



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Moreno, Vânia

A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 29, núm. 2, 2007, pp. 91-98

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226621002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino

Vânia Moreno

*Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Rua Miguel Catarino, 481, Jardim Panorama, 18608-210, Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: btmoreno@terra.com.br*

**RESUMO.** Este estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, teve como objetivo apreender como os enfermeiros de um hospital de ensino percebem os familiares enquanto participantes do cuidado. Foram entrevistadas seis enfermeiras de clínicas de pacientes em situação crônica de vida. A análise de dados permitiu inferir que tiveram pouco conhecimento sobre a temática da família durante a graduação, dificultando o relacionamento com os familiares acompanhantes. A convivência durante a internação é marcada por facilidades quando os mesmos colaboram na assistência e por dificuldades ao tentar romper as regras institucionais. Indicam que os novos enfermeiros deverão ter embasamento teórico para atender a família nos diversos cenários do cuidado. Considero que há necessidade de investimento na capacitação de profissionais e que o avanço da humanização dos serviços implica em troca e integração de saberes de pacientes, familiares, profissionais de saúde, equipe de apoio e gestores que extrapolam o campo das ciências.

**Palavras-chave:** enfermagem, família, internação hospitalar, humanização.

**ABSTRACT.** **The family of a chronically ill patient: a consideration of nurses from a school hospital.** This exploratory descriptive study, of qualitative nature had the purpose to study how the nurses from a hospital school see the family as care participants. Six nurses from clinics of chronically ill patients were interviewed. The data analysis allowed to infer that the nurses had only little knowledge of the family's thematic during graduation, making the relationship with the accompanying families very difficult. Daily care during hospitalization period is marked by easy moments when members are willing to participate in the process, and by difficulties when they attempt to break institutional rules. It was suggested that new nurses have theoretical foundation to attend the family in several scenarios of care. It was considered the need of investments in professional training, and that the advance of humanization of services implies in exchange and integration of knowledge among patients, family members, health professionals, support staff and managers beyond the science field.

**Key words:** nursing, family, hospitalization, humanization.

## Introdução

A família dentro do contexto hospitalar vem ocupando espaço por meio de leis e diretrizes políticas que norteiam uma nova forma de cuidado. Estão em pauta relações solidárias entre usuários, familiares e profissionais/trabalhadores comprometidos com a produção da saúde como também com a produção da vida, através do fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão que transita em vários cenários da assistência.

O hospital moderno organizou-se impondo isolamento ao usuário, despersonalização e submissão disciplinar de seus corpos e de suas subjetividades. O tratamento proposto tendo como pressuposto uma rigorosa prática científica afastou o usuário do convívio familiar e não reconheceu sua

competência para tomar decisões sobre seu tratamento ou seus projetos de vida. Sendo por muito tempo à lógica da cultura organizacional do hospital (Deslandes, 2004).

As leis vieram também interferir na instituição hospitalar, a Lei nº. 8.069/1990, que estabeleceu o Estatuto da Criança e do Adolescente, determina que estes, durante uma internação a criança ou adolescente devam estar acompanhado por um membro da família e por um responsável.

Em 2000, o Ministério da Saúde, após várias queixas sobre maus tratos nos hospitais, instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Nesse primeiro momento, buscava-se ofertar um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com um bom relacionamento

entre usuários e profissionais (Deslandes, 2004). Atualmente, o Programa de Humanização não se restringe ao sistema hospitalar, sendo uma diretriz para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Em 2003, a Lei nº. 10.141 instituiu o Estatuto do Idoso, garantindo que pacientes com mais de 60 anos tenham um familiar acompanhando sua internação. Porém, sabemos que a legislação nem sempre vem acompanhada de uma nova forma de atender e entender o processo de adoecimento e, conseqüentemente os recursos de enfrentamento que as famílias possuem, gerando conflitos entre os profissionais que atuam no hospital e no núcleo familiar.

Com o decorrer dos anos, o hospital precisou trazer a família para dentro da instituição, tornando-a co-responsável no tratamento de situações crônicas de vida com evolução longa, que demandavam períodos extensos de internação, acarretando gastos e as infecções intercorrentes. Implantaram-se programas domiciliares para usuários com problemas renais e respiratórios que permanecem sob a supervisão da equipe hospitalar ou pelas condições de ser idosos ou crianças, que são atendidos nos programas de atenção básica.

