da família em relação ao cuidar (baseado em SILVA, 1996; BETTINELLI, 1998).

Neste referencial, a enfermagem é representada pela equipe de enfermagem e pelo acompanhante profissional da saúde, sendo ambos cuidadores. Como sujeitos do cuidado científico, penso que precisamos promover o equilíbrio do ser humano consigo e com os outros, auxiliar no desenvolvimento de suas potencialidades instigando a capacidade de agir e decidir. Abrir caminhos para a criatividade e a sensibilidade no cuidado são meios de “viver mais saudável”.

Na condição de profissional da saúde, é preciso saber ouvir, compreender, apoiar, tocar e interagir com o ser humano, pois ocupamos uma posição mediadora entre a dor, insegurança, medo e a família.

**POSIÇÃO** – Serve para situar as pessoas dentro de categorias sociais (por exemplo, uma mãe, um pai, um enfermeiro). Estas categorias, por sua vez, servem para organizar comportamentos para as pessoas categorizadas. Deste modo, esperamos certos

comportamentos de pessoas que são classificadas em uma dada categoria e no comportamento em relação a estas pessoas fundamentadas nestas expectativas aprendidas através da interação (baseado em MAURIN, 1983; NITSCHKE, 1991).

Neste referencial, o cliente hospitalizado, os diferentes familiares, o acompanhante profissional da saúde, são posições dentro da família, sendo que esta e a equipe de enfermagem ocupam uma posição dentro da sociedade.

**PAPEL** – É um conjunto mais ou menos integrado de expectativas, sentidos e valores relativos a comportamento atribuído a uma posição. O papel (assim como a posição) é por natureza social. Cada posição assume uma contra-posição, assim como cada papel pressupõe algum contra papel (MAURIN, 1983, *apud* NITSCHKE, 1991).

Cada membro da equipe de enfermagem ocupa uma posição, para o qual, um número de papéis é destinado. Penso que ao ocupar a posição de cuidador é preciso desenvolver papéis com sensibilidade, buscando interagir com o paciente hospitalizado e sua família. Neste referencial, o acompanhante profissional da saúde busca interagir seu papel de acompanhante com o papel da equipe de enfermagem, objetivando a manutenção da saúde do paciente hospitalizado, da família e da equipe de enfermagem.

**ASSUMIR O PAPEL DO OUTRO** – é um processo de antecipação de respostas de outros envolvidos com alguém numa ação social, com subsequente modificação de comportamento à luz de tal antecipação. Esse processo envolve percepção seletiva das ações de outros e imaginação de como alguém vê pelo ponto de vista de outro. É uma habilidade empática na qual o ser humano imagina-se no lugar do outro e/ou imagina como o outro entende determinado aspecto (SCHVANEVELDT, 1981; MAURIN, 1983, *apud* NITSCHKE, 1999).

Neste referencial, o assumir o papel do outro é representado pela angústia do acompanhante profissional da saúde, que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, quando é compreendido pela equipe de enfermagem como um fiscalizador, observador de erros e questionador das condutas e procedimentos realizados ao cliente hospitalizado. Entende-se, que a partir do momento que a equipe de enfermagem, compreender a situação, pelo ponto de vista desta outra parte, “olhar pelo olhar do outro, sem perder seu próprio olhar”, ou seja, se colocando no lugar do outro e agir de forma como gostaria que agissem se estivesse vivenciando aquela situação, perceberia que ambos têm objetivos comuns, que é a recuperação do cliente hospitalizado e conseqüentemente, buscaria

a complementaridade de papéis, ao invés da disputa pelo poder, que é caracterizado pelo senso de insegurança quanto ao seu próprio agir profissional.

**FAMÍLIA** – É um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o seu processo de desenvolvimento assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturadas na cultura da família, na classe social a qual pertence, em outras influências e determinações do ambiente em que se vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas (ELSEN, 1984).

Família é como o arco-íris, embora cada traço tenha sua cor, seu brilho e seu significado, é preciso aproximá-los a fim de fortalecer a beleza e a energia da unicidade, que pressupõe troca, pois cada traço necessita do outro para manter a harmonia no universo. Neste estudo, a família é representada pelo acompanhante profissional da saúde. Acredita-se, que nem todo acompanhante profissional da saúde é familiar e nem todo familiar é um acompanhante profissional da saúde, mas o outro significativo, pode ser um familiar.

**OUTRO SIGNIFICATIVO** – É a pessoa que tem significado especial para alguém, que possui laços de afetividade, que interage e torna-se importante para alguém.

Neste referencial, o outro significativo é representado pela família, e pelo acompanhante profissional da saúde. A presença deste outro significativo traz ao cliente hospitalizado segurança, apoio e harmoniza o ambiente. A necessidade de aproximação destes, é intensa quando os laços de afeto e a capacidade de compreensão que um tem sobre o outro se faz presente, o desejo de “estar junto com” é porque “faz sentir-se bem”. Ser profissional da saúde e acompanhar um familiar hospitalizado é compartilhar momentos bons e ruins, é trazer para quem está hospitalizado um pouco de carinho, atenção, harmonia, segurança e compreensão.

**HOSPITALIZAÇÃO** – É a situação em que o ser humano vivencia determinados problemas de saúde e necessita ser cuidado em um ambiente hospitalar, caracterizado pela condição de separação da família, do ambiente familiar e de seus pertences, manifestada pela dor, medo do inusitado e sofrimento. O estranho, o desconhecido e a possibilidade de surpresas, gerados pela ansiedade do ambiente hospitalar, das rotinas e dos procedimentos, geram limitações e abalam toda a estrutura física e psicológica do cliente hospitalizado e sua família (baseado em SCHMITZ, 1995; HENCKEMAIER, 1997).



Neste estudo, a hospitalização é representada pela condição de hospitalizado do cliente internado, que necessita ser cuidado pelo sistema profissional num ambiente hospitalar. A hospitalização pode comprometer o equilíbrio emocional do ser doente e desestruturar a sua família. Neste entendimento, a equipe de enfermagem pode intervir amenizando tanto o desequilíbrio emocional do cliente hospitalizado como de sua família, trazendo um pouquinho de familiaridade ao ambiente hospitalar, aproximando a família do ser doente e harmonizando o ambiente com simpatia, dedicação e conhecimento técnico-científico.

**AMBIENTE SIMBÓLICO** – é o ambiente mediado através dos símbolos significantes. Símbolos são estímulos que têm um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado. Deste modo, os símbolos podem estimular e influenciar comportamentos. O ambiente simbólico, portanto, baseia-se, na aprendizagem de significados e valores, através da interação (HARDY, 1978; SCHVANEVELDT, 1981; MAURIN, 1983, *apud* NITSCHKE, 1991).

Neste referencial, o ambiente simbólico da equipe de enfermagem, do cliente hospitalizado e do acompanhante profissional da saúde, se manifesta pelo significado que o universo tem para cada um deles, baseados nos símbolos, os significados e valores são influenciados pela interação entre os mesmos.

**COTIDIANO** – é a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no presente, expresso na vida de todo dia, estando relacionada à cultura em que está inserido. Assim, apresenta-se por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não o ser humano crescer e se desenvolver ao longo de sua vida (NITSCHKE, 2000).

O cotidiano, neste contexto, está representado pela maneira de viver da equipe de enfermagem, do cliente hospitalizado e do acompanhante profissional da saúde. O cotidiano traz uma riqueza de sentimentos e vivências, é preciso estar atento e viver o cotidiano, parar e sentir o que se passa ao lado, é crescer enquanto ser humano, é descobrir e restaurar nossas energias. Assim, buscar a complementaridade de papéis no cotidiano da hospitalização, é interagir, é transformar e ser transformado.

**PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL** – É bem estar, viver saudável, é estar sensível a todos os sentimentos, crenças e valores de cada ser humano, é crescer, aprender e evoluir a partir das interações com o outro, é construir uma história de vida baseada em significados.

Neste estudo, o processo de viver está representado pela história de vida e pelos significados que as coisas têm para o acompanhante profissional da saúde, para o cliente

hospitalizado e para a equipe de enfermagem. Estar sensível às necessidades do outro é possibilitar o crescimento coletivo.

**DEFINIÇÃO DE SITUAÇÃO** – é a representação de uma situação para o ser humano e a família em termos simbólicos Schvaneveldt *apud* Nitschke (1991). É a ação social pela qual um ator interpreta um estímulo num ambiente. Deste modo, cada autor percebe, faz julgamentos e inicia uma ação baseada em sua definição do estímulo no ambiente. O ser humano define a situação antes de agir (NITSCHKE, 1991).

Neste contexto, tanto a equipe de enfermagem como o acompanhante profissional da saúde age de acordo com a definição da situação vivenciada, em termos simbólicos. A equipe de enfermagem ao definir a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar interpreta-o, como um fiscalizador, como alguém que questiona e atrapalha as rotinas instituídas, agindo então, de maneira a dificultar a permanência deste, no cotidiano da hospitalização. O acompanhante profissional da saúde por sua vez, ao definir a situação, busca em meio do conflito vivenciado, maneiras de justificar a sua presença, colocando a necessidade de estar junto com o familiar hospitalizado.

- 4 -

# ROTEIRO METODOLÓGICO

Buscando contemplar os objetivos deste estudo, optei pela abordagem qualitativa, por possibilitar uma aproximação aprofundada dos significados das relações humanas. De acordo com Minayo (2001, p.21-22), “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Assim, adotei para desenvolver esta prática, a pesquisa convergente assistencial, que de acordo com Trentini e Paim (1999) é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e induzir inovações na situação social... Na área da enfermagem, o ato de assistir cuidar cabe como parte do processo da pesquisa, contudo, a pesquisa assim compreendida valoriza o “saber pensar” e também o “saber fazer”.

#### **4.1 Definindo um caminho metodológico: Processo de Interação em Enfermagem (PIE)**

A metodologia é o caminho a seguir, quando se busca um cuidar em enfermagem sistemático e ordenado, com o objetivo de proporcionar uma assistência de enfermagem planejada, que atenda as especificidades de cada cliente, bem como da família que o assiste. Deste modo, percebi a metodologia como o processo de enfermagem, ou seja, um processo de interação que direcionou minha prática assistencial investigativa. Smith e Germain *apud* Iyer; Taptich e Bernocchi-losey (1993) colocam, que o Processo de Enfermagem pode ser definido como uma abordagem deliberada, sistematizada, de ampla estrutura teórica, ligada à prática, voltada à satisfação das necessidades do paciente e família.

Entendo como Processo de Interação em Enfermagem, atividades de aproximação entre as pessoas e o seu cotidiano, que tem como objetivo, dar significados aos sentimentos, crenças, mitos, símbolos e valores de cada ser humano, buscando identificar as diferenças e as semelhanças, para um agir recíproco, com a finalidade de construir coletivamente um cuidado de enfermagem sensível aos envolvidos no processo de hospitalização, que nesta prática, refere-se à equipe de enfermagem, ao ser humano hospitalizado e sua família, bem como o acompanhante profissional da saúde. Como assinala Follett, citado por Graham (1997, p.21), “sem conflito, sem diferença, não haveria progresso”. A característica essencial de um

pensamento comum não é a de que ele é mantido em comum, mas de que ele foi produzido em comum, através da interação das diferenças.

O Processo de Interação em Enfermagem proposto é integrado por três momentos: conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem; definindo a situação das interações; repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades, que trarei a seguir:

#### ***4.1.1 Primeiro Ato - Conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem***

Pretendeu-se para este momento, que inicia e permeia todo o processo, conhecer o cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

***4.1.2 Segundo Ato – A equipe de enfermagem definindo a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.***

Nesta etapa, buscou-se junto à equipe de enfermagem a definição da situação, sobre o que é interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

***4.1.3 Terceiro Ato - Repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades de interação.***

Procurou-se nesta fase, junto com a equipe de enfermagem desenvolver um momento para se repensar e propor possibilidades de interação acerca do cotidiano da equipe de enfermagem e do acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

Tomei a liberdade de definir o local da prática assistencial como cenário, os sujeitos como protagonistas. Assim, optei por selecionar como estratégias para desenvolver este Processo de Interação em Enfermagem, as oficinas que chamei de primeiro, segundo, e terceiro ato. Considerando que o movimento dramático integra a arte, reporto-me a Florence Nightingale (1989) quando define que a enfermagem é uma ciência e uma arte... Talvez, a mais bela das artes. Moreira (2000) vem reforçar este pensamento, quando descreve

que a enfermagem, enquanto arte, também tem seus encantos, seus espaços para construir maneiras e jeitos de acrescentar detalhes e reinterpretar seus valores. Deste modo, ela, a arte de acompanhar, pode contribuir para desenvolver nossa dignidade e aperfeiçoamento de nosso ser.

#### **4.2 Conhecendo o Cenário do Processo de Interação em Enfermagem**

A prática assistencial foi desenvolvida em um hospital do Estado de Santa Catarina, de grande porte, que funciona desde 1980. Esta é uma instituição pública, que tem como objetivo o ensino, a pesquisa e a extensão. Atualmente possui aproximadamente 286 leitos ativados, sua estrutura organizacional é composta por uma Direção Geral (DG), e quatro Diretorias: de Enfermagem (DE), de Medicina (DM), de Apoio Assistencial (DAA) e administrativa (DA). Destas diretorias, cada uma possui divisões: Divisão de Enfermagem em Ambulatório e de Emergência (DEE), Divisão de Enfermagem Médica (DEM), Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC), Divisão de Enfermagem na Saúde da Mulher da Criança e Adolescente (DESMCA), todas subordinadas à DE.

A unidade escolhida para a realização deste estudo foi a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) que comporta 30 leitos, porém 28 leitos ativados, subdivididos em 12 leitos para lactentes (dispostos em quatro quartos de três leitos), 12 leitos para pré-escolares (disposto em dois quartos de seis leitos) e 06 leitos para escolares (dispostos em três quartos de dois leitos), no momento, um destes quartos foi desativado e funciona como área de recreação em virtude da reforma no solário e na sala de recreação. Existem ainda mais 05 leitos, situados no segundo andar do hospital, em uma sala da UIP, para o atendimento de crianças na faixa etária de 29 dias a 14 anos, em regime de observação. Esta sala de observação faz parte da Emergência Pediátrica, que por falta de estrutura física, funciona nas proximidades da UIP. Para melhor esclarecimento, estas crianças são atendidas na Emergência Pediátrica, localizada no primeiro andar, e quando, por motivo de indicação médica, necessitam ficar em observação por um período de 24 horas são deslocadas até a sala de observação, no segundo andar, sob os cuidados dos médicos plantonistas da Emergência Pediátrica e da equipe de enfermagem da UIP.

Todas as crianças alocadas na UIP, como na Emergência Pediátrica tem o direito a permanência de um acompanhante durante todo o seu período de internação, porém quando a criança encontra-se internada, o acompanhante desta, pode ausentar-se por longos períodos ou

optar por não acompanhar a criança, ao passo que em regime de observação é exigido do acompanhante a permanência de 24 horas, mantendo-se no direito ao revezamento no horário das 07 às 02 horas. No momento da internação da criança, os acompanhantes recebem as orientações gerais de normas e rotinas da unidade. É fornecido aos acompanhantes tanto da UIP como da Emergência Pediátrica três refeições diárias, porém para os acompanhantes das crianças internadas, as refeições são servidas no refeitório do hospital e para os acompanhantes das crianças em regime de observação, as refeições são servidas no local, a fim de que os mesmos não se afastem das crianças.

Tanto a UIP como a sala de observação, oferecem aos acompanhantes, cadeiras reclináveis e um criado-mudo para a guarda de seus pertences, ambos situados ao lado do leito da criança. Oferecem ainda, um chuveiro de exclusividade dos acompanhantes, localizado na sala de observação e dois banheiros (masculino e feminino) situados no corredor do segundo andar.

A UIP conta com um quadro multiprofissional de médicos, médicos residentes, psicólogo, assistente social, nutricionista e enfermeiros. Todas as áreas contam com a presença de alunos da Universidade Federal de Santa Catarina, que prestam atendimentos supervisionados para as crianças e suas famílias.

A equipe de enfermagem é composta por 07 enfermeiros assistenciais, 01 enfermeiro como chefia direta, 01 enfermeiro na chefia indireta, 15 técnicos de enfermagem, 08 auxiliares de enfermagem e 08 atendentes de enfermagem, que trabalham em uma jornada de trabalho entre 30 e 36h/semanais, de acordo com a disponibilidade de servidores para a escala de serviço. Os turnos são divididos em: matutino, vespertino e noturno 1, noturno 2 e noturno 3.

*“O cenário escolhido para a realização da prática assistencial foi perfeito era familiar para todos, ficava próximo da pediatria, tinha boa iluminação era bem arejado, espaçoso e acima de tudo aconchegante” (NOTA DE OBSERVAÇÃO).*

#### **4.3 Conhecendo os Protagonistas do Processo de Interação em Enfermagem**

Os atores junto aos quais foi desenvolvida a prática em questão foi constituída por servidores da equipe de enfermagem da UIP que estavam interessados em refletir sobre as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que

vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar e que já tivessem interagido com este acompanhante. Foram selecionados os integrantes da equipe de enfermagem que prestaram cuidados às crianças, que haviam tido como acompanhante um profissional da saúde, pressupondo que estes ao longo de sua vida profissional poderiam contribuir para que o objetivo da prática assistencial se concretizasse, de forma a permitir a reflexão sobre uma prática assistencial, junto à equipe de enfermagem. Sendo assim, o processo seletivo foi realizado através de conversas informais na própria unidade. A partir da definição dos sujeitos da prática assistencial, foram apresentados os objetivos da mesma, bem como assegurado total anonimato e sigilo de suas informações e o direito de desistirem da prática quando desejassem. Em concordância a estas informações, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.4 Estratégias para desenvolver o Processo de Interação em Enfermagem**

Adotou-se a oficina, como estratégia para desenvolver o Processo de Interação em Enfermagem, por entender que a oficina possibilita maior interação entre os sujeitos da prática e reproduz um despertar de emoções, por vezes adormecidas. Para Nitschke (1999a), as oficinas mostram-se como possibilidades de integração e conjunção de estratégias sensíveis no processo de pesquisar... É um processo de interação entre um grupo de pessoas, onde todos trocam experiências, sendo mestres-aprendizes. Cabral (1998, p.178) define a oficina como “um método criativo e sensível”, processo este, capaz de fazer a combinação entre a ciência e a arte, espontaneidade e introspecção, criatividade e sensibilidade, realidade concreta e expressão criativa. Patrício (1995) coloca que a oficina, enquanto técnica do modo de pesquisar, é um processo de interação que se dá entre profissional e população, no qual estão envolvidos idéias, observação, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica, calcada em princípios científicos, éticos e estéticos da vida. É um processo de análise centrado em razão e sentimento.

Nesta prática, as oficinas foram desenvolvidas em três encontros, fora do horário de trabalho, com duração de duas horas, a fim de oportunizar a participação de todos os profissionais de enfermagem interessados.

As oficinas nesta prática, chamadas de atos, foram desenvolvidas através de vivências, tendo como fio condutor questões norteadoras, contemplando os três diferentes momentos do Processo de Interação em Enfermagem:



- **Primeiro Ato** – Como é o cotidiano da equipe de enfermagem?
- **Segundo Ato** - Como a equipe de enfermagem define a situação de interagir com o acompanhante profissional que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar?
- **Terceiro Ato** – Como a equipe de enfermagem repensa sobre seu cotidiano e propõe possibilidades ao interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar?

*“Trabalhar com oficinas foi uma experiência exaustiva (leva para lá... Trás para cá... Arruma ali... Ajeita aqui), mas excepcionalmente rica em detalhes, funciona como uma cascata de símbolos e significados, a partir de uma fala surgem outras várias falas, é como se fosse uma nascente de informações, que a todo momento resgata e aflora os sentimentos do grupo trabalhado”* (NOTA METODOLÓGICA).

Baseado nas oficinas de Nitschke (1999a), os atos foram constituídos pelos seguintes momentos: **Relaxamento de Acolhimento**, momento em que se preparava o ambiente, acendia-se incenso, buscando torná-lo acolhedor e na seqüência era realizado uma técnica de relaxamento. **Atividade Central** era o momento a ser trabalhado com a questão norteadora de cada encontro. **Relaxamento de Integração**, neste momento formava-se um círculo com todos os protagonistas, sempre ao som de uma música (falando-se sobre sua mensagem) retomava-se uma técnica de relaxamento e na seqüência era dado espaço, para que os protagonistas expressassem os seus sentimentos com relação ao encontro.

A cada final dos encontros, foi oferecido um lanche com objetivo de integrar o grupo, bem como, propiciar momentos de distração, de cuidado e de expressão do meu carinho e satisfação por tê-los novamente comigo. Maffesoli (1996, p.85) coloca que “as refeições, as festas, as procissões, são, sabidamente, um modo de dizer o prazer de estar junto”. E Nitschke (1999a) complementa, comer é nutrir, se comemos com alguém estamos nutrindo juntos, e também **nutrindo o estar junto**. Tem-se uma potencialização de prazeres: o de ser-estar junto com, propriamente dito, o de nutrir-se, o de nutrir-se estando e sendo junto com.

#### 4.5 Registrando o Processo de Interação em Enfermagem

Os atos foram gravados em fita cassete e transcritos posteriormente, com o objetivo de que os dados fossem aproveitados na íntegra e de forma fidedigna. Além disto, também foram

registrados com fotografias e imagens de vídeo. Cruz Neto (2001) coloca que esses registros visuais, ampliam o conhecimento do estudo, porque nos proporciona documentar momentos ou situações que ilustram o cotidiano vivenciado.

*“Como forma de registro do Processo de Interação em Enfermagem, na minha percepção, as imagens de vídeo, se mostram como o instrumento mais rico em detalhes, registram todos os acontecimentos de forma linear, facilita também a transcrição e é a maneira menos desgastante de retornar aos registros, para aprofundar uma análise”* (NOTA METODOLÓGICA).

Contei também, com a presença de uma aluna da graduação de enfermagem, e de um amigo que conserta as travessuras que faço diante da tela do computador; duas “estrelinhas” muito especiais, que me auxiliaram no registro do Processo de Interação em Enfermagem durante o desenvolvimento das oficinas.

Além destas estratégias, adotei como forma de registro, notas baseadas em Ludke e André (1986); Bielemann (1997); Nitschke (1999a), Trentini e Paim (1999) e Minayo *et al.* (2001) utilizando-se “Notas de Observação”, “Notas do Enfermeiro”, “Notas Metodológicas” e “Notas Teóricas”.

- **“Notas de Observação” (NO)** correspondem às interações com a equipe de enfermagem, contemplando-se a descrição dos atores, a reconstrução dos diálogos, a descrição dos locais, eventos especiais, e sobre o comportamento dos atores.
- **“Notas do Pesquisador” (NP)** correspondem ao registro dos comentários referentes às dúvidas, surpresas, sentimentos, erros e acertos, dificuldades e facilidades, impressões e a evolução do pesquisador durante o período de prática assistencial.
- **“Notas Metodológicas” (NM)** correspondem ao registro das reflexões e avaliações sobre a metodologia aplicada. Serão considerados os aspectos positivos e negativos, críticas e sugestões sobre as estratégias metodológicas utilizadas.
- **“Notas Teóricas” (NT)** correspondem ao registro das reflexões analíticas sobre o referencial teórico, os conceitos e os pressupostos do marco conceitual utilizado, avaliando a sua aplicabilidade dentro do que foi planejado.

Cruz Neto (2001), ao discorrer sobre o diário de campo, ressalta a importância deste como um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando... É um “amigo silencioso” Nele, diariamente, podemos colocar nossas

percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.

Baseado nos autores acima mencionados adotei também outras considerações importantes para o registro do processo de interação, tais como: iniciar as anotações indicando o dia, hora, local de observação e período de duração dos encontros, destacando as falas com seus personagens, mudar o parágrafo a cada situação nova observada ou quando surgir um novo personagem, realizar as anotações breves ainda em campo, tais como palavras-chave, pontuando aspectos relevantes da observação através de uma frase, para depois transcreve-la mais detalhadamente.

#### **4.6 Analisando o Processo de Interação em Enfermagem e Consolidando a Pesquisa Convergente Assistencial**

Ao longo da prática assistencial busquei registrar em meu diário de campo, percepções, bem como os “insights” que surgiam durante os três atos. Outro momento que me proporcionou boas reflexões foi o lanche, que além de “nutrir o estar junto”, nutriu também, minhas reflexões acerca do processo vivenciado. Estava atenta a todos os movimentos e conversas paralelas, com o meu “amigo silencioso” do lado, documentava e aproveitava o ensejo para consolidar as idéias que emergiam a partir dos relatos dos protagonistas. Embora estes momentos tenham sido o eixo norteador deste estudo, era no caminho para casa que a análise tornava-se consistente, pois recordava “flash dos momentos significantes” e, então, freqüentemente parava o carro e tomava nota destas idéias.

Ao chegar em casa, buscava organizar o material utilizado nos atos, fazia uma leitura do material produzido pelos protagonistas, dos registros feitos pelas “estrelinhas” que me auxiliaram no registro do Processo de Interação em Enfermagem durante o desenvolvimento das oficinas, integrando-os em meu diário de campo e, por fim, assistia a gravação do encontro e tomava nota de outros “insights”.

Este processo de organização e análise preliminar dos dados foi longo, desgastante, mas animador, pois constantemente surgiam novas idéias e a análise tomava forma a partir das falas principais. Enquanto as fitas cassete e de vídeo eram transcritas por um colega, dava continuidade à análise dos dados com o material documentado nos atos.

Realizou-se a análise dos dados seguindo uma abordagem qualitativa, ou seja, utilizando todo o material obtido nos três atos do Processo de Interação em Enfermagem, somando as impressões e observações dos protagonistas. Cabe ressaltar que, na pesquisa qualitativa, a análise ocorre simultaneamente, com a coleta dos dados.

Deste modo, os procedimentos adaptados para análise dos dados seguem o modelo teórico proposto por Trentini e Paim (1999). Primeiramente, foi reunido todo o material produzido pelos protagonistas, bem como o diário de campo, as notas de observação, da pesquisadora, metodológica e teórica, tão logo possível a fim de garantir que os dados fossem aproveitados de forma fidedigna e na íntegra. No segundo momento, adicionei aos dados documentados durante as análises preliminares, os dados transcritos da fita cassete e de vídeo. Analisando minuciosamente os dados, criei uma codificação inicial através da aproximação dos significados dos relatos, agrupei um a um por sua similaridade e formei, com o auxílio da orientadora, as categorias, a fim de organizar e facilitar o seu entendimento, com base no referencial teórico.

