UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE ENFERMAGEM

CARLA STEFFANE OLIVEIRA E SILVA

CONCEPÇÕES DE ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ÂMBITO HOSPITALAR

BELÉM –PA

2017

CARLA STEFFANE OLIVEIRA E SILVA

CONCEPÇÕES DE ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ÂMBITO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Msc. Leidiane Mendes Brito

Coorientadora: Profª Drª. Maria Amélia Fadul Bittar

BELÉM –PA

2017

CARLA STEFFANE OLIVEIRA E SILVA

CONCEPÇÕES DE ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ÂMBITO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito parcial à obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Data de Aprovação: 12 de setembro de 2017.

Conceito: _____

Banca Examinadora:

_____
Profa. Dra. Maria Amélia Fadul Bittar – Coorientadora
Faculdade de Enfermagem – UFPA/Belém.

_____
Profa. Dra. Irene de Jesus Silva – Membro Convidado
Faculdade de Enfermagem – UFPA/Belém.

_____
Profa. Msc. Sheila Barbosa Paranhos – Membro da Banca
Faculdade de Enfermagem – UFPA/Belém.

Para meus pais, alicerces de amor e sabedoria, José Carlos e Benezet Oliveira, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio e incentivo constante ofertado, visando meu crescimento pessoal e profissional.

Para Paulo Jonathan, que me mostra o verdadeiro significado de amor e cuidado diariamente.

Para meus irmãos, Júnior e Clebson, que busquem sempre seguir por um bom caminho e não desistam de seus sonhos.

Para meu filho, “in memorian”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por me guiar diariamente e me ajudar a concretizar mais um objetivo.

A Benezet e Carlos, pelos ensinamentos para que eu tome minhas próprias decisões e pelo apoio para trilhar e conseguir alcançar meus sonhos.

Ao Jonathan, por compreender meus dias sem esboçar um sorriso, e sempre fazer de tudo para que ele apareça.

Às minhas orientadoras, Profª. Leidiane Mendes e Profª Amélia Bittar, pelas orientações no pouco tempo de trabalho.

“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

O número de mulheres portadoras de câncer de mama aumenta consideravelmente a cada ano e seu diagnóstico bem como processo terapêutico representa uma sobrecarga emocional para o paciente e a família, e cabe à equipe multiprofissional, inovar em suas propostas de interação e acolhimento. Com isso, esta pesquisa visou compreender e analisar as concepções dos acompanhantes de pacientes com neoplasia mamária, quanto ao acolhimento ofertado pela equipe multiprofissional em âmbito hospitalar. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, com caráter transversal, de cunho descritivo, realizada em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, referência em tratamento oncológico no estado do Pará. Os sujeitos da pesquisa foram acompanhantes de pacientes diagnosticadas com tumor mamário, internadas para tratamento e acompanhamento clínico. As investigações evidenciaram ferramentas que demonstram a importância do acolhimento ao acompanhante, o qual deve ser observado como um dispositivo de grande valor para atender as exigências do acesso aos serviços de saúde, como também proporcionar melhor o vínculo entre profissionais e a população. Todavia, evidenciou-se as repercussões geradas pela neoplasia mamária à dinâmica familiar, ratificando a importância do suporte aos familiares de pacientes com câncer de mama, dado os impactos gerados ao núcleo familiar do diagnóstico e do processo terapêutico, bem como a importância da representação familiar e sua inserção.

Descritores: Acolhimento, Acompanhantes de Pacientes, Equipe de Assistência ao Paciente, Neoplasias da Mama, Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The number of women with breast cancer increases considerably each year and their diagnosis and therapeutic process represent an emotional overload for the patient and a family, and it is up to the multiprofessional team to innovate in their interaction and reception proposals. With this research and analysis as conceptions of the companions of patients with breast neoplasia, regarding the reception of information by multiprofessional team in hospital languages. This was a qualitative, cross-sectional, descriptive study, carried out in a Center of High Complexity in Oncology - CACON, reference in cancer treatment in the state of Pará. The subjects of the study were followers of patients diagnosed with breast tumor, hospitalized for treatment and clinical follow-up. As researches have shown tools that demonstrate the importance of

the host to the companion, which should be observed as a device of great value to meet the requirements of access to health services, as well as the best market for professionals and professionals. However, it was evidenced as repercussions generated by the mammary neoplasia to the family dynamics, ratifying an important one of the support to the relatives of patients with breast cancer, given the impacts generated to the nucleus of family diagnosis and of the therapeutic process, as well as the importance of the familiar representation and its insertion.
Descriptors: User Embracement, Medical Chaperones, Patient Care Team, Breast Neoplasms, Humanization of Assistance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
1.1 Questão Norteadora 13
1.2 Objetivos 13
1.2.1 Objetivo Geral 13
1.2.2 Objetivos Específicos 13
1.3 Justificativa 14
2. BASES CONCEITUAIS 15
2.1 O Câncer de Mama 15
2.1.1 Processo Fisiopatológico do Câncer de Mama 15
2.1.2 Incidência do Câncer de Mama 17
2.1.3 Fatores de Risco do Câncer de Mama 18
2.1.4 Tratamento do Câncer de Mama 20
2.2 Repercussões do Câncer de Mama Para a Mulher e a Família 22
2.2.1 Reflexões do Câncer de Mama à Dinâmica Familiar 22
2.3 Acolhimento ao Acompanhante e a Equipe Multiprofissional 25
2.3.1 O Acolhimento e a Equipe Multiprofissional 25
2.3.2 O Acolhimento e a Experiência em Acompanhar o Paciente Oncológico 29
3. METODOLOGIA 33
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 35
4.1 Caracterização da Amostra 35
4.2 Categorias 35
4.2.1 Importância do Acolhimento da Equipe Segundo o Acompanhante 36
4.2.2 Acolhimento Recebido e o Relacionamento Cultivado com a Equipe 40
4.2.3 A Estrutura Hospitalar à Permanência do Acompanhante 44
4.2.4 A Presença do Familiar junto ao Paciente Internado e o Suporte da Equipe Multiprofissional 47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54
APÊNDICES 58
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 58
APÊNDICE B – MODELO DE ENTREVISTA 60

1. INTRODUÇÃO

O número de mulheres portadoras de câncer de mama aumenta consideravelmente a cada ano. A neoplasia mamária possui a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina no cenário mundial, seja em países em desenvolvimento ou desenvolvidos. As estatísticas para o ano de 2016 esperavam cerca de 57.960 novos casos dessa neoplasia no país, representando uma frequência de 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados em mulheres (BRASIL, 2015).

Quando tratamos da repercussão do diagnóstico e tratamento desta patologia, sabemos que estes produzem impactos físicos, psicológicos e de cunho espiritual na vida das mulheres, principalmente se este diagnóstico se apresentar com uma perspectiva mutiladora, atrelado a isso, sabemos que a convivência com o câncer não afeta apenas quem possui a doença e que diante desta situação, são muitos os impactos sociais para os familiares, que além de principal fonte de apoio emocional, são os principais cuidadores do paciente acometido, podendo ser tanto do sexo feminino ou masculino, porém, este último, possuindo uma menor incidência. Podem ser vistos impactos como depressão, perda de perspectiva de vida, problemas financeiros, desgastes no relacionamento afetivo, entre outros. Desta forma, a descoberta do diagnóstico desta doença provoca no seio familiar uma sucessão de mudanças tendo em vista o processo terapêutico a ser executado e o prognóstico da doença (CONDE et al., 2016; BRASIL, 2015).

O diagnóstico de câncer de mama representa uma sobrecarga emocional para o paciente e a família, com isso, evidencia-se a necessidade de se trabalhar sobre estas relações visando ampliar a compreensão acerca da representação da família e a importância de inserção da mesma no cuidado com o paciente se preocupando também com sua singularidade visto a situação encontrada e suas vertentes. A complexidade do tratamento oncológico requer da equipe habilidades tanto técnico-cientificas como de relações interpessoais. O conhecimento somado com afetividade, comunicação, sinceridade e empatia formam elementos construtivos para o cuidado, os quais influenciam o desenvolvimento da assistência prestada ao paciente oncológico e a família (PETERSON; CARVALHO, 2011).

Faz-se necessário, portanto, que o cuidado seja ofertado aos pacientes e aos familiares que vivenciam alterações consideradas significativas em sua rotina e projetos de vida. No contexto hospitalar, o familiar se caracteriza como parte fundamental do cuidado junto à equipe, pois permanece junto à paciente que está sujeita a um tratamento doloroso e que necessita de suporte emocional. O acompanhante passa a ser sua principal fonte de apoio.

Neste sentido, a presença do familiar é muito importante para aliviar a ansiedade, o desconforto e a insegurança. O profissional de saúde não pode de maneira alguma, negar o ambiente no qual o paciente vive, e o familiar é muito importante para que se possa entendê-lo e, por essa razão, ajudar na tarefa de reequilibrar e re-harmonizar o doente (INABA; SILVA; TELES, 2005; MISTURA et al., 2014).

Com a introdução do acompanhante no ambiente hospitalar é de fundamental importância criar uma aproximação no ato da internação, devendo essa expressar ação de interagir e no decorrer do tratamento configura-se como uma estratégia que deve estar pautada nos princípios humanistas, como preconizado em uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Com isso, tem-se a necessidade que a equipe multiprofissional de saúde, tome uma postura humanitária e acolhedora na sua relação com os usuários, sendo desenvolvido desde a recepção, perpassando o atendimento propriamente dito, até a resolução de seus problemas, respeitando suas necessidades, integrando o acompanhante, tendo em vista que este adentra ao hospital com suas próprias necessidades e que tornando o acolhimento um dispositivo norteador necessário ao estabelecimento de vínculos, a equipe estará detendo-se de uma assistência planejada e compartilhada (MORENO, 2010).