E tem-se observado preocupação da organização hospitalar em inserir a família em unidade de internação, principalmente em clínicas denominadas críticas, as quais sejam: unidades de terapias intensivas e pediátricas. Estudos demonstram que a recuperação é mais rápida quando o familiar está próximo.

Ter um “olhar” privilegiado sobre essa situação desafiadora que faz com que a família tenha que se estruturar frente à condição de vida, tem sido um embate para as instituições hospitalares, bem como para os gerentes de serviços de saúde, como demonstram Pai (1999); Meyer (2002); Collet e Rozendo (2003); Pinho e Kantorski (2004) e Puccini e Cecílio (2004).

Para a realização desta pesquisa, utilizaram-se de duas referências para nortear teoricamente a trajetória, quais sejam: família e a humanização dos serviços.

Entende-se a família como um espaço essencial para a sobrevivência, desenvolvimento e proteção de seus membros, respeitando sua forma de organização. E a família possibilita os aportes afetivos e econômicos para o bem-estar de seus componentes. Sendo responsável pela educação formal e informal, transmite valores éticos, estéticos e humanitários de onde emergem os laços solidários (Ferrari e Kaloustian, 1994).

O sistema familiar insere-se em um meio social e cultural influenciando e sendo influenciado por ele, através de crenças, valores, símbolos, práticas e saberes que são construídos, compartilhados e têm um significado próprio para cada família (Elsen, 2004).

A humanização pode ser entendida como a mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde usuários, trabalhadores e gestores. Visa fomentar a autonomia, o protagonismo e o grau de responsabilidade destes sujeitos, por meio da identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde. O processo de trabalho em saúde deve valorizar os trabalhadores e a relação de trabalho para buscar o compromisso com a ambiência, melhora das condições de trabalho e o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2006).

A família e o programa de humanização trazem em sua concepção a importância de temática transversal e da interdisciplinaridade.

O objetivo foi apreender como os enfermeiros percebem os familiares como participantes do cuidado ao usuário em situação crônica de vida.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório descritivo onde se buscou compreender como enfermeiros percebem a convivência com a família de usuários internados. Optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, pois “preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (Minayo, 1992, p.102).

Foram sujeitos dessa pesquisa seis enfermeiras que trabalham em um hospital de ensino e atuam em unidades de pacientes em situação crônica de vida. São as seguintes clínicas: hemodiálise, diálise peritoneal, pediatria, clínica médica e neurologia.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2003, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina – Unesp, em parecer Ofício 368/2001-CEP.

Os entrevistados foram informados a respeito da pesquisa para, então, consentir em participar do mesmo.

Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semi-estuturada, tendo como eixo

norteador: o tempo de formado e a vida profissional, facilidades e dificuldade em se relacionar com as famílias de pacientes internados e quais as recomendações sobre o ensino de enfermagem e a temática família, visando à formação dos novos profissionais.

A análise de dados foi realizada após leituras sucessivas do material coletado e buscou os elementos característicos comuns e que se relacionam entre si, procurando agrupar idéias ou expressões em que permitem compor as seguintes categorias temáticas: conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação e pós-graduação, convívio com a família no tratamento, com as regras institucionais e contribuição para a formação do novo profissional. Articulados com os referenciais teóricos, possibilitarão ampliar o conhecimento sobre o tema investigado (Minayo, 1992).

## Resultados e discussão

### Apresentando os entrevistados

Todas são mulheres, com idade entre 28 a 44 anos de idade, e o tempo de formação variou de um ano e oito meses a 21 anos. O tempo que atuam no hospital variou de oito meses até 18 anos, e todos possuem curso de especialização em áreas de gerenciamento, formação pedagógica e nefrologia.

### Conhecimentos adquiridos no curso de graduação sobre a família

Os enfermeiros relatam que tiveram poucos conhecimentos sobre como incluir a família no cuidado durante o curso de graduação em enfermagem:

Olha, já faz muito tempo que eu me formei, e assim [...] eu não me lembro de ter aprendido grandes coisas não, durante a graduação [...] então, não teve não. (E2)

Na graduação [...] eu acho que tem bem pouco. Eu acho que na graduação a gente vê mais o paciente, os cuidados com o paciente, relacionamento enfermeiro-paciente, lógico que a gente sabe que tem a família, mas eu acho que não consigo ligar muita coisa específica na graduação para a família. (E5)

O ensino de enfermagem tinha a abordagem no relacionamento enfermeiro-paciente, mas o predomínio dos conhecimentos a serem valorizados nos futuros profissionais baseava-se nos procedimentos e técnicas.