Algumas categorias foram modificadas várias vezes, foi preciso retomar as transcrições, bem como ao material documentado durante os atos e longas discussões com a orientadora para que, finalmente, fossem criadas categorias que representassem os significados dos códigos agrupados. Prosseguindo a análise, passei a etapa de reorganização das categorias, combinando-se as categorias relacionadas e objetivando a construção de novas categorias para facilitar a composição e apresentação dos dados.

No desenvolvimento das categorias, surgiram muitas dúvidas quanto ao agrupamento destas. Várias vezes revisei os dados coletados para consolidar os significados atribuídos a questão norteadora de cada ato, mas foi através dos constantes encontros com a orientadora que, estas lacunas foram sendo preenchidas e dando forma à categorização definitiva.

- 5 -

EM CENA: O PROCESSO DE  
INTERAÇÃO EM ENFERMAGEM

Minha entrada no campo se deu, desde o momento em que eu retornei ao meu “antigo local de trabalho”, mas **sempre presente em minhas lembranças**, sempre presente, porque ainda não me desliguei e acho que nunca vou me desligar, pois tenho um carinho muito especial por este lugar, que foi o meu sonho como lugar de trabalho, por ter sido o meu primeiro emprego, na tão desejada pediatria, que é a minha paixão, por ter sido o lugar onde eu aprendi muito, e que hoje, repasso aos meus queridos alunos (outra paixão) e também por ter feito **grandes e verdadeiros amigos**. Quando passo pelos corredores desta grande família, percebo como é bom retornar a esta casa, pois sempre fui recebida com muito afeto, desde a primeira vez que fui solicitar estágio extracurricular, não sabendo eu, que ali estava sendo selado o meu “casamento” com a instituição.

Chegando na UIP, entre “beijinhos e fortes abraços” expliquei que estaria fazendo minha prática assistencial naquela unidade, por ter trabalhado (era um bom motivo para que eu pudesse retornar) e sentido a necessidade de realizá-la, pois havia presenciado situações semelhantes a que vivenciei com minha mãe. Coloquei também os objetivos da prática e convidei para participar os colegas que haviam prestado cuidados às crianças, cujo acompanhante era um profissional da saúde, pressupondo que estes, ao longo de sua vida profissional poderiam contribuir para que os objetivos da prática se concretizassem. Aproveitando o ensejo levei o pré projeto de prática à Comissão de Ética para apreciação, como não estavam no momento entreguei em mãos à Diretora de Enfermagem (ANEXO 1), que foi muito atenciosa e receptiva comigo. Combinamos então, que a partir do momento que a Comissão de Ética aprovasse a realização da prática assistencial na UIP, entrariam em contato comigo.

Vinte dias após fui informada que meu projeto havia sido aprovado procurei a Diretora de Enfermagem do hospital e reforcei o meu compromisso e seriedade com esta prática. Em seguida fui até a UIP levar a carta convite (ANEXO 2) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3), neste momento fiquei um pouco mais tranqüila, pois alguns colegas expressaram verbalmente à vontade de participar desses encontros *“vou participar porque tenho muito para contribuir” (Colombina)*. *“Acho que vai ser muito legal, porque já vivenciei esta situação e não foi nada legal” (Shakespeare)*. *“A gente precisa urgentemente refletir sobre esse assunto” (Dionísio)*. Outros assinavam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e entregavam informando que a sua presença já estava confirmada.

Necessitei retornar a UIP em outro momento para entregar as cartas-convite que restavam, seguindo e respeitando, todo o protocolo de uma prática assistencial. Foi então que

surgiram algumas negociações como: escolha de datas e a redução de quatro para três atos. Negociações estas, necessárias para que os protagonistas participassem efetivamente.

Então fui para casa retomar o planejamento dos atos, e percebi que não estava tão tranqüila assim, pois necessitava de alguns ajustes, e em virtude da greve tivemos que esperar o retorno dos professores da UFSC, da Pós-graduação em Enfermagem, para apresentação do projeto de prática e liberação para a realização da mesma. Passados alguns dias nos reunimos com as professoras da disciplina de prática assistencial e foi então, formalizado que a partir do momento que a Comissão de Ética aprovasse o pré-projeto, estaríamos liberadas para realizá-lo. E aí... Éramos nós, as mestrandas e os nossos “anjinhos guardiões”, chamo de anjinho guardião, minha orientadora, que foi o meu guia e a minha luz nesta caminhada.

*“Nesta etapa, vários sentimentos estiveram fortemente presentes nos dias que antecederam a prática assistencial, como a ansiedade de como seriam os atos, medo de que os protagonistas não comparecessem, mesmo com a confirmação verbal e escrita de alguns, era quase impossível não pensar que o grupo poderia não comparecer, pois esta, seqüencialmente era a terceira prática assistencial que o mesmo participava e a insegurança na condução dos atos e dos sentimentos que pudessem surgir a partir do Processo de Interação em Enfermagem” (NOTA DA PESQUISADORA).*

### **5.1 Primeiro Ato - Conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem**

Neste momento, que inicia e permeia todo o processo, pretendeu-se conhecer o cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

*“Neste primeiro ato, cheguei com três horas de antecedência, extremamente ansiosa para preparar o ambiente, organizar os materiais a serem utilizados e até mesmo, em arrumar tempo para me tranqüilizar. Na medida que as horas passavam, aumentava minha angústia, pois percebia que se aproximava do horário combinado. Exatamente faltando cinco minutos para iniciar a vivência, os protagonistas começaram a chegar, e com isso minha inquietação em pressupor que os mesmos não compareceriam foi diminuindo” (NOTA DA PESQUISADORA).*

Na medida que os protagonistas entravam no cenário da prática assistencial, convidava-os para sentar e ficar a vontade, pois logo daríamos início ao nosso primeiro ato.

Pontualmente chegaram outros protagonistas, e então foi iniciada a prática assistencial, no dia 05/12/01 às 19:30 horas.

Com o ambiente previamente preparado com o aroma de um incenso e uma música para embalar as energias que fluíam naquele momento, como **relaxamento de acolhimento** convidei-os para que chegassem até o centro para fazermos uma roda, que simbolizava a unidade do grupo. Na seqüência, convidei-os para sentar, fechar os olhos e viajar pelos significados que a melodia, poderia os levar, no ensejo da melodia, realizamos exercícios de respiração e alongamentos simples, tendo como princípio básico, o respeito pelos limites de cada um.

*“Percebi que os exercícios de relaxamento foram mais significativos para os protagonistas que estavam de pós plantão, pois proporcionaram a estes, momentos de desligamento da jornada de trabalho, demonstrados pelos sorrisos e pelos comentários paralelos “como é bom fazer um exercício de relaxamento depois do trabalho, parece que a gente se desliga de tudo, desestressa”. Esta ocasião me fez refletir sobre a importância de mobilizar o cuidador, com exercícios de relaxamento no intuito de prepará-lo tanto para o início, como para o término da jornada de trabalho, objetivando harmonizar a entrada e a saída do ambiente de trabalho” (NOTA DE OBSERVAÇÃO).*

Logo após, convidei-os para uma dinâmica de aproximação, que segundo São Paulo (1993) permite a descontração do grupo. Então os convidei para um jogo muito sério, onde poderiam permanecer em pé ou sentados num círculo. Dentro do círculo iniciei o jogo dizendo: “eu sou uma gatinha e não quero ficar no meio desta roda, vou escolher uma de vocês para me substituir. Vou chegar bem perto e fazer “MIAU” quantas vezes for necessário até você sorrir... Aí eu ganho o jogo e você perde, como castigo você me substitui no meio da roda. Se você não rir, apesar dos meus “MIAUS”, eu vou procurar outra gata até encontrar aquela que vai rir muito”.

Dadas às orientações escolhi uma colega e comecei a miar, empurrar e me encostar em sua volta, até que a mesma sorrisse e assim sucessivamente até que todos participassem da dinâmica.

Ao final deste primeiro momento, foi colocado que se alguém desejasse, poderia verbalizar os sentimentos experienciados com relação a esta vivência. Logo, surgiram os seguintes depoimentos:



É muito bom relaxar, mas esta brincadeira foi jóia... É impossível não dar gargalhada... Integrou o grupo... Todos participaram sem se sentirem envergonhados de imitar um gato, legal!

*“Surpreendentemente esta dinâmica descontraiu totalmente o grupo, todos participaram com bastante entusiasmo, sem nenhum constrangimento riram bastante. Esta dinâmica aproxima o grupo e “quebra o gelo” do primeiro encontro” (NOTA METODOLÓGICA).*

Na seqüência, agradei a presença de todos, apresentei os objetivos da prática assistencial, expliquei como aconteceria o primeiro, segundo e terceiro ato e recolhi os Termos de Consentimento Livre Esclarecido, que ainda não haviam sido entregues. Enfatizei também, que a presença de todos, seria importante para a construção deste conhecimento, com vistas para o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem prestada à criança, bem como do acompanhante, sendo este profissional da saúde ou não.

Dando continuidade à apresentação do primeiro ato, convidei os protagonistas a se deslocarem até o quadro, a fim de escolherem a máscara, que o identificaria com um nome fictício, orientei-os também, que escrevessem atrás da máscara o seu nome, com o objetivo de que no próximo ato localizassem a sua máscara, pois poderiam esquecer e que a fixassem com um alfinete sobre a roupa. Para preservar a identidade dos protagonistas desta prática, optei por denominá-los com grandes nomes do mundo artístico, por acreditar que dentro do universo do cuidado, buscamos na arte, meios para interagir com o outro e que as máscaras, simbolizam o lado oculto da nossa existência no universo, mas que está presente em vários momentos, como meio de proteção. Segundo Moreira (2000), a arte ocupa os momentos da vida dos seres humanos como expressão/criação, da palavra, do gesto, da harmonização dos sons, das representações visíveis, do desejo oculto no artista para tornar agradável aos sentidos e ao coração.

*“A escolha da máscara como codinome foi um momento mágico e bem aceito pelos protagonistas, pois estes, dirigiram-se até o quadro, brincaram, diziam “quem sou eu?... Eu quero um nome chique” faziam “pose” com o novo nome e passaram a chamar os colegas pelo codinome” (NOTA DE OBSERVAÇÃO).*

Participaram do primeiro ato onze protagonistas: Colombina, Dias Gomes, Dom Quixote, Brecht, Dionísio, Lizistrata, Dulcinéia, Jocasta, Shakespeare, Stanislavsky e Aristófanes.

Como **atividade central** do primeiro ato, convidei-os para participar de uma dinâmica, também chamada de técnica de dominó, que visasse responder a questão norteadora do primeiro ato: **como é o cotidiano da equipe de enfermagem?** Entreguei a cada protagonistas, um pincel atômico e uma folha de papel ofício com um traço que a dividia em dois espaços. Expliquei que descrevessem como é o cotidiano da equipe de enfermagem em um dos lados da folha, e que o outro lado deveria permanecer em branco.

Após observar que todos haviam respondido a questão norteadora do primeiro ato, iniciei a apresentação da técnica. Na seqüência solicitei que alguém iniciasse a técnica, apresentando a sua descrição e deixando a folha no chão, para que outro protagonista, ao apresentar a sua descrição, incluía o lado preenchido próximo do lado preenchido pelo colega anteriormente, se estes registros apresentarem idéias semelhantes, em caso de registros com idéias diferentes, aproximavam-se as partes brancas das folhas.

*“A técnica do dominó é uma dinâmica divertida, e o fato de escolher onde colocar a peça (seu registro), provoca descontração e desenvoltura no momento da apresentação, saindo um pouco daquela apresentação formal de somente ler o que se constrói. Interessante também, pela forma que ela ganha no final da apresentação, nesta prática, tomou a forma de uma árvore “com muitos frutos” (NOTA METODOLÓGICA).*

Como fruto desta dinâmica, em resposta a questão norteadora do primeiro ato, identifiquei nos relatos dos protagonistas, que **o cotidiano da equipe de enfermagem é:** um despertar de emoções: traz alegrias, é gratificante, é prazeroso, mas é muito triste também e é preocupante. Significando enfermagem: é equipe, é cuidar, é trabalho, é trabalhar com, é rotina e é distração.

Na seqüência da prática assistencial investigativa, como **relaxamento de integração**, ao som do barulho do mar, realizamos alguns exercícios respiratórios, com o objetivo de harmonizar o corpo e a mente. Posteriormente, foi aberto espaço para quem desejasse falar sobre esta vivência, e então, oferecido um lanche e dado por encerrado o primeiro ato às 21:30 horas.

Neste momento, poucas pessoas se manifestaram, penso que ficou por conta do cansaço físico, mas ainda assim, alguns colocaram que “foi um momento muito rico, a gente que trabalha na assistência, precisa de momentos como estes, para desabafar”, “gostei muito de estar aqui contigo, acho que o teu trabalho surtirá bons frutos”, “Foi legal é bom ouvir o outro e refletir como a gente trabalha”.

*“Cheguei ao final do primeiro encontro, muito desgastada, mas feliz por ter conseguido driblar os medos, angústias e receios. Acredito que a maior dificuldade foi não conseguir registrar as palavras-chave deste encontro, conduzir e escrever ao mesmo tempo, não é uma tarefa fácil, e penso, que não será diferente nos outros atos, talvez por falta de habilidade”* (NOTA DA PESQUISADORA).

## **5.2 Segundo Ato – A equipe de enfermagem definindo a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.**

Para esta etapa, buscou-se definir a situação junto à equipe de enfermagem, sobre o que é interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

*“Neste ato, cheguei com uma hora e trinta minutos de antecedência, um pouco mais tranqüila em relação ao ato anterior, mas ainda receosa quanto à presença dos protagonistas”* (NOTA DA PESQUISADORA).

O segundo ato aconteceu às 19:30 horas do dia 10/12/01, tendo a participação de onze protagonistas, destes onze, nove participaram do primeiro ato e os outros dois, iniciavam a sua participação neste ato. Na medida que entravam no cenário da prática assistencial, os protagonistas se deslocavam até o quadro e resgatavam a sua máscara de identificação. Então socializei as máscaras com os dois novos protagonistas, que passaram a se chamar: Didot e Hamlet

Com o ambiente preparado ascendi um incenso, agradei a presença de todos e convidei-os a buscarem maneiras de relaxar, ao som da melodia de um pássaro. Ainda como relaxamento de acolhimento realizamos exercícios respiratórios e movimentos de espreguiçar.

Na seqüência utilizei a técnica do bilhete de São Paulo (1993), que visa identificar as diferentes modalidades da comunicação e as interpretações subjetivas e estereótipos, que influenciam no processo de comunicação. Então organizei todos os protagonistas num círculo, colocados ombro a ombro, com as costas voltadas para fora do círculo. Grudei nas costas de cada um, uma folha de papel, onde escrevi uma frase ou palavra solta tipo (tenho piolho ajuda-me, leia a minha sorte, chore no meu ombro, xinga-me, benza-me...) solicitei que

circulassem pela sala, todos ao mesmo tempo, lessem os bilhetes que estavam pregados nas costas dos colegas, e atendessem sem dizer o que estava escrito no bilhete.

Com muita descontração os protagonistas brincaram e riram exaustivamente, depois de um determinado tempo, abaixei o som formei novamente uma roda e perguntei quem saberia responder o que estava escrito em seu bilhete. A grande maioria respondeu e apontou as dicas de como tinham adivinhado.

*“Esta técnica é muito interessante, pois estimula a criatividade dos protagonistas, estes por sua vez pulavam, dançavam, davam muitas “gargalhadas”, até mesmo eu, como condutora não me contive e me diverti muito. Nas representações mostravam expressões fortes e significativas, o grupo parecia estar bastante envolvido, usando todas as artimanhas possíveis para se fazerem entender. Acredito que esta técnica foi adequada para o momento, auxiliou no “distress” de alguns, inclusive o meu” (NOTA METODOLÓGICA).*

Aproveitando o ensejo desta dinâmica, coloquei a possibilidade de estarem verbalizando os sentimentos vivenciados neste primeiro momento, e como esta vivência se reproduz em nosso dia-a-dia? Logo, surgiram os seguintes relatos:

É sempre muito bom sair da rotina e esta dinâmica me reportou a situações de como se interpreta erroneamente uma pessoa, simplesmente por um gesto... Estava achando que era uma coisa e era completamente outra (Shakespeare).

Foi muito divertido e faz a gente refletir sobre o dia-a-dia da enfermagem (Diderot).

Como atividade central deste ato, optei em realizar a dinâmica do cartaz, com o objetivo de responder a questão norteadora do segundo ato: Como a equipe de enfermagem define a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização? Dividi o grupo em quatro duplas e um grupo de três e entreguei para cada um destes grupos, uma folha de papel craft e pincéis atômicos.

*“Neste momento, os protagonistas se organizaram rapidamente, logo, percebi o envolvimento do grupo com a questão norteadora, pareciam refletir bastante sobre o assunto” (NOTA DE OBSERVAÇÃO).*

Após observar que as duplas e o trio haviam respondido a questão norteadora do segundo ato, convidei-os para que apresentassem, ao grande grupo as suas definições.

*A dinâmica do cartaz em grupo é uma técnica que estimula a discussão em grupo, provoca a reflexão e estimula que cada um expresse os seus sentimentos em relação à*

*questão norteadora. Considerei esta, adequada para este momento*”(NOTA METODOLÓGICA).

Durante as discussões da atividade central, observei que esta oficina parecia mais um vulcão em erupção, que jogava sentimentos para todos os lados, todos falavam como se estivessem vivenciando a experiência naquele momento. Foi um momento de colocar para fora, sentimentos adormecidos.

Observei nos relatos dos protagonistas, que ao definir a situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, existiam os seguintes agrupamentos: Transitando por papéis: a equipe de enfermagem atribuindo os significados ao acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, no qual, definindo o papel, identificou-se imagens de avaliador, chato, exigente, ser superior, abusado, mais sensível, indelicado e grosseiro e onipotente. Revisitando papéis: encontrando uma outra imagem, identificaram outras imagens, como: parceiro no cuidado e o que tem medo e precisa de colo. Assumindo o papel do outro e encontrando sua própria imagem: a equipe de enfermagem no papel de acompanhante de um familiar no cotidiano da hospitalização mostrou-se: trocando papéis, sofrendo com o sofrimento do familiar e sendo recebido pelo colega profissional da saúde. A enfermagem mostrando-se nas interações: encontrou-se: interagindo com tratamento diferenciado, interagindo sob proteção do instituído: a máscara do mecânico e interagindo com solidariedade: do cuidado mecânico ao orgânico.

Dado por encerrado a discussão da atividade central dei continuidade à prática assistencial, com o relaxamento de integração. Ao som da melodia de golfinhos e gaivotas, convidei-os para chegarem até o centro da sala, de mãos dadas, com os olhos fechados e mergulhar nas imagens e significados que a melodia trazia. Na seqüência ressalttei, que aqueles que sentissem vontade de expressar os sentimentos experienciados nesta vivência, poderiam estar colocando para o grupo. Logo se expressaram dizendo:

Não sei se foi com todos, mas eu desencantei um sentimento antigo, mas acho que me sufocava, foi bom falar sobre esse assunto (Brecht).

“Para mim foi uma válvula de escape, acho que coloquei para fora tudo o que eu tive vontade de dizer um dia (Aristófanes).

Ofereci um lanche aos protagonistas e dei por encerrado o segundo ato às 21:30 horas.

*“Chequei ao final do segundo ato, também desgastada, mas feliz, muito feliz por mais uma etapa cumprida com êxito. Neste ato me senti mais segura e determinada em conduzir a prática. Durante o lanche ficava pensando, meu Deus! Quantos dados, que riqueza de informação, o que eu vou fazer com tudo isso agora? Como organizar e analisar? Então ligava para o meu “anjinho guardião”, que com toda sua serenidade, me tranquilizava e me colocava novamente no trilho certo”* (NOTA DA PESQUISADORA).

### **5.3 Terceiro Ato - Repensando sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propondo possibilidades de interação.**

Nesta fase, procurou-se junto com a equipe de enfermagem propor possibilidades e reflexões acerca do cotidiano das interações da equipe de enfermagem e do acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, com o intuito de estabelecer relações harmoniosas, que contemplem a satisfação de todos os envolvidos no processo de interação.

*“Neste ato cheguei em cima da hora, como estava muito mais tranqüila resolvi sair mais tarde de casa, só que peguei o trânsito congestionado, e aí, cheguei e organizei o cenário da prática “a toque de caixa”, mas tudo bem, faz parte do contexto”* (NOTA DA PESQUISADORA).

O terceiro ato iniciou às 19:45 horas do dia 12/12/01. Iniciamos mais tarde, porque o plantão estava bastante agitado e em concordância com os protagonistas que já estavam no cenário da prática assistencial, resolvemos esperar os colegas que estavam saindo do plantão. Participaram deste terceiro ato, dez protagonistas e conforme chegavam resgatavam sua máscara de identificação, exposta no quadro.

Com o ambiente preparado ascendi um incenso, agradei a presença de todos e convidei-os para permanecerem sentados, que buscassem uma posição gostosa, para iniciarmos uma sessão de relaxamento. Ao som de uma música bem tranqüila, iniciamos alguns exercícios de respiração, alongamento e por fim, convidava-os para que lentamente, levantassem e realizassem movimentos de espreguiçar.

*“Neste primeiro momento resolvi explorar mais os exercícios de relaxamento, pois era notável que o grupo estava necessitando. Ao final desta sessão, ouvia-se uma sucessão de bocejos”* (NOTA DE OBSERVAÇÃO).

Ainda como **relaxamento de acolhimento**, realizamos uma dinâmica que visava descontrair o grupo. Já sentados, expliquei aos protagonistas, que deveriam pegar um papel que estava dentro de um saco, que eu iria passar. E por fim, representar em forma de mímica o que estava escrito no papel (cachorro, gato, Xuxa, sapo, coelho, soldado...).

*“O grupo parecia estar envolvido com a dinâmica, sem constrangimento representaram muito bem. No início pensei que alguns não participariam com tanto êxito, pois chegaram no cenário da prática relatando estarem cansados, mas para minha surpresa, me ajudou a “acordar o povo”, pois a sessão de relaxamento pareceu-me ter “abaixado os faróis” dos protagonistas” (NOTA DE OBSERVAÇÃO).*

Após o término desta dinâmica ouviu-se os seguintes relatos:

Foi maravilhoso relaxar depois de tanto estresse naquela unidade, como precisamos trabalhar com o corpo depois de um plantão agitado (Stanislavsky).

Estava quase dormindo, acordei com a dinâmica, se não acho que iria dormir aqui (Shakespeare).

Eu vim inteirinha, dei boas risadas com a imitação dos colegas (Colombina).

Na seqüência, como **atividade central** realizei duas dinâmicas, que respondessem a questão norteadora do terceiro ato: **Como a equipe de enfermagem repensa sobre seu cotidiano e quais as possibilidades de interação com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar?** A primeira propunha apontar as possibilidades de interação da equipe de enfermagem com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, chamada técnica do balão, que tinha como significado, romper o cotidiano e abrir novas possibilidades de interação entre os mesmos. A segunda dinâmica, chamada de Fábula da Convivência, propunha o repensar sobre o cotidiano da equipe de enfermagem, e como significado, abrir brechas para a reflexão no cotidiano da enfermagem.

Então, entreguei no primeiro momento um balão, um papel e uma caneta, para que os protagonistas descrevessem as possibilidades de interação da equipe de enfermagem com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar. Depois de escreverem, deveriam dobrar e depositar o papel dentro do balão, encher e estourar o balão, e apresentar para o grande grupo a construção de cada um. Como segunda etapa da atividade central, entreguei a Fábula da Convivência aos protagonistas, orientando-os

sobre a leitura e posterior reflexão, acerca do repensar sobre o cotidiano da equipe de enfermagem.

*“Percebi que para a atividade central deste terceiro ato, a técnica do balão, seria suficiente para responder a questão norteadora, a dinâmica da fábula da convivência, não acrescentou muito, enfim, como sugestão, penso que seria interessante entregar no final do ato para refletirem em casa e/ou com os colegas de trabalho” (NOTA METODOLÓGICA).*

Como fruto desta reflexão, acerca do repensar sobre o cotidiano da equipe de enfermagem e propor possibilidades de interação com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, emergiram as seguintes possibilidades: estabelecendo diálogo, sendo compreensivo, respeitando o acompanhante profissional da saúde, permitindo-se ao outro sem receios de julgamento, facilitando a inclusão, explicitando papéis, e assumindo o papel do outro.

Ao término desta exposição, fiz uma avaliação geral dos três atos, utilizando a técnica das carinhas, que correspondem as carinhas com várias expressões (alegre, triste, confuso, surpreso, com sono...). Segundo São Paulo (1993) visa avaliar uma ou mais atividades educativas a partir das emoções do grupo. Então, orientei-os que se deslocassem até o centro do cenário da prática e escolhessem as carinhas que respondessem as seguintes afirmações: eu cheguei e hoje eu sai...

*“A técnica de avaliação das carinhas, me pareceu bastante apropriada para este momento, pois ela resgatou através do lúdico, as expectativas com relação à prática assistencial, o que representou participar desses três atos e que contribuição estão levando desses encontros. Torna a avaliação do encontro criativa, foge da tradicional avaliação de que cada um colocar o que achou do encontro” (NOTA METODOLÓGICA).*

Na avaliação geral dos atos, os protagonistas relataram ter gostado bastante dos encontros, foi um grande aprendizado, abriu brechas para reflexões do cotidiano da enfermagem. Fez com que o grupo refletisse mais sobre as interações com o acompanhante profissional da saúde, com vistas para mudanças, a aguçou o sentimento de se colocar no lugar do outro, para melhor compreender a situação e agir de maneira a satisfazer os dois lados, enfim, trago na seqüência, alguns dos relatos:

São oportunidades boas que aparecem. Eu fiquei bastante reflexiva e bastante ligada entrei e permaneci e continuei muito ligada. Depois me mantive como todo mundo colocou estas questões das dificuldades dos depoimentos e a questão da estar ligada mesmo para a gente nunca cometer atrocidades com o colega de profissão... O ser



humano não é passivo de falhas, sem querer a gente está enterrando um com outro. E mais compreensiva com os acompanhantes. A gente entra meio na defensiva e isso atrapalha. Então a gente tem que estar mais relaxada para deixar o coraçãozinho mais feliz e agir melhor. E tudo isso me deixou muito satisfeita... Eu fiquei muito satisfeita com o convite durante todos os encontros fiquei muito reflexiva, porque era um assunto para refletirmos mesmo, era para a gente, pensar e repensar e avaliar a nossa conduta. E estou saindo muito feliz porque eu acho que estas pessoas que estão aqui conseguiram assimilar será um grãozinho de areia no oceano e a gente já teve bastante êxito (Shakespeare).