Nesse sentido, é necessário ofertar uma assistência que integre e que fortifique a relação com paciente e acompanhante, oferecendo um cuidado de forma efetiva e integral aos envolvidos, é importante conhecer o processo de organização da família para cuidar do familiar internado e acompanhá-lo, além de estabelecer um vínculo fortificado e pautado em uma comunicação adequada com informações repassadas

de forma clara e objetiva, bem como esclarecimento de dúvidas e orientações, pois a comunicação é uma forma de tornar o cuidado mais humanizado (BRASIL, 2010).

Neste sentido, fica validado a importância em investimentos na comunicação da equipe de saúde com os familiares podem contribuir para a diminuição do estresse e melhor qualidade do cuidado empregado ao doente (TAVARES; TRAD, 2009).

Dada à comunicação um fator primordial para o exercício da assistência em saúde, a deficiência desta acaba sendo o que inviabiliza o acolhimento de pacientes e familiares. Evidenciado a importância do processo de acolher, visto que ele se faz presente em todas relações, e se detém de planos de inserção as instituições de saúde como a filosofia proposta pelo Plano Nacional de Humanização (PNH), os profissionais de saúde devem se valer de um acolhimento solidário e que possua uma variabilidade de acordo com a diversidade dos usuários, além disso, é de extrema importância estender este cuidado à unidade familiar (BRASIL, 2006; SQUASANTE; ALVIM, 2008).

Não havendo o intercâmbio de informações para formar um consenso e envolvimento da equipe multiprofissional com o paciente e a família, a resolução de problemas fica negligenciada, evidenciando, portanto, uma lacuna no que tange uma assistência humanizada. Muitas vezes, isso é provocado por barreiras de comunicação geradas por atitudes da equipe multiprofissional, que possui seus próprios valores, interesses e âmbitos de influência, o que na maioria das vezes provoca um distanciamento entre seus próprios membros, pacientes e acompanhantes.

As barreiras de comunicação que acarretam consequências ao acolhimento entre a equipe de profissionais que realizam assistência para com os acompanhantes de pacientes com câncer de mama em tratamento, devem ser colocadas em questão, pois somente através de um acolhimento mediante uma comunicação construtiva, que perceba o usuário e a unidade familiar representada pelo acompanhante como um ser humano capaz de dialogar sobre suas necessidades no exercício do direito à saúde, teremos uma relação geradora de vínculo e de responsabilização, que de toda e qualquer forma estejam vinculados, tornando evidente a importância da comunicação, do apoio ofertado e da transferência de informação entre os membros da equipe e o familiar acompanhante (BRASIL, 2006; SANTOS, 2011).

Assim, em razão do sofrimento e das mudanças trazidas pelo diagnóstico de câncer recomenda-se que a família receba acompanhamento da equipe multidisciplinar. Entretanto, nem sempre os serviços hospitalares que atendem mulheres portadoras de câncer de mama preparam o familiar cuidador para o enfrentamento da doença prestando informações claras e objetivas sobre a patologia, as repercussões do tratamento, reabilitação e manejo psicológico da paciente (TAVARES; TRAD, 2009).

1.1 Questão Norteadora

Quais as concepções de acompanhantes de pacientes com câncer de mama acerca do acolhimento da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Compreender as concepções dos acompanhantes de pacientes com câncer de mama, quanto ao acolhimento ofertado pela equipe multiprofissional em âmbito hospitalar.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Mostrar como o processo comunicacional entre equipe multiprofissional e acompanhante acontece durante a dinâmica do tratamento oncológico de seu familiar;
- Conhecer o apoio prestado pela equipe de saúde à acompanhantes durante sua permanência no hospital.

1.3 Justificativa

Em situações de doença e de hospitalização, novos desafios e enfrentamentos se fazem notar, sendo impossível não considerá-los. Haverá obrigatoriamente reformulações nos planos de vida do indivíduo e da família. De maneira geral, todas essas mudanças estarão condicionadas principalmente ao tipo de doença e sua fase evolutiva, idade, estrutura familiar e condições culturais e adaptativas destes a nova situação. Em casos de doenças crônicas e graves as repetidas internações promovem alterações emocionais e sociais em toda a família as quais exigem constantes cuidados e adaptações.

Esta pesquisa tem como proposta mostrar aos profissionais de saúde que compõem equipes multiprofissionais, a importância do acolhimento aos familiares de pacientes com câncer de mama, dado os impactos gerados ao núcleo familiar decorrentes do diagnóstico e do processo terapêutico.

Espera-se que os resultados subsidiem a equipe oncológica através de informações que contribuam para o aperfeiçoamento do acolhimento ofertado ao acompanhante, aprimorando estratégias que influenciem diretamente no sucesso do tratamento, criando um clima de cooperação entre os envolvidos e permitindo a identificação de suas necessidades e que através da divulgação dos resultados obtidos, estudos posteriores sejam desenvolvidos para que se aprofundem e ampliem discussões sobre o processo saúde-doença, levando em consideração a perspectiva do grupo familiar.

2. BASES CONCEITUAIS

2.1 O Câncer de Mama

2.1.1 Processo Fisiopatológico do Câncer de Mama

A literatura científica afirma que o processo carcinogênico acomete as unidades microscópicas constituintes dos seres vivos, a célula. O câncer se caracteriza por um crescimento celular de forma desordenada e contínua, oriundo de alterações na carga genética celular encontrada em seu núcleo. O ácido desóxirribonucleico, o DNA, constituído por genes, contém as informações pertinentes a originalização de novas células, porém, caso ocorra alteração na reprodução celular, o material genético da célula anormal passa a ser destinado às futuras linhagens celulares, onde pode comprometer qualquer tipo tecidual. Se tratando de genes especiais, chamados protooncogenes, inativados em células normais, estes passam a ser oncogenes, responsáveis pela cancerização de células normais. Se o câncer se inicia em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é chamado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como o tecido de sustentação da mama, é chamado sarcoma (BRASIL, 2002).

Se tratando de um processo lento, sua formação pode levar anos para que a célula oncogênica se prolifere e origine o tumor palpável. Nesse processo, os estágios contidos estão referidos em: estágio de iniciação, onde o gene sofre ação do fator cancerígeno; estágio de promoção, onde os agentes oncopromotores atuaram na célula já modificada; e estágio de progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. Na mama, o tempo médio de duplicação celular, é por volt de 100 dias. A palpação pode ser realizada quando o tumor se apresenta a partir de 1 centímetro de diâmetro, com este tamanho, pode-se encontrar cerca de aproximadamente 1 bilhão de células, este número celular pressupõe-se de 30 duplicações celulares. Portanto, uma célula maligna levará 10 anos para se tornar um tumor de 1cm (BRASIL, 2002).

As neoplasias de mamárias se apresentam de variadas formas teciduais. Se tratando do mais recorrente, temos o Carcinoma Ductal, sugerido pela nomenclatura,

os ductos mamários são acometidos. O Carcinoma Ductal possui duas formas de apresentação: in situ, quando se restringe a primeira camada celular dos ductos, não permitindo a passagem de êmbolos ao sistema vascular e em sua segunda apresentação, consiste no carcinoma ductal invasivo ou invasor, se referindo quando os tecidos proximais aos ductos são invadidos por células cancerígenas. Quando os lóbulos mamários são acometidos inicialmente, um tipo de tumor não muito comum, forma-se o Carcinoma Lobular, este também se apresentando em dois tipos, in situ ou invasor (MORENO, 2010; BRASIL, 2002).

Por último, temos a apresentação de forma mais grave da patologia, o Carcinoma Inflamatório, nele ocorre o acometimento da mama difusamente, suas características se assemelham a um processo inflamatório, como calor, rubor e edema, podendo ser comparado a casca de uma laranja, na totalidade do órgão. Trata-se de um tumor agressivo, sendo um dos mais raros e difíceis de serem encontrados. Existem outros tipos de carcinomas mamários diagnosticados, tendo uma menor frequência, cerca de 12% das pacientes apresentam carcinoma tubular mucinoso ou medular. Precisam ser diagnosticados através de análises microscópicas, devido se desenvolverem de forma lenta. Tratam-se de casos raros, de difícil acometimento e que necessitam de fatores de predisposição evidentes para se instalarem (MORENO, 2010; BRASIL, 2002).

Além desses condicionantes de casos raros, podemos citar os sarcomas originários do tecido conjuntivo, que existe nos septos do tecido glandular, os quais também são casos raros e se disseminam pela corrente sanguínea. Os sarcomas podem crescer rapidamente e atingir grandes volumes locais sem ulcerações, nesse caso, exige a retirada total da mama. Ao abordar a disseminação de células cancerígenas, ou levando em consideração um tratamento tardio ou o não tratamento, o tumor tem por desenvolver metástases, que consiste em sítios de células oncogênicas a outros órgãos, mais comumente nos ossos, pulmões e fígado, mas também podem migrar e se alojar na rede linfática, cérebro, medula óssea, pulmões, pleura, pele além dos limites mamários, peritônio e ovários. Com sítios de metástases, após a descoberta do tumor pela palpação, leva-se em média 3-4 anos para o óbito (MORENO, 2010; BRASIL, 2002).

2.1.2 Incidência do Câncer de Mama

Se tratando de quantitativos mundiais, o câncer de mama se apresenta como o mais incidente e de maior mortalidade na população feminina no cenário mundial, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. De acordo com a OMS, o número de casos de câncer mamário se elevará para mais de 19 milhões por ano até 2025. A estimativa ao biênio 2016-2017 aponta a ocorrência de cerca de 420 mil casos novos de câncer no Brasil. Nas mulheres, os cânceres de mama se mostram com 28,1% dos casos diagnosticados, onde se configura como o tipo de câncer mais evidente. Em 2016, são esperados 57.960 mil casos novos de câncer de mama, o que representa um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. Esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente, apresentando 22,26 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2015).