Santos *et al.* (2000), Grüdtner (2004) apontam predominância do ensino baseado em especialidades, voltados para o processo saúde-doença, seguindo o modelo biomédico onde se priorizam aspectos do adoecimento de forma descontextualizada da

realidade familiar, social e cultural.

Atualmente, existe uma preocupação na inclusão de conteúdos que abordam o homem e sua dimensão humana, porém a forma com que esses conteúdos são ministrados não permite uma relação com a prática, tornando-se abstratos, sem articulação com a realidade vivida (Casete e Corrêa, 2006).

Este enfermeiro diz:

Conhecimentos [...] eu acho que adquiri todos, [...] do respeito que você tem que ter, do compromisso que a gente tem que ter também porque tem paciente, ele é ligado ao familiar [...] na maioria das vezes, a responsabilidade é até do familiar, que às vezes tem que estar decidindo também. (E1)

No depoimento, pode-se compreender que durante a graduação já havia a preocupação com o familiar, porém, em sua expressão há um indicativo de limite para as ações “a responsabilidade é até” e “às vezes tem que estar decidindo também”.

Em uma outra situação:

Quando eu fazia faculdade? Uma que eu já tinha experiência com lidar com pacientes psiquiátricos [...] para mim, lidar com o paciente, eu tenho que ver a estrutura toda, o que a cerca, não é só o paciente, o que a cerca são as pessoas que estão ao redor delas, onde ela vive, quais são as pessoas, família dela. (E6)

Esse enfermeiro traz o aprendizado da prática e a importância do “olhar” para o usuário inserido em um contexto familiar e social.

Grüdtner (2004), ao se referir à formação dos alunos e futuros enfermeiros, aponta para a necessidade de articulação entre o cuidado ao usuário e sua família que se constitui o círculo social mais próximo e significativo, sendo uma unidade de ajuda.

Elsen (2004) indica que os membros da família, ao fazerem parte do cuidado ao usuário, podem definir sua maneira de agir e como lidar com a nova situação, visto que os significados são compartilhados permitindo que todos participem das ações propostas.

Uma atividade possível para o aprendizado seria o diálogo entre o profissional de enfermagem, os membros da família e o discente, para saber a melhor forma de cuidar do usuário, compartilhando-se responsabilidades e trocas conhecimentos e saberes.

Em relação à especialização, devido à escolha, relatam que não obtiveram nenhum conhecimento específico sobre a abordagem à família.

### Convivendo com a família durante a internação ou tratamento

Todos entrevistados apontam para a importância

da família no acompanhamento, mostrando que os usuários que têm maior adesão à hemodiálise são aqueles que contam com o apoio do sistema familiar. Pois o prosseguimento do tratamento ficará sob a responsabilidade dos membros da família, principalmente em casos de evolução crônica.

No convívio, as facilidades são assim mencionadas:

A gente tem facilidade quando a família é boa. Independente de *status* social ou econômico se é uma família centrada, família colaborativa, se é uma família que tem amor pelo paciente, isso já dá uns 80% de acerto no tratamento. (E2)

A família que aceita melhor uma orientação funciona melhor, e assim [...] às vezes você consegue cuidar melhor do paciente, e ela ajuda a cuidar desse paciente, eu sou maleável com a família, sempre fui. (E5)

A família que aceita a orientação são as colaboradoras, mas essa forma de relacionamento não garante as trocas necessárias. A família encontra-se passiva diante da determinação da equipe de saúde; ocorre à submissão frente às regras institucionais. Na orientação, o profissional detém o poder da informação, julga o que é melhor para o usuário e sua família e busca prover os meios para satisfazer suas expectativas em relação ao tratamento (Deslandes, 2004).

Outra forma de entender é que a instituição estabelece relação hierárquica em que usuário e sua família perdem a dimensão da subjetividade, dificultando a reflexão sobre sua participação nas outras dimensões que estão envolvidas no cuidado (Bocchi *et al.*, 2007).