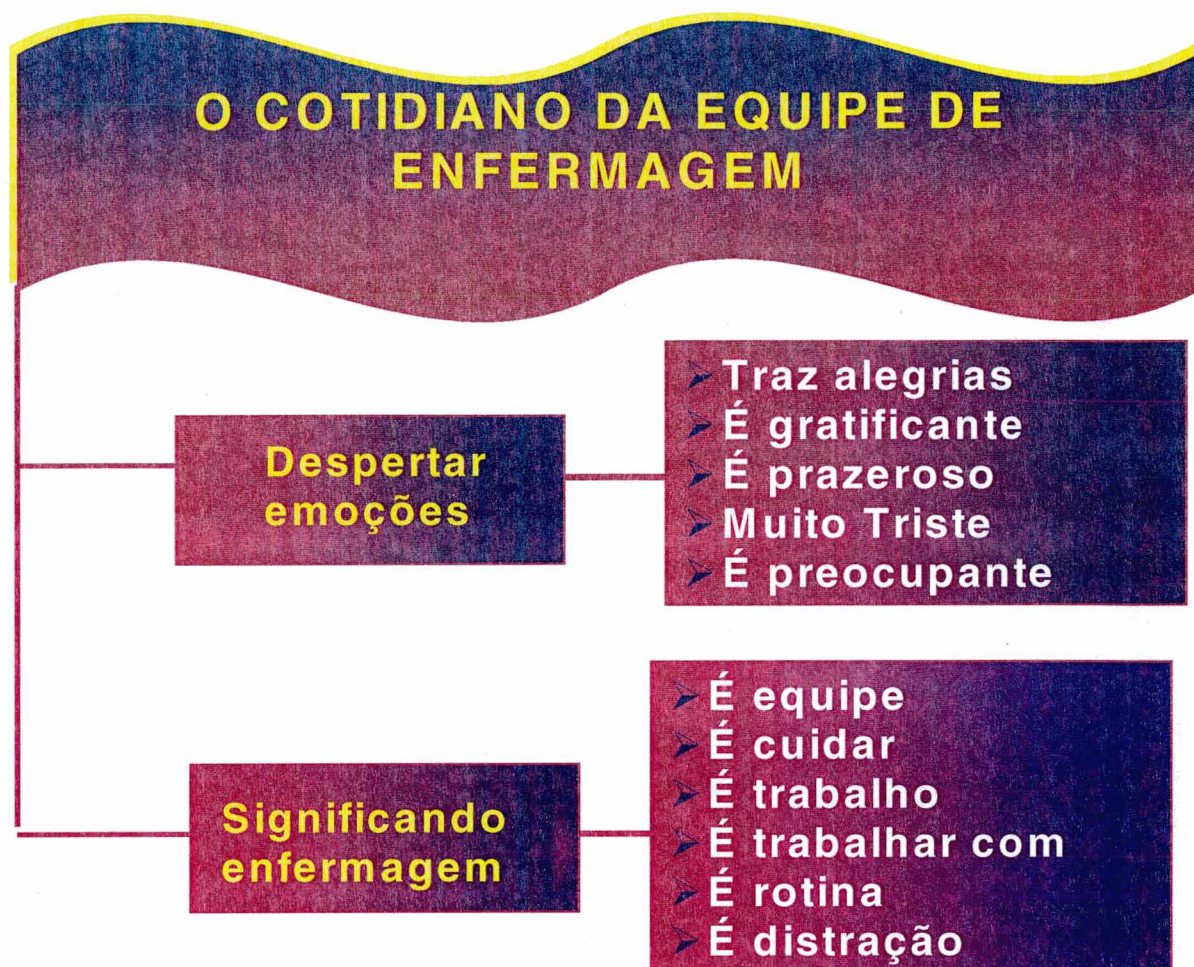
Cheguei preocupada porque eu achei que sempre que se fala sobre acompanhante e relacionamento entre a equipe e acompanhante, é uma coisa que preocupante, pelo medo de perceber o que estamos fazendo. Satisfeita porque a partir do momento que a gente pensa, reflete, tem-se a capacidade de pensar nas coisas que se faz. Isso já é um grande passo para que a gente mude e melhore. E convencida que a nossa atitude com o acompanhante profissional da saúde, daqui pra frente não será mais a mesma... Mas como a gente não pode mudar o mundo inteiro, que comecemos no lugar onde se trabalha (Aristófanes).

**Como relaxamento de integração** formei um círculo no meio do cenário da prática e de mãos dadas ouvimos e cantamos um para o outro a canção **“AMIGOS PARA SEMPRE”**. Dando por encerrado o terceiro ato da prática assistencial, às 21:50 horas ofereci um lanche e solicitei que na saída pegassem uma “lembrança”, na bota do Papai Noel (bombons enlaçados com uma semente de reflexão).

*“Cheguei ao final do terceiro ato ainda muito desgastada, tanto fisicamente, como mentalmente, embora muito feliz, porque acredito que o meu maior objetivo e o meu compromisso com esta prática assistencial foi traçado, e com êxito. Consegui resgatar no cotidiano da equipe de enfermagem, uma situação comum em nosso meio, porém pouco discutida. Acredito que é a partir de momentos como este, momentos de reflexão, que mudanças de comportamentos podem surgir. Penso que nestes três atos plantei boas sementes para se refletir no cotidiano da equipe de enfermagem”* (NOTA DA PESQUISADORA).

- 6 -

O COTIDIANO DA  
EQUIPE DE ENFERMAGEM



O cotidiano da equipe de enfermagem trazido pelos protagonistas se mostra ambíguo, é um despertar de emoções, **é enfermagem**. Deste modo, ao despertar emoções, o cotidiano das interações traz alegrias, é gratificante, é prazeroso, todavia é muito triste também, é preocupante. O cotidiano ao significar enfermagem é equipe, é cuidar, é trabalho, é trabalhar com, é rotina, mas é distração também.

### 6.1 Despertar de Emoções...

Na construção do significado do que é o cotidiano da equipe de enfermagem percebe-se um paradoxo de emoções, vividas em comum, que me remete, à “ética da estética” trazida por Maffesoli (1995, p.11 e 53), como “empatia, do desejo de comunicação, da emoção ou da vibração comum... Maneira de sentir e experimentar em comum”. A “ética da estética” convida-nos a redescobrir a graça de estar e sentir junto, de ligar-se ao outro, para um “viver saudável” no dia-a-dia.

### **... Traz Alegrias**

Percebe-se, através dos relatos, que o cotidiano da equipe de enfermagem não se restringe apenas ao “instituído”, mas ao “instituinte”, ampliando-se com os gestos e olhares, com sentimentos de alegria ao receber o sorriso de uma criança, um abraço de agradecimento dos pais e acompanhantes. Enfim, o cotidiano traz alegrias, “nos pequenos gestos”. Trazer alegria para o cotidiano da equipe de enfermagem também é acolher com serenidade e esperança um coração angustiado, é se aproximar do paciente, dos familiares e acompanhantes, comunica-se e compartilhar, junto com, seus sentimentos.

Traz alegrias quando vemos o sorriso da criança e a sua recuperação, quando conseguimos ajudar um familiar que está necessitando de maior atenção, quando se percebe que a equipe está tranqüila, coesa, que luta pelos mesmos ideais e busca o bom atendimento da família e da criança (Dulcinéia).

A alegria no cotidiano da equipe de enfermagem pode nascer do exercício da comunicação verbal e não verbal com os pacientes e seus familiares acompanhantes, que para Maffesoli (1995), é comunicação, é estar sempre em interação com o outro. Creio que interagindo com o outro no dia-a-dia, estaremos abertos para ver, sentir e ouvir, as mais diversas expressões que se apresentam no cotidiano, e que nos desperta para o re-encantamento do fazer enfermagem.

Penso que a troca de olhares, de expressões e o toque, são energias que encantam e engrandecem a alma, faz do cotidiano da hospitalização um universo mais agradável, mais colorido, mais enriquecido, tanto para quem cuida, como para quem é cuidado. Para Maffesoli (1995), “tocar” o outro, é entrar simplesmente em contato, é participar junto... Essa comunicação “tátil” também é uma forma de interlocução: fala-se, tocando-se.

### **... É Gratificante**

Embora a natureza do trabalho em instituições hospitalares seja lidar com dor, doença, medo, sofrimento, morte... Como diria Bellato (2001, p.67), “o hospital organizou seu espaço para receber a doença e não a pessoa doente, sendo esta vista apenas como um substrato no qual a doença se instala”. A enfermagem mergulha nesse universo conflitual, mas transcende quando passa a perceber que o cotidiano é gratificante também; e percebe-o com outro olhar, um olhar que encanta o cotidiano da enfermagem; o sorriso, o abraço, um beijo como forma de agradecimento.

O gratificante é ver a criança sorrindo, por mais que ela esteja doente. É gratificante quando a criança vai embora e dá aquele abraço. A gente recebe aquele carinho da mãe, ou do pai, um beijo até da criança (Dionísio).

Fazer o que se gosta, também torna o cotidiano da equipe de enfermagem gratificante, proporciona prazer e satisfação. O prazer e a satisfação de fazer o que se gosta, permite um colorido no dia-a-dia, que esbarra com as limitações, mas que se renova com a experiência de ir e vir, para um fazer melhor. Pereira (1999) reforça este pensamento quando coloca que é o ir e vir de um momento, que nos deixa efetivamente envolvidos com a produção, com o bom funcionamento, colocando-nos diante da substituição da ótica obsessiva do quanti-qualitativo pelo fazer com prazer.

É gratificante quando se gosta do que faz... Você sai satisfeito daqui (Dom Quixote).

### **... É Prazeroso**

O prazer é uma sensação que nos traz alegria e satisfação. No cotidiano da equipe de enfermagem, o prazer se manifesta pelo trabalhar com quem se gosta e por fazer o que se gosta. Neste pensar, o cotidiano vivido com prazer, pode ser contagiante, pode derrubar muros e abrir caminhos para a “socialidade”, trazida por Maffesoli (2000) como uma maneira de “ser estar junto” de um grupo que partilha afetos e espaços.

Eu penso no prazer de sair, saber que vou trabalhar com pessoas que gosto, fazer coisa que eu gosto pra mim é uma coisa muito gostosa (Colombina).

É prazeroso, é agradável e apesar de tudo é muito gostoso. Sou apaixonada, gosto da enfermagem (Stanislavsky).

Embora o cotidiano da equipe de enfermagem seja marcado por alegrias e tristezas; vitórias e derrotas; prazeres e desprazeres, a enfermagem também é uma paixão, apesar das limitações; é prazeroso trabalhar na enfermagem, quando se faz e se trabalha com quem se gosta, quando se cuida com prazer. Segundo Motta (2002) o significado que a equipe de enfermagem concede ao seu trabalho é atribuído ao gostar do que se faz, pelo elo de união. O trabalho com prazer é expressão de ser saudável trazido por famílias (NITSCHKE, 1999a).

### **... É Muito Triste**

O cotidiano da equipe de enfermagem é expresso também, como um ambiente de tristeza quando se perde uma criança. A dor e o sofrimento referidos e observados na criança e em seus familiares, muitas vezes, são sentimentos compartilhados pela equipe, que deixa transparecer em seu relato, os limites e o sofrimento de ter a morte como companheira no

cotidiano da profissão. Segundo Pitta (1994), ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para a equipe de saúde.

É muito triste quando a gente perde uma criança, a gente sofre como se fosse um da família da gente (Dionísio).

A morte é uma lacuna e uma realidade existencial ao mesmo tempo no cotidiano dos seres humanos. Gadotti (1987) coloca-nos que a dialética entre o prazer e o desprazer, entre o amor e o desamor, entre a segurança e a insegurança, entre a vida e a morte, constitui parte essencial do existir humano. Embora a morte seja um dos maiores obstáculos para a equipe de enfermagem, esta se refaz e re-encontra seu equilíbrio, quando consegue dar tudo de si para salvar uma vida. Entre esta e outras possibilidades, é que a equipe se reforça, mesmo que temporariamente, afasta os obstáculos e reage de forma a encontrar o sentido que impulsiona o fazer com, na enfermagem. Neste sentido, Motta (2002) nos coloca que, o convívio cotidiano com a dor, o sofrimento e o fantasma da morte é uma realidade dura e de difícil manejo no dia-a-dia da enfermagem, mas que enfatiza a preocupação de buscar alternativas para minimizar o estresse de conviver com a morte.

Saio triste, mas realizada porque eu tentei fazer o melhor, me fortaleço a continuar (Dulcinéia e Dias Gomes).

### **... É Preocupante**

A instabilidade de se assumir um plantão calmo ou agitado gera preocupação e estresse, antes mesmo de sair de casa, pois existe a possibilidade de se receber um plantão diferente do planejado, levando-se ao que se pode chamar de “angústia do inusitado”, entendido por Nitschke (1999a), como o abandono da segurança dos caminhos conhecidos pela sua pré-determinação.

É preocupante antes mesmo de chegar ao trabalho, nunca sabemos o que podemos enfrentar no plantão... Ao mesmo tempo, que a unidade está calma, pode ficar agitada em questão de minutos (Jocasta).

A preocupação no cotidiano da equipe de enfermagem, também é manifestada, pela possibilidade de não se realizar todas as atividades previstas para aquele plantão, em virtude das intercorrências, e, por conseguinte, o plantão seguinte ficará sobrecarregado de atividades. O dever fazer e o cumprir as atribuições profissionais é chamado por Maffesoli (1995) como a “ordem do dever ser”, que vem sendo substituída pela ordem do coletivo, ao espaço familiar,

à identificação e à sensibilidade imaginativa do “precisar ser”, identificada por Nitschke (1999a).

Então ando meio assim agora: acho que a gente não tem que se cobrar tanto, mas procurar fazer o melhor (Dulcinéia).

O tempo de hora trabalhada é outro aspecto preocupante no cotidiano da equipe de enfermagem. O plantão de doze e/ou vinte e quatro horas é significativamente mais estressante, pois corresponde a uma possibilidade maior de vivenciar uma situação emergência. A preocupação com o número de horas trabalhadas, também foi observada por Pereira (1999) que reforça a exacerbação do sofrimento da equipe, com as horas trabalhadas. Pitta (1994) nos faz um alerta quando apresenta em seu estudo que, os que trabalham mais de doze horas são campeões em doenças psicossomáticas, transtornos mentais, sintomas psicoemocionais e abuso de bebida alcoólica. Ao passo que as jornadas de quatro a seis horas protegem mais dos transtornos mentais e uso abusivo do álcool, mas não protegendo tanto dos surgimentos de sintomas psicoemocionais e doenças psicossomáticas.

É preocupante pensar em vir trabalhar por 12 horas, sabe que tudo pode ocorrer naquele dia. Então são 12 horas de responsabilidade por 1 criança, 2,3 ou 20. Mas a tua responsabilidade de estar comandando, esta dirigindo, tudo pode acontecer. Sabe que as coisas acontecem de uma hora para outra, é realmente preocupante. Depois que começar e pegar o embalo, vai embora, mas ao chegar sempre dá aquele medo. Não é porque é sábado ou domingo é a questão das 12 horas. São muitas horas de tensão. Entende? É por isso (Stanislavsky).

Observa-se ainda que, além do estresse pelo número de horas trabalhadas, a equipe retorna para casa com a preocupação de como ficará a condição do paciente, ou seja, têm dificuldades de se desligar do ambiente de trabalho pela gravidade ou sofrimento do paciente que cuidara, e acaba somatizando estas vivências arraigadas pelo estresse, trazendo para si, os sintomas psicoemocionais e doenças psicossomáticas, pontuados por (PITTA, 1994).

É preocupante a gente cuidar de uma criança, às vezes vou para casa e ligo pra vê se ta tudo bem. Isso acaba comigo (Jocasta).

Existe também, a preocupação de precisar se distanciar da família, para dirigir-se ao trabalho. Esta condição provoca uma sensação de descontentamento à equipe de enfermagem, mas que reage, a partir do momento que chega em seu local de trabalho se adaptando a identidade profissional, que entendo como a apropriação de “máscaras” do cotidiano, ou seja, dos papéis que desempenhamos no dia-a-dia. Conforme Pereira (1999), desempenhamos

vários papéis no cotidiano; o de mãe, de filha, de esposa, de enfermeira...E que podemos chamá-los, de máscaras do cotidiano.

Sair de casa para vir pra assistência o peso pra mim é muito maior, porque eu estou lidando com vida. Tá lidando com o fio da vida na tua mão. Pode ter uma criança, pode ter duas, pode está cheio a angústia é a mesma. Agora eu então venho angustiada por estar deixando os meus de fora disso. Mas no momento que você bota os pés aqui dentro eu estou aqui, estou inteira. Mas mesmo assim tenho preocupação (Dulcinéia).

## 6.2 Significando Enfermagem...

O cotidiano da equipe de enfermagem define-se a partir de sua própria essência, ou seja, é **enfermagem** envolvendo o ser equipe, o cuidar, é trabalho e trabalhar com, é rotina e é distração. Enfermagem é uma troca de energias, pautada na “ética da estética”, que valoriza o sensível, a comunicação e a emoção coletiva. Reportando-me aos conceitos de enfermagem e cotidiano, trazidos por Silva (1996); Bettinelli (1998) e Nitschke (2000) compreendo que fazer enfermagem é cuidar e ser cuidado é valorizar e aprender com a pluralidade do ser humano e, sobretudo, respeitar a simbologia do “ser estar no mundo”.

Enfermagem para mim é amor, dedicação, é compreender. Não me sinto trabalhando e sim num período gostoso entre os pacientes, acompanhantes e os demais colegas de trabalho, onde rimos, punçionamos, medicamos e damos toda a atenção as pessoas que precisam de nós... É dar de si, aquilo que gostaria que alguém devolvesse a você (Lizistrata).

### ... É Equipe

O cotidiano é trabalhar, ou seja, é relativizar, é trabalhar com união e desunião, que se manifesta no cotidiano pela “sincronicidade” trazida por Jung, *apud* Nitschke (1999a) como idéias semelhantes, mas particularmente com o toque de cada um. Creio que esta “sincronicidade” contribui e enriquece o cotidiano de equipe de enfermagem, que luta pela sustentação do “sentir junto” enquanto equipe, que me remete ao “estilo estético” que Maffesoli (1995) nos fala, sobre a faculdade comum de sentir e experimentar.

Muitas vezes é luta, união, é equipe, esperança (Brecht).

O cotidiano da enfermagem é preenchido pela labilidade emocional da equipe que trabalha ora, com simpatia, ora, de mau humor. É a expressão do afetual, aqui a ética da estética se mostra de novo com a ambigüidade do afeto: ódio-amor, aproximação-distanciamento... (NITSCHKE, 1999a).



Mau humor da equipe de enfermagem com a criança e o acompanhante (Shakespeare).

### **... É Cuidar**

A atividade de cuidar surge da criatividade humana, das sensibilidades frente às trocas com o outro e das condições naturais de capacidade do ser humano criar novas situações; de executar uma atividade humana com seu estilo ou modo de ser fazer e interagir próprio e de sua forma de apresentar representar o acontecer de sua atividade. É atitude de familiarização com sua própria vida, sentimentos e relacionamentos (ERDMANN, 1998).

A compreensão do cuidado pela equipe de enfermagem dá-se a partir do “encontro com o outro”, pois a aproximação nos permite enxergar além dos nossos olhos e nos faz entender, “que o cuidado como presença se mostra por saber ouvir, pelo diálogo, pelo estar junto, por acompanhar, envolver-se, comprometer-se, ter preocupação com o outro, o fazer-com e, em determinadas ocasiões, o agir pelo outro e defendê-lo, e também em responsabilizar-se pelo outro” (LEININGER, 1991; BOEHS, 1990, *apud* ELSSEN, 2002).

Tentamos dar conforto, atenção... Ouvimos com atenção e procuramos atender suas necessidades através das expressões. (Dias Gomes).

O cotidiano da equipe de enfermagem também é cuidar, é abrir espaços para as necessidades verbais e não verbais, é relativizar o cuidado instituído. “É integrar-se à complexidade orgânica, isto é, abrir espaço para o afeto e para a paixão, e, também para o não lógico, é ser estar-junto” (MAFFESOLI, 2000, p.98).

### **... É Trabalho**

O cotidiano da equipe significa trabalho. O turno de trabalho no cotidiano da equipe de enfermagem é um paradoxo, mostrando-se competitivo e desgastante tanto físico como psicologicamente. Pela manhã, a equipe confronta-se com a correria e a agitação das atividades técnicas, burocráticas e com o fluxo intenso de pessoas circulando na unidade. À tarde parece ser mais calmo, embora a equipe desenvolva suas atividades paralelas ao horário permitido às visitas. Mas é à noite que a insatisfação impera, “dorme-se”, mas não dorme-se: repousa-se, pois existe o medo do imprevisto; o fluxo de funcionários circulando é menor para a equipe médica, para a equipe de enfermagem, bem como para os serviços de apoio, como farmácia, RX, laboratório... Pitta (1994) apresenta em seu estudo, que a grande maioria dos funcionários trabalha durante o horário diurno e fica para o trabalho noturno, o menor número

de funcionários, embora em algumas unidades o fluxo de atividades permaneça constante, justificando assim, a prevalência de distúrbios mentais no trabalho noturno.

O trabalho no cotidiano da enfermagem no período da manhã é um, no período da tarde é outro e à noite é outro. De manhã é uma correria. Hoje em dia é pouco por causa da greve, mas senão, o fluxo de pessoas aqui dentro é imenso. À tarde o fluxo já cai pela metade, porque é só a metade dos estudantes até as quatro horas, depois não tem mais nada. Em compensação tem, o fluxo da recreação e das visitas. Então tudo parece mais fácil. À noite, dorme-se. Só que à noite prá quem não tá acostumado é muito mais estressante. Eu por exemplo, acho à noite é muito pior, só tem um médico lá em baixo, qualquer coisa a gente berra e não tem ninguém para escutar. É muito mais complicado, à noite, não é para qualquer um, meus parabéns para quem trabalha á noite (Stanislavsky).

Para muitos profissionais da área da saúde, trabalhar à noite, é uma necessidade de sobrevivência, pois muitas vezes, somente um vínculo empregatício, não é o suficiente para manter um padrão de vida que atenda as necessidades básicas de uma família.

Eu estou trabalhando à noite porque preciso, porque se fosse para eu escolher, jamais escolheria. Porque é estressante, é desgastante. É barulhenta, se uma criança acorda, acorda a outra também. À noite é mais estressante (Brecht).

A equipe de enfermagem que trabalha no período noturno, por vezes, sente-se injustiçada com relação às equipes dos outros turnos, por não reconhecerem as limitações e o desgaste que o trabalho noturno proporciona aos trabalhadores, pois existe o estigma, ou mito até, de que “à noite se dorme e pouco se produz”, são feitos os cuidados indispensáveis para a melhora do paciente, mas a organização do setor fica a desejar, acarretando assim, sobrecarga de trabalho para os turnos subsequentes.

Acho que todo mundo deveria passar pela noite pra ver o quanto é difícil trabalhar à noite. A maioria não valoriza quem trabalha à noite (Dom Quixote).

### ... É Trabalhar Com

O cotidiano da equipe de enfermagem é trabalhar com vidas e mortes, prazeres e desprazeres. É um paradoxo, porque bom ou ruim, a equipe está presente e, como diria Maffesoli (1984) em socialidade, mergulhada num misto de sentimentos, paixão, imagens, diferenças que incitam a relativizar as certezas estabelecidas e a uma multiplicidade de experiências coletivas.

A gente sempre esta lidando, todos os dias com vidas. Vidas e mortes também. Bom ou ruim estão sempre juntos (Dulcinéia).

O cotidiano é **trabalhar com** os limites da morte no viver. Todavia, a maneira de ver e sentir a morte é subjetiva, mas de maneira geral assusta, pois é a única certeza que temos, como parte da nossa existência presencial. Os profissionais da saúde tendem, muitas vezes, encará-la como um acontecimento “normal” e consequência da vida humana, mas o que se percebe, é que encará-la desta forma é um meio de proteção, no sentido de não deixar extravasar seus sentimentos de medo, insegurança e incerteza, ou seja, como Maffesoli (1984) nos diz, o profissional utiliza-se de uma nova máscara que representa o “afrontamento do destino”, a angústia da morte, onde o jogo duplo e o conformismo pelo morrer é “algo tão natural.

É **trabalhar com** as limitações da gente. Se a criança estava grave, tinha que morrer, mas se você dá todo o atendimento que ela necessita, é ótimo. É verdade. Eu sei que era um óbito que eu tinha que enfrentar (Dias Gomes).

O convívio com a miséria também é **trabalhar com** no cotidiano da equipe de enfermagem. O sofrimento causado pelo descuido à criança gera revolta em toda a equipe de saúde, mas na maioria das vezes, é a enfermagem por permanecer mais tempo com esta situação, que se coloca numa posição julgadora, sem mesmo conhecer a realidade das condições de sobrevivência da família. Boehs (2001) coloca-nos muito bem que não julgemos aquelas mães de crianças que reinternam com frequência como incompetentes. É preciso exercitar o saber ouvir, o que o outro tem a nos dizer, para que possamos compreender melhor como a família cuida, a razão de suas práticas do cuidado que, muitas vezes, são diferentes daquelas que nós profissionais consideramos verdades inquestionáveis.

É um convívio diário com a miséria, descuido e sofrimento, dá revolta na gente (Dom Quixote).

O cotidiano da equipe de enfermagem significa **trabalhar com** quem se tem afinidades e com quem não se tem afinidades. O compartilhar também pode ser “conflitual”; estas relações que se fazem de ações minúsculas, estão longe de ser harmônicas, mas trazem o “contraditório”, que se constrói tendo por base as diferenças. Dentro desta “harmonia conflitual” arraigada pela diversidade, sobrepõem o “jogo da diferença” que para Maffesoli (2000) permite a neutralização de poderes, levados a uma confrontação e, conseqüentemente à relativização. Relativizar é caminhar para a “solidariedade orgânica” que se apóia na ambigüidade simbólica, garantindo assim, a partilha sentimental de valores e idéias.