O câncer de mama é o mais frequente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. É mais comum em mulheres com classe social elevada e entre aquelas que vivem nas grandes cidades do que naquelas que vivem no campo. Ainda é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com aproximadamente 500 mil mortes estimadas para o ano de 2012, e mesmo sendo considerado um câncer relativamente de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil (BRASIL, 2004; 2015).

Quando tratamos de incidência, e vemos consequentemente, seu aumento com os últimos anos, podemos perceber que um fator predisponente para o aumento desde índice, está na associação, entre outros fatores, de um acompanhamento clínico apropriado, isso adquire suma importância quando o associamos ao diagnóstico de câncer estabelecido de forma precocemente, isso ocorre devido ao ganho de uma tradição que antigamente, pouco se importava, pois as a cultura das pessoas tinham por ignorar e não se detinham em fazer um acompanhamento junto ao profissional de saúde especializado (MORENO, 2010).

Outro fator para o aumento de casos e de suma importância, diz respeito a mudança no estilo de vida de forma brutal, refletindo de maneiras diversas, como mudanças no comportamento no ciclo menstrual e hormonal, como também na vida reprodutiva, evidenciado por ocorrências de mulheres adquirindo a maternidade aos 50 anos. O processo de monitoramento é de fundamental importância quando tratamos da morbimortalidade gerada pelo câncer, e tem-se a necessidade de se promover na rotina da gestão da saúde, pois com essa ferramenta, será possível estabelecer ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco. (BRASIL, 2015; MORENO, 2010).

2.1.3 Fatores de Risco do Câncer de Mama

Quando tratamos dos fatores susceptíveis para que uma doença se manifeste, devemos levar em consideração o modo de vida das pessoas, pois em geral, a doença é um reflexo dos condicionantes estabelecidos pelo estilo de vida pessoal, além de sofrerem influência de suas condições sociais, econômicas e ambientais. Ao se abordar risco, podemos defini-lo como sendo um fator indesejado de relação direta com o desenvolvimento patológico, podendo levar à morte do indivíduo. Nos estudos levantados pelo câncer de mama, são utilizados dois tipos de risco, o primeiro denomina-se risco relativo ou odds ratio (RR), fazendo referência há uma possibilidade de desenvolvimento da doença ou a morte do indivíduo portador do risco, levando em comparação com uma população controle, indivíduos que não possuem o fator de risco, por um determinado período de tempo. O segundo tipo de risco, risco absoluto, infere em uma probabilidade, ou chance percentual, de um evento específico, seja desenvolvimento ou morte por câncer de mama, ocorrer durante um determinado período, este risco se diferencia por se adotar um índice de ocorrência, e faz dependência de fatores diversos, tem-se como exemplo, a incidência de câncer de mama em idades diferentes (CHAGAS, et al., 2011).

Apesar das descobertas dos principais fatores de risco, deve-se lembrar que o fato de a mulher possuir um ou mais fatores não significa que o tumor se desenvolverá, contudo, serve para alertar as mesmas a obter um acompanhamento médico preciso e esclarecedor, e assim, subsidiar o rastreamento de forma efetiva, para contribuir

com o diagnóstico precoce. Há casos, em que mulheres sem os fatores de risco, desenvolvem o tumor, ratificando que os fatores de risco não significam a presença da neoplasia (MORENO, 2010).

Primeiramente, nas abordagens dos estudos obtidos, entra-se um discurso de controvérsias literárias, inferindo em grandes debates. A incidência de câncer de mama, possui maior acometimento, predominantemente, em mulheres acima de 50 anos, entretanto, ocorrem relatos de maior concentração de risco na faixa acima dos 65 anos, entretanto, este fator leva uma importante ressalva, à medida que utiliza da idade como fator isolado, sofre influência do processo de envelhecimento populacional, visto que há um crescimento paralelo à expectativa de vida feminina, e o processo de envelhecer torna o indivíduo mais susceptível à patologias. Também dever ser considerado a idade fisiológica e a idade cronológica da mulher, sendo a primeira de maior importância, onde consequentemente suas condições gerais de saúde são de grande relevância. Não obstante, o padrão alimentar, constituído pelo consumo excessivo de carboidratos, lipídeos e com carência de nutrientes vitamínicos, acarreta em obesidade, ou seja, aumenta a massa corpórea da mulher, da mesma forma, mulheres com alimentação irregular, podem utilizar alguns alimentos que apresentam toxidade e representam importância à neoplasia mamária, tendo o consumo de álcool em excesso e sem limites, relação direta como fator de risco para desencadear o câncer de mama (CHAGAS et al., 2011).

Apesar de pouco comum, o câncer de mama também acomete a população do sexo masculino, porém, se tratando de proporção, teríamos uma escala de ocorrência bem menor, sendo um homem acometido para cada 100 mulheres diagnosticadas com a doença, com isso, o sexo passa a ter grande influência no que diz respeito ao desenvolvimento desta neoplasia, sendo considerado um fator de risco em potencial (MORENO, 2010). Além do risco ocasionado pelo fator genético, o histórico familiar, também retém grande relevância, pois o risco aumenta à medida que o grau parentesco se aproxima, independentemente se oriundo pela mãe ou pai. É importante ressaltar que ambos os sexos podem sofrer mutações genéticas em seus genes ou herdá-las na linhagem germinativa dos genes supressores do tumor (GTS), porém, somente 5 a 20% das mulheres podem desencadear o tumor, ocasionados por acúmulos progressivos de alterações genéticas, possuindo uma difícil identificação, não se distinguindo em variação dos sexos, o que faz necessário um

rastreamento intensificado, nas mulheres que predispõe ao câncer de mama (CHAGAS et al., 2011).

O desenvolvimento mamário ocorre de forma progressiva, da infância para a puberdade, através de estímulos hormonais da hipófise e dos ovários. O percentual hormonal no sexo feminino, também se apresenta como fator de risco, visto que o uso de terapias hormonais aumenta de acordo com a faixa etária. Na menopausa, o uso de estrogênio e progesterona, por agirem na regulação e controle do ciclo de reprodutibilidade, podem atuar como estimulante da desordenação da proliferação das células. Da mesma forma, agem as pílulas anticoncepcionais, quando utilizadas por longos períodos. A idade de ocorrência da primeira menstruação, denominada menarca, ao se apresentar precocemente, aumenta as chances de desenvolvimento do câncer na mama, caso esta se apresente antes dos onze anos de idade, a probabilidade de existência do câncer de mama posteriormente aumenta cerca de três vezes mais em relação a menarca tardia. Em relação à menopausa, o risco se duplica para o diagnóstico neoplásico, caso esta venha ocorrer a partir dos 54 anos de idade. Nesses casos, o risco se aplica devido à grande e demorada exposição à carga hormonal feminina, consequentemente, ocorre uma grande estimulação à multiplicação celular (MORENO, 2010).

2.1.4 Tratamento do Câncer de Mama

O tratamento para câncer de mama exige uma abordagem multiprofissional, tendo em vista um cuidado integral da paciente. Atualmente, têm-se disponível as modalidades terapêuticas cirúrgica e radioterápica para tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico. É importante salientar que a terapêutica deve levar em conta o estadiamento clínico. Estadiar o câncer refere-se à avaliação de proporção em extensão anatômica comprometida no organismo, de acordo com normas determinadas em sua Classificação dos Tumores Malignos (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), onde aborda as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (BRASIL, 2002; 2004).

Há diversos tipos de intervenções cirúrgicas, sua indicação varia de acordo com o estadiamento clinico e do tipo histológico, onde mesmas se diferem por conservadoras ou não conservadoras. As conservadoras se constituem de ressecção de um segmento da mama, onde engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia, com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, e a não-conservadora configura-se à mastectomia, onde a mesma pode ser classificada entre a mastectomia radical, chamada clássica, nas qual são retirados os dois músculos peitorais ou a radical modificada em que apenas o músculo peitoral menor é retirado (BRASIL, 2002; 2004).

Além da cirurgia, temos a radioterapia, recurso terapêutico largamente utilizado no câncer de mama, que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados, ou raios gama emitidos pelo radium ou outro material radioativo, em um alvo, reduzindo e por vezes eliminando o tumor. É utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independentemente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico. O reforço da dose no leito tumoral, está indicado nas pacientes com carcinoma ductal infiltrante, principalmente naquelas com idade inferior a 50 anos. Os casos de carcinoma ductal in situ, quando tratados por meio da cirurgia conservadora, devem ser submetidos à radioterapia adjuvante em toda a mama (BRASIL, 2002; 2004).

O tratamento sistêmico faz referência à quimio e hormonioterapia. Se tratando de evitar o aparecimento de metástases depois do tratamento inicial, fala-se da quimioterapia adjuvante ou preventiva. São utilizadas substâncias citotóxicas, eficazes em destruir células cancerosas porque elas interferem, por diferentes mecanismos, na síntese ou função do ácido nucleico. Os esquemas que utilizam mais de uma droga, denominado poliquimioterapia, são mais eficazes que os monoterápicos. O resultado final será um aumento significativo do tempo livre de doença e da sobrevida das mulheres submetidas a esta modalidade terapêutica. Chama-se quimioterapia primária ou neoadjuvante àquela feita antes da cirurgia, realizada principalmente em tumores grandes, para facilitar o tratamento cirúrgico

posterior. Outra forma de quimioterapia é a paliativa, ou seja, aquela usada para o tratamento de metástases (BRASIL, 2002).

A maioria dos casos de câncer de mama são de tumores estimulados, no seu crescimento, por hormônios, principalmente os estrogênios. Assim, uma droga eficiente, usada com finalidade adjuvante preventiva ou no tratamento de metástase recém-implantada, é aquela que tem propriedade anti-estrogênica. Outro recurso hormonioterápico são as substâncias inibidoras da enzima aromatase. Essas drogas atuam melhor em mulheres que têm tumores na pós-menopausa e naquelas que responderam bem, mas temporariamente, à terapia hormonal de primeira linha (BRASIL, 2002).