O enfermeiro (E3) relata sua forma de se aproximar da família:

Conhecer [...] A maneira de chegar para a família, porque têm maneiras e maneiras. Já chega (expressão nariz para cima) [...] toda, não dá. Não vira. Chego de mansinho [...] me apresento, do jeito que eu sou, não gosto da palavra chefe. Eu falo que sou enfermeira responsável, qualquer coisa que eles precisarem, para me procurar, falo meu horário de trabalho. Eles estão aqui para serem bem tratados. Qualquer coisa que eles verem de diferente, podem estar falando comigo. (E3)

Esse enfermeiro verbaliza uma postura de profissional, aquela que procura se aproximar da família, carrega sua própria subjetividade à busca da necessidade do outro, possibilitando uma relação de ajuda que pode ser entendida como um encontro em que pessoas interagem tendo como objetivo a compreensão e a solução de problemas (Rudio, 1990).

As dificuldades na interação decorrem do não entendimento pelas famílias das restrições impostas pelo tratamento, pois são exigentes e questionam:

[...] aí coitadinho, tão doente, sofrendo com a doença, por que eu vou cortar o suco dele, que tanto gosta [...] então, a gente tem dificuldade em fazer a pessoa entender que toda essa restrição, que ela acha que vai prejudicar, magoar, deixar a pessoa brava, revoltada, é para o bem dela mesmo, entendeu? [...] A dificuldade é fazer ele entender, que toda essa restrição, tudo isso não é, que alguns vem até nós, é um castigo porque ele ficou doente, e agora é um castigo. (E1)

São famílias mais exigentes. [...] os simples são agradecidos, famílias de maior poder aquisitivo tem maiores conhecimentos, [...] às vezes você está fazendo alguma coisa, eles não entendem, eles te questionam, eles são mais informados. A minha experiência são as que dão mais trabalho. (E3)

O conviver com famílias que não aceitam as restrições impostas pelo tratamento leva-nos a considerar que o sistema familiar têm, que ser valorizado em suas crenças, intenções e saberes que são construídos nas interações sociais sendo definida por Elsen (2004) como cultura familiar.

E, quando se refere à humanização, temos que considerar a construção de trocas solidárias entre o profissional de saúde, usuários e familiares comprometidos com a produção de saúde. Essa troca também tem que ser vivenciada pelos profissionais de enfermagem como uma forma de produção de sujeitos (Brasil, 2006). O usuário e sua família têm o direito de receber informações sobre o tratamento para poder se organizar frente aos eventos decorrentes de uma situação crônica de vida.

A difícil convivência com a expressão de sentimentos:

Essa família que, por exemplo, que não entende a gravidade do paciente, não entende uma orientação, por exemplo, o paciente pós-operatório, não vamos ficar tanta gente dentro do quarto, [...] a família chega do lado do paciente e começa a chorar [...]. (E5)

Nessa situação, o enfermeiro destitui-se de sua humanidade, para prover a melhor assistência, mecânica e despersonalizada. Entender que a humanidade favorece o desenvolvimento da sensibilidade e da competência, ir ao encontro do outro, respeitando sua singularidade e auxiliando a compreensão e o enfrentamento da experiência vivida pelo familiar é a possibilidade de transformar o cotidiano institucional (Backes *et al.*, 2006).

Portanto, o cuidado humanizado traz consigo o afeto e a ternura, que “é um conhecimento que vai

além da razão, emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros” (Backes *et al.*, 2005, p.105).

### Convivendo com as regras institucionais

Na interação com a família, os enfermeiros têm que vivenciar em seu cotidiano normas instituídas quer pelo hospital, quer pela legislação vigente, ocorrendo um descompasso entre dois mundos ainda separados “a instituição hospitalar” e a “instituição-família”:

Com o estatuto do idoso, a gente tem ficado os acompanhantes para os idosos, e às vezes a gente percebe que a família não consegue fazer nada, e a gente quer trazer ela para o cuidado, porque o que vai acontecer quando ela for para casa, ela vai cuidar e às vezes até encontra dificuldade [...] com o estatuto que o acompanhante tem direito de ficar, é norma acabou. (E5)

O Estatuto do Idoso, em seu Artigo 16, garante o acompanhamento durante o período de internação tornando esse momento o mesmo traumático possível. Mas não é função do familiar-acompanhante realizar os procedimentos de enfermagem, mesmo como forma de aprendizado, pois a orientação dos cuidados deverá ocorrer durante o âmbito da hospitalização, também prevista pela Lei 10.741/2003 (Brasil, 2003).