Tem dias que a gente não tá bem e tem pessoas que não gostam de **trabalhar com** a gente também. Tem pessoas que são obrigadas a engolir a gente. São obrigados a

**trabalhar com** a gente. Quantas pessoas não pensam hoje, que saco a fulana vai trabalhar, mas eu procuro fazer o meu serviço bem, para aquela pessoa não reclamar do meu trabalho. Então não me importa, se gosta ou não de **trabalhar comigo**. Importa que ela goste do meu trabalho. Esta é minha função, atender a quem precisa. Então, o que me importa é que a pessoa faça o que tem que fazer, não se gosta de mim ou deixa de gostar, ou se gosta de **trabalhar comigo**, isso pouco me importa no meu dia a dia, isso pouco me atinge (Brecht).

**Trabalhar com** é, muitas vezes, aguardar a tempestade passar e esperar a calmaria. Em determinados momentos da vida, percebemos que os seres humanos em situação de estresse reagem de maneira exaltada, ríspida e intolerante, entretanto, quando se encontram mais tranquilos e seguros da situação, estes nos surpreendem e passam a ser admirados. É preciso compreender estes elementos significativos da teatralidade do viver, pois como diria Morin (2001, p.97), “a incompreensão de si é fonte muito importante da incompreensão do outro. Mascaram-se as próprias carências e fraquezas, o que nos torna implacáveis com as carências e fraquezas dos outros”.

Às vezes, no outro dia você tem outra visão da pessoa. Quando vai começar a **trabalhar com** aquela pessoa, você não deve esquecer que aquela pessoa é um ser humano e que existirão dias que ela vai estar bem e outros não. Pode estar num período muito ruim. Esse contato até pode ajudar a crescer, também, porque vai trabalhar diferente e às vezes até passa a gostar de **trabalhar com** aquela pessoa (Dom Quixote).

No cotidiano da equipe de enfermagem, **trabalhar com**, é aprender com quem está chegando e com quem já se trabalha, é viver a diversidade, ou seja, “integrar-se numa complexidade orgânica, abrir espaço para o afeto e para paixão, e, também para o não lógico, que favorece a comunicação do ser estar-junto” (MAFFESOLI, 2000, p.98).

É um aprendizado constante com o colega. Por mais que se **trabalhe com** quem tem vinte anos de trabalho ou com quem está começando agora, agente aprende sempre. Porque às vezes a gente vive a rotina, é uma coisa tão normal da gente, que às vezes uma pessoa nova coloca uma maneira diferente de lidar, cuidar do paciente... As pessoas antigas sempre aprendem com quem está chegando... Com relação ao paciente ou acompanhante a gente nunca deve subestimar o que o acompanhante traz pra gente (Dom Quixote).

O cotidiano da equipe de enfermagem é ambivalente, uma “caixinha de surpresas”, ora nos identificamos, ora nos estranhamos. Aproximamo-nos pelas semelhanças e nos distanciamos pelas diferenças. Para Maffesoli (1984), a ambivalência estrutura de forma dinâmica as interações sociais, reforçando-as num equilíbrio entre amor-ódio e proximidade-distância. Neste pensar, compreendo que a ambivalência relativiza o cotidiano, possibilita o sair do individualismo e parte para as tribos, que se constitui pela identificação, por aquilo que me aproxima do outro.

É óbvio que você se afina, mais com um do que com outro, claro que eu prefiro trabalhar com ciclano, mas se o serviço flui, a criança foi bem atendida, não se deixou a desejar no atendimento, acho que não tem problema nenhum. A gente tem que só trabalhar o melhor com as pessoas (Brecht).

### ... É Rotina

O cotidiano da equipe de enfermagem é aparentemente repetitivo e habitual, é inerente ao cuidado e indispensável para o crescimento enquanto seres humanos. O cotidiano também é rotina, lembrando que não são sinônimos. Ou seja, é distribuição de tarefas, é observar, escrever e orientar, “são sempre as mesmas coisas, causam monotonia” como Pitta (1994) mostra em seu trabalho, mas é também aprender a valorizar “as pequenas coisas”, o individual e o coletivo, as crenças e os mitos, é aproveitar o ir e vir, para tirar o melhor proveito para a existência e não como “um fardo, rotina sem significado algum, pura monotonia, pois sem a capacidade de repetição automática, viveríamos num eterno re-aprender de gestos simples do nosso dia-a-dia (RESENDE, 1995 *apud* PEREIRA, 1999).

É uma rotina, distribuição de tarefas... É observar, escrever e orientar (Colombina).

A rotina, segundo Gadotti (1987) é a repetição mecânica de atos cujo sentido não é questionado: o fazer por fazer. A cotidianidade não é a pura repetição automática de gestos, palavras e ações, mas a busca de um lugar, de um espaço conhecido de um “lar”, um “em casa”, um “para si”, um poder-se-ia dizer... Em torno desse “cantinho”, forma-se o cotidiano que se renova sempre, que tem sempre um novo sentido. Um lugar de repouso, e ao mesmo tempo, de busca de novos lugares.... A rotina pode ser o tûmulo do amor, embora alguns insistam também em dizer que esse tûmulo é o casamento. Neste pensar, pode-se abstrair do cotidiano rotineiro, um espaço para se conhecer o outro a valorizar a prevalência do simbólico que integra, ao mesmo tempo, a razão e o sentido do fazer comum, de forma rotineira, mas estético, com função de agregação, que fortalece o cotidiano da socialidade.

É pegar passagem de plantão, administrar medicação, cuidados integrais (Shakespeare).

Para Gadotti (1987, p.26 e 27), “o cotidiano pode ser sufocante quando vivido mecanicamente pela rotina, quando ele banaliza a nossa existência, mas é nele que podemos realizar uma existência autêntica, quando levamos a sério a conversa, a comunicação. É no cotidiano que podemos aprender a nos olhar, aprender a falar, a ouvir, a ver, a viver uma vida banal ou não. A banalidade está em não reconhecer o valor de cada instante, a só atribuímos valor aos grandes momentos, aos momentos “heróicos” da vida”. Então, que saibamos

valorizar a rotina enquanto “pequenos momentos” do nosso viver que é tão especial e significativo para a nossa evolução enquanto seres humanos. É preciso encontrar nos movimentos de repetitividade, o encanto pelo fazer enfermagem, pois a repetição dos momentos vividos na tarefa de cuidar para Silva e Erdman (1995) aparece como reencantamento, embora este esteja sempre a lembrar a sua dramaticidade. O reencantamento do cuidado pode ser vislumbrado na repetição enquanto anulação do tempo e das angústias pelos seus ritmos sincronizados.

### ... É Distração

O cotidiano da equipe de enfermagem é também, distração, brincar, dançar, dar gargalhada... O sorriso é a conduta terapêutica da alma, ilumina, aquece e perfuma o nosso viver. Penso que as distrações através do brincar, do dançar e do sorrir, são elementos essenciais para quem cuida e para quem é cuidado. No cotidiano da hospitalização, esses elementos são também maneiras de cuidar, trazem vida, esperança e alegria, abrem espaços para a transgressão do instituído, resgatando assim, a razão sensível no dia-a-dia. Pierozan (2001) vem reforçar este pensamento colocando que, no cotidiano da hospitalização, o paciente precisa ter alegria, alegria que se traduz no brincar. Para Henckemaier (2002), um simples “bom dia” e um sorriso, fazem-nos interagir com maior facilidade com o paciente e família, sendo também uma maneira de prestar o cuidado.

Enfermagem também é brincar, dançar, dar gargalhada (Jocasta).

Para Pereira (1999), o reencantamento pela enfermagem pode não eliminar o sofrimento nem a rotina, mas o lúdico pode ser a opção para liberar a enfermagem dessa camisa de força causada pelos exageros e exigências do seu trabalho. Podendo se resgatar a diversão trazida por Nitschke (1999a) como condição de maneira de ser saudável, lembrando que diversão é “mudar de direção”. Neste pensar, acredito que o lúdico no cotidiano da equipe de enfermagem, do paciente, familiares e acompanhantes se assemelha a um “respiradouro”, que oxigena a dimensão da existência humana, que oportuniza a liberação de fantasias, da criatividade e da liberdade de expressão, resgatando assim, um viver saudável, que vem ao encontro do que Nitschke; Martins e Verdi (1998) colocam sobre o cuidar lúdico, que é aquele que tem clareza do ser humano com o qual vai interagir. Vale dizer, é aquele cuidar que inclui o estar próximo daquele que cuidamos, sintonizar com o vivido do seu cotidiano, contemplar a razão sensível do ser humano. É deste modo que este cuidar mergulha nas entranhas do que é ser humano, integrando suas distintas dimensões e assim, descobre suas

necessidades e desejos, sua sensibilidade, sua criatividade. Para Bellato (2001), talvez o segredo do reencantamento do mundo do hospital esteja em...

... Reencantarmo-nos, a nós mesmos, profissionais da saúde, tão desencantados nesse mundo de obrigações, trabalho árduo, máquinas, dor, sofrimento, morte... Mas que também é um mundo de vida, de esperança, de sonhos, de afetos, de troca... Um mundo de Waldecir<sup>1</sup>... Que contagia os profissionais que dele cuidam, que passam a agir em consonância com seu mundo imaginal, introduzindo no seu relacionar-se com ele a alegria, o afeto, o carinho, o lúdico, a cor.

---

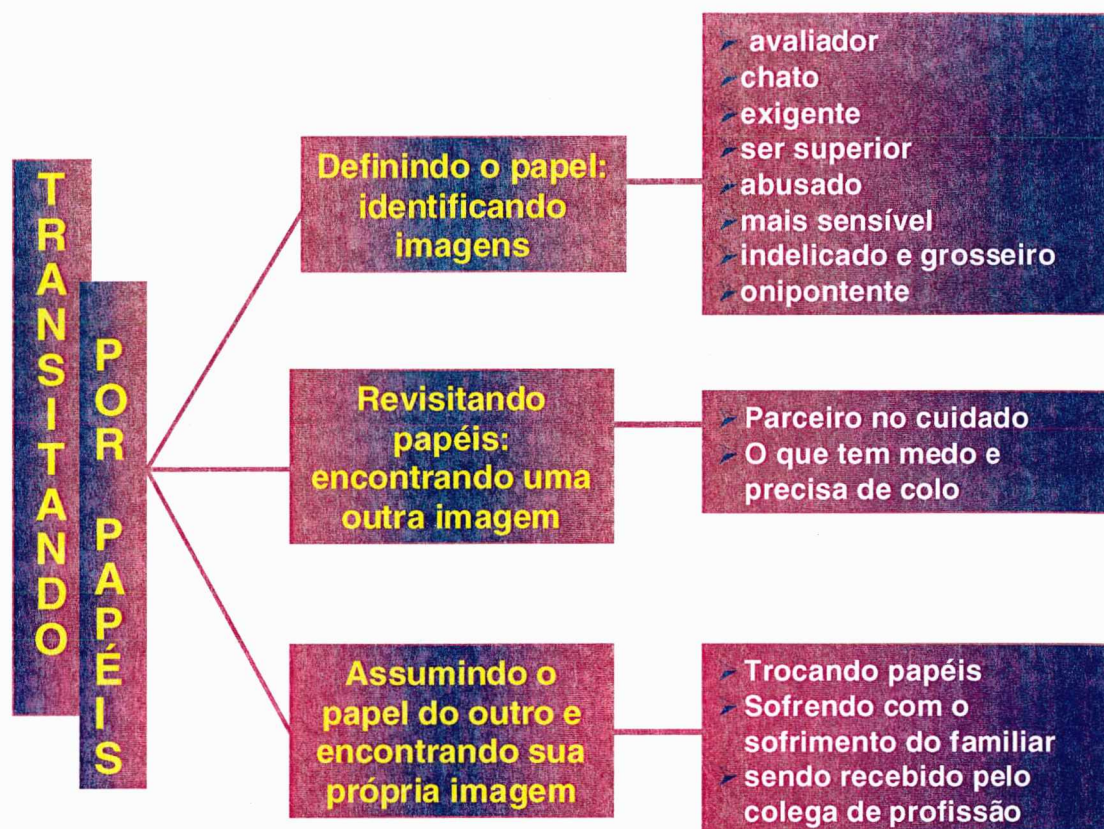
<sup>1</sup> Paciente que revela o significado da hospitalização, através do desenho.

-7-

# TRANSITANDO POR PAPÉIS:

A EQUIPE DE ENFERMAGEM ATRIBUINDO OS SIGNIFICADOS AO  
ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE QUE VIVENCIA O  
COTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO DE UM FAMILIAR





Neste momento, apresento a definição da situação de interagir com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, pela equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem, atribuindo significados ao acompanhante profissional da saúde, transita por papéis. Assim, ao definir os papéis ao acompanhante profissional da saúde constroí as imagens de avaliador; chato; exigente; ser superior; abusado; mais sensível; indelicado e grosseiro; onipotente. Ao construir papéis, a equipe de enfermagem atribui outras imagens ao acompanhante profissional da saúde, como: parceiro no cuidado e medo. Ao trocar os papéis, encontrando sua própria imagem, a equipe de enfermagem mostrou-se: sofrendo com o sofrimento do familiar; trocando papéis e identificando que o médico recebe melhor que a enfermagem.

### 7.1 Definindo o Papel: identificando imagens

#### Avaliador

No cotidiano da hospitalização de um familiar, o acompanhante profissional da saúde é percebido pela equipe de enfermagem, como um acompanhante avaliador. O fato de ter conhecimento da situação gera um certo desconforto à equipe, que se percebe observada e

avaliada. Entretanto, este desconforto não é só referido pela equipe mas também pelo acompanhante profissional da saúde. Segundo Franco (1988), ser acompanhante é uma “experiência sofrida”... É retratada como uma prova difícil, porém muito importante para o paciente, para si e demais familiares. O acompanhante, durante sua permanência no hospital constitui motivo de grande expectativa e ansiedade em torno da situação, principalmente em relação ao ambiente hospitalar, isto se deve, principalmente ao medo de não lhe deixarem ficar com o paciente até sua alta.

Por serem da área, tornam-se observadores e avaliadores, causando desconforto na equipe... Questionam sobre todos os aspectos relacionados com a hospitalização (Dias Gomes e Brehct).

O acompanhante profissional da saúde torna-se um desconforto à equipe de enfermagem, porque observa, avalia e questiona sobre o seu familiar hospitalizado. Antes de ser um acompanhante, este, é um familiar, e como tal, lhe confere o direito de estar ciente da conduta terapêutica do paciente hospitalizado. De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (1995), as informações a que os pacientes e seus familiares têm direito, são tanto as verbais do dia-a-dia da evolução clínica quanto aos relatórios finais de alta, transferência ou óbito.

Entendo que este “desconforto” não se atribui somente aos questionamentos, mas porque este que acompanha, é também da área da saúde, ou seja, a equipe trabalha sob os olhos “críticos” de um colega de profissão. Este olhar crítico pode relativizar o instituído, e isto gera conflitos entre ambos. Acredito que os questionamentos e os conflitos no cotidiano da hospitalização são pertinentes, pois a diversidade possibilita um melhor cuidado, mas são indesejáveis para quem o realiza, pois expõe seu conhecimento.

### **Chato**

A equipe de enfermagem identifica que o acompanhante profissional da saúde cobra mais que o acompanhante leigo; quando da área da saúde, o acompanhante questiona sobre os procedimentos e condutas realizados ao familiar hospitalizado, ao passo que o acompanhante leigo, muitas vezes acompanha o cuidado e/ou tratamento sem questioná-lo. Esta reflexão vem ao encontro do que é trazido por Bohes (2001) ao referir que no dia-a-dia, a equipe de enfermagem admite que as pessoas com um status socioeconômico diferenciado questionem mais do que as pessoas com baixa renda. Neste sentido, Franco (1988, p.139 e 140) apresenta as diferenças do acompanhante do sistema particular e previdenciário:

No sistema particular, os acompanhantes pelo fato de pagarem as suas diárias no hospital, querem desfrutar das mordomias de um hotel... Acham-se no direito de dar ordens, como se fôssemos seus empregados... Armam um escândalo por qualquer insatisfação, são nervosos e agressivos... São exigentes e querem ser atendidos nas mínimas coisas. Ao passo que os acompanhantes do sistema previdenciário vêm solicitar autorização, se dizem em condições de atender a todos os pré-requisitos exigidos e aceitam todas as normas disciplinares.

Partindo para uma reflexão, parece-me que para a equipe de enfermagem, o bom acompanhante é aquele que se molda às normas e rotinas instituídas, e o mau acompanhante é aquele que tenta relativizar o instituído. Neste sentido faz-se necessário que o acompanhante, seja este, profissional da saúde ou não, se utilize da astúcia e do silêncio como forma de reagir e reivindicar o seu espaço no cotidiano da hospitalização face à imposição das normas instituídas. Para Maffesoli (1984) a astúcia e o silêncio, organicamente ligados a vida, são meios de existência e resistência, abrindo brechas no espaço social dominado pelos poderes constituídos, permitindo a manutenção da identidade e do reconhecimento.

A gente vê que há mais cobrança por parte deles: perguntam mais sobre os horários de medicação, sobre cuidados, questionam sobre a doença e rotinas... Sobre a limpeza, sobre o corte da fita que devia ser de outro jeito... Muitos são chamados de chatos, porque incomodam, questionam (Shakespeare).

...A gente percebe que ele sabe muito mais, do que um leigo. O médico esta prescrevendo, a gente trabalhando e ele tá acompanhando (Colombina).

Entendo que, não somente o status socioeconômico diferenciado possibilita um maior questionamento com relação aos procedimentos e a terapêutica clínica, mas também o cultural, pois quanto maior o conhecimento, maior é a nossa capacidade de crítica. Muitas vezes, o ser humano não está preparado para receber críticas e quando estas vêm do mesmo nível, são consideradas como uma ofensa pessoal e reagem com indiferença e soberba, retratando assim, as críticas dirigidas à equipe de enfermagem, pelo acompanhante profissional da saúde. Para tanto me remeto ao depoimento de um dos diretores do hospital no estudo de Franco (1988, p.162), “não estamos preparados para receber críticas, falta-nos maturidade para isto, costuma-se considerar uma ofensa pessoal, ninguém quer admitir que outras pessoas apontem suas falhas”. Em Bohes (2001), o depoimento de uma auxiliar de enfermagem se assemelha; “a coisa mais difícil do nosso trabalho é lidar com questionamentos, críticas”. Neste sentido, vê-se a necessidade de se avançar para uma “união em pontilhado”, aberta aos questionamentos, que contrapõe o intuído, que é passível de trocas.

Neste trilhar por “caminhos tortuosos”, o acompanhante profissional da saúde ganha seus “rótulos” por fazer questionamentos. Estes questionamentos são interpretados comumente pela equipe de enfermagem, como um ato de cobrança, que expõe o conhecimento desta, levando a insegurança pela possibilidade de ser contra-argumentada. A equipe mostra dificuldade de interação com o acompanhante profissional da saúde por conta dos “olhos críticos” e da cobrança, que gera medo e insegurança ao ser observada por um profissional da mesma área e da mesma classe de trabalho. Desta forma, Maffesoli (1984, p.31) enriquece esta reflexão, colocando que “é no e pelo coletivo que todos e cada um se expandem... E esta expansão dá alento ao bem-estar comum”. O individual nos assusta, o coletivo nos protege da razão única e nos conduz à emoção.

O medo da cobrança está relacionado à insegurança, porque tem alguém observando o que a gente faz (Stanislavsky).

Algumas vezes, o acompanhante profissional da saúde cobra da equipe de enfermagem, o que não depende exclusivamente do seu empenho, mas dos serviços de apoio também, e por dependerem de outros serviços, a equipe fica limitada em realizar determinadas atividades, causando uma certa animosidade entre ambos.

Eu acho que a cobrança existe e piora porque muitas vezes, quando é por causa do exame que ainda não foi marcado, da medicação que não tem no estoque e não foi digitada, dos exames que vieram errados e que sumiram, claro, os acompanhantes profissionais da saúde estão atentos, eles sabem de tudo. Eles acham que é má vontade. Mas não é assim (Dulcinéia).

### Exigente

Para a equipe de enfermagem, o acompanhante profissional da saúde é exigente, é visto como o “acompanhante vip”<sup>2</sup>, que solicita mais abertura e exclusividade no cotidiano da hospitalização. Nesta concepção, reporto-me à figura de “Dionísio”, trazida por Maffesoli *apud*, Pereira (1999) como o Deus turbulento, estranho à ordem, porque ele é a própria desordem. No entanto, ele se coloca como respiradouro social, que oxigena a ordem mortífera. Dionísio relativiza nossa hiper-racionalidade, e nos mostra um outro lado de nos mesmos, sufocado pela razão, mas nunca extinto. Parece-me que o Dionísio é a quebra de rotinas e que a equipe de enfermagem, vê o acompanhante profissional da saúde, como o Dionísio, que vem romper o instituído, renovar o cotidiano da hospitalização, que a equipe não quer enxergar.

---

<sup>2</sup> Vip-very – important people.

Solicitam facilidades como: permanência no setor, alimentação especial, telefone, é acompanhante vip (Shakespeare, Stanislavske e Dulcinéia).

O acompanhante profissional da saúde exige mais atenção, maior exclusividade (Colombina).

Mesmo que, para alguns integrantes da equipe de enfermagem, o acompanhante profissional da saúde seja um Dionísio, na concepção de outros integrantes, este acompanhante pode auxiliar no cuidado. Aos olhos da equipe de enfermagem, o acompanhante profissional da saúde atrapalha o cotidiano da hospitalização quando questiona, quando fiscaliza “os passos” da equipe com o intuito de investigar se as condutas estão sendo realizadas, quando “exige”... Mas é visto também, com outros olhos, um olhar pautado na “ética da estética”, que percebe a necessidade do acompanhante para o bem estar do paciente hospitalizado, que traz segurança, carinho, dedicação e alegria para o viver “junto com, porque faz sentir-se bem”. Nietzsche *apud* Rezende (1997) nos faz um alerta; nos chama atenção para que não nos enriqueça no racionalismo, mas que o tempere com a aceitação de que o ser humano não é só razão e que também quer participar do mito, do sonho, do imaginário, da alegria do senso comum.

Ao mesmo tempo, que auxilia, atrapalha pela pegação de pé ou pelo próprio estresse (Aristófanés).

Percebe-se neste relato, a questão da duplicidade e da ambigüidade da equipe de enfermagem, que ora se manifesta a favor, ora se manifesta contra a presença do acompanhante profissional da saúde. Bohes (2001) nos coloca que, a família/acompanhante no cotidiano da hospitalização para a equipe de enfermagem, é uma *moeda de dois lados*. De um lado encontramos o conforto físico e principalmente o psicológico, do outro uma forma de ver a doença como advogada da criança, que questiona. Penso que esta ambigüidade pode ser uma forma de proteção contra absolutização, contra as diversas imposições, como nos coloca Maffesoli (1984), que todas as relações sociais são atravessadas de ponta a ponta por essa duplicidade protetora que combina, de um modo consciente ou quase inconsciente, a necessidade e os espaços de liberdade que permite... É a brecha, o desvio que permite a vida, a carapaça contra a ameaça e a agressão.

### **Ser Superior**

Para a equipe de enfermagem, o acompanhante profissional da saúde se coloca numa posição superior a equipe, criando um certo estranhamento entre ambos. Existe uma forte relação de poder entre estes, disputam uma posição, que inconscientemente transitam pelos

mesmos objetivos, o da recuperação do paciente hospitalizado. De acordo com Maurin (1983) e Nitschke (1991), posição serve para situar as pessoas dentro de categorias sociais. Entretanto, a equipe de enfermagem se coloca na posição de familiar e de profissional da saúde, pressupondo que teria a “facilidade” de acesso, mas se depara com a equipe de enfermagem, que ocupa uma posição “chefe da unidade”, que impõe ordens e limites no cotidiano da hospitalização.

Eu acho que o próprio acompanhante da área da saúde se coloca de uma forma, como superior: eu quero ser atendida de uma forma diferenciada; eu tenho direito porque eu sei da rotina, eu conheço. Isso gera uma certa animosidade com a equipe, ocorre um estranhamento. Raras as exceções, mas existe uma grande dificuldade de formar um vínculo com a equipe (Stanislavsky).

Para Foucault (2000), o poder atinge a realidade mais concreta dos indivíduos, o seu corpo, e que se situa ao nível do próprio corpo social e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e, por isto, podendo ser caracterizado como micro-poder... O poder não é algo se possui como uma propriedade, não existe, de um lado, os que tem poder e, do outro, os que não têm, rigorosamente falando, o poder não existe, existem práticas ou relações de poder. Neste pensar, o poder não ocorre unilateralmente, mas dos dois lados, o que existe entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde é uma relação de poder, que implica o poder da resistência em ceder ao outro, uma vez que, a nossa força se proporciona à resistência que encontramos, instalando-se assim, o conflito entre ambos.

Em resposta a posição de superioridade do acompanhante profissional da saúde, a equipe de enfermagem contrapõe-se a esta posição com indiferença, distanciamento e impondo limites de acesso para o acompanhante. Neste pensar, volto-me para a necessidade de transcendermos o cuidado apoiado na ordem do instituído, entendido por Maffesoli (1984) como solidariedade mecânica, e avançar para um cuidado apoiado na solidariedade orgânica, calçada em laços sociais afetivos e na ambigüidade básica da estruturação simbólica, tem raiz na troca, garantindo a “coesão” do grupo, a partilha sentimental de valores, de lugares, de idéias,

Tem muito a questão de como o acompanhante profissional da saúde chega em você, já aconteceu de eu atender um filho de um médico e ele chegou olhando o atendimento da criança. Eu pedi para ele fazer um ficha, para o hospital receber e ele foi extremamente grosso. Bom, bastou! A criança recebeu todo o atendimento, agora, ele, eu falava como se ele não estivesse na roda. Me coloquei numa postura, bem indiferente. Ele veio bancar aquela postura de senhor doutor! Pô o que é isso?... A questão do relacionamento tá muito ligada com a questão da chegada. Chegou dando patada ou de nariz empinado, a gente vai reagir de maneira negativa (Colombina).