2.2 Repercussões do Câncer de Mama Para a Mulher e a Família

2.2.1 Reflexões do Câncer de Mama à Dinâmica Familiar

Se tratando de um evento desgastante como a terapêutica antineoplásica, tendo necessidade do processo de hospitalização, ficam evidentes reflexos diretos à família como: circunstâncias singulares provenientes da internação, mudanças na rotina e perturbações impostas ao cotidiano da família. A neoplasia mamária ainda possui um quantitativo considerável de seus conceitos relacionados ao desconhecimento no que tange as famílias brasileiras, e quando estas acabam por presenciar um membro da família diagnosticado por esta patologia, têm-se uma carência de apoio emocional e de orientações pertinentes ao tratamento e possíveis reações, o que coloca em evidência a necessidade de uma assistência qualificada para que tenham um conhecimento real e proporcional a situação e sobre possíveis reações.

Quando uma pessoa é acometida por uma patologia dada como terminal, o suporte social dado aos familiares e pessoas com relações proximais é de suma importância, visto que o sofrimento e abalos gerados podem afetar a estrutura familiar, e nesse momento, o principal é ajudar a paciente. Quando há a presença de um familiar constante acompanhando esse período, o estado de saúde da paciente tende a melhorar, pois possibilita uma relação humana fluida aos envolvidos, além de

proporcionar segurança ao paciente e contribuir para a qualificação da assistência ofertada pela equipe assistencial (NUNES; SOUZA, 2015).

Levando em consideração o momento onde a internação hospitalar fez-se necessária, o familiar precisa viabilizar arranjos para acompanhar a paciente com neoplasia mamária durante o período de internação, o que se constitui em uma realidade na vida de muitas famílias. Se dispor a acompanhar, infere dizer no afastamento de sua residência por algum período e, consequentemente, das atividades cotidianas.

De acordo com Sales, Molina e Cardoso (2006), as famílias possuem formas distintas para se arranjarem e para lidar com essas situações, pois o grupo familiar precisa reorganizar-se e adaptar-se para que possam atender as demandas da paciente e dos demais membros o que requer ajustes na realização de tarefas e/ou antecipação das próprias, além de recorrerem a ajuda de outros membros familiares ou daqueles com que possuam uma relação amigável, que se solidarizem em colaborar com a realização das atividades. Além disso, no estudo também se observou que as alterações geradas repercutiram em dificuldades emocionais, relacionais, sociais e financeiras, pois com a internação, e esta se prolongando, ocasiona-se uma ausência em progressão aritmética, o que pode gerar uma tensão crescente, relacionada tanto ao risco exaustão, quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Os acompanhantes, geralmente, não possuem um período exato relativo ao tempo que necessitarão permanecer no hospital e começam, desde então, a buscar alternativas de adequação e planejamento do cotidiano, como forma de manter o funcionamento familiar e a estabilidade emocional e física.

Na ótica da mulher, o diagnóstico de câncer de mama traz consigo uma experiência de medo e angustia, pois, a descoberta e confirmação da patologia repercute em um tratamento contínuo por um período de tempo não estipulado, gerando insegurança em sua vida. Outro fator citado que também causa medo remete a singularidade de temer a morte, pois esta fica presente entre as mulheres, principalmente quando há no núcleo familiar, a presença de dependentes.

Além de gerar uma imagem de fraqueza e hipotetizando que lhe caso lhe aconteça algo, a incerteza de como eles ficaram, sem sua presença reforça a insegurança causada pelo medo da morte e de fazer ausente. A participação e

atuação da família contribui para que a paciente lide melhor com o estresse, associado aos tratamentos como quimioterapia e mastectomia, cujas implicações estéticas podem gerar sérias alterações na autoimagem das mulheres e na sexualidade dos casais. São importantes tal qual, as questões de gênero, geradas por mudanças de papeis familiares, onde a doença muda as organizações do núcleo familiar, e por fim, definições e modos de enfrentamento femininos baseados na longa história de dor, vergonha e medo que acompanha esta doença, relacionado diretamente às diferenças nas percepções entre os cônjuges, de como enfrentaram o adoecimento, o que pode contribuir para a elevação da tensão familiar (TAVARES; TRAD, 2010; LAUTERT; ECHER; UNICOVSKY, 1998).

Nesse contexto, a família é elemento fundamental de suporte não podendo, portanto, se afastar ou deixar de oferecer apoio de forma solidaria a paciente, para que com a presença destes, a paciente não seja vencida pela doença, bem como a equipe multiprofissional, pois dada a fragilidade humana gerada por esses fatores, aos profissionais que convivem e vivenciam a experiência junto a paciente, é possível estabelecer um vínculo, onde se inclui um diálogo aberto e claro, esclarecendo dúvidas, ouvindo os anseios recorrentes da situação, ou seja, fortalecendo a segurança para que se sinta amparada e evidenciando o apoio dos familiares para que possam se sentir seguras e com pensamentos de cura (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006; NUNES; SOUZA, 2015).

O diagnóstico de câncer de mama infere em grandes mudanças, a começar do diagnóstico recebido, a mulher com câncer de mama deve iniciar o tratamento, e este se apresenta constituído por cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, os quais podem ser realizados separados ou por combinações entre si (BRASIL, 2004). Em meio as conflitantes experiências decorrentes da internação, a família precisa viabilizar meios para acompanhar e oferecer suporte a paciente, além disso, ambos estão imergidos em um ambiente desconhecido e de total dependência da equipe, além de se depararem com um ambiente estranho, com horários determinados, protocolos institucionais, pessoas que ora informam, ora manipulam ou omitem informações sobre o que deve, pode ou não fazer.

Para os familiares, o diagnóstico de câncer de mama se deflagra como uma doença incurável, um mal irreversível e, consequentemente, fatal. Com essa imagem, há o delineamento de que o diagnóstico se identifique como uma sentença de morte,

tendo fortalecimento pela alta incidência de casos deste tipo de câncer contabilizados na população feminina, além do estigma que esta enfermidade carrega (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011).

Porém, existem aqueles que conseguem reconhecer o quanto essa relação da união do diagnóstico neoplásico e a morte, a princípio indissociável, foi construída culturalmente ao longo da história e sofre influências socioculturais, e de acordo com a biografia e com os significados construídos pela família, bem como as influências que interferiram nessa atribuição de significado, é importante levar esses fatores em consideração no decorrer da assistência e na definição do plano de cuidado individualizado, pois é necessário ter compreensão de como a doença e o tratamento afetam a paciente e como ela as interpreta. Para tanto, a família deve mostrar-se unida nesse processo de descoberta e trajetória do tratamento podendo ajudar no caminho percorrido desde o momento do seu diagnóstico, ao enfrentamento de todas as etapas do tratamento. É considerada fonte de apoio e segurança, fundamental para que a mulher enfrente todo o caminho que será realizado para o seu tratamento. A mulher vê seus familiares como um sistema de apoio, que lhes passam segurança e apoio. Os familiares desenvolvem papel de grande importante na vida dos clientes em todos os aspectos - sociais, emocionais ou afetivos devendo, portanto, serem incluídos nos dispositivos de cuidados, afim de contribuir deste modo, a diminuição do sofrimento que a situação inflige em todo o sistema familiar (NUNES; SOUZA, 2015; AMBRÓSIO; SANTOS, 2011).

2.3 Acolhimento ao Acompanhante e a Equipe Multiprofissional

2.3.1 O Acolhimento e a Equipe Multiprofissional

O acolhimento configura-se como umas das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) onde prioriza um atendimento com qualidade, juntamente com a participação efetiva dos envolvidos no processo de trabalho em saúde. Em 2004, o Humaniza SUS criou as “Cartilhas da PNH”, onde está incluído o capítulo “Visita aberta e Direito a acompanhante”, visando a humanização da atenção e da gestão no campo da saúde.

O aprofundamento das pesquisas voltadas a acompanhantes e familiares, teve intensificação e podem ter sido estimuladas através da validação de leis brasileiras como Estatuto do Idoso com criação em 2003, a Política Nacional de Humanização em 2004, o já existente Estatuto da Criança e do Adolescente criado em 1990, dentre outras, que colocam em perspectiva que esta ação é de fundamental importância pela equipe assistencial, pois visa incluir o familiar na assistência ao paciente. Estas leis propõem que as instituições busquem adequação para viabilizar a participação dos familiares e acompanhantes entendendo que esta pode favorecer no processo de tratamento e no bem-estar do paciente.

Desde modo, podemos inferir que o acolhimento se constitui como uma ação de aproximação, onde o profissional cria uma relação com o usuário que faz procura dos serviços de saúde, não se restringindo apenas ao ato de receber o tratamento, mas se tratando de uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. Sendo assim, é preconizado que o processo de humanizar se estabeleça no encontro entre os trabalhadores e usuários, e pressuposto a isso, espera-se uma díade de escuta e responsabilização, onde o paciente adjunto de seu acompanhante, é portador e criador de direitos (BRASIL, 2006; DIENER et al., 2011).

A problemática de interação entre a equipe assistencial e o acompanhante no ambiente hospitalar muitas vezes está relacionada, inicialmente, ao tratamento ofertado, quando este centraliza-se na cura do paciente por partes dos profissionais, com isso, problemas de comunicação e sensibilidade são aparentes. No ambiente hospitalar, no convívio entre profissional e paciente, torna também indispensável a troca de informações, orientações e esclarecimentos com os acompanhantes, pois caso necessário, estes podem vir a somar um cuidado, ou seja, oferecer junto à equipe um cuidado correspondente às necessidades do paciente.

Essa falta de didática, pode ser gerada devido ao fato de os acompanhantes não serem observados como apoio a assistência, ou seja, não há uma definição exclusiva quanto ao papel do acompanhante. Com a ação terapêutica da equipe, tendo os acompanhantes atuando como coadjuvantes, fica evidenciado a importância e a preocupação que teriam para os profissionais com a saúde e o bem-estar dos pacientes, e sendo o tratamento, um cuidado integral, onde os acompanhantes estariam inclusos (VICENZI et al., 2013; CREPALDI; VARELLA, 2000).