A equipe de enfermagem, ao delegar o cuidado para os acompanhantes, “exime-se de sua responsabilidade da globalidade da assistência, realizando menor vínculo com o paciente” (Bocchi *et al.*, 2007, p. 309).

Os obstáculos causados pela equipe de enfermagem:

Os auxiliares também, eu tive alguns problemas assim [...] que tem que ficar meio termo; existe aquela rigidez, de horário de visita, e aí você tem que, para não desagradar um que tem rigidez, você fala assim: deixa um pouquinho, você deixa aí a hora que ele vem, e não você que está ali. [...], já tem um trabalho dentro do hospital da humanização, em relação à família, tem que ter, e quando a gente entrou aqui, não existia isso, aquela coisa rígida, horário rígido, eu mantenho ainda um horário, porque eu tenho muitos pacientes às vezes grave, tenho uma enfermaria com risco de infecção. (E5)

E, segundo o Estatuto, é função da instituição hospitalar prover treinamento e capacitação para os profissionais, visando atender as necessidades dos idosos. Deve-se, pois, garantir a facilidade de acesso do acompanhante à unidade de internação.

O familiar acompanhante e sua relação com a unidade:

Os problemas da família, depois que interna, a casa se transforma. Com a internação da criança, e a gente acaba esquecendo esse lado. Às vezes uma mãe vai para casa, para acertar, para arrumar [...] fica brava de deixar essa criança sozinha, mas esquece que ela é uma família, ela tem estrutura, e ela precisa organizar isso, para vim para cá, e muitas vezes não dá tempo de organizar. (E4)

A equipe de enfermagem não consegue visualizar a família como pertencente ao cenário do cuidado. Nas duas situações, a dificuldade de aceitação é decorrente de como os familiares adentram ao hospital, via legislação, sentida pelos profissionais de saúde como uma imposição que leva a uma interpretação incorreta e a atitude de subversão a uma ordem estabelecida em uma esfera que não tem governabilidade, penalizando os familiares.

E os familiares não podem ser reféns da instituição hospitalar, apenas obedecendo às normas; devem se apropriar de suas capacidades e traçar sua trajetória como sujeitos de direito, no exercício de sua cidadania, mesmo em meio às fragilidades e necessidades de apoio e assistência (Takashima, 1994).

Aos trabalhadores de saúde importaria menos as leis e os decretos e mais as posturas criativas aonde vão se encontrando as singularidades do trabalho, e que permitem produzir subjetividades e encaminhar a auto-estima das pessoas (Takashima, 1994).

Quebrando as regras institucionais para se aproximar da família:

Quebro. Eu quebro tudo, mas acho que nunca tive problema não. Pelo contrário, eles se sentem muito à vontade. Ele tem que sentir bem onde ele está. Está longe. Tudo novo. Por que eu não vou facilitar, não me custa nada, não estou onerando nada [...]. Eu quebro as regras institucionais em prol do doente. É tudo não pode. Não pode isso, não pode aquilo, não vou te dar um prato de comida, eu acho que não é por aí. Deveria sentir isso na pele porque [...] (você já sentiu isso?) enquanto paciente e acompanhante da minha mãe. E é horrível. Só quando você sente na pele para mudar um pouquinho. Não sei se é uma maneira egoísta de ser. Às vezes eu sou tachada pelo próprio grupo, que tudo comigo é permitido, permitido com responsabilidade. (E3)

Ao tomar decisões, esse enfermeiro indica uma reconstrução como forma de um melhor cuidado, rompendo com as forças coercitivas, assume uma atitude política, visando ao fortalecimento de autonomia do sujeito, sejam eles profissionais ou usuários (Pires, 2005).

Campos (1997, p. 229) afirma: “autonomia pressupõe liberdade mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe também a

capacidade de responsabilizar-se pelos problemas do outro”.

E essa autonomia está intrinsecamente ligada à possibilidade de humanização, ou seja, trabalhar com responsabilidade, porém, aceitando o imprevisível, pois os usuários são sujeitos singulares e trazem suas próprias necessidades.