A relação de poder entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde, inicia no momento em que se anuncia a chegada de um paciente, cujo, o acompanhante/familiar é da área da saúde, pois muitas vezes, o próprio profissional que anuncia, ironicamente comunica a sua chegada e a equipe consciente ou inconscientemente “se arma” contra o acompanhante profissional da saúde. Antes mesmo de receber o paciente, a equipe já começa a fazer questionamentos sobre o atendimento a ser prestado para criança e seu acompanhante e acaba criando barreiras no processo de interação, colocando no momento da internação, que as regras existem e devem ser respeitadas.

Mas depende de como avisa. Porque se avisa de forma superior, muito auto-suficiente, ao invés de ajudar, já cria uma barreira (Stanislavsky).

Neste sentido penso que as normas e as rotinas existem e estão aí para serem repadronizadas de acordo com a situação vivida, que é preciso relativizar o instituído e ter flexibilidade, palavra esta, entendida por Freitas (2000) como uma varinha mágica que renova as estruturas, saberes, comportamentos, condutas, métodos, pensamentos, visão de mundo, representações e conceitos. Mas antes de pensarmos na repadronização das normas e rotinas intituídas, é preciso flexibilizarmos primeiro nossas próprias verdades, crenças e valores.

### **Abusado**

O acompanhante profissional da saúde também é percebido pela equipe de enfermagem, como o acompanhante “abusado”, que burla as normas e rotinas instituídas. Neste pensar, reporto-me, novamente, à figura do “Dionísio” que vem para romper o instituído, relativizando as normas e rotinas.

Na maioria das vezes infringem regras da instituição... O acompanhante da área da saúde é abusado, já chega se metendo no serviço que não é dele (Dias Gomes e Brecht).

O acompanhante que, neste estudo, é significado como “abusado”, Bohes (2001) em seu estudo, a chama de “folgado” de acordo com a equipe, por se meter em tudo e querer fazer as coisas. Nesta situação a equipe de enfermagem ignora conversar ou até aceitar sugestões; impede que o familiar avance o espaço proibido e coloca ordem, empoe as normas da unidade no sentido da não invasão de espaços e, para isto, a hierarquia é requerida. A “dimensão de espaço” para a equipe de enfermagem parece ser muito forte, ao sentir que o seu espaço possa ser ocupado pelo acompanhante profissional da saúde, esta se confronta com o acompanhante, de maneira a limitar e, muitas vezes, proibir seu acesso.

### **Mais Sensível**

A equipe de enfermagem percebe que o acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização de um familiar, se preocupa mais em relação aos cuidados e as condutas terapêuticas, por ter o conhecimento da doença, bem como de suas complicações, por isso, são mais sensíveis e acabam sofrendo mais que o acompanhante leigo. Por ter o conhecimento da patologia, o acompanhante profissional da saúde sofre antecipadamente, pois mesmo antes de surgir qualquer complicação, este, já havia associado à doença com as possíveis intercorrências.

O acompanhante profissional da saúde, por ter conhecimento da doença e sua conseqüência, torna-se ansioso, e este sentimento é identificado pela equipe de enfermagem como uma dificuldade de criar vínculos com a mesma. Elsen (2002) nos faz um alerta, enfatizando que o sofrimento do familiar pode ser agravado pela falta de uma comunicação adequada, pelo distanciamento e frieza mantidos pela equipe de enfermagem. E Maffesoli (2000, p.197) complementa este pensamento, referindo que “a ajuda mútua, sob suas diversas formas, é um dever, pedra de toque do código de honra, muitas vezes não dito, que rege o tribalismo”.

Tem maior percepção do que acontece, gerando por vezes angústia maior por saber das possibilidades clínicas e prognósticas (Colombina e Diderot).

Embora uns sejam mais preocupados, outros conseguem trabalhar melhor com a ansiedade de ser um profissional da saúde e acompanhar um familiar hospitalizado. Boff, *apud* Nitschke (1999a) alerta, a preocupação é cuidado.

Tem acompanhantes da área da saúde que tu nem sabes, de tão tranquilos que são. Eles cobram, se preocupam porque acham importante saber que remédio seu filho está tomando, quem é o médico que está cuidando (Dom Quixote).

Então, que saibamos entendê-lo: É preciso apreciar a diversidade como uma necessidade de renovação no cotidiano da hospitalização, e não como uma limitação. Para tanto, o “estilo-estético-afetivo”, convida-nos a perceber a florescência da afetividade que faz redescobrir a graça invisível de estar junto. A estética do cotidiano, assim instaurada, valoriza a maneira de sentir e experimentar em comum (MAFFESOLI, 1995).

### **Indelicado e Grosseiro**

Em determinadas ocasiões a equipe de enfermagem reconhece que, o acompanhante profissional da saúde aborda a equipe de maneira indelicada e grosseira, em virtude de uma



situação de estresse, mas na medida em que esta situação é amenizada, o mesmo se manifesta de forma mais tranqüila.

A maneira como tu chegas na pessoa, de forma indelicada, e se o acompanhante chega de maneira agressiva, você fica na defensiva, porque a pessoa está sendo agressiva. Às vezes a gente percebe que a pessoa está assim pelo estresse, que é um momento, no outro dia ela está melhor (Dom Quixote).

Às vezes, talvez pelo estresse do medo e insegurança, alguns acompanhantes da área da saúde são indelicados e grosseiros, pré-julgando e machucando os profissionais (Dom Quixote e Hamlet).

Em resposta a indelicadeza do acompanhante profissional da saúde, a equipe de enfermagem reage de maneira semelhante, mas com o agravamento de repassar para a equipe no momento da passagem de plantão, a situação vivenciada, e esta passa a ocupar uma posição indiferente com o acompanhante, sem mesmo ter experienciado a situação conflituosa.

Eu vivenciei isso este ano: a acompanhante era técnica de enfermagem de outro hospital. A criança já não estava bem no outro plantão e quando recebemos o plantão, foi a primeira criança que eu fui olhar e ela disse ao olhar, quem é aquela lá, é a enfermeira? Que cara feia que ela tem né? Aquilo foi mesmo que um chute no estômago. Mas a senhora diz isso porque? Ela vem com a cara feia. Como ela pode julgar alguém que ela mal conhece? Daí eu disse, ela é uma pessoa ótima. E vou chamar ela daqui a pouco para ela falar, explicar para a senhora como está seu netinho. Ela disse assim: o médico chegou aí e nem avaliou o meu neto ainda. Garanto que a enfermeira não passou nada para ele. Foi o primeiro paciente que foi passado para o médico, só que o médico foi olhar a listagem e não deu tanta importância quanto a enfermeira, porque a médica avaliou e saiu. Mas ela foi tão grosseira, que achei no direito de ser indelicada também (Dom Quixote).

Assim como a equipe, o acompanhante profissional da saúde, também reage à indelicadeza da equipe de enfermagem, com atitudes semelhantes, mas independente que a equipe de enfermagem esteja ou não certa da conduta tomada, é o acompanhante que sofre com as consequências, pois este está chegando, e do bom relacionamento com a equipe de enfermagem vai depender seus “privilégios”, no cotidiano da hospitalização.

Às vezes o acompanhante é indelicado, grosseiro, porque a equipe também estava nervosa, aí tu ficas na defensiva. Depois tu percebes que ele foi um pouco ríspido porque estava nervoso, o ser humano é assim, foi um momento, às vezes ele nem é assim (Dom Quixote).

### **Onipotente**

O acompanhante profissional da saúde também é significado pela equipe de enfermagem, como o acompanhante “onipotente”, que prefere fazer o tratamento em casa, por considerar que pode dar continuidade em seu domicílio, porque é um profissional da saúde.

Ambos são cuidadores e profissionais da saúde. Penso que no cotidiano da hospitalização, estes papéis podem se complementar, no sentido de buscar compartilhar os sentimentos vividos e avançar enquanto “tribo”, para um horizonte de possibilidades. Maffesoli (1995) nos alerta para um olhar relativizando, mas não individualizando, pois o individualismo, a onipotência e a razão instrumental, não mais funcionam como mitos fundadores ou como metas a serem atingidas. É preciso substituir por aquilo que se chama de “tribos”, um estilo de ver, de sentir de amar, de se entusiasmar em comum.

Eu acho que esta questão, de querer tratar em casa, é uma questão de onipotência, enquanto profissionais. Realmente, a gente prefere estar em casa com seu doente, porque a gente sente isso. Ao menos eu vejo assim. Tanto que eu lembro quando meu pai estava doente, o médico disse: bem papai como tua filha é enfermeira então tu podes ficar em casa. Quer dizer, por que isso? Porque sabia que eu poderia cuidar. Que ele ia se sentir muito mal de estar no hospital. Então acaba delegando para outro profissional. E a gente enquanto profissional, sempre vamos achar que podemos fazer melhor (Stanislavsky).

A onipotência do acompanhante profissional da saúde em querer dar continuidade ao tratamento de seu familiar em casa, pode ter um outro significado: trazer a alegria do viver em família ao paciente, pois sabemos que uma das maiores queixas do paciente hospitalizado é a saudade da família e do seu “cantinho”. Estar em casa diminui a ansiedade, aumentam as possibilidades de “ser/estar junto”, traz segurança e, conseqüentemente contribui para a melhora do paciente.

## **7.2 Revisitando Papéis: encontrando uma outra imagem**

Neste capítulo processual, entretanto, é possível ver emergir a duplicidade do interagir com o acompanhante profissional da saúde, afinal ele é a própria equipe, é da sua tribo. Deste modo, ao revisitar os papéis, ele encontra outra imagem, a de parceiro no cuidado o que tem medo e precisa de colo.

### **Parceiro no cuidado**

O acompanhante profissional da saúde pode se tornar “um parceiro no cuidado” para a equipe de enfermagem, porque facilita o cuidado pelo conhecimento da doença e das condutas terapêuticas, este, pode ser o pólo de ligação entre a equipe e o paciente, pois facilita a compreensão da informação fornecida pela equipe. Pela disponibilidade de tempo utiliza uma linguagem mais acessível, possibilitando assim, o esclarecimento das dúvidas do paciente, além de proporcionar conforto, carinho e atenção ao seu familiar hospitalizado.

Por serem mais esclarecidos e/ou compreensivos, facilitam e ajudam durante o tratamento (entendem o papel do acompanhante e sabem quanto os procedimentos são importantes) (Dom Quixote e Hamlet).

Em seu estudo, Bohes (2001) coloca que as parceiras da equipe de enfermagem no cuidado são aquelas famílias atenciosas, cuidadosas que se interessam pelo paciente e que ficam sempre do lado. Considero importante ressaltar que ser “parceiro no cuidado” não quer dizer que o acompanhante tenha que assumir as atribuições de enfermagem, ou seja, os cuidados básicos de higiene, conforto e alimentação. O papel do acompanhante é de “acompanhar”, ficar junto, este, até pode auxiliar os cuidados, mas não realizá-los como função do acompanhante.

### **O que tem medo e precisa de colo**

A equipe de enfermagem ao refletir sobre o papel do acompanhante de um familiar hospitalizado, quando se é um profissional da saúde, define a situação como provocadora de muita ansiedade e “medo” por se ter o conhecimento da doença e das possibilidades de agravamento.

Medo pelo fato do que a gente sabe que pode acontecer (Aristófanis).

Outro medo enfrentado pelo acompanhante profissional da saúde é que a sua imagem possa gerar conflitos com a equipe de enfermagem, ao pressupor que o acompanhante queira se apropriar de um espaço que não lhe cabe e, por conseguinte receia que seu familiar receba represália. Para Franco (1988), esta é uma preocupação referida pelo acompanhante, pelo receio que a sua presença aborreça a equipe.

É tão ruim quando a gente é mal recebida, te deixa tão pra baixo... O medo também, é que a pessoa acabe tratando mal também o paciente (Dom Quixote).

Percebe-se, ainda que o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, tem medo do impacto que a sua imagem possa causar na equipe de enfermagem. Este “medo” se deve, muitas vezes, a experiências passadas, então, o acompanhante se reserva, temendo que a equipe possa impor limites de acesso, preferindo omitir sua profissão.

Eu particularmente quando eu sei que é colega da área, eu converso e explico, a nossa função humana é se colocar no lugar do colega que está sabendo também de todas as possibilidades. Às vezes pode ser uma dor de barriga ou pode ser uma coisa muito mais grave. Então você está muito mais angustiado. Então eu dou um colo pra a colega, justamente porque ela está mais estressada (Colombina).

Dentro desta sintonia de olhares e da solidariedade com o outro, expressada pela sensibilidade, que considero um elemento fundamental no processo de cuidar, me reporto ao significado de solidariedade orgânica que se impera nestas interações, discutida por Maffesoli (1984) como sendo a partilha sentimental de valores, lugares, idéias apoiadas nos laços sociais afetivos.

### **7.3 Assumindo o papel do outro e encontrando sua própria imagem: a equipe de enfermagem no papel de acompanhante de um familiar no cotidiano da hospitalização**

Às vezes a gente sofre quando vê um colega da gente recebendo mal o colega de profissão, dói lá no fundo, porque a gente também é um acompanhante profissional da saúde (Hamlet).

Continuando o nosso processo interativo, chega um momento em que a equipe assume o papel do outro e passa a ser o acompanhante profissional da saúde resgatando interações anteriores, ou seja, o seu vivido. Deste modo, ao assumir naturalmente o outro papel, ele encontra sua própria imagem trazida por: trocando papéis, sofrendo com o sofrimento do familiar e sendo recebido pelo colega profissional da saúde.

#### **Trocando papéis**

No cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem coloca-se como o acompanhante profissional da saúde que acompanha um familiar hospitalizado, percebendo-se “trocando papéis” e vivendo um misto de agressões, muitas vezes, pela equipe de enfermagem, que não lhe permite a condição de acompanhar. Segundo Ferreira (1986), *apud* Franco (1988), a marginalização em nível institucional, ocorre a partir da não oficialização do acompanhante nas unidades de internação do hospital... Esta, também é implícita na filosofia de trabalho da equipe que não procura criar mecanismos que propiciem a participação efetiva do acompanhante em suas atividades assistenciais, incluindo-o no processo de tomada de decisões quanto aos cuidados do paciente. A marginalização também é decorrente do relacionamento pessoal equipe-acompanhante. O mesmo tem-se desenvolvido em um ciclo pouco amistoso, e pode-se dizer que este ocorre de forma vertical e autoritária, resultando em frustrações para ambos os participantes da relação, pois não atende às suas expectativas sendo as queixas recíprocas e, como consequência disso, a marginalização do acompanhante assume maiores proporções. Marginalizam-no ainda, não validando a sua presença, não se aproximando para colocar-se a sua disposição para qualquer necessidade. Isto normalmente,

não é feito por nenhum dos integrantes da equipe, ao contrário, “tratam-lhe mais como presenças indesejáveis”.

Neste sentido, o ato de impossibilitar a permanência do acompanhante é referido tanto pelo acompanhante leigo, como pelo acompanhante profissional da saúde, como sendo uma difícil experiência, permeada pelo sofrimento, mas para o acompanhante profissional da saúde me parece ser mais traumático, porque este, ao “trocar os papéis” espera encontrar no colega de profissão, a compreensão de suas angústias, bloqueando assim, a oportunidade de interação entre ambos.

Eu nem falei que era da área da saúde, a pessoa nem sabia nada. Acho que até como simples acompanhante me senti um cavalo. A minha cunhada estava em trabalho de parto e eu fui dar uma olhada como ela estava. A pessoa me viu de longe e já falou assim: olha não pode ficar dois acompanhantes. A mãe dela já estava com ela. Ai eu falei: eu passei aqui para ver como ela estava. Eu trabalho aqui, sei da rotina, já estou indo embora, não vou ficar nem cinco minutos. Mas assim, me senti super agredida, a pessoa nem deu chance. Não procurou explicar, olha é permitido apenas um acompanhante, podes dá só um oi, ver como ela está e por favor saí da sala, porque não pode ficar mais de uma acompanhante. É a maneira como ela poderia abordar. Ai a funcionária que estava do lado disse: esquece que hoje ela não está muito boa... Se ela sabe das rotinas e das normas, ela deveria saber me orientar. O que pesou foi a maneira como ela me abordou. Se ela tivesse falado: dê uma olhadinha e saia, mas não, no momento que ela me viu, ela me atacou (Dom Quixote).

Traumatizado por experiências anteriores ao “trocar papéis”, por vezes, o acompanhante profissional da saúde se aproxima da equipe de enfermagem, utilizando o argumento de que a conhece como forma de proteção a si mesmo. Assim, “quebra o gelo” do primeiro momento e torna o ambiente mais agradável para ambos. Esta forma de proteção que emerge da duplicidade, reporta-me à “máscara”, à astúcia e ao “jogo duplo” entendidos por Maffesoli (1984), como meios de proteção contra todas as formas de absolutização, na medida que permitem a não contestação, mas a contornação dos valores que se mostram incômodos.

Quando eu acompanho alguém, eu já vou logo dizendo que eu acho que conheço a pessoa e aí surge a questão de ser da área da saúde e já vou logo ficando amiga e corre tudo bem (Aristófane).

Percebe-se que acompanhar um familiar hospitalizado, quando se é um profissional da saúde, é viver o “inusitado”, pois se abandona o “conhecido” local de trabalho, para mergulhar num universo familiar, mas diferente do vivido. Nessa troca de papéis, o acompanhante profissional da saúde percebe que na “teatralidade” do cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem, por vezes, assume uma interação autoritária e discriminatória, deixando-o frustrado por não corresponder às suas expectativas. Para

Guimarães (1996), *apud* Bezerra (2002), há troca de papéis que sucedem, opõe-se ou são eliminadas, caracterizando forma que possibilitam compreender a vida social, como que feita de teatralidade e de contradição.

O meu sobrinho teve na UTI do... no início desse ano. No primeiro momento eu fui para a UTI estávamos muito ansiosos porque ninguém sabia o que tinha acontecido. Entrou eu e a minha irmã, mãe da criança, e eu fui expulsa pela moça da enfermagem. E eu trabalhei na UTI.... Me deu vontade de entrar e estrangular ela, porque ela me tratou muito mal. Quando eu fui conversar com o médico, que eu achei melhor falar direto com o médico primeiro, ele me ignorou no primeiro momento. Quando ele me viu, porque eu trabalhava com ele no... também, há é tu que queres falar comigo! Achei que fosse outra mãe. Que discriminação! Se fosse outra mãe ia ficar o dia todo esperando. Fiquei conversando mais ou menos uma hora com ele, explicou tudo, deu alta que eu pedi, me tratou muito bem, porque eu era da área. Se fosse outra mãe coitada (Brecht).

Reportando-me ao conceito de papel trazido por Maurin (1983), *apud* Nitschke (1991), compreendo que o papel social faz com que tenhamos expectativas acerca um do outro quando interagimos, embora apoiados em seus valores culturais, sociais e morais, estes, quando não são comuns, provocam a quebra do processo interativo. Neste sentido, vê-se através do relato abaixo, a angústia pela incompreensão daquele que, num determinado momento da teatralidade do cotidiano, poderá assumir uma contra-posição, trocando papéis.

*“Enquanto os protagonistas falavam de suas experiências como acompanhantes de um familiar, observei que alguns apresentavam alteração no tom da voz, os olhos ficavam marejados, a face expressava tristeza, angústia, incompreensão e decepção”* (NOTA DE OBSERVAÇÃO).

### **Sofrendo com o sofrimento do familiar**

O acompanhante profissional da saúde “sofre duas vezes”; com a antecipação das complicações advindas da doença e com o sofrimento do familiar hospitalizado. Portanto, mesmo experienciando este “misto de sofrimentos”, o acompanhante profissional da saúde opta em permanecer junto de seu familiar hospitalizado, que pode ser compreendido pela “ética da estética” do sentir e experimentar junto, como nos coloca Maffesoli (2000).

Quando eu acompanhei o meu sobrinho, eu só vi ele tremendo, cheio de petéquias, eu já achava que era uma meningite bacteriana, e depois que eu fui assimilando, a minha preocupação era se já tinham feito uma punção, e o resultado da punção, e a residente disse que já começou com medicação, começaram com dose cavalari já esta usando Decadron, eu sei que aquilo ali vai ajudar, ele vai ficar melhor. Mas tem um momento que tu não é da área, nem lembra que tu es técnica, enfermeira, tu se preocupa com o teu parente, é o teu emocional, fica frágil, fica pequena (Dom Quixote).

A equipe de enfermagem reconhece que o acompanhante “sofre com o sofrimento do familiar”, seja ele profissional da saúde ou não, mas que em determinados momentos sofre menos, quando não se tem o conhecimento da doença e suas complicações. Entretanto, o sofrimento do acompanhante é um paradoxo, pois quando leigo, este, também sofre com a angústia de saber que algo está acontecendo, mas que ele não tem o conhecimento.

Às vezes é bom ser ignorante, porque a ignorância te poupa de tanto sofrimento, de tanto estresse, você não sabe do prognóstico, não sabe de todas as complicações que pode acontecer. Às vezes você olha pra criança que está grave, e vê a coitadinha sossegadinha, ela não tem a idéia do que pode acontecer com essa criança, e daí eu olho e penso, eu estou angustiada pela criança, que bom que a mãe está tranqüila. Que coisa boa você ignorar todas as possibilidades, nessa hora, essa santa ignorância que te protege muito do sofrimento (Dom Quixote).

Embora o ato de acompanhar um familiar hospitalizado no cotidiano da hospitalização, por vezes, seja sofrimento, acredito que longe do familiar, o acompanhante profissional da saúde sofre muito mais, por não poder compartilhar os sentimentos, sejam estes, bons ou ruins com; por não estar informado do quadro clínico e por não estar próximo de quem se ama, de quem se quer bem das nossas raízes.

#### **Sendo recebido pelo colega profissional da saúde**

Para a equipe de enfermagem, no cotidiano da hospitalização, “o médico recebe melhor que a enfermagem”. Embora o médico não faça parte da mesma classe profissional, mas como um colega da mesma área profissional, este, é mais atencioso e compreensivo com o acompanhante profissional da saúde, do que o própria colega de profissão, a equipe de enfermagem. Enquanto o médico facilita o acesso às informações e a permanência do acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, a equipe de enfermagem, na maioria das vezes ignora este acompanhante e impões limites de acesso.

O profissional médico parece perceber o acompanhante profissional da saúde como um colega de profissão, que tem a possibilidade de ter “mais acesso” ao cotidiano da hospitalização. Por se um profissional da saúde, portanto, comunica-se de igual para igual. Ao passo que a equipe de enfermagem, por vezes, vê o acompanhante profissional da saúde, como uma ameaça de espaço e de conhecimento, ou seja, opõe-se à interação, por conta insegurança pela chegada de um acompanhante, da mesma classe profissional, que poderá enxergar além do que a equipe gostaria de mostrar e, conseqüentemente, ocupar um espaço superior ao da equipe.

O médico recebe melhor. Eu acho que é insegurança... A parte médica recebe melhor que a própria enfermagem que é nossa colega de profissão. A enfermagem na presença de outra pessoa da enfermagem sente insegurança, pelo receio de ser questionada e não saber responder (Brecht).

A presença de um familiar acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização gera um pouco de receio à equipe de enfermagem, pois está acostumada com uma população leiga, que quase sempre aceita sem questionar as normas e rotinas instituídas. A esse respeito, Nitschke (1991) nos fala que o profissional da saúde não está acostumado a discutir com a população o cuidado a ser prestado devido a sua formação autoritária e paternalista. A autora ainda destaca que a população, por sua vez também não está acostumada a discutir a assistência recebida, mas apenas a aceitá-la, numa relação de papel e contra papel, posição e contra posição.

O fato de ser um acompanhante mais esclarecido tumultua a rotina desses profissionais, que reagem com reservas, indiferenças e algumas vezes, com agressividade.

Acho que de uma maneira geral, todos os acompanhantes profissionais da saúde, independente da área de atuação, são abordados com reservas (Aristófanés).

Depois de um certo tempo deparei-me com uma reportagem que trazia a história de um médico que perdeu seu filho e sentiu na pele, como é “estar do outro lado do estetoscópio”. Para minha surpresa, este também não foi bem recebido pelo colega de profissão. Para o médico, a situação de acompanhar deixa qualquer um apreensivo, expressando assim, sua inconformidade:

O que me incomodou logo foi a postura distante e impositiva da equipe da UTI.... Pelo fato de ser médico esperava um tratamento diferente por parte dos colegas, porque teoricamente, a comunicação é mais fácil entre médicos, pois nós entendemos a linguagem técnica. Mas senti uma resistência muito grande a minha presença, a minhas perguntas... A pior sensação é a de abandono, todo mundo precisa de uma mão num momento desses, mas o médico é cada vez mais incapaz de dar essa mão (SOARES, 2001, p. 11 e 14).