Quando o usuário dos serviços de saúde tem necessidade de terapêutica e cuidados mais complexos, o usuário passa a estar mais vulnerável física e emocionalmente, portanto, o acolhimento passa a ter caráter especial. O vínculo entre acompanhantes e profissionais deve se iniciar desde o primeiro contato na recepção, e por seguinte, as demais áreas institucionais com introdução do mesmo, porém, em uma pesquisa realizada em uma Unidade de Pediatria de um Hospital Universitário (CREPALDI; VARELLA, 2000), foi observado um desconhecimento por partes dos acompanhantes familiares sobre qual profissional realizara o acolhimento inicial, da recepção, até a área de internação. Os mesmos relataram suposições sobre qual profissional fizera o acolhimento, estando entre um componente da equipe médica ou da enfermagem, e que receberam pelo menos um tipo de informação. O estudo também apontou que a instituição procura viabilizar a permanência de um profissional para o acolhimento inicial do paciente e de seus familiares acompanhantes, porém, a comunicação no momento da internação é relatada como escassa, sendo considerada como não acolhedora o suficiente. Diante disso, é válido ressaltar que uma troca de informações a partir da introdução ao meio hospitalar, para um tratamento de uma patologia, requer uma oferta de apoio tanto a paciente, quanto ao acompanhante, que seja satisfatório, além de suporte básico sobre a nova ambientação.

Ao abordar o vínculo estabelecido entre profissionais da equipe de saúde e acompanhantes, é importante estabelecer sobre quais ações ofertadas são de considerações acolhedoras, pois sabe-se que o hospital se detém de normas e rotinas, além de ações profissionais burocráticas que se tornam desconhecidas em sua maioria, pelos acompanhantes. Apesar de importantes a nível de conhecimento, as explicações sobre funcionamento e estruturação hospitalar tendo em vista maior segurança e melhor adaptação do paciente e do acompanhante, deixam uma interrogativa no que diz respeito sobre se classificarem como ações humanizadas, visto que, em sua maioria, são padrões institucionais estabelecidos, e tendem por evidenciar uma lacuna no que se refere a carência em atitudes que favoreçam a humanização do cuidado prestado. Para tanto, a equipe deve dispor de subsídios para manter a permanência do acompanhante com o paciente, juntamente de ações e estratégias acolhedoras que favoreçam a interação, onde o respeito e a atenção dirigidos aos acompanhantes, configurem-se como manifestações de cuidado humanizado no processo assistencial (PROCHNOW et al., 2009).

Outro fator importante no processo de acolhimento diz respeito a diferenciação em que os profissionais são distinguidos pelos acompanhantes no processo comunicativo. Em um estudo realizado com acompanhantes de pacientes hospitalizados, Prochnow et al (2009), afirma que ocorre uma dualidade de conceitos, onde os profissionais são classificados de acordo com a preferência do acompanhante, para eles, apenas alguns profissionais passam a ser referência no ambiente hospitalar, para esclarecimento de dúvidas que sejam pertinentes ao tratamento, sendo o médico e a secretária, isso infere dizer que a cultura organizacional hospitalar ainda está pautada no modelo médico-hegemônico, onde o médico está em foco e os outros profissionais não possuem destaque em âmbito técnico-científico.

Já no que se refere à afetividade e o estado emocional, a atribuição é repassada à equipe de enfermagem, onde os acompanhantes os nomeavam por palavras afetuosas e detinham parceria e amizade com a classe, devido a atenção e carinho repassados. Nesse pensar, é de fundamental importância que todos os profissionais envolvidos ofereçam orientação e apoio em todas as fases do processo terapêutico à pessoa que compartilha junto ao paciente as todas as situações e adversidades decorrentes do tratamento, não obstante, é imprescindível que os vínculos sejam fortalecidos para manutenção do bem-estar físico e psíquico do paciente, além de ocorra uma protocooperação da equipe afim de desenvolver estratégias que fortifiquem o enfrentamento da doença e que potencializem a relevância do processo terapêutico (FEIJÓ et al., 2009). Além disso, os acompanhantes se deparam com um processo de contenção no convívio hospitalar, juntamente com fatores situacionais e estruturais, em sua maioria impostos pelas instituições, pois para os profissionais, os mesmos acabam restringindo o processo de cuidado ao paciente, o que corrobora com um distanciamento e dificuldade de compreensão entre os envolvidos.

Diante disso, faz-se necessário e de suma importância que todos os profissionais envolvidos ofertem um bom acolhimento e que o espaço hospitalar seja inclusivo ao acompanhante, isso fica evidenciado através das criações de políticas humanistas, que visam o espaço ao acompanhante, e que com a colaboração deste, o paciente perceba a confirmação do afeto com a participação familiar (BRASIL, 2007). Segundo Schneider e col. (2008), o acolhimento visa à escuta, valorização das

queixas e identificação das necessidades do paciente e do acompanhante, é algo embasado no diálogo em que as pessoas se envolvem, estabelecendo uma relação. Ao acolher permite-se o relacionamento humanizado entre profissionais de saúde e o acompanhante/paciente. "É relevante estabelecer vínculos de confiança entre trabalhadores da saúde e a paciente/família. Quando não ocorre a cumplicidade entre ambos, pode dificultar a terapêutica proposta" (SCHNEIDER et al., 2008; p. 83).

2.3.2 O Acolhimento e a Experiência em Acompanhar o Paciente Oncológico

Com a hospitalização, o medo é recorrente aos indivíduos, pois a doença é vista como ameaçadora e o estar doente, se caracteriza por uma quebra de relações do indivíduo com o mundo, e suas capacidades, antes possíveis, agora serão limitadas ou não serão mais alcançáveis. Por conceituações, teríamos o acompanhante como todo e qualquer indivíduo que de forma voluntária ou remunerada, possuindo ou não laços familiares, permaneça junto do paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde (BRASIL, 2006; 2007). Estar na condição de acompanhante, coloca em relevância as mudanças decorrentes da internação seja no campo físico, psicológico ou social, neles o estresse é resultante direto do ato de acompanhar um paciente hospitalizado, por ser um momento difícil, trazendo a carga de impactos em momentos diferenciados. O primeiro momento, se refere ao diagnóstico do paciente, pois se trata de alguém a quem se tem vínculos afetivos e que passa a sofrer por ter sido acometido com a patologia, o segundo se trata do impacto que sofre por se ver na condição de acompanhante, pois tem que dar força e auxílio total ao paciente, no decorrer da hospitalização (DIAS; NUERNBERG, 2010).

Um fator relevante contribuinte a existir o desgaste físico dos acompanhantes, compete a estrutura, onde há os que não encontram um espaço adequado para descansar enquanto permanecem no ambiente hospitalar, junto a isso, está a manutenção do padrão de higiene, dado a relação de que uma higiene eficaz é prioridade no contexto hospitalar. Além de se encontrarem longe do conforto e

privacidade de sua residência, o tratamento, muitas vezes, requer do acompanhante uma adequação a ambientes com estruturação nem sempre adequada, sendo necessário improvisos para repousar ou se alimentarem. Em uma pesquisa com pacientes oncológicos foi evidenciado acomodações inadequadas aos acompanhantes, levando em consideração que as considerações clínicas da maioria dos pacientes são de dependência, necessitando de acompanhante, onde a infraestrutura, sobretudo das enfermarias, oferece acomodações impróprias a estes, como, por exemplo, poucas cadeiras simples em um espaço exíguo entre os leitos, também havia inferência ao risco de infecções, haja vista as implicações decorrente de negligência ao que diz respeito a um padrão de higiene. (MISTURA et al., 2014). No entanto, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº. 1286/93, o paciente possui direito a acompanhante nas consultas, bem como nas internações e nesta última, se a orientação médica exigir a presença de acompanhante no hospital, o serviço contratado pelo mesmo poderá acrescer à conta hospitalar as diárias correspondentes às despesas de alojamento e alimentação do acompanhante. Esse direito do acompanhante parece ainda estar desconhecido pelas pessoas, de modo geral, e a equipe de saúde evidencia a não informatização aos usuários, para que estes possam ter melhor discernimento quanto às condições corretas para sua estadia (BRASIL, 2002).

Nos casos em que existe a necessidade de internação dos pacientes oncológicos e distanciamento do lar, a situação se agrava, pois, além do desgaste psicológico, ocorre o afastamento do convívio familiar e social imposto. Para o familiar acompanhante, devido se dispor a acompanhar o paciente no período de internação, este precisa viabilizar formas que o permitam se ausentar da casa por algum período, muitas vezes, os familiares se articulam com delegações entre si, para melhor promover a organização, ou antecipam a realização das tarefas quando possíveis, também existem casos onde à disponibilidade de ajuda de outros membros da família ou pessoas de convívio proximal, que solidariamente, se comprometam a colaborar em algumas atividades. O período de tempo em que os acompanhantes precisaram permanecer junto ao paciente, muitas vezes, é incerto, deste modo, é importante ressaltar a busca por maneiras organizacionais familiares distintas, onde as mesmas pensem em alternativas de adequação e planejamento do cotidiano, como forma de manter o funcionamento familiar e a estabilidade emocional e física, bem como na

flexibilidade da equipe quanto a proporcionar uma melhor interação em que o acompanhante desenvolva estratégias e arranjos para continuar atendendo as necessidades de seu familiar doente, durante a internação e, ao mesmo tempo, suprir as demandas de reorganização interna no núcleo familiar (MISTURA et al., 2014).

O Ministério da Saúde considera o acolhimento como uma das diretrizes de maior significado na PNH do SUS, por sua dimensão ética, estética e política. No que concerne à dimensão ética, esta retrata o compromisso e o respeito com o outro, acolhendo-o nas diferenças, sofrimentos, alegrias e no modo de estar no mundo. Já a estética valoriza as relações e encontros estabelecidos no cotidiano, a partir da utilização de estratégias capazes de imprimir dignidade à vida. A dimensão política busca resgatar o compromisso coletivo de envolver-se no estar com, valoriza a autonomia e o potencial transformador que se estabelece no encontro entre sujeitos (BRASIL, 2006).