### **Contribuindo para a formação de um novo profissional**

Os entrevistados apontam para a necessidade de um novo enfoque para abordar a família, no curso de graduação:

A família pergunta muita coisa para a gente que nem a gente sabe. [...] Só o contato profissional, às vezes falam uns termos para os coitadinhos, que eles nunca nem ouviram, que será que eles estão falando? É preciso falar um linguajar humilde que é muito importante para o doente. Eu acho que faz falta. (E3)

Olha, com certeza, hoje se fala muito em humanização, está certo que isso vem há tempo, mais hoje se está utilizando muito a humanização. E o que eu vejo, nem tanto o pessoal da enfermagem, o pessoal da enfermagem é um pouco mais, conversa mais com a mãe, com a família que eu vejo dos outros graduandos, eles não enxergam o acompanhante. (E4)

Os enfermeiros afirmam a necessidade de que novos profissionais precisem aprender a “olhar”, a tornar a família visível, pois ela compõe os vários cenários da assistência.

O discente da área da saúde não sabe dialogar com a família, utiliza um vocabulário pouco acessível ao acompanhante não percebendo que este vem de outra realidade cultural. O profissional teria o papel de mediador entre o hospital e os valores, crenças e saberes trazidos pela família, agindo com coerência, visando amenizar a ansiedade decorrente de estar com um familiar internado (Henckemater, 2004).

A humanização é uma estratégia que busca interferir nas práticas, respeitando os profissionais em seus locais de assistência, visando à transformação desses sujeitos que, mobilizados, transformam a si mesmo e a realidade com que convivem (Benevides e Passos, 2005).

O objetivo da formação do enfermeiro é incluir conteúdos que abordem o homem em sua dimensão humana, enfocando as questões subjetivas e sociais na busca da clínica e da técnica do cuidado (Casete e Corrêa, 2006).

Os enfermeiros sinalizam para a necessidade de embasamento teórico a fim de nortear sua prática:

Com certeza, a gente vai meio no empírico [...]. Tem que ter uma formação sim. Porque a gente

sente muita dificuldade, e eu acho que a gente acaba não sabendo muito bem, até onde vai o limite da emoção, do coração, da razão para lidar com a situação, com a família, com o paciente, acho que, se a gente tivesse uma formação científica, a gente ia saber lidar melhor. (E2)

Todo mundo fala, mas ninguém senta para estudar, é preciso mais, é preciso ver assim quem é que vai abordar? Em que momento da graduação? A nível técnico, é uma pergunta que eu, eu acho que poderia, mais não sei te dizer como. Talvez tivesse que ler mais sobre o assunto, porque para mim é constante família, mas eu nunca li nada sobre o assunto. Eu acho que é um pouco da experiência de vida. Um pouco de psicologia que a gente aprendeu, um pouco de bom senso, um pouco da vivência, tudo que estou te contando hoje é do meu aprendizado do dia a dia. (E5)

Pettengill (2003) refere que existe uma lacuna de conhecimentos com referência à área da enfermagem da família, e a maioria dos estudos têm sido desenvolvidos a partir da perspectiva do indivíduo e pouco adaptados à perspectiva da família, entendendo que é uma área nova de investigação e de cuidado.

Existe a preocupação com a sensibilização do profissional de saúde para o atendimento à família:

Eu acho que é importante, olha o médico, muitas vezes o médico, ele não sabe que a família existe, eu observo muito isso daqui, aqui no nosso serviço, nós sempre nos reunimos toda a quarta-feira, nós temos uma reunião com a equipe toda, ali a gente joga os problemas; então, assim há uma interação, eles sabem que, porque a gente está sempre falando da família, e na importância, então eles vêem que realmente há necessidade. (E1)

Eu entendo que é pouco abordado, e a enfermagem tem até um pouco mais de sensibilidade, em cuidar da família; às vezes eu vejo até a equipe médica, menos sensível, porque eles não têm nem isso também, porque o interno não sabe nem como conversar com o familiar e é importante, faz parte; então eu acho que de repente, não sei em que momento, é colocar um olhar pro lado da família; tem esse olhar, mais eu acho que, realmente, não foi abordado mesmo. Não sei abordar mais, durante a graduação da enfermagem, mas também médica, porque eu acho que eles não têm muita coisa sobre família. (E5)

Retornando aos pressupostos teóricos desta investigação, vemos que, inserir a família, no contexto da instituição hospitalar está intrinsecamente voltada para a questão da humanização.

Porém, como afirma Rizzotto (2002), uma

atitude humanizadora da enfermagem não garante por si só que o trabalho de enfermagem e da saúde seja humanizado, pois o processo de humanização se encontra em “constante transformação, sofrendo as influências do contexto em que ocorre” (p. 197).