Este relato, no meu entendimento, reforça a dificuldade de interação entre o acompanhante profissional da saúde e a equipe de saúde no cotidiano da hospitalização. Entretanto, percebe-se que existe uma forte relação de poder entre os colegas da mesma classe profissional. Concordando com este médico, quando refere que o mais angustiante é a insensibilidade da equipe com nossos sofrimentos e a resistência aos nossos questionamentos. O comportamento assumido por estes profissionais sugere a utilização de “máscaras de proteção”, a fim de se protegerem do sofrimento alheio e da possibilidade de ocupação da mesma posição. Na teatralidade do cotidiano da hospitalização, a duplicidade, a máscara, a astúcia e o jogo duplo, são visivelmente encontrados nas situações de ameaça e insegurança; e

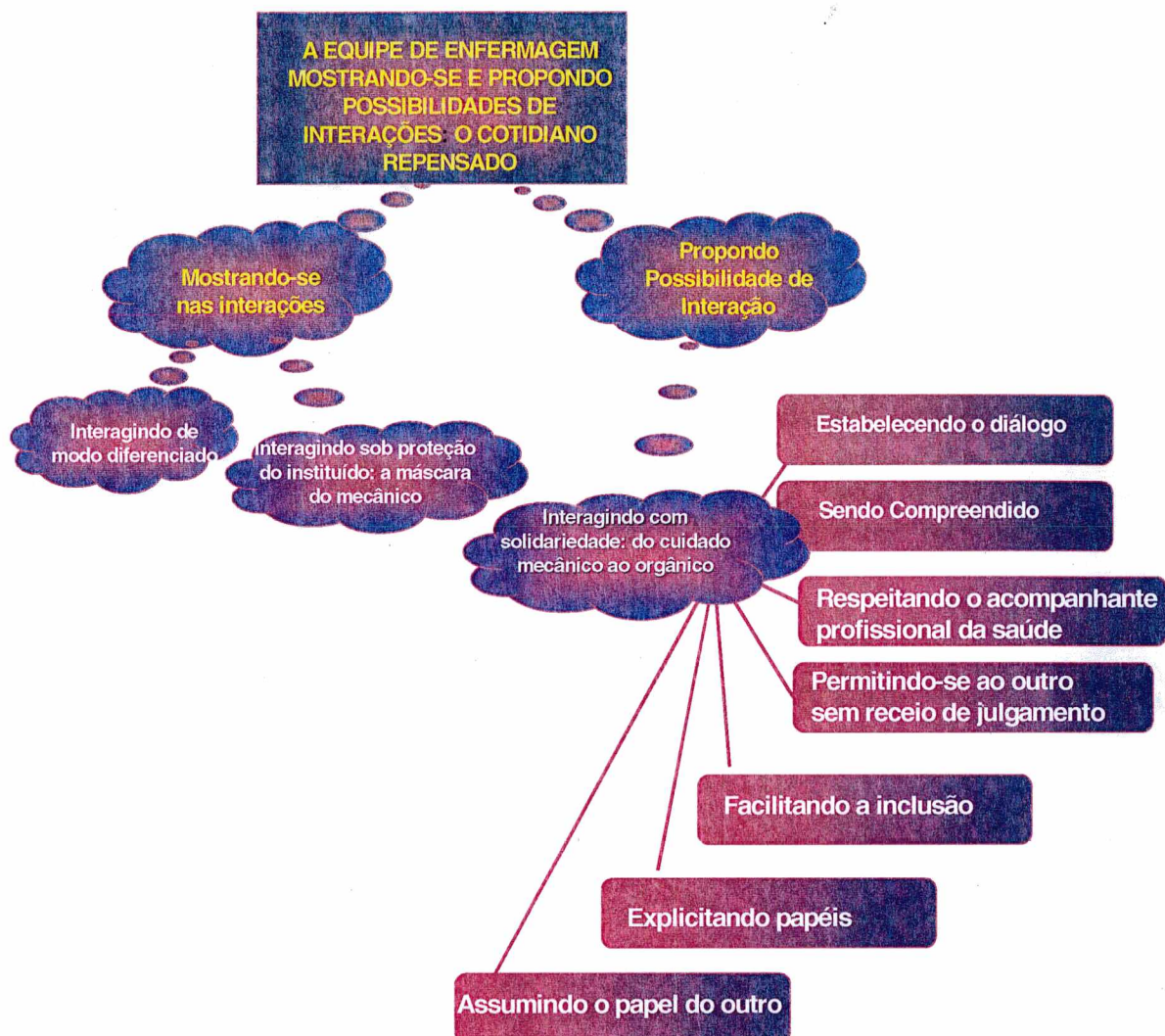


quando há uma significação dos papéis ou posições ocupados, utiliza-se às máscaras de proteção ao se depararem com o acompanhante profissional da mesma área.

Todavia, como vimos anteriormente no item *Revisitando Papéis: encontrando uma outra imagem*, também se encontram “parceiros de profissão”, que são aqueles que compreendem as angústias de se acompanhar um familiar hospitalizado, quando se é um profissional da saúde. Esta atitude, na minha compreensão, só é possível quando exercitamos “o olhar pelo olhar do outro, sem perdermos nosso próprio olhar, como muito sensivelmente é abordado por (NITSCHKE, 1999a).

- 8 -

A ENFERMAGEM MOSTRANDO-SE E PROPONDO  
POSSIBILIDADES DE INTERAÇÕES:  
O COTIDIANO REPENSADO



Neste capítulo, apresento a partir dos relatos dos protagonistas, a equipe de enfermagem mostrando-se nas interações e propondo possibilidades de interações com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar. Ao mostrar-se nas interações, a equipe de enfermagem se percebe interagindo de modo diferenciado com o acompanhante profissional da saúde e interagindo sob proteção do instituído: a máscara do mecânico. Como possibilidades de interação, a equipe de enfermagem propôs: interagir com solidariedade: do cuidado mecânico ao orgânico, ou seja, estabelecer diálogo, sendo compreensivo; respeitar o acompanhante profissional da saúde; permitir-se ao outro sem receios de julgamento; facilitar a inclusão; explicitar papéis e assumir o papel do outro.

## 8.1 Mostrando-se nas Interações

### Interagindo de modo diferenciado

O atendimento é diferente quando o acompanhante é da área da saúde (BRECHT).

Por compreender que o acompanhante profissional da saúde é diferente do acompanhante leigo, a equipe de enfermagem, interage, por vezes, consciente ou inconscientemente, desenvolvendo um “tratamento diferenciado”, com receio a crítica e a exposição de suas limitações.

Às vezes, a gente trata diferente o acompanhante profissional da saúde, porque o acompanhante leigo não tem tanta informação para cobrar, como o acompanhante profissional da saúde (Aristófanes).

A imagem de acompanhante crítico, também é significada pelo profissional médico, levando-o a interagir parecendo demonstrar maior preocupação com os familiares de acompanhantes profissionais da saúde, por dois fatores. Por ser mais esclarecido, tem a possibilidade maior de criticar a conduta terapêutica e por, não raro, ouvir do profissional médico, o seguinte jargão “parente de médico, de enfermeiro complica”.

Esta diferença também acontece com outros profissionais, porque quando interna, como aconteceu de internar na noite passada, uma criança de uma funcionária, o médico subiu para avaliar a criança sem que eu chamasse, veio ver antes de se deitar. Então a gente percebe que eles se preocupam mais também (Dias Gomes).

Se é filho de alguém da saúde eles passam, se não é eles não passam, esperam que a gente chame (Aristófanes).

A crítica nos remete ao exercício do olhar para dentro de si, que nos permite o encontro com as nossas verdades e inverdades, com nossos símbolos e com as nossas máscaras. É através deste exercício que abandonamos as fronteiras do orgulho e do poder, e avançamos para os horizontes da humildade e do compartilhar. Então, que venham as críticas e os novos horizontes, para nos apoiarmos num estilo organicamente estético, onde prevaleça o sensível, o sentir e o compartilhar juntos, “o “contágio afetivo”: sinto-me outro, e como o outro participo de uma emoção comum, que pode ser explosiva ou em total doçura, curta ou duradoura, mas que, em todos os casos, é intensa, traduzindo uma organicidade tribal muito forte e exprimindo melhor a pregnância de uma imagem ou um conjunto de imagens, em um determinado corpo social” (MAFFESOLI, 1995, p.113).

## **Interagindo sob proteção do instituído: a máscara do mecânico**

Quando o acompanhante é da área da saúde a gente tem um pouco de reserva (Dom Quixote).

Ao interagir com o acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem, muitas vezes mantém-se numa postura reservada, dentro do instituído com objetivo de mostrar ao acompanhante o seu papel. Este tipo de comportamento, para Bohes (2002), é chamado de distanciamento deliberado da equipe de enfermagem em relação à família.

E o preconceito dos próprios amigos, que quando chega alguém que é da área da saúde a gente fica com o pé atrás. Fica meio colocando uma barreira para que ele não se ache dono da situação... Já recebe ele com o pé à trás (Aristófanes).

O comportamento reservado da equipe de enfermagem, frente ao acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização de um familiar corresponde, à insegurança pela possibilidade de ser questionada com relação à doença e as práticas do cuidado. Demonstrando assim, o despreparo da equipe ao interagir com acompanhantes mais críticos, pois o “comum” no cotidiano da hospitalização é que o acompanhante não se manifeste. O acompanhante profissional da saúde, por ser considerado mais crítico, passa à equipe de enfermagem a imagem de que “faz melhor”. É devido a esta imagem que a equipe trabalha com parênteses ao interagir com o mesmo.

Muitas vezes a gente sente insegurança pelo despreparo da equipe e todos se sentem mais cobrados, falta confiança na equipe por acharmos que ele faça melhor. Tenho ansiedade por saber que o acompanhante é da área da saúde (Aristófanes).

A equipe de enfermagem identifica que a insegurança está intimamente ligada a falta de conhecimento e, por este motivo, a equipe se protege dos questionamentos assumindo uma postura ríspida, mais mecânica, apoiando-se no instituído e entendendo como um “respiradouro” às suas limitações. Entretanto, ao se sentir segura, a equipe de enfermagem acolhe e cria vínculos com o acompanhante profissional da saúde.

A questão é você confiar no seu taco. O profissional que confia no seu taco sabe como dá uma assistência adequada, tem segurança, estabelece vínculos. Ele sabe que vai poder sanar as dúvidas. Agora aquele que não está se sentindo bem seguro, não está bem consigo mesmo, este vai dar mais patada... O profissional que tem segurança, que confia no seu conhecimento, ele vai te receber bem, vai te acolher como colega e tudo mais, responder a tua cobrança de maneira adequada. Agora, aquele que não tá se sentindo seguro no seu conhecimento e na sua habilidade, vai impor barreiras sim (Colombina).

A equipe de enfermagem se mostrando nas interações do cotidiano da hospitalização, com o acompanhante profissional da saúde, manifesta-se de forma ambígua, ora apoiando-se numa abordagem mecânica, mas também deixando emergir o orgânico. É a dança entre o instituído, fazendo emergir o instituinte e este provocando o instituído. Neste sentido, é preciso avançar; relativizar o instituído e trazer para o vivido, a “ética da estética”, o sentir junto emocional, afetual e ambíguo, como nos fala Maffesoli (1995).

## **8.2 Propondo Possibilidades de Interação**

### **Interagindo com solidariedade: do cuidado mecânico ao orgânico...**

A gente deve ser solidário, porque é da área da saúde, porque é um amigo nosso (Dom Quixote).

Para a equipe de enfermagem, a ordem do dia é sair da lógica do “dever ser”, para a lógica do “precisar ser”, como é apontado por Maffesoli (1995) e Nitschke (1999a). Embora as normas e rotinas existam, e se fazem necessárias para a organização de um serviço, é preciso relativizar o instituído de acordo com as necessidades apresentadas no cotidiano da hospitalização.

A gente não pode, não deve impor as coisas, a gente trabalha e a gente impõe as nossas normas e rotinas (Dulcinéia).

É preciso flexibilizar o cotidiano, valorizar o sensível, a comunicação e a emoção coletiva, que Maffesoli (1994) denominam de “ética da estética”.

A equipe de enfermagem, mostrando-se nas interações do cotidiano da hospitalização, percebe que é preciso avançar da solidariedade mecânica para a orgânica. Para Maffesoli (1984), a solidariedade orgânica calça-se em laços sociais afetivos e na ambigüidade básica da estruturação simbólica, garantindo a “coesão” do grupo, da partilha sentimental de valores, de lugares, de idéias, enquanto que a solidariedade mecânica, seria a ordem do instituído.

Neste pensar, a equipe quando define a situação, sob o olhar do acompanhante profissional da saúde, abre espaço para o cuidado organicamente estético, que “aprecia a vida em estado nascente, ou seja... Pela felicidade compartilhada, tribal” como nos coloca Maffesoli (1995, p.60 e 61).

A gente nunca sabe se vai estar naquela situação, então é lógico que a gente vai dar uma atenção maior. Acho que é importante ser solidário, um dia eu posso estar naquele lugar e precisar dos mesmos favores (Aristófanis).

Sob a perspectiva interacionista, a solidariedade orgânica contrapõe a solidariedade mecânica, pois é da ordem da necessidade de se colocar no lugar do outro, da interação e da compreensão, que vem ao encontro de Morin (2001), quando nos coloca que, compreender inclui, necessariamente, um processo de empatia, de identificação e de projeção. Sempre, intersubjetivamente, a compreensão pede abertura, simpatia e generosidade.

É preciso compreender de modo desinteressado... Compreender o fanático que é incapaz de nos compreender... Compreender as raízes, as formas e as manifestações do fanatismo humano... Compreender porque e como se odeia ou de despreza... Compreender a incompreensão (MORIN, 2001).

### **... Estabelecendo diálogo**

Para a equipe de enfermagem, “estabelecer diálogo” é uma possibilidade de interação com o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar. O diálogo é uma conversa com o coração, através deste, os corações se aproximam, se conquistam e se apaixonam pelo prazer da interação. Neste pensar, através do diálogo, a equipe de enfermagem se aproxima, conquista a empatia e interage com o acompanhante profissional da saúde.

Através de um diálogo, cria-se vínculo com o acompanhante profissional da saúde e até amizade... Quando se cria um vínculo de amizade, o acompanhante profissional da saúde é bem tratado (Percepção do esposo de uma das protagonistas que o acompanhou durante a sua internação).

Conforme Cabral (1998), a individualidade compartilhada coletivamente através do diálogo permite a codificação e decodificação de modo compreensível, porém nunca da mesma maneira, porque os seres humanos não são iguais, gerando assim a recodificação e a construção de novos significados. No cotidiano da hospitalização, a codificação e a decodificação dos significados, símbolos, imagens, crenças e valores da equipe de enfermagem e do acompanhante profissional da saúde, são essenciais para a recodificação e a construção de uma interação organicamente estética. Conforme Bellaguarda (2002) somos “decodificadores do cotidiano”. Para tanto, parece que a partir desta reflexão, se faz

necessário tomar a possibilidade de reconstruir o que não nos satisfaz, mas afastando de nós mesmos e do outro.

### **... Sendo Compreensivo**

Para a equipe de enfermagem, “ouvir, apoiar e compreender” o acompanhante profissional da saúde é uma possibilidade de interação. Nas relações entre seres humanos considero que a compreensão é a base do nosso equilíbrio emocional, ou seja, quando não somos compreendidos, parece que nos “falta chão”, que desarmoniza o nosso viver que é tão significativo. Em contra partida, quando compreendidos parece que caminhamos juntos por bases fortes e seguras.

*Eu acho que temos que ser mais compreensivos (Dionísio).*

*Ser companheiro e paciente, facilitar (Hamlet).*

*Ouvir suas queixas (Stanislavsky).*

*Permitir que expressem seus medos e angústias (Colombina).*

Neste pensar, é preciso que a equipe de enfermagem esteja atenta para os gestos, olhares, expressões, palavras e, também ao silêncio, do “outro significativo”. Conforme Minayo (2001) é preciso ouvir os sons simbólicos. Este outro significativo, pode não ter grande importância, mas para o paciente hospitalizado é a pessoa que tem significado especial, que possui laços de afetividade, que se torna importante, que neste estudo me refiro ao acompanhante profissional da saúde.

### **... Respeitando o Acompanhante Profissional da Saúde**

O “Respeito pelo o acompanhante profissional da saúde” também é uma possibilidade de interação entre este acompanhante e a equipe de enfermagem. No cotidiano da hospitalização, é preciso que o respeito seja mútuo, para que ambos tenham espaço para ir e vir num compasso estético. O respeito engrandece a alma e também ao coração, por este motivo, faz-se necessário que os seres humanos respeitem e sejam respeitados.

*Respeitar e se fazer respeitado pelo acompanhante da área da saúde, agindo com profissionalismo e fazendo com que o mesmo volte toda a sua atenção para o objetivo maior, que é o pronto restabelecimento da criança hospitalizada (Dom Quixote).*



No cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde, o respeito é um cuidado, que acomoda o sofrimento, sem perder a riqueza das diferenças, pois são estas, que renovam o perfume e constroem as possibilidades no cotidiano da hospitalização. Ao ser respeitado, o acompanhante profissional da saúde se mantém no cotidiano da hospitalização, livre dos receios de que a sua presença “incomoda” a equipe de enfermagem, e feliz por compartilhar com o familiar hospitalizado, os significados do “ser/estar junto”. O respeito possibilita a “prevalência do simbólico que integra, ao mesmo tempo, a razão e o sentido” (MAFFESOLI, 1994, p.25).

### **... Permitindo-se ao Outro Sem Receios de Julgamento**

Para a equipe de enfermagem, “permitir-se ao outro sem julgamentos” é uma possibilidade de interação com o acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização de um familiar. Permitir-se ao outro, significa compartilhar alegrias e tristezas, limites e possibilidades, sem avaliações que restrinjam a liberdade e autonomia dos interatores.

Despir-se de qualquer preconceito em relação ao profissional x acompanhante x paciente (Stanislavsky).

Para a equipe de enfermagem, permitir-se ao acompanhante profissional da saúde, é derrubar os muros da insegurança, do poder e das dificuldades e avançar para as possibilidades do sentir e compartilhar junto. Ou seja, a equipe interage com o acompanhante, sem o medo do julgamento pré-concebido, que este, estará fiscalizando, avaliando e criticando os cuidados e condutas realizadas, mas como sendo, um parceiro no cuidado. Neste sentido, Hartmam (1995) vem nos apoiar quando refere que os profissionais nesta virada de milênio precisam “deixar de ser o juiz para ser o colaborador”.

### **... Facilitando a Inclusão**

Facilitar a inclusão do acompanhante como familiar e não como profissional, permitindo que aflore seus medos e angústias, sem a necessidade de ser “forte” ou “profissional (Colombina).

“Facilitar a inclusão” do acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar é também, uma possibilidade de interação trazida pela equipe de enfermagem. Os benefícios desta inclusão são favoráveis não somente para o acompanhante, mas ao paciente que deseja a presença da família. Possibilitar a inclusão deste

acompanhante no cotidiano da hospitalização de um familiar é permitir que o acompanhante aflore seus anseios e se mostre também, como um ser frágil, que necessita de atenção, carinho e compreensão e até de colo da equipe, que muitas vezes, o percebe como o acompanhante onipotente, ser superior, que é incapaz de mostrar suas limitações.

Procurar orientá-lo quanto os cuidados, medicação, rotinas, patologia... Facilitar os horários de visitas e permanência no setor (Shakespeare).

Facilitar a inclusão do acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização é acolhê-lo de forma a possibilitar o acesso às informações sobre condutas terapêuticas, exames, bem como facilitar os horários de visita e permanência no setor.

Facilitar as informações sobre a doença e exames (Lisistrata).

Penso que estas possibilidades de inclusão são, verdadeiramente, as atitudes de acolhimento que o acompanhante profissional da saúde espera da equipe de enfermagem, ao acompanhar um familiar. Este comportamento de acolhimento me remete à “solidariedade orgânica”, compreendida por Maffesoli (1995), como sendo o “cimento” das relações entre os seres humanos, pelo prazer de ser estar junto, pela troca e pelo compartilhar. Penso que são esses sentimentos, que direcionam as atitudes do dia-a-dia e que dão um colorido especial nas interações.

### **... Explicitando Papéis**

O ato de “explicitar papéis” no cotidiano da hospitalização, para a equipe de enfermagem, é uma possibilidade de interação com o acompanhante profissional da saúde. Faz-se necessário estabelecer ao acompanhante, os significados de ser profissional da saúde e estar na condição de acompanhante de um familiar, no cotidiano da hospitalização. Estar na condição de acompanhante, enquanto um profissional da saúde, não necessariamente implica que este, por ser da área da saúde, poderá realizar os procedimentos. É preciso respeitar os espaços e as atribuições de cada um no contexto da hospitalização, para não se esbarrar com os conflitos gerados pela disputa de papel e posição.

Acho que o acompanhante da área de enfermagem não deve sentir como se tivesse numa continuação do seu trabalho quando está acompanhando. Ele tem que dar espaço para o profissional atuar e não chegar no quarto e fazer uma medicação, mexer no soro achando que ele tem que fazer os procedimentos. Ele tem que entender que tem uma pessoa habilitada para fazer aquilo. Ele tem que confiar. Se não, está passando insegurança para gente também, por não estar confiando no nosso

trabalho. Ele tem que entender que o papel dela é de acompanhante somente e o que ela entende da área também, só vai facilitar, contribuir para o tratamento da criança (Dom Quixote).

A posição, de acordo com Maurin, *apud* Nitschke (1991) servem para organizar os comportamento dentro de uma determinada categoria e relaciona-se com papéis. No entanto, a equipe de enfermagem ao explicitar os papéis do acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, proporcionará para este, a compreensão de que seu papel na posição de profissional da saúde é um e na posição de acompanhante profissional da saúde é outro.

De acordo com Maurin, *apud* Nitschke (1991), cada posição assume uma contra-posição, assim cada papel pressupõe algum contra-papel. Assim, o cotidiano da hospitalização, o acompanhante profissional da saúde ao trocar os papéis, assume um contra-papel, embora esta posição possa assumir uma contra-posição para a equipe de enfermagem.

Para a equipe de enfermagem, explicitar os papéis também é um alerta, para que não se confundam os papéis do acompanhante profissional, ou seja, o fato de ser um profissional da saúde, não quer dizer que este, ao acompanhar o familiar hospitalizado, aliviará a sobrecarga da equipe, este, poderá “auxiliar” a equipe, mas não fazer os cuidados porque é um profissional da saúde. Para Luft (1991) auxiliar, significa “ajudar”, e fazer tem a conotação de “realizar” alguma coisa.

Não delegar funções, mas valorizar o conhecimento do outro, para melhorar a interação (Stanislavsky).

Explicitar os papéis se torna uma possibilidade de interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, por que evita a invasão de espaços e propõe a complementaridade destes.

Cada um no seu papel, sem invadir o espaço do outro, interagindo, mas cada um no seu espaço (Brecht).

Respeitar a individualidade e as diferenças, no sentido dos papéis (profissional x acompanhante), que cada um desempenha naquele momento (Stanislavsky).

Para a equipe de enfermagem, explicitar papéis é uma forma compreensiva, de estabelecer limites ao acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização. Esta compreende que é importante acolher, mas que também se faz necessário estabelecer limites.

Abrir espaços, mas estabelecer limites (Stanislavsky).

Acolher sempre, mas estabelecer limites nesta convivência (Colombina).

Explicitar os papéis no cotidiano da hospitalização para a equipe de enfermagem é também, uma maneira de possibilitar a compreensão das limitações de um serviço, para o acompanhante profissional da saúde. Esta compreensão pode favorecer a interação entre ambos.

Uma prática que eu costumo fazer é a seguinte: Se fica difícil entender as rotinas eu peço ajuda para o acompanhante da área, digo: ó tu es um profissional e sabe das nossas dificuldades. Faço a pessoa lembrar a pessoa todas as nossas limitações. E daí ele compreende (Colombina).

Desta maneira, o exercício de explicitar os papéis na teatralidade do cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde, que acompanha um familiar, facilita a organização do comportamento e situa o seu papel dentro de uma posição social. O enfoque deste exercício está na interação e na reciprocidade entre ambos, tendo em vista, o que Littlejohn (1982); Elsen (1984) e Ribeiro (1990) colocam sobre a interação simbólica, que permite ao ser humano, comunicar-se e definir o sentido do comportamento do outro. Ao interagir o ser humano interpreta as ações dos outros e, conscientemente, lhe atribui significado e elabora uma resposta relacionada ao significado destas ações.

### **... Assumindo o Papel do Outro**

“Assumir o papel do outro” é uma possibilidade de interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar. Para Schavaneverldt (1981), Maurin (1983) e Nitschke (1999a), “assumir o papel do outro”, é uma habilidade empática, um processo de antecipação de respostas de outros envolvidos com alguém numa ação social, com subsequente modificação de comportamento à luz de tal antecipação. “Assumir o papel outro”, para a equipe de enfermagem, significa como diria Nitschke (1999a), *“olhar pelo olhar do outro, sem perder seu próprio olhar”*, ou seja, olhar pelas lentes do acompanhante profissional da saúde, imaginar como este, está se sentindo ao acompanhar um familiar, sendo um profissional da saúde e agir de forma como gostaria que agissem se estivesse na situação.

Se colocar no lugar do outro deve ser bilateral: tanto o profissional cuidador deve respeitar as angústias do profissional acompanhante, como vice e verso (Lisistrata).

O “assumir o lugar do outro” ainda é referido pela equipe de enfermagem, como uma necessidade mútua, ou seja, um exercício da troca de papéis pela equipe de enfermagem e pelo acompanhante profissional da saúde. O “assumir o papel do outro” possibilita uma melhor interação entre ambos; a equipe pode passar a compreender o sofrimento do acompanhante pela condição de doença, das suas conseqüências, bem como pelo medo da perda do familiar, por imaginar-se vivendo aquela situação. Como pudemos ver a partir deste estudo, no item, assumindo o papel do outro e encontrando sua própria imagem: a equipe de enfermagem no papel de acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização. O acompanhante profissional da saúde, pode por sua vez, passar a compreender que no tumultuado cotidiano da equipe de enfermagem, com frequência, os limites existem e não dependem somente da vontade da equipe, mas existe toda uma organização por trás e, portanto, torna-se complicado abrir exceções. Bohes (2001) chama de movimento de aproximação o “colocar-se no lugar do outro” que ocorre no patamar em que o familiar e o membro da equipe colocam-se em um plano mais especial, com o entendimento da experiência da doença, ou do familiar compreendendo as dificuldades da equipe. A formação de uma aliança proporciona uma relação que caminha ao entendimento do cuidado.

A atitude de assumir o papel do outro permite à equipe de enfermagem possibilitar “aberturas” para o acompanhante profissional da saúde. Neste sentido o assumir o papel do outro parece ter o significado de relativizar o instituído, de quebrar de rotinas, e oxigenar a teatralidade do cotidiano da hospitalização.

Facilitar a vida do companheiro de profissão, colocando-se no lugar dele (Hamlet).

Contudo “assumir o papel do outro” é olhar para o outro e projetar para si a situação, é cuidado. Como diria Rezende (1995), é sentir o que se passa ao lado, utilizando mais a paixão, o prazer e menos, a razão.

- 9 -

# SOB OS REFLETORES:

A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL A PARTIR DE  
UM REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO  
INTERACIONISTA

Meu interesse pelo referencial teórico se deu no dia em que fomos apresentados, em uma banca de monografia, do curso de Especialização de Enfermagem em Saúde da Família. Aliás, foi numa tarde que coincidentemente conheci, também, minha orientadora e a professora Ingrid Elsen, que me fizeram muito gentilmente, despertar para as belezas do cotidiano, através de um outro olhar, um olhar interacionista. Foi “paixão” à primeira vista, interessei-me e parti em busca de mais esclarecimentos nas disciplinas optativas no Curso de Mestrado da UFSC que, paralelamente, enriqueciam meu caminhar no mestrado. Hoje, o Interacionismo Simbólico faz parte do meu cotidiano afetivo, familiar e profissional.