Logo, faz-se necessário qualificar os profissionais para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar. Esta é uma responsabilidade que precisa ser assumida por trabalhadores e pelas instituições com o objetivo de intervir em uma determinada realidade, em seu território de atuação e, a partir das principais necessidades de saúde, buscar uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (DIENER et al., 2011).

A inter-relação do processo comunicativo com o acolhimento ofertado pela equipe assistencial também deve estar em foco, visto que a condição de acompanhante, transforma o indivíduo em suporte ao paciente, e a equipe, deste modo, deve oferecer e estabelecer aos mesmos uma relação humanizada. Pode se afirmar que o acolhimento se trata de um processo contínuo do atendimento em saúde, pois a partir da hospitalização de uma pessoa, muitos indivíduos tornam-se fragilizados e temerosos, visto que existe o sofrimento e a angústia da insegurança que a doença gera, assim, paciente e familiar necessitarão da atenção dos profissionais da saúde que são vistos como possuidores de respostas para as dúvidas que emergem (SCHNEIDER et al., 2008).

O acolhimento então deve ser observado como um dispositivo de grande valor para atender as exigências do acesso aos serviços de saúde, como também proporcionar melhor o vínculo entre a equipe e a população, o trabalhador de saúde

e o usuário desta forma, questionar o processo de trabalho, desencadeando um cuidado integral.

É necessário que os profissionais da saúde estejam preparados para lidar não apenas com conhecimentos técnicos e científicos, mas também com sensibilidade suficiente para lidar com situações de sobrecarga emocional dos pacientes e dos acompanhantes, o que requer habilidade para manter um cuidado humanizado pelo outro (SCHNEIDER et al., 2008). Além disso, há necessidade do desenvolvimento de estratégias que minimizem a sobrecarga ocasionada pela vivência do processo de adoecimento de um membro familiar com o desenvolvimento de ações da equipe assistencial que auxiliem pacientes oncológicos e familiares no enfrentamento da doença.

3. METODOLOGIA

A investigação possui trajetória metodológica qualitativa, com caráter transversal, de cunho descritivo. Investigações qualitativas inferem a questões particulares que envolvem a subjetividade dos sujeitos estudados e que não podem ser quantificadas. Os estudos descritivos têm como finalidade apresentar as características de uma determinada população e descrever fatos e fenômenos de uma dada realidade. (MINAYO, 2011; GIL, 2010).

A presente investigação foi realizada em uma unidade de clínica médica do Hospital Ophir Loyola, localizado em Belém – PA, considerado referência em tratamento oncológico no estado do Pará.

Participaram da pesquisa 25 acompanhantes de pacientes adultas diagnosticadas com tumor mamário, internadas na unidade de clínica médica para tratamento e acompanhamento clínico na referida instituição. A amostra foi selecionada por conveniência respeitando os critérios de inclusão.

Os critérios de participação foram: acompanhantes de ambos os sexos que estivessem ao lado da paciente de modo consecutivo e sistemático (do diagnostico ao tratamento) com período mínimo de 3 dias de permanência no ambiente hospitalar. Foram excluídos os acompanhantes menores de 18 anos e aqueles que optaram por não participar da pesquisa. O tamanho da amostra foi definida a partir da saturação dos dados na unidade em que a coleta foi realizada.

Os dados foram coletados no período de Abril e Maio de 2017, através de entrevista semiestruturada, registradas mediante gravação. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), em duas vias, permanecendo uma com o entrevistado e a outra com a entrevistadora, por meio do qual foram esclarecidos a eles os propósitos da pesquisa, obtendo-se, assim, a concordância em participar da mesma, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram levantados dados sócio demográficos, como: idade, sexo, elo relacional com o paciente cuidado, escolaridade, religião, município de origem e profissão; e na sequência perguntas abertas sobre o processo de acolhimento pela equipe multiprofissional (APÊNDICE B),

A coleta foi realizada voluntariamente pela pesquisadora de acordo com recomendações da técnica de entrevista para abordagem uniforme aos sujeitos do estudo.

O procedimento metodológico de tratamento dos dados obtidos ocorreu gradativamente. As entrevistas foram transcritas manualmente e os depoimentos agrupados de acordo com as questões estipuladas pelo roteiro de entrevista, posteriormente, foi realizada a categorização dos dados, com base na convergência dos discursos e repetição do seu sentido. No pressuposto, para garantir a preservação da subjetividade da pesquisa, as transcrições das falas forma feitas integralmente, conservando as palavras textuais utilizadas pelos mesmos.

Para análise de dados a autora deste trabalho utilizou a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, cujas etapas são: Pré-análise, onde é desenvolvida a organização do material a ser investigado, para sistematizar as ideias iniciais e estabelecer indicadores para posterior interpretação do material; Exploração do material, constitui a segunda etapa, nela o material de pesquisa reunido passa por um aprofundamento, com isso, tem-se o recorte das unidades de registro, suas codificações, para posteriormente serem classificadas e categorizadas. Por última fase, temos a Interpretação referencial, consistida na captação dos conteúdos análogos manifestados no material arrecadado, assim, será instituída a análise propriamente dita, onde a reflexão ressalta os aspectos considerados semelhantes e os que não condizerem com a temática exposta (SILVA; FOSSÁ, 2015)

Esta pesquisa cumpriu com as orientações da resolução nº 466/2012 do CNS foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da UFPa sob o número do parecer 2.008.749/2017.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da Amostra

Com vistas a estabelecer um perfil do grupo de participantes identificaram-se 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Das participantes do sexo feminino a maioria possuía parentesco com a paciente como filhas (36%), irmãs (20%), além de nora, cunhada e ex-cunhada, sobrinha, prima, ex-sogra, cada uma representado 4% da amostra. Todos os participantes do sexo masculino (100%) possuíam vínculos familiares com as pacientes. No que tange à idade, 40% dos acompanhantes estavam entre a faixa etária dos 27 aos 36 anos e 60% entre 41 a 67 anos. Cerca de 56% dos participantes relataram morar fora do local de tratamento. 56% dos entrevistados exerciam funções operacionais e 44% apresentavam-se desempregados. Dentre as religiões, houve predominância da religião católica (56%), seguida da evangélica (24%), os demais (20%) não definiram religião. Com relação ao nível de escolaridade, houve variação entre ensino médio completo (40%), ensino fundamental incompleto (24%), ensino superior completo (16%), ensino fundamental completo (8%) e ensino médio e superior incompleto, ambos com 4% dos participantes, porém na classificação dos dados, não foram identificadas diferenças na essência das respostas obtidas.

4.2 Categorias

Das unidades de registro emergiram 4 categorias de análise a seguir descritas: Importância do acolhimento da equipe segundo o acompanhante, o acolhimento recebido e o relacionamento cultivado com a equipe, a estrutura Hospitalar à permanência do Acompanhante, a presença do familiar junto ao paciente internado e o suporte da equipe multiprofissional. Posteriormente, as categorias foram discutidas à luz da literatura científica.

4.2.1 Importância do Acolhimento da Equipe Segundo o Acompanhante

Na ótica dos acompanhantes, o acolhimento ofertado no ambiente hospitalar deve evidenciar a integração da equipe multiprofissional na abordagem aos familiares dada a situação vivenciada, devendo se apresentar desde o primeiro contato, pois visa estabelecer um vínculo afetivo entre os envolvidos e proporcionar a equipe contato direto entre os facilitadores do processo assistencial e os receptores do cuidado ofertado, como evidenciado pela fala a seguir:

> "[...] a gente tem um impacto, aí então é muito importante realmente esse acolhimento, escutar, o importante é isso, no corpo dos funcionários, todos tem que acolher, e desde o início [...]" A05

Analisando o exposto, é conveniente destacar que o SUS através da Política Nacional de Humanização do Sistema de Saúde tem por orientação, a autonomia e importância em igualdade dos envolvidos, além da corresponsabilidade entre eles, mediante o solidarismo ao que compete a criação de vínculos, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004). Desta forma, implica-se na necessidade de implantação de forma solidificada de medidas efetivas de interação, afim de evitar o desencadeamento de reações emocionais adversas e o desconforto causado pela escassez de comunicação entre os profissionais.

Atrelado a isto, o acompanhante encontra-se em um ambiente que não lhe é próprio e convive rodeado por situações intrínsecas à assistência hospitalar. Deste modo, foi mencionado pelos participantes que a equipe deve demonstrar interesse na contribuição e participação do acompanhante, utilizando-se de estratégias de integração do familiar no plano assistencial, visto que acolher o acompanhante ratifica a importância na contribuição deste com o trabalho da equipe, como mostra o comentário a seguir:

> "[...] a importância do acolhimento é fundamental pra você se sentir realmente assim, interagindo com a equipe, pra você também poder até contribuir né, com esse

trabalho que a equipe realiza né, com o paciente, porque os dados, as informações, né, tem que existir entre o acompanhante e a equipe geral, [...]" A01

De acordo com Squassante e Alvim, (2008), a ausência desta sensibilidade é evidenciada quando, em geral, a equipe de enfermagem resiste em concordar com a permanência do acompanhante, quando este não assume o papel de presença vigilante junto ao paciente internado, ou seja, para a equipe, quando o acompanhante não realiza sua função, não há necessidade de sua permanência ao local. Em contrapartida, Lautert e Echer, em 1998, já afirmavam que com a possibilidade de extensão do cuidado através da inserção e orientação adequada em todo o processo assistencial, aumentarão as formas de uma participação mais efetiva, pois, com a atuação do acompanhante mediante parceria em observação ao paciente e trabalhando de forma sistematizada, ficará evidenciado a melhora na experiência em acompanhar o paciente junto a equipe, bastando apenas receber orientação da equipe.