No hospital de ensino, onde foi realizado estudo, atuam alunos durante sua formação acadêmica e especialização, professores, profissionais de saúde de diversas especialidades e trabalhadores da área de apoio. Existe uma premência de valorizar o profissional/trabalhador enquanto pessoa humana a fim de estimular o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência com mudanças na sua prática para reconhecer o usuário e sua família com sua subjetividade e auxiliar na compreensão e enfrentamento do momento de sofrimento que estão vivenciando (Backes *et al.*, 2006).

Para que as transformações possam ocorrer nas relações da instituição aluno/profissional/trabalhador – usuário/família, é necessário um investimento na formação através de estratégias de educação permanente objetivando o aumento da capacidade profissionais/trabalhadores de saúde para analisar e intervir em seu processo de trabalho e que os usuários/famílias possam “ter voz”, para democratizar os processos decisórios em coresponsabilidade com os gestores (Santos-Filho, 2007).

E, finalizando, há que se pontuar que humanizar os serviços de saúde implica envolver todos aqueles que estão prestando cuidados ao enfermo. Precisam investir em relações interpessoais, de respeito, mas não deixar de lado a importância do conhecimento científico. Falar em avanços implica necessariamente transversalidade e interdisciplinaridade de saberes que extrapolam o campo das ciências e de seus experimentos.

## Conclusão

Esta investigação buscou conhecer o cotidiano dos enfermeiros de um hospital clínico com relação a sua convivência com a família dos pacientes em tratamento.

Os enfermeiros relatam poucos conhecimentos sobre a temática família na graduação. No cotidiano, estabelecem um relacionamento às vezes marcado por dificuldades de compreensão frente à postura dos familiares e às regras institucionais e também facilidades quando a família busca compartilhar os cuidados.

A família poderia ser bem acolhida se houvesse por parte de todos os que trabalham na instituição, um entendimento dos valores culturais, crenças e saberes que são intrínsecos a cada núcleo familiar.

Isto é aceito por determinação das leis e diretrizes da Política Nacional de Humanização que não são bem entendidas pelos profissionais e trabalhadores da saúde.

A tarefa proposta é criar mecanismos para que a humanização não seja só uma política pública, mas tenha sentido no cotidiano das pessoas que adoecem, nas famílias que acompanham o tratamento e nos profissionais, enquanto cuidadores. Cabe à instituição buscar mecanismos que permitam o cuidado permeado pela ética e pela solidariedade, para atender às necessidades de todos os envolvidos em uma nova situação de vida a ser enfrentada.

## Referências

- BACKES, D.S. *et al.* A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 132-135, 2006.
- BACKES, D.S. *et al.* Humanização hospitalar: percepção dos pacientes. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-7, 2005.
- BENEVIDES, R. PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.
- BOCCHI, S.C.M. *et al.* Familiares visitantes e acompanhantes de adultos idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 304-10, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Ed.). *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 229-266.
- CASETE, J.C.; CORRÊA, A.K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 321-328, 2006.
- COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, 2003.
- DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S. (Ed.). *O viver em família e sua interface com a saúde e doença*. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.
- FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. Introdução. In:



- KALOUSTIAN, S.M. (Org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef, 1994. p.11-15.
- GRÜDTNER, D.I. O cuidado à família e o ensino de graduação: limites e possibilidades. In: ELSESEN, I.; MARCON, S.S. (Ed.). *O viver em família e sua interface com a saúde e doença*. Maringá: Eduem, 2004. p. 369-382.
- HENCKEMATER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: ELSESEN, I.; MARCON, S.S. (Ed.). *O viver em família e sua interface com a saúde e doença*. Maringá: Eduem, 2004. p. 357-368.
- MEYER, D.E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 189-195, 2002.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- PAI, M.M. *O dia-a-dia na unidade de internação conjunta pediátrica: um olhar para as relações enfermeira/familiar participante*. 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- PETTENGILL, M.A.M. *Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de família de pacientes internados na unidade de emergência. *Cienc. Enferm.*, Concepción, v. 1, p. 67-77, 2004.
- PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.729-36, 2005.
- PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1324-1353, 2004.
- RIZZOTTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-99, 2002.
- RUDIO, F.V. *Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia*. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.
- SANTOS, B.R.L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, 2000.
- SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação da Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cienc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.
- TAKASHIMA, G.M.K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis: uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef, 1994. p.77-92.

Received on May 04, 2007.

Accepted on August 06, 2007.