O Interacionismo Simbólico ajudou-me a compreender que, através da interação, o ser humano conhece o significado que as “coisas” têm para o outro, conhece a sua história, porque os símbolos são frutos desta história, facilitando então, o processo de compreensão das reações humanas.

Trabalhar com este referencial na prática assistencial, facilitou-me bastante o entendimento do que estava vivenciando, subsidiando-me com argumentos para que eu pudesse refletir e compreender o cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar.

Acredito que a aplicação deste referencial na prática assistencial, junto à equipe de enfermagem, tendo como referência a Teoria da Interação Simbólica foi uma experiência rica e singular para mim. A aplicabilidade deste referencial foi prazerosa, porque já existia a afinidade com a teoria, tornando mais fácil o entendimento de que era necessário buscar conhecer, os significados de interagir com o acompanhante profissional da saúde para a equipe de enfermagem, a fim de melhorar esta relação.

Encontrei um pouco de dificuldade na aplicabilidade deste referencial ao trabalhar mais profundamente as questões de relacionamento da própria equipe de enfermagem que emergiam nas discussões. Creio que o que possa ter contribuído para esta dificuldade foram as minhas próprias limitações.

Na elaboração do projeto de prática desenvolvi onze conceitos: interação simbólica, ser humano, sociedade, enfermagem, posição, papel, família, acompanhante profissional da saúde hospitalização, ambiente simbólico, cotidiano e processo de viver. Entre uma conversa e outra com a orientadora e durante a banca de qualificação colocou-se a necessidade de incluir

alguns conceitos e se fazer pequenos ajustes, com o objetivo de melhor compreender estes conceitos no processo de prática assistencial.

Acrescentei então, o conceito “assumir o papel do outro”, por acreditar que é preciso olhar as coisas pelo ponto de vista do outro co-ator, para melhor compreendemos a situação; acrescentei também, o “ambiente simbólico”, que no meu entendimento, promove uma cadeia de interações, pela aprendizagem dos significados que as coisas têm para o outro e integrei ao conceito de “família”, o “acompanhante profissional da saúde”, por entender que o acompanhante profissional da saúde, neste estudo é um familiar, que reage a partir dos significados que cada um atribui para si. Foi incluído também, o conceito “outro significativo” que significa, para mim, a pessoa que tem um significado especial, que, nesta prática, é o acompanhante profissional da saúde, sendo também é um familiar, e acrescentei ainda, o conceito de definição de situação, por compreender que o ser humano reage a partir da definição de uma situação vivida, fazendo julgamentos e agindo de acordo com sua definição.

O conceito “Interação Simbólica” me auxiliou no entendimento de que a interação é indispensável para que possamos melhor compreender os símbolos significativos do outro. Para que a equipe de enfermagem identificasse e compreendesse a necessidade do acompanhante profissional da saúde estar presente no cotidiano da hospitalização de um familiar, a interação se fez necessária, facilitando o entendimento do comportamento do outro. O conceito de “Ser Humano” facilitou a compreensão de que dentro de uma condição social e da própria família, o ser humano ocupa vários papéis, neste estudo, o acompanhante profissional da saúde é tanto um profissional da saúde, como um familiar acompanhante, que aprende através da interação e que reage a partir dos significados, crenças e valores.

Durante a prática assistencial, o conceito “Sociedade”, auxiliou-me no esclarecimento de que tanto a equipe de enfermagem, quanto o acompanhante profissional da saúde e seu familiar recebem influencia da sociedade. Estes desenvolvem atividades específicas, mas ao interagir adquirem significados comuns. O conceito “Enfermagem” esclareceu o papel da enfermagem como profissão do cuidado, que na minha concepção, poderia se mais vivido pelos profissionais desta área, mas me instrumentalizou para o resgate junto à equipe de enfermagem, do significado desta profissão, que não se limita apenas aos procedimentos, mas como um processo flexível, criativo, que compreende a troca de conhecimentos, sentimentos e respeito e valorização dos símbolos, crenças e valores que cada um atribui para si.



Os conceitos “Posição e Papel” fizeram-me compreender que cada posição tem uma contra-posição, como também, cada papel pressupõe algum contra papel, ou seja, neste estudo, a equipe de enfermagem no cotidiano da hospitalização ocupa uma posição diferente do familiar acompanhante profissional da saúde, mas com papéis semelhantes, ambos são cuidadores. O conceito “Hospitalização” me despertou para os significados da hospitalização para o paciente, mas contribuiu também, para as reflexões sobre os significados da hospitalização de um familiar, para o acompanhante profissional da saúde, que reage com o medo pelo conhecimento das possíveis complicações da doença, pelo medo da perda e também, pelo receio de como será recebido e compreendido pela equipe de enfermagem.

O conceito “Processo de Viver Saudável”, no desenvolvimento da prática assistencial, contribuiu para o despertar, tanto dos protagonistas, quanto o meu, para as belezas do cotidiano, às riquezas das “microatitudes”, dos significados das vivências, para um crescimento coletivo. Crescimento este, que desvenda a magnitude dos sentimentos, das diferenças que provocam a relativização das verdades únicas estabelecidas, para um agir orgânico sobre o prisma da emoção e da empatia.

O conceito “Cotidiano” auxiliou-me na compreensão da maneira de viver singular dos seres humanos, fez-me entender, que a riqueza do cotidiano está na diversidade, que é a partir da soma das diferenças que nos aproximamos do senso comum, e que se descobre o prazer de comunicar-se e experimentar o coletivo no universo do cuidado.

Percebi que durante a prática assistencial, junto à equipe de enfermagem, todos os conceitos foram trabalhados, uns mais, outros menos, mas todos com seus significados específicos. É importante ressaltar que foi necessário realizar modificações na redação de alguns conceitos, com a finalidade de melhorar o seu entendimento, lembrando é claro, que se tomou cuidado para que o sentido atribuído pela autora, não fosse modificado.

Enfim, trabalhar com este referencial na prática assistencial, não somente foi importante para que eu compreendesse esse processo, mas para que eu crescesse junto com a equipe de enfermagem, pois entendo que este referencial teve como função, abrir caminhos para a interação no cotidiano da equipe de enfermagem e do acompanhante profissional da saúde.

Outro ponto importante a ser explorado nesta reflexão é a Pesquisa Convergente Assistencial, que entendo como um caminho para a transformação do cotidiano da enfermagem, por possibilitar através de uma prática, identificar e propor soluções para os problemas existentes. Propõe também, inovação no fazer, a partir do pensar, o que significa

que esta modalidade é significativamente importante para a enfermagem que constitui o universo da prática, com a intenção de instrumentalizar o fazer da enfermagem respaldado no conhecimento científico, como também, por promover momentos de reflexão, descoberta e mudança de comportamento à partir de um pensar.

Diferente da “paixão a primeira vista” que senti quando fui apresentada à Teoria da Interação Simbólica, com o Processo de Enfermagem não foi o mesmo encanto. Não compreendia como aconteceria este processo. Mesmo já o conhecendo desde a época de graduação, parecia-me muito complicado utilizá-lo na prática assistencial, logo, havendo a necessidade de várias intervenções da orientadora.

Somente durante a prática assistencial, este processo foi ficando mais familiar. Compreendi que o processo de enfermagem no campo da prática não só me conduziu para a realidade, mas também me chamou atenção para as necessidades e prioridades da equipe de enfermagem. Sentia-me mais segura para interagir com a equipe de enfermagem, pois possuía uma direção respaldada na Teoria do Interacionismo Simbólico.

Nesta prática, chamei o processo de enfermagem de Processo de Interação em Enfermagem, pois entendo este processo, como uma atividade de aproximação entre as pessoas e o seu cotidiano, que tem como objetivo, dar significados aos sentimentos, crenças, mitos, símbolos e valores de cada ser humano, buscando identificar as diferenças e as semelhanças, para um agir recíproco, com a finalidade de construir coletivamente um cuidado de enfermagem sensível aos envolvidos no processo de hospitalização que, nesta prática, refere-se à equipe de enfermagem, ao ser humano hospitalizado e sua família, bem como o acompanhante profissional da saúde.

O Processo de Interação em Enfermagem proposto nesta prática foi composto por três etapas como, **conhecendo o cotidiano da equipe de enfermagem; repensando sobre o cotidiano e propondo possibilidades de interação com a equipe de enfermagem.**

Um dos aspectos mais relevantes na utilização do Processo de Interação em Enfermagem no campo da prática assistencial, junto à equipe de enfermagem foi à descoberta da sua dinamicidade e complementaridade entre um encontro e outro. Iyer, Taptich e Bernocchi-losey (1993) respaldam esta reflexão, trazendo as seis propriedades do Processo de Enfermagem. Ele é intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. Intencional, pelo fato de estar voltado para uma meta; sistemático, pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seus propósitos; dinâmico,

porque envolve mudanças contínuas; de natureza interativa, porque o processo baseia-se nas relações recíprocas que se dão entre a enfermeira, o paciente, família e outros profissionais da saúde; flexibilidade, por poder ser adaptado à atividade de enfermagem em qualquer local ou área de especialização que lida com pessoas, grupos ou comunidades e por poder ser utilizado de modo seqüencial ou concomitante e, finalmente, o processo de enfermagem tem um embasamento teórico, ele é elaborado a partir de uma ampla base de conhecimentos que inclui as ciências físicas e biológicas e as humanas, e pode ser aplicado a todos os modelos teóricos da enfermagem.

Eu diria que o Processo de Enfermagem, não apenas se aplica nos modelos teóricos da enfermagem, mas também, nos modelos teóricos da sociologia, como o Interacionismo Simbólico, que apresento nesta prática e que é trazido por outras pesquisadoras como Nitschke (1991) e Ribeiro (2002), que consideraram significativamente importante trabalhar com o processo de enfermagem, fundamentado na Teoria da Interação Simbólica em suas teses de doutorado; respectivamente, com famílias de recém-nascidos e na assistência de enfermagem à família maltratante. Desenvolver um Processo de Enfermagem, fundamentado na teoria do Interacionismo Simbólico, é trabalhar com, é conciliar a arte do método com a sabedoria da teoria, é como diria Morin (2001), o oxigênio de qualquer proposta de conhecimento.

Acredito na aplicabilidade do Processo de Enfermagem, como um método que facilita a interação entre as pessoas envolvidas num processo a ser estudado e como um caminho de descobertas para o cotidiano das mais diversas áreas do conhecimento científico. O Processo de Enfermagem nos remete para a reflexão de nossas verdades e abre espaço para a “prática mental do auto-exame”, que para Morin (2001, p.100),

precisa ser permanente e é necessária, já que a compreensão de nossas fraquezas ou falta é a via para a compreensão das do outro. Se descobrirmos que somos todos seres falíveis, insuficientes, carentes, então podemos descobrir que todos necessitamos de mútua compreensão. O auto-exame crítico permite que nos descentremos em relação a nós mesmos e, por conseguinte, que reconhecamos e julgemos nosso egocentrismo. Permite que não assumamos a posição de juiz de todas as coisas.

E assim, podemos tecer algumas considerações éticas e educativas para o Processo de Interação em Enfermagem. A ética busca princípios de valores que orientam o comportamento do ser humano (GERMANO, 1993).

A ética possui um caráter reflexivo: “é, com efeito, uma das formas do ser humano se auto observar, uma operação consistente em dirigir a atenção em direção de operações próprias: uma intenção oblíqua!”. Deste modo, pode ser colocado que a ética “é algo assim como um diálogo do eu consigo mesmo onde o sujeito pensa, avalia e decide realizar certas ações, desvalorizando, conseqüentemente outras” (CAPONI; ELSEN; NITSCHKE *apud* NITSCHKE, 1999a, p. 118). Ética é possibilitar a reflexão sobre o comportamento prático do ser humano. Este comportamento é de ordem moral e está relacionado ao cotidiano, no qual refletir a ética acaba traçando caminhos que orientam a conduta do ser humano (GERMANO, 1993).

Nesta prática, o caráter reflexivo esteve presente nos três atos do Processo de Interação de Enfermagem. Buscou-se refletir sobre os aspectos relevantes, dos quais, pontuo como sendo: o cotidiano da equipe de enfermagem, o definir a situação de interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, as possibilidades de interação e o repensar sobre o cotidiano. Refletir sobre este processo suscitou o exercício da auto-avaliação para a equipe de enfermagem, que observou, avaliou e redirecionou o cotidiano para um outro olhar, um olhar mais compreensivo.

Durante todo o Processo de Interação em enfermagem procurei estabelecer com os protagonistas desta prática, uma relação ética de respeito e de compartilhar saberes. Relação esta, que abriu espaço para a interação entre os envolvidos no processo, que sem constrangimento, expressaram seus sentimentos, suas angústias e suas vivências.

Faz-se necessário destacar os aspectos éticos desta prática, como a exposição dos objetivos da mesma, o consentimento por escrito da gravação dos encontros em fita cassete, imagens de vídeo, bem como o uso de máquina fotográfica, sigilo e anonimato das informações, atribuição de pseudônimos aos protagonistas, acesso às informações e desligamento da prática no momento que desejassem.

Ao refletir sobre o compromisso ético desta prática, precisei buscar na literatura, o conceito de bioética, que me sinalizou alguns aspectos importantes neste processo. Segundo Clotet (1993), bioética é o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.

Cohen e Marcolino (1999) afirmam que a bioética fundamenta-se em três princípios: beneficência, justiça e autonomia. O princípio da beneficência prevê para os profissionais da saúde, o compromisso com o bem do outro, não prejudicando e não fazendo mal a quem quer que seja. Assim, “fazer o bem” e “não causar dano” são as demandas básicas deste princípio. O princípio da justiça, especificamente para as questões de saúde, prevê a reflexão filosófica que o percebe como um conceito normativo, que orienta os legisladores para o estabelecimento de políticas de saúde com acesso de todos os cidadãos, de forma igualitária. O princípio da autonomia prevê a capacidade do indivíduo, de decidir por si próprio nas questões que lhe dizem respeito, segundo os seus objetos.

O princípio da autonomia é considerado por muitos autores, o princípio fundamental para guiar as ações no campo da saúde. Para Fortes (1994), respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele que deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios. Refletindo sobre o princípio da autonomia, me vem no pensamento, a palavra liberdade. Neste Processo de Interação em Enfermagem a palavra liberdade, tem o significado de respeito à liberdade de compartilhar saberes, sentimentos e conflitos.

Durante a prática assistencial percebi que a **imagem** do acompanhante profissional da saúde que vivencia o cotidiano da hospitalização de um familiar, para a equipe de enfermagem, tem uma conotação marcante.

Por serem da área, tornam-se observadores e críticos, causando desconforto na equipe... Questionam sobre todos os aspectos relacionados com a hospitalização”(Dias Gomes e Brehct)... “E o preconceito dos próprios amigos, que quando chega alguém que é da área da saúde a gente fica com o pé atrás. Fica meio colocando uma barreira para que ele não se ache dono da situação (Aristófanés).

Neste sentido, a imagem do acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização, é percebida pela equipe de enfermagem com diferentes olhares. Sob o olhar de equipe de enfermagem, esta, ao definir o papel do acompanhante profissional da saúde, identifica as imagens de avaliador, chato, exigente, ser superior, abusado, indelicado e grosseiro, onipotente e mais sensível. Ao revisitar os papéis, já com um outro olhar, a equipe de enfermagem percebe que o acompanhante profissional da saúde é da sua tribo, que é a própria equipe e, o vê com um parceiro no cuidado, que tem medo e precisa de colo. Sob o olhar de acompanhante de um familiar, a equipe de enfermagem assume o papel do outro e encontra a sua própria imagem.

Acredito que este estudo possibilita uma reflexão sobre a diversidade dos tipos de imagens no cotidiano das interações, pois aponta múltiplos significados atribuídos de acordo com os diferentes olhares, ou seja, quando se olha para o outro buscando apenas identificar seus limites, perdemos a oportunidade de trocar e enriquecer o cotidiano. Em contrapartida, ao olharmos para o outro projetando para si aquela imagem, buscamos a alteridade, fazendo conhecer a cada um de nós próprios, possibilitando assim, o reencantamento do saber cuidar, da razão e o sentido do fazer comum.

Quando a equipe de enfermagem troca de papel, tornando-se um acompanhante profissional da saúde, a definição da situação se inverte, passando pelos mesmos conflitos. Então, baseada nessas duas situações, a equipe de enfermagem percebe que é possível estabelecer uma relação de compreensão com o acompanhante profissional da saúde, quando “se olha com o olhar do outro, retomando seu próprio olhar já embebido pelo olhar do outro” como diria (NITSCHKE, 1999a, p. 183).

A autora citada acima faz uma sábia reflexão o que traduz as incertezas da multiplicidade do ver e viver do profissional da saúde que pode experienciar duas situações; a de estar enquanto membro de uma equipe de saúde e a de estar como acompanhante de um familiar hospitalizado. A imagem é a de “estar em cima do muro”. Transfigurando-se esta idéia, como vem sido concebida. Para estar “em cima do muro” é preciso coragem, ao contrário do que poderiam alguns pensar, pois ficar de um lado ou do outro é muito mais seguro. O próprio muro nos protege, mas também não nos deixa ver o que o que está do outro lado, nem tampouco trocar. Quem está em cima do muro, têm uma visão ampliada, estando na linha de encontro entre os lados. Quer unir, respeitando as diferenças. Todavia quem ali está, vê mais de um lado, mas também está totalmente exposto; na sua pluralidade, mais vulnerável a ataques de uma visão unilateral. Acredito e concordo com a autora, no sentido de esperar que estes muros caiam, que as diferenças permaneçam, pois as visões e as paisagens se ampliarão. Espera-se pela descoberta do viver e sentir juntos, da “razão sensível”, da busca por uma “união em pontilhados”.

As questões éticas e educativas estão presentes em todos os momentos e instâncias da vida humana, penso que realizar esta prática foi um compromisso enquanto profissional da saúde, pois a partir de uma vivência pessoal, senti a necessidade de compartilhar o exercício da auto-avaliação, com o objetivo de melhorar o cotidiano das interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde. Gelain (1991) vem reforçar tal pensamento, quando afirma que a ética pode ser entendida como um compromisso social,

profissional e científico que o pesquisador tem com a melhoria da qualidade de vida da população.

A educação existe para o ser humano que necessita de educação por ser o único que busca, dentro dessa consciência, de ser, aproximar-se e tentar ser-mais, consegue-se compreender que não há condições de transformar a realidade sem o auxílio do processo educativo (FREIRE, 1979).

Baseada no pensamento de Freire (1979), percebo que a prática assistencial investigativa também é um processo educativo que abre espaço para reflexão, e como consequência, mudança o comportamento.

Vejo a educação como um processo de desenvolvimento e crescimento do ser humano, e que permeia toda a nossa existência. A enfermagem, enquanto atividade humana, não pode se abstrair do processo educativo é preciso cultivá-lo. O processo educativo se dá pelas interações no cotidiano dos seres humanos, e se mantém pelo exercício da auto-avaliação que abre espaço para a compreensão do outro. Na perspectiva interacionista de Paulo Freire, citado por Haguette (1999), o meio circundante de qualquer pessoa consiste unicamente dos objetos que essa pessoa reconhece. Para se compreender as ações das pessoas é necessário à identificação de seu mundo de objetos. Neste pensamento, compreende-se que um trabalho que valoriza as interações e os significados, também é uma abordagem educativa, um sentido de construção conjunta.

Desta forma, acredito que o desenvolvimento desta prática assistencial, junto à equipe de enfermagem que interage com acompanhantes familiares profissionais da saúde, no cotidiano da hospitalização, fundamentada em uma teoria interacionista, resgatou o exercício da compreensão, com vistas para mudanças de comportamento.

Uma vez conhecido o cotidiano do acompanhante profissional da saúde que vivencia a hospitalização de um familiar e definida a situação sob as perspectivas e sentimentos aos olhos da equipe, compreenderemos mais facilmente as angústias de estar do outro lado, e por fim, compartilharemos os sentidos sob a forma de compreensões e expectativas comuns, o de cuidar.

Partindo do primeiro pressuposto do Interacionismo Simbólico, o qual sinaliza que os seres humanos agem em direção às coisas com base nos significados que essas coisas possuem para eles, Althoff (2001) observa que a equipe de enfermagem tem significados que surgem do processo de interação entre as pessoas que manifestam esse desejo. À medida que

interagem, elas interpretam a ação do outro e dessa interpretação surge o significado de união e compromisso uns com os outros e a formação da família. Poderá ser utopia, mas acredito que se houver interação entre a equipe de enfermagem, o cliente e o acompanhante profissional da saúde, será possível formar uma grande família no contexto da hospitalização, articulada em sentimentos e significados comuns. Nitschke (1999a) respalda esta idéia quando descreve que “família não se restringe, pois se relaciona a tudo onde está inserido... Tem elos que não se limitam aos elos do sangue... Família é quem convive, é de quem se aprende, é com quem a gente se dá bem, é quem se conhece, é quem é amigo, é quem lhe faz bem e lhe faz sentir/estar bem, é quem lhe entende e lhe retribui, é quem cria família, família é quem cuida” (101, 105 e 108).



-10-

SAINDO DE CENA COM  
UM OLHAR ESTETICAMENTE ORGÂNICO...

Mas o que significa sair de cena com um olhar esteticamente orgânico? Significa desejo de comunicação com o outro, de experimentar em comum, valorizar o sensível e de flexibilizar o cotidiano pelo prazer de interagir. No cotidiano da hospitalização, é preciso transcender a ordem do instituído e trazer para o vivido, o sentir junto, o afetual e o ambíguo.

Realizar esta pesquisa convergente assistencial foi um desafio, pois poderia mexer com os “brios” da equipe de enfermagem e com os meus também. Foi certamente uma grande experiência de vida, por se tratar de uma temática que muito me envolve e por possibilitar um reencontro com lembranças, ora alegres, ora tristes, mas que me fizeram crescer, enquanto ser humano e por isso as valorizo tanto.

O Processo de Interação em Enfermagem permitiu-me o pensar e o aprender em conjunto com a equipe de enfermagem. Deste modo, possibilitou-me conhecer o seu meio e sua história e a sua diversidade, compreendi que por meio desta diversidade é possível existir a complementaridade de papéis, entendida como “estilo estético”, que não constitui de maneira alguma uma questão individualista, mas a magnitude do coletivo que transpira o “ser estar junto” porque “faz sentir-se bem”.

Sentindo uma forte necessidade de compreender, à luz do Interacionismo Simbólico, o processo de interação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde que vivencia a hospitalização de um familiar, realizei esta prática, onde experienciei algumas facilidades e dificuldades.

Facilidades, por mergulhar nesta temática com o coração, por fazer parte deste processo e por acreditar que é possível, através da interação, compreender as diferenças e buscar a complementaridade de papéis no mundo da hospitalização, com o objetivo de se buscar cada vez mais, um cuidado de enfermagem interacionista, nesta prática, dirigido à aproximação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde, que vivencia a hospitalização de um familiar.

Facilidades ainda, por ter escolhido para trabalhar na prática convergente assistencial, junto à equipe de enfermagem, com um referencial teórico que viesse ao encontro de minhas crenças e valores e que me possibilitasse a concretização dos meus objetivos tanto de prática, como pessoais. Por ter utilizado uma metodologia que me possibilitou flexibilidade durante o processo de construção e aplicação da mesma, permitindo ainda, ampliar ou reformular o que fosse necessário.

Outro ponto que considero importante ressaltar foi a estratégia utilizada, como já coloquei anteriormente, trabalhar com oficinas foi uma experiência excepcionalmente rica em detalhes, funcionando como uma cascata de símbolos e significados. A partir de uma fala, surgiam outras várias falas, como se fosse uma nascente de informações, que a todo momento resgata e aflora os sentimentos do grupo trabalhado. Confesso que não foi nada fácil o planejamento e a implementação das oficinas. Vários sentimentos permearam este processo como a ansiedade de como seriam os atos, o medo de que os protagonistas não comparecessem, como também pela insegurança na condução dos atos e dos sentimentos que pudessem surgir a partir do Processo de Interação em Enfermagem. Sentimentos estes que traduzem o que Nitschke (1999a, p.81) chama de “angústia do inusitado”, pois se “abandona a segurança dos caminhos conhecidos pela sua pré-determinação que, muitas vezes, poderia até excluir ou sufocar a expressão do real vivido do ideal projetado”.

Acredito que aliar as oficinas com o Processo de Enfermagem, fundamentado na Teoria da Interação Simbólica foi um “casamento” perfeito, instrumentalizando-me, fornecendo subsídios para um caminhar mais seguro, compreensivo, criativo e recheado com muita emoção e descoberta. Isto respalda que as oficinas são processos de interações, como referiu Patrício (1995) e Nitschke (1999a). Além disso, mostra-se como uma possibilidade de cuidado expresso no conceito de enfermagem, cuidado em grupo e coletivo. Cabe aqui resgatar que segundo as famílias traduzidas em Nitschke (1999a), a oficina é um exercício de ser saudável.

Não posso deixar de registrar, que todo este processo foi possível, porque pude contar com uma orientadora que soube reconhecer as minhas “possibilidades” e “limites” e de uma forma bastante presente e carinhosa deu suas sugestões, para que eu evoluísse e permanecesse nesta caminhada. Na fase de elaboração do projeto de prática ela me dizia “*não complique o que já está pronto... Vai dar tudo certo*”. Durante a aplicação do projeto e construção deste relatório, ela dizia de uma forma muito serena “*coragem, tenha calma, tudo vai dar certo*”. Penso que fui agraciada, com a oportunidade de ter como “*mentora*”, um ser tão especial. Que Deus não nos separe mais, **AMO VOCÊ! Fazes parte da minha “FAMÍLIA DO CORAÇÃO”!** Para as famílias traduzidas por Nitschke (1999a, p.119),

família do coração é quem faz parte e entra na vida das pessoas; quem é mais do que amigo; quem é uma paixão; quem passa sabedoria, força, energia, coisas lindas ao outro; quem faz um tanto de bom, mesmo estando longe ou trocando pouco; de quem se lembra; de quem nunca se esquece; para quem se agradece; de quem se tem segredos; em que se dá bronca e se respeita; por quem se ora; de quem gostamos; é quem faz bem.