Além disso, na Cartilha da PNH do SUS, Visita Aberta e Direito a Acompanhante (BRASIL, 2007), visita e acompanhante são pessoas que devem ser consideradas "elementos integrantes do projeto terapêutico", pois possuem evidente eficácia clínica. De acordo com os entrevistados, ficou evidenciado que a permanência do acompanhante como elo familiar presente no ambiente repercute diretamente na melhora do paciente, pois provoca segurança do doente, considerando que ambos, familiar e equipe, podem lhe fornecer o apoio e o cuidado necessários, como mostra a fala a seguir:

"Ai muito importante todo mundo tratar a gente bem, tratar o paciente também, junto com a gente né, eles até se sentem melhor, porque ai a gente se sente mais à vontade, se sente bem né, a gente ajudando eles, o paciente também se sente seguro né [...]" A14

Em uma pesquisa realizada por Schneider et al., (2008), ficou evidenciado que a aproximação da família com a assistência ao paciente pode proporcionar emoções

agradáveis, bem como facilitar a assistência prestada ao paciente. A medida que eram repassadas informações sobre o estado de saúde do paciente, ficou perceptível o alívio e a segurança gerados aos acompanhantes e aos pacientes, diante da assistência proporcionada e do envolvimento proporcionado pela equipe, e diante disso, criou-se um elo de confiança entre equipe e familiar, a modo que família e paciente conseguiram expressar suas dúvidas e preocupações.

A comunicação acessível aliada a orientação visando garantir repasse de informações referentes a instituição aliada ao tratamento de forma eficiente e com linguagem mais acessível, foi citada como ferramenta de maior alcance e importância aos envolvidos, pois busca garantir interação do acompanhante quanto ao repasse de informações sobre o paciente, o funcionamento do tratamento ofertado e o ambiente institucional, permitindo o esclarecimento de dúvidas e orientação para enfrentamento da doença junto ao paciente.

> "Eu acho, porque eu acho que dá mais segurança pro acompanhante e pro paciente, porque não adianta tá doente e ficar acompanhado por alguém que não te passa confiança, e quem fornece confiança pro acompanhante e o paciente aqui dentro é a equipe que tá próximo, tá cuidando, e também a gente tem que levar em consideração a doença, porque ser bem acolhido, bem orientado, de uma forma mais acessível né, sem palavras difíceis, enquanto se enfrenta um câncer junto com o paciente, é muito importante sim, porque o impacto é enorme, porque a gente não conhece nada sobre a doença, não tá sabendo, ai vem o pessoal né, explicando tudo, às vezes tira até aquela dúvida que a gente pensou que era muito complicado e aí eles até amenizam né, e a gente explica melhor pra nossa parente." A17

Percebe-se como consequência que o paciente irá obter mais segurança e mais conhecimento garantido pelas orientações acessíveis do acompanhante, o que é ratificado com pesquisas que demonstram que quanto mais o clima for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva porque os gestos de atenção e cuidado ficarão presentes sempre na lembrança dos familiares. (SILVA, 2000; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Em conjunto, o acolhimento ofertado deve evidenciar importância quanto aos medos e anseios do acompanhante. A equipe deve acolhê-lo de forma solidária, demonstrar preocupação diante de alterações psicossomáticas, cultivar aproximação aliada ao bom tratamento, e proporcionar aumento da autoestima e entender a condição do acompanhante naquele ambiente, procurando garantir promoção de conforto e corroborando para compreensão do acompanhante acerca da experiência vivenciada demonstrando preocupação, desta forma, a equipe estará demonstrando importância as suas necessidades.

> "[...], é importante pra caramba, porque a gente fica preocupado, é importante que eles nos dê atenção sabe, nos explique direitinho, nos dê atenção quando a gente pergunta, como tá a situação da paciente né, [...], é fundamental saber que se importam, [...]" A02

Desta forma, será possível entender a condição do acompanhante naquele ambiente e o impacto sentido durante a vivência, visto que a equipe estará demonstrando importância as suas necessidades, repassando confiança e entendimento, partindo com clareza e objetividade quanto a abordagem de dúvidas e repasse de informações, bem como ofertando atenção ao acompanhante, garantindo oferta de cuidado às necessidades emocionais do acompanhante, sendo fundamental a atuação integral da equipe na abordagem aos sujeitos.

Percebe-se com isso, que o processo de trabalho em saúde com incorpora mento do acolhimento possui como principal finalidade regular o acesso e permitir a abertura dos serviços com responsabilização de todos, tanto profissionais, gestores, pacientes e familiares. O acolhimento surge assim como uma estratégia para promover mudanças na organização do processo de trabalho visando ampliar o acesso à assistência integral (SCHNEIDER et al., 2008).

4.2.2 Acolhimento Recebido e o Relacionamento Cultivado com a Equipe

O sentir-se acolhido foi relacionado principalmente quanto ao esclarecimento de normas institucionais, serviços burocráticos e a explanação acerca de procedimentos realizados no paciente, por vezes, com a ausência da finalidade destes no processo terapêutico. Fica evidenciado com as falas dos participantes, que o repasse de informações da equipe, gera a busca pela adaptação às rotinas do hospital, o que implica em ações que afetam a humanização do cuidado em saúde. Abaixo alguns discursos:

> "[...] eles me orientam, dizem o que vão fazer, apesar de que as vezes algumas coisas, eu queria saber pra quê que serve, mas eles me passam o que pode né, [...]" A03

> "O acolhimento foi bastante agradável, todas as pessoas que acompanhou a gente, que nos atendeu, foi bastante prestativo, nos falou sobre como funcionava o hospital, o que iam fazer com a minha mãe, essas coisas, [...]" A11

Percebe-se a importância de repassar o conhecimento situacional aos acompanhantes, como mostram pesquisas que apontam sobre a importância do compartilhamento de saberes, poderes e espaços, dada a complexidade das tarefas executadas diante do contexto assistencial e, portanto, da exigência de ações cordiais e pautadas de muito respeito, diálogo e empatia, centrada de ambas as partes (GAIVA; SCOCHI, 2005). Porém, podemos observar que o acolhimento se encontra com imagem deturpada pelo acompanhante, referindo-se apenas a ações burocráticas a respeito da internação hospitalar. Segundo Merhy (2002), o acolhimento é uma ferramenta de trabalho que atuará junto às relações humanas, e deve estar integrado em todos os âmbitos que compõem o processo de trabalho em saúde, o que compete aos trabalhadores e setores da assistência, não devendo limitar-se ao ato de receber, mas deve-se mostrar em sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, ou seja, a ação de acolher deve estar fundamentada em práticas humanistas recíprocas.

Além disso, a equipe se apresentava ao acompanhante com cordialidade e educação. Para eles, o processo de acolhimento foi observado com a apresentação e identificação de forma informal da equipe, pois a cada visita do profissional na enfermaria, poderia significar o desfecho de momentos singulares diante dos motivos da internação da paciente, e receber saudações ou um contato direto, como um aperto de mão, se tornava de forma singular, o repasse de afeto.

> "Todo o acolhimento foi muito bom, as pessoas são muito educadas, dão bom, dia, boa tarde, eu nunca vi ninguém me tratar mal, pelo menos a mim, nunca me trataram mal, sempre teve um sorriso, uma palavra amiga, um aperto de mão, (...)" A05

Nessa fala, percebe-se que a equipe sente a necessidade de oferecer aos familiares uma assistência mais adequada, empática e compreensiva. Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios constantes, reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher e oferecer afeto em todas as suas práticas. O acolhimento, é uma das diretrizes que contribui para alterar essa situação, na medida em que incorpora a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (BRASIL, 2010).

Mesmo com a implementação de políticas públicas tendo em vista o acolhimento e bom tratamento do acompanhante e paciente, houveram queixas de mau acolhimento evidenciado pelo descaso à situação por parte de um profissional componente da equipe inserido durante o processo admissional do paciente, que aos participantes da pesquisa ficou atrelado à sobrecarga do trabalho ou ao estresse cotidiano, como mostra a seguir:

> "[...] ao chegar, na parte burocrática, especificamente, a assistente social, pra dar nome aos bois, não é que seja uma diferença tão grande não, é muito descaso no atendimento, eu entendo também que ela deve atender muita gente, pode tá num dia difícil, muito serviço penso eu, mas que poderia melhorar, [...]" A21

Esse depoimento denota a preocupação dos acompanhantes perante o profissional de saúde que presta cuidados ao seu familiar, pois sabem das responsabilidades adquiridas junto à assistência em saúde. Contudo, é primordial uma avaliação psicossocial e situacional aos profissionais frente à instituição, visto que historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças e aos procedimentos e tarefas e não nos objetivos e facilitadores comuns de trabalho. O cuidado humanizado proporciona uma qualidade no atendimento aos pacientes, além da organização do processo de trabalho em saúde ser a partir das profissões, valorizando o poder corporativo e estimulando a luta por territórios, além da fragmentação do trabalho refletida na distribuição do espaço (BRASIL, 2004[2]).

Outro fator citado pelos acompanhantes no processo de acolhimento se refere à adaptação do ambiente e o apoio estrutural recebido. A acomodação do ambiente, o fornecimento de refeições durante a permanência no ambiente hospitalar, bem como limpeza e suporte estrutural, é relatado como constituinte importante ao processo de acolher.