Outra questão a ser pontuada como facilidade no desenvolvimento desta prática foi a ocasião de ter trabalhado com um grupo sensível às descobertas. Embora estivessem colaborando consecutivamente da terceira prática assistencial num curto espaço de tempo, participaram ativamente das oficinas expondo seus sentimentos, reconhecendo seus limites e colocando as possibilidades de interação com o acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização. Esta prática, além de possibilitar momentos de reflexão no cotidiano da equipe de enfermagem, possibilitou momentos de alegria e de reencontro com pessoas que tenho verdadeiro apreço, carinho e amizade.

Mesmo tendo muitas facilidades, esbarrei com as dificuldades. Dificuldades, por encontrar limitação de tempo para o desenvolvimento desta prática, por estar envolvida em várias atividades ao mesmo tempo. A ansiedade foi outra dificuldade que permeou intensamente nesta fase final do processo, penso que sem o carinho e apoio de “seres especiais, iluminados e muito amados por mim”, não seria possível finalizá-lo.

As reflexões que emergiram, a partir desta prática, levam-me a compreender, que se faz necessário criar “respiradouros” com o objetivo de relativizar nossos medos, angústias e também nossas verdades, buscar um viver coletivo, longe de ser pacífico, mas diferente, pois é através da interação das diferenças, que damos significados aos sentimentos, símbolos, crenças, valores e resgatamos o re-encantar do fazer enfermagem.

Resgatar na equipe de enfermagem um “jeito sensível” e convidativo a descobrir as belezas de interagir com o outro foi um compromisso assumido para esta pesquisa convergente assistencial foi um compromisso, enquanto ser humano, enquanto enfermeira, enquanto acompanhante profissional da saúde.

Reconhecer e compreender os sentimentos que fragmentam a sensibilidade humana é poder valorizar a história de vida de cada semelhante, é demonstrar o aprofundamento do espírito por meio da disponibilidade, do acolhimento, do esclarecimento das diferenças e no fortalecer as relações de interação entre os seres humanos (MOREIRA, 2000, p. 111 e 112).

Para resgatar na equipe de enfermagem, o re-encantar do fazer enfermagem, precisei conhecer o significado do seu cotidiano, possibilitar o transitar por papéis de equipe de enfermagem e de acompanhante profissional da saúde, para então, que a equipe se mostrasse e propusesse possibilidades de interação com o acompanhante profissional da saúde, a partir de um cotidiano repensado.

Para a equipe de enfermagem o **Cotidiano**, que se mostra ambíguo, é um despertar de emoções, é enfermagem. Deste modo, ao **Despertar Emoções**, o cotidiano das interações **Traz Alegrias**, porque não se restringe somente ao “instituído”, mas ao “instituínte”, amplia-se com gestos, trocas de olhares e expressões, com o toque, com o sorriso e um abraço da criança. Embora a natureza do trabalho em instituições hospitalares seja lidar com dor, doença, medo, morte, o cotidiano é **Gratificante**, quando se recebe um sorriso, um abraço, um beijo como forma de agradecimento, quando se faz o que se gosta, de modo a proporcionar prazer e emoção. É **Prazeroso**, por trabalhar com quem se gosta e por fazer o que se gosta, quando se cuida com prazer. Mas **É Muito Triste** também, quando se perde uma criança, pois a dor e o sofrimento observados na criança e em seus familiares, frequentemente são sentimentos compartilhados pela equipe. É **Preocupante** pela instabilidade de se assumir um plantão calmo ou agitado. Gera preocupação e estresse mesmo antes de sair de casa, pois existe a possibilidade de se receber um plantão diferente do planejado. É preocupante ainda, pela possibilidade de não se realizar todas atividades previstas para aquele plantão e o plantão seguinte ficar sobrecarregado de atividades. O tempo de horas trabalhadas é outro aspecto preocupante, o plantão de doze e/ou vinte e quatro horas é significativamente mais estressante, pois corresponde a uma maior possibilidade de vivenciar uma situação de emergência. É preocupante porque a equipe retorna para casa com a preocupação de como ficará a condição do doente, ou seja, têm dificuldades de se desligar do trabalho pela gravidade ou sofrimento do paciente que cuidara e, é preocupante ainda, porque a equipe precisa se distanciar da família, para dirigir-se ao trabalho.

O cotidiano da equipe de enfermagem define-se a partir de sua própria essência, **É Enfermagem**, que envolve o ser **Equipe**, que significa trabalhar com união e desunião, com a labilidade emocional da equipe que ora, trabalha com simpatia, ora, trabalha de mau humor. **É Cuidar**, abrir espaços para as necessidades verbais e não verbais, é relativizar o cuidado instituído. **É Trabalho**, que se mostra competitivo e desgastante tanto físico como psicologicamente. Trabalhar à noite é desgastante e é frustrante também, pois os outros turnos frequentemente não reconhecem as limitações e o desgaste que o trabalho noturno proporciona aos trabalhadores, pois existe o estigma, ou mito de que “à noite se dorme e pouco se produz”. **É Trabalhar Com** os limites da morte no viver, de modo a encará-la como um acontecimento “normal” e consequência da vida humana, mas o que se percebe, é que encará-la desta forma é um meio de proteção, no sentido de não deixar extravasar seus sentimentos de medo, insegurança e incertezas. Trabalhar com, é trabalhar com a miséria,

com quem se tem afinidades e com quem não se tem afinidades, é aprender com quem está chegando e com quem já se trabalha, é viver a diversidade. O cotidiano da equipe de enfermagem também **É Rotina**, distribuição de tarefas, observar, escrever e orientar, mas também é abstrair-se do cotidiano rotineiro e abrir espaço para se conhecer o outro e a prevalência do simbólico que integra, ao mesmo tempo, a razão e o sentido do fazer comum, de forma rotineira, mas estético. **É Distração**, é brincar, dançar, dar gargalhada, pois são elementos essenciais para quem cuida e para quem é cuidado. No cotidiano da hospitalização, esses elementos são também maneiras de cuidar, trazem vida, esperança e alegria, abrem espaços para a transgressão do instituído, resgatando assim, a razão sensível no dia-a-dia.

A equipe de enfermagem, atribuindo significados ao acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar **Transita por Papéis**. Assim, ao definir os papéis ao acompanhante, constrói imagens, ao revisitar os papéis, a equipe encontra uma outra imagem do acompanhante profissional da saúde e, ao assumir o papel do outro, a equipe encontra a sua própria imagem.

Ao **Definir os Papéis** ao acompanhante profissional da saúde, a equipe de enfermagem constrói a imagem de **Avaliador**, pois o fato deste ter conhecimento da situação, gera um certo desconforto à equipe, que se percebe observada e avaliada. Tal desconforto é atribuído não somente aos questionamentos, mas porque este que acompanha, é também da área da saúde, ou seja, a equipe trabalha sob os olhos “críticos” de um colega de profissão. O acompanhante profissional da saúde é **Chato**, porque cobra mais que o acompanhante leigo; quando da área da saúde, a acompanhante questiona sobre os procedimentos e condutas realizados ao familiar hospitalizado, ao passo que o acompanhante leigo, muitas vezes acompanha o cuidado e/ou tratamento sem questioná-lo. É **Exigente** por solicitar mais abertura e exclusividade no cotidiano da hospitalização. É um **Ser Superior**, pois se coloca numa posição superior a equipe, criando um certo estranhamento entre ambos. É **Abusado** porque burla as normas e rotinas intuídas, mas é **Mais Sensível** porque se preocupa mais em relação aos cuidados e as condutas terapêuticas, por ter o conhecimento da doença, bem como de suas complicações, por isso, são mais sensíveis e acabam sofrendo mais que o acompanhante leigo. Em determinadas ocasiões, a equipe de enfermagem identifica o acompanhante profissional da saúde como **Indelicado e Grosseiro** que, por vezes, em situação de estresse, aborda a equipe de maneira ríspida. E, em resposta a indelicadeza do acompanhante profissional da saúde, a equipe de enfermagem se arma contra a presença deste que, também reage à indelicadeza da equipe de enfermagem com atitudes indelicadas e

grosseiras. O acompanhante profissional da saúde também é significado pela equipe de enfermagem, como o acompanhante **Onipotente**, que prefere fazer o tratamento em casa, por considerar que pode dar continuidade em seu domicílio, porque é um profissional da saúde, mas pode ter um outro significado: trazer a alegria do viver em família ao paciente.

Ao **Revisitar os Papéis**, a equipe de enfermagem encontra outras imagens do acompanhante profissional da saúde, a de **Parceiro no Cuidado**, porque facilita o cuidado pelo conhecimento da doença e das condutas terapêuticas, este, pode ser o pólo de ligação entre a equipe e o paciente, pois facilita a compreensão da informação fornecida pela equipe. E, a do **Que Tem Medo e Precisa de Colo**, pois a situação de se acompanhar um familiar hospitalizado quando se é um profissional da saúde, gera muita ansiedade e “medo” por se ter o conhecimento da doença e das possibilidades de agravamento. Outro medo enfrentado pelo acompanhante profissional da saúde, é que a sua imagem possa gerar conflitos com a equipe de enfermagem e, por conseguinte receia que seu familiar receba represália, preferindo assim, omitir sua profissão.

**Assumindo o Papel do Outro**, a equipe encontra naturalmente a sua própria imagem. No cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem coloca-se como o acompanhante profissional da saúde que acompanha um familiar hospitalizado, percebendo-se **Trocando Papéis** e vivendo um misto de agressões, muitas vezes, pela equipe de enfermagem, que não lhe permite a condição de acompanhar. Nessa troca de papéis, o acompanhante profissional da saúde percebe que na “teatralidade” do cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem, por vezes, assume uma interação autoritária e discriminatória, deixando-o frustrado por não corresponder às suas expectativas. Para a equipe de enfermagem, o acompanhante profissional da saúde sofre com a antecipação das complicações advindas da doença e **Sofre Com o Sofrimento do Familiar** hospitalizado. **Sendo Recebido Pelo Colega Profissional da Saúde**, a equipe de enfermagem identifica que, no cotidiano da hospitalização, o médico recebe melhor que a enfermagem. Embora o médico não faça parte da mesma classe profissional, mas como um colega da mesma área profissional, este, é mais atencioso e compreensivo com o acompanhante profissional da saúde, do que o própria colega de profissão, a equipe de enfermagem. Enquanto o médico facilita o acesso às informações e a permanência do acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, a equipe de enfermagem, na maioria das vezes ignora este acompanhante e impõe limites de acesso.

No cotidiano da hospitalização de um familiar, a equipe de enfermagem mostra-se nas interações e propõe possibilidades de interações com o acompanhante profissional da saúde. **Mostrando-se nas Interações**, a equipe **Interage de Modo Diferenciado**, por compreender que o acompanhante profissional da saúde é diferente do acompanhante leigo, interage, por vezes, consciente ou inconscientemente, desenvolvendo um “tratamento diferenciado”, com receio a crítica e a exposição de suas limitações. A equipe de enfermagem **Interage Sob Proteção do Instituído: a Máscara do Mecânico**, ou seja, ao interagir com o acompanhante profissional da saúde, no cotidiano da hospitalização, a equipe de enfermagem, muitas vezes mantém-se numa postura reservada, dentro do instituído com objetivo de mostrar ao acompanhante o seu papel. Tal postura corresponde, à insegurança pela possibilidade de ser questionada com relação à doença e as práticas do cuidado, demonstrando assim, o despreparo da equipe ao interagir com acompanhantes mais críticos.

**Propondo Possibilidades de Interação**, a equipe de enfermagem **Interage com Solidariedade: do Cuidado Mecânico ao Orgânico**, ou seja, sai da lógica do “dever ser”, para a lógica do “ser preciso”. Neste pensar, a equipe quando define a situação, sob o olhar do acompanhante profissional da saúde, abre espaço para o cuidado organicamente estético, que é da ordem da necessidade de se colocar no lugar do outro, da interação, da compreensão e, **Estabelece Diálogo** como maneira de se aproximar, de conquistar a empatia e interagir com o acompanhante profissional da saúde. **Compreende e Respeita o Acompanhante Profissional da Saúde**, no cotidiano da hospitalização de um familiar, como uma possibilidade de interação, pois é também um cuidado. Ainda como possibilidades de interação, a equipe de enfermagem propõe, **Permitir-se ao Outro Sem Receios de Julgamento**, buscando derrubar os muros da insegurança, do poder e das dificuldades e avançar para as possibilidades do sentir e compartilhar junto com o acompanhante profissional da saúde. **Facilitar a Inclusão** do acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar, de forma a acolhê-lo e possibilitar o acesso às informações sobre condutas terapêuticas, exames, bem como facilitar os horários de visita e permanência no setor. **Explicitar Papéis** com o intuito de estabelecer ao acompanhante, os significados de ser profissional da saúde e estar na condição de acompanhante de um familiar, no cotidiano da hospitalização. Estar na condição de acompanhante, enquanto um profissional da saúde, não necessariamente implica que este, por ser da área da saúde, poderá realizar os procedimentos, para tanto, acredita-se que deste modo, evita-se a invasão de espaços e propõe-se a complementaridade destes, pois facilita a organização do comportamento e situa o



seu papel dentro de uma posição social. **Assumindo o Papel do Outro** com o intuito de possibilitar uma melhor interação entre ambos; a equipe pode passar a compreender o sofrimento do acompanhante pela condição de doença, das suas conseqüências, bem como pelo medo da perda do familiar, por imaginar-se vivendo aquela situação. A atitude de assumir o papel do outro permite à equipe de enfermagem possibilitar “aberturas” para o acompanhante profissional da saúde. Neste sentido, o assumir o papel do outro parece ter o significado de relativizar o instituído, de quebrar de rotinas, e oxigenar a teatralidade do cotidiano da hospitalização.

Para tanto, esta prática nos faz refletir sobre as nuances que se escondem no dia-a-dia do ser acompanhante de um familiar hospitalizado e, principalmente quando este é da mesma área. As múltiplas imagens que lhes são atribuídas pela equipe de enfermagem nos chama atenção para os diferentes olhares e para alteridade, que nos proporciona um movimento de ir e vir, “é como se um espelho fosse colocado a todo momento em diferentes locais”. Contudo, compreende-se que é transitando por papéis, que a equipe de enfermagem se aproxima do outro, pois a “imagem refletida nos dá pistas de nós mesmos” Nitschke (2002), ou seja, nos encontramos no outro e passamos a entender o que se passa ao lado.

Contemplando uma lacuna do conhecimento, entendo que o fruto deste trabalho servirá, ainda, como embasamento de futuras pesquisas que visem trilhar pelos caminhos “tortuosos” de “ser e estar” acompanhando um familiar internado, quando se é um profissional de saúde. Fica aqui um desafio, para alunos, professores e profissionais da saúde, no sentido de refletir e ampliar o conhecimento sobre a multiplicidade de imagens e os diferente papéis ocupados pelo acompanhante profissional da saúde no cotidiano da hospitalização de um familiar.

-11-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre ambiente familiar.** 2001. 172f. Tese (Doutorado em Filosofia na Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BELLATO, R. B. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente.** 2001. 210f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário.** 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BIELEMANN, V. de H. M. **O ser com câncer uma experiência em família.** 1997. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BELLAGUARDA, M. L. dos R. **Vida morrida, morte vivida: uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio.** 2002. 142f. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BEZERRA, M. J. da C. **Violência institucional: a violência no cotidiano escolar.** 2002. 140f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method.** Berkeley: University of California Press, 1969.
- BOHES, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional.** 2001. 268f. Doutorado (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- \_\_\_\_\_. **O sistema profissional de cuidado e a família: os movimentos de aproximação e distanciamento.** In: ELSEN, I.; MARCON, S. S. org. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduen, 2002.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOUSSO, R. S. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI pediátrica.** 1999. 191f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CABRAL, I. E. **O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem** In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

- CENTA, M. de L. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil em busca do filho desejado.** 1998. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CLOTET, J. Por que bioética? **Bioética**, São Paulo, v.1, 1993.
- COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Autonomia e paternalismo. IN SEGRE, C.; COHEN, C. **Bioética (org).** São Paulo: USP, 1999, p.51-61.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Manual de orientação ética e disciplinar.** Florianópolis: Codame, 1995.
- COSTENARO, R. G. S.; DAROS, A. e ARRUDA, E. N. O cuidado na perspectiva do acompanhante de crianças e adolescentes hospitalizados. **Escola de Enfermagem Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. <sup>1/2</sup>, p. 112-127, abr/set. 1998.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: 18<sup>o</sup> ed. Vozes, 2001.
- ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brasilian fishing village.** 1984. Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem) – University of California, San Francisco.
- ELSEN, I. e PATRICIO, Z. M. Assistência a crianças hospitalizadas: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** Florianópolis: Atheneu, 1995, p. 169-179.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S. e SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduen, 2002.
- ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Revista Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 7, n.2, p.52-69, mai/ago. 1998.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral.** 1988. 182f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- FREIRE, P. **Educação e mudança.** 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- FREITAS, M. E. de Contexto social e imaginário organizacional moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, V. 40, n.2, abr/jun 2000.
- FORTES, P. A. DE C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, São Paulo, v.2,n.2, p.129-135, 1994

GADOTTI, M. **Dialética do amor paterno: do amor pelos meus filhos ao amor por todas as crianças.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

GELAIN, I. **O significado do “ethos” e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho.** 1991. 147f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1993.

GOMES, G. C. e LUNARDI FILHO, W. D. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a se cuidada. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p.28-38, mai/ago. 2000.

GRAHAM, P. Mary Parker Follett (1868-1933): uma vida pioneira. In: **GRAHAM, P. M. P. F: profeta do gerenciamento.** Rido de Janeiro: Qualymark, 1997, p. 11-33.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 1999.

HARTMAN, S. Preparing modern nurse for postmodern families. **Holistic Nursing Practice.** v.9, n. 4, jul, 1995.

HENCKEMAIER, L. **O cuidado da família hospitalizada: uma abordagem transcultural.** Florianópolis, 1997, 88f. Relatório da Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S. e SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduen, 2002.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J. e BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LAURETE, L.; ECHER, I. C. e UNICOVSKY, M. A. R. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.2, p.118-131, jul.1998.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

LUDKE, M. e ANDRÉ M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUFT, C. P. **Mini dicionário da língua português Luft.** São Paulo: Scipione, 1991.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente.** Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

\_\_\_\_\_. Maffessoli e a crise da modernidade. In: ROUANET, S. P; MAFFESOLI, M. **Moderno e pós-moderno.** Rio de Janeiro: UERJ, Departamento Cultural, 1994.

\_\_\_\_\_. **A contemplação do mundo.** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

\_\_\_\_\_ **No fundo das aparências.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_ **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa.** 3.ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária, 2000.

MAURIN, J. A symbolic interactions perspective of the family. In: CLEMENTS, I. W. e ROBERTS, F. B. **Family health: a theoretical approach to nursing care.** Canadá: John Wiley e Sons, 1983.

MEAD, G. H. **Mind, self & society.** 8. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1972.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: 18º ed. Vozes, 2001.

MENEZES, S T. de. **Famílias vivenciando o processo do adoecer de um filho e sua hospitalização: possibilidades do uso do interacionismo simbólico em pediatria.** 1999, 79f. Monografia (Especialização de Enfermagem em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MOTTA, M. G. G. **O ser doente no triplice mundo da criança, família e hospital.** 1997. 207f. Tese (Doutorado em Filosofia na Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_ O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S. e SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduen, 2002.

MORA, J. F. **Dicionário da filosofia.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MOREIRA, E. E. G. **A arte de acompanhar: desvelando momentos de ser e viver com os outros.** 2000. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pólo III – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis/santa Maria.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2001.

NASCIMENTO, E. S. do. **Compreendendo o cotidiano em saúde,** 1994. Minas Gerais, 26p. Trabalho não publicado.

\_\_\_\_\_ Noções que animam o cotidiano. **Revista de Enfermagem,** Belo Horizonte, v.2, n.4, p.39-45, dez. 1995.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** 1991, 269f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. Um jogo em família na teatralidade da vida. In: REZENDE, A. L. M.; RAMOS, F. R. S. e PATRICIO, Z. M. **O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde.** Florianópolis: ed. UFSC, 1995. p.73-97.

NITSCHKE, R. G.; MARTINS, C. R. e VERDI, M. O lúcido lúdico. **Revista Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 118-119, set/dez. 1998.

\_\_\_\_\_. **Uma viagem pelo mundo imaginário de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho.** 1999a, 462 f. Tese (Doutorado em Filosofia na Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável: A descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Pelotas: ed. Universitária/UFP el; Florianópolis: UFSC, 1999b. 199 p. (Série Teses em Enfermagem 21).

\_\_\_\_\_. Discussão em grupo. **Quotidiano.** 2000.

\_\_\_\_\_. Discussão no Nupequis. **Quotidiano.** 2002.

PATRICIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica.** 1995, 215f. Tese (Doutorado em Filosofia na Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEREIRA, A. **O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero.** Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

PIEREZAN, C. P. **Identificando as necessidades da criança hospitalizada e seu acompanhante: uma proposta baseada na abordagem sócio humanística para um modo de fazer o trabalho de enfermagem e no sistema de aprendizagem vivencial.** Florianópolis, 2001, 95f. Relatório de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

RESENDE, A. L. M. de. O mito da abnegação e do sacrifício no trabalho da enfermagem. **Alcance.** Itajaí, v.1, n.3, p.49-61, jan/jul, 1995.

\_\_\_\_\_. **Quotidiano, saúde e doença: um olhar compreensivo.** In POLAK, Y. N. de S. et al. **Saúde do adulto em enfoque multidisciplinar.** Curitiba: Pinha, 1997.

RIBEIRO, I. **A enfermagem assistindo a família maltratante através da interação.** 1990, 294f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. **Violência na família.** In: ELSEN, I.; MARCON, S. S. SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduen, 2002.

RIBEIRO, N. R. **Família vivenciando o risco da vida do filho.** 1999, 182 f. Tese (Doutorado em Filosofia na Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RIBEIRO, A. A. de A.; PAULISTA, A. M. **Cuidar de famílias primíparas em seu domicílio com um olhar interacionista: um desafio para a enfermagem diante da gravidez tardia.** 2001, 98f. Monografia (Especialização de Enfermagem em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ROSE, G. P. A systematic summary of symbolic interaction theory. In: RIEKL, J. C. e ROY, C. **Conceptual models for nursing practice.** 2. ed. New York: Appleton – Century – Crofts, 1980.

SÃO PAULO. **Educação em saúde: coletânea de técnicas.** Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde – CADAIS, 1993. 167 p.

SCHVANEVELDT, J. D. The interactional framework in the study of the family. In: NYE, F. I. e BERNARD, F. M. **Emerging conceptual framework in family analyses.** New York: Praeger Publishers, 1981.

SCHMITZ, E. M. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** Florianópolis: Atheneu, 1995.

SILVA, A. L. e ERDMAN, A. L. O ritual do cuidado em “a conquista do presente” In: RESENDE, A. L. M.; RAMOS, F. R. S. e PATRICIO, Z. M. **O fio das moiras: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde.** Florianópolis: UFSC, 1995.

SILVA, A. L. da S. **O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado.** Florianópolis, 1996, 87p. Trabalho para obtenção do título de professor titular. Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, D. M. da. **Vivenciando o adolescer em família com mucoviscidóticos.** 1999, 95f. Monografia (Especialização de Enfermagem em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SOARES, L. Doutores na berlinda: **Revista Veja**, São Paulo, a. 34, n. 50, p.11-15, Dez. 2001.

SOARES, A. D.; FRAGA, M. de N de O. O acompanhante do adulto hospitalizado: nível de informação e expectativas. **Revista René**, Fortaleza, v.1, n.2, p.43-48, jul/dez. 2000.

SOUZA, G. B. e ARRUDA, M. **Navegando na correnteza da múltipla doação: a enfermagem e a família convivendo com os desafios da interação/cuidado.** 2001, 108f. Monografia (Especialização de Enfermagem em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.



TRENTINI M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: ed. Universitária, UFSC, 1999. 162 p. (Série Enfermagem; REPENSUL).

WOLFF, L. D. G. **Compreendendo experiências de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WRIGHT, L. M. e LEAHEY, M. Trends in nursing of families. In: WEGNER e ALEXANDER, J. **Readings in family nursing**. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993. p.23-37.



-12 -  
ANEXOS

## ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

À DIRETORA DE ENFERMAGEM do Hospital

Venho por meio deste, encaminhar meu Pré Projeto de Prática Convergente Assistencial, para apreciação da Comissão de Ética da Enfermagem, ao mesmo tempo em que solicito a autorização para realizar vivências integradoras com a Equipe de Enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) deste hospital, com a finalidade de cumprir uma das etapas deste projeto intitulado **DO OUTRO LADO: COMPREENDENDO AS INTERAÇÕES ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE QUE VIVENCIA O COTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO DE UM FAMILIAR**, sob a orientação da Prof. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Esclareço que, caso seja autorizado, pretendo realiza-lo no mês de Novembro corrente. Acrescento ainda que os encontros deverão correr na UIP, no período noturno.

Sem mais, agradeço antecipadamente, colocando-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Adriana Dutra Tholl

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

### CARTA CONVITE

Cara colega, \_\_\_\_\_

Como já é de seu conhecimento, estarei desenvolvendo junto à equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica, meu trabalho de Prática Convergente Assistencial intitulado **DO OUTRO LADO: COMPREENDENDO AS INTERAÇÕES ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE PROFISSIONAL DA SAÚDE QUE VIVENCIA O COTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO DE UM FAMILIAR** Através desta, venho oficializar o convite de sua participação nesta “vivência reflexiva”, que acontecerá nos dias **05, 10 e 12/12/2001** das 19:30 as 21:30h., na sala de aula da pediatria, localizada no 2º andar deste hospital. Sendo assim, ao confirmar sua participação nestes encontros, encaminho juntamente com esta, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
ADRIANA DUTRA THOLL

### ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Pelo presente documento, eu, \_\_\_\_\_, integrante da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica, declaro para os devidos fins, que estou ciente da proposta de prática convergente assistencial apresentada pela mestrandia Enf. **ADRIANA DUTRA THOLL**. Neste sentido concordo em colaborar com esta prática, a partir da participação em uma “vivência reflexiva”, nos dias 05, 10 e 12/12/2001 das 19:30 as 21:30h. Além disso, autorizo a gravação dos encontros, em fita cassete, em imagens de vídeo e a utilização dos dados obtidos bem como o uso de máquina fotográfica, desde que seja garantida a confidencialidade de minha identificação e o direito de desistir da participação da prática assistencial em qualquer momento.

---

assinatura