> "[...] na chegada da gente, eles colocaram, procuraram logo lençol limpo, aqui é tudo limpinho pra mim né, os banheiros, também é tudo bem limpinho, aí eles acomodaram logo a gente, ai como a gente chegou depois do almoço, mas a gente não é daqui, eles providenciaram pra mim também, o almoço, [...]" A14

Vale salientar que a instituição fornece as três principais refeições do dia aos acompanhantes de pacientes que têm esse direito garantido nos termos do Estatutos do Idoso. Aos demais acompanhantes, o fornecimento de refeições é avaliado individualmente. Se preconizarmos um cuidado acolhedor, se torna primordial também a atenção com o familiar/acompanhante que disponibiliza seu tempo para acompanhar o tratamento de seu ente. Para isso se fazem necessárias condições humanizadas para o acolhimento desses acompanhantes, como local adequado para realizar sua higiene e conforto, refeições, assistência social e psicológica. É necessário também, propiciar condições ao trabalhador para o exercício de suas funções, sendo estas de caráter educativo e financeiro e valorização profissional. (SCHNEIDER et al., 2008).

Os participantes afirmaram que o relacionamento da equipe foi baseado em perguntas sobre a paciente, suas necessidades e orientações caso houvesse necessidade de intervenção dos profissionais. Percebe-se com isso que a comunicação é tida como algo muito importante para a família porque consideram que é a ligação com o saber sobre o estado do paciente. A maioria referiu preferir que as informações sejam verdadeiras e transmitidas sem mentiras (INABA; SILVA; TELLES, 2005). Acreditamos ser fundamental envolver/ incluir a família no processo de acolhimento, pois esta, se encontra num momento de incertezas quanto ao estado de saúde de seu ente. É neste contexto que a família percebe o acolhimento como sendo algo essencial e de extrema importância, criando assim um vínculo de confiança e acreditando que está entregando o seu familiar em boas mãos. (SCHNEIDER et al., 2008).

Alguns profissionais, porém, detinham em conversar diretamente com a paciente e forneciam orientações escassas sobre suas necessidades e procedimentos a serem realizados, o que acarretava por vezes a não aceitação do cuidado, mostrando a importância de introduzir o acompanhante no diálogo e no cuidado.

> "[...] conversam, perguntam, o jeito dela, como é que ela tá, o quê que ela tá passando, o quê que ela tá sentindo, [...], se eu precisar deles, eles tão pra ajudar, a enfermeira a mesma coisa, se põe à disposição, [...]" A16

Na internação hospitalar, a equipe de enfermagem é citada como a categoria profissional que mais se mantém presente prestando cuidado aos pacientes tendo em vista a composição da equipe multiprofissional, deste modo, ao analisar a fala dos participantes foi observado, em sua maioria, a presença integral da equipe de enfermagem para criação de vínculo afetivo. Na relação com os médicos, identifica-se que, muitas vezes, que os profissionais não atendem as expectativas dos acompanhantes, e percebe como consequência da ausência de comunicação, a construção de hipóteses deturpadas relacionadas aos motivos para adoção de tal conduta, o que pode colaborar para reforçar a insegurança e os medos em relação ao prognóstico e à gravidade da patologia, todavia que o profissional adota medidas de

acolhimento somente aos acompanhantes que manifestam acentuado nervosismo situacional.

> "[...] me relacionei mais só com a enfermeira, a equipe dos enfermeiros né, eles tão sempre por aqui, e também com essas meninas que vem deixar a alimentação, o resto do pessoal vai com ela, o médico não vem, não comigo, eles não tiveram conato comigo não, [...], médico veio uma vez mas nem falou oi comigo sabe, eles falaram com ela, mas comigo não, isso fez falta né, parece que eu era invisível, mas também não falei nada, é porque é assim, eu acho que pelo menos eles tem que dá uma opinião mais voltado pra mim, pra gente que tá junto né, dá uma orientação né, pra gente não imaginar coisa, [...]" A06

Apesar disso, os entrevistados mencionam estar satisfeitos com a equipe pois percebem o comprometimento com o paciente, pois as mesmas estabelecem um vínculo sólido e uma assistência contínua, o que demonstra um atendimento promissor e esperam a orientação no momento de alta hospitalar, onde poderão esclarecer dúvidas que servirão para a continuar o tratamento em domicilio.

4.2.3 A Estrutura Hospitalar à Permanência do Acompanhante

Em relação à estrutura hospitalar diante das condições de acomodação para permanência do acompanhante, todos os participantes relataram o cansaço e desgaste físico como principais problemas relacionados às condições estruturais do hospital que visam comportar sua permanência. Para eles, é cansativo permanecer e passar a noite acompanhando, devido a fragilidade estrutural como ventilação ineficaz e ausência de um lugar adequado para descansar mostrando que não existe um local apropriado para o descanso.

> "Eu fico cansada né, porque venho de ônibus, saio de lá as 4h da manhã, mas cheguei a tempo, e aqui não se dorme bem, porque como tu vê essas poltronas tão

servindo nem pra enfeite, tu não pode sentar que elas começam a fazer um barulhos estranhos sabe, ai fico logo agoniada, [...], o calor também, tá insuportável, [...]" A18

"Ah sim, o cansaço e fadiga, mas aqui o que mais pesa, é assim, aqui precisa de um ar-condicionado, de um ventilador, esse ventilador daqui só faz barulho, a gente fica agoniado, [...]" A19

Sono e repouso constituem-se em uma necessidade humana básica, com isso, ao deparar-se com um ambiente com condições inadequadas e despreparo ao descanso físico, o acompanhante não se inclui ao contexto de cuidado do paciente. Além disso, levando em consideração as condições clínicas da maioria dos pacientes, percebemos a dependência deste com o acompanhante, deste modo, manter-se em enfermarias com acomodações inadequadas, podem denotar em comodismo da equipe frente aos relatos dos problemas estruturais das acomodações, como por exemplo, poltronas deterioradas, falta de manutenção em equipamentos ou o pouco espaço entre os leitos.

Situações similares às encontradas neste estudo também foram observadas em outras instituições hospitalares, cujas condições não têm propiciado um ambiente favorável à inserção da família no cuidado do doente, e acabam desta forma, potencializado situações geradoras de desconforto e sofrimento para o familiar acompanhante (MISTURA et al., 2014).

Também se observa que muitas famílias, geralmente, são procedentes de outros municípios, e percebe-se uma problemática ao que se refere o processamento de roupas usadas aos casos de não possuírem vínculo familiar na cidade onde o tratamento está sendo realizado, e visto como um recurso facilitador, é disponibilizado ao paciente, roupas da instituição, porém, os acompanhantes têm dificuldades para processar a roupa do seu uso pessoal, e contam com a ajuda de pessoas próximas nessa situação, como evidenciado pelo comentário:

"[...] eu consegui revezar com a cunhada dela ontem, aí deu pra lavar a roupa, porque é puxado não ter nem como lavar aqui, tô contando com ajuda de desconhecido praticamente, [...]" A21

As falas anteriores reforçam o encontrado por outros autores de que é importante conversar e orientar os familiares, esclarecer sobre as rotinas, a impossibilidade de uma acomodação adequada para o acompanhante, de modo a atender suas necessidades e expectativas e orientar sobre como o familiar poderia ajudar e a quem recorrer em caso de dúvidas (SHIOTSU; TAKAHASH, 2000).

No que condiz à alimentação, os acompanhantes consideram satisfatória a dieta ofertada as pacientes, porém, foi gerada uma deficiência na utilização dos critérios utilizados para distribuição das refeições para os participantes. Nos relatos, algumas vezes, não havia refeição para todos os acompanhantes, e alguns sediam a comida, ao saber das condições econômicas de outros, e acabavam por se alimentar, com lanches, já que não é permitido a entrada de alimentos vindos por outros membros familiares.

> "eu cheguei aqui e assim, eu cheguei era 11h, e não me deram almoço porque disseram que davam preferência pra quem era do interior, o que eu achei um pouco ruim, porque não é porque eu moro em Belém, que eu não tenha minha necessidade, mas também não fiz questão também, mas depois troquei com minha tia de noite e ela me disse que deram café pra ela, e quando voltei o pessoal falou que ia quebrar o galho e dar almoço, e eu acho assim, se minha mãe tem obrigatoriedade de ter um acompanhante, porque eu não tenho obrigatoriedade em me alimentar por aqui? Mas eu também não ia fazer briga, porque vi que a senhora precisava também, [...]"A13

Com essa fala, podemos perceber o desconhecimento dos usuários dos serviços de saúde sobre a Portaria do Ministério da Saúde nº. 1286/93, que assegura aos acompanhantes nas consultas médicas e internações e que os encargos oriundos de sua permanência com o paciente no hospital caso a orientação médica exija, poderão ser acrescidos à conta hospitalar, o que tange as diárias correspondentes às despesas de alojamento e alimentação do acompanhante.

Outro aspecto pontuado foi em relação à higienização da unidade de internação, considerada, pela maioria dos colaboradores como apropriada, pois a equipe organiza as enfermarias, apartamentos e banheiros de maneira adequada,

cerca de duas três vezes ao dia. Mesmo assim, percebe-se que, se os participantes do estudo pudessem, eles pediriam mais atenção e cuidados com a limpeza das unidades de internação, principalmente, às cômodas e banheiros. Entretanto, é notório que o fluxo de pessoas nas enfermarias é intenso e o comprometimento com a organização e o cuidado do ambiente, muitas vezes, é precário, e nem sempre os trabalhadores do setor de higienização conseguem manter o local constantemente limpo, haja vista que alguns familiares acabam infringindo regras que comprometem a ambiência.

> "[...], E eu encontrei até barata, aquelas pequenas, aqui no armário, falei com o pessoal, eles disseram que iriam providenciar arrumar, limpar né, [...]" A06

Em um estudo realizado com acompanhantes hospitalares identificou que a presença de odores desagradáveis e de sujidade no ambiente em que o paciente se encontra constitui-se fator que causa o desconforto físico do acompanhante, resultando em sensação de mal-estar nas pessoas que estão neste local. (SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009). Com isso, é de fundamental importância que ações relativas à manutenção de um padrão de higiene eficaz é uma prioridade no ambiente hospitalar, haja vista as implicações relacionadas ao risco de infecção decorrente de negligência com esse aspecto, evidenciado a necessidade de acompanhamento e orientação constante.

4.2.4 A Presença do Familiar junto ao Paciente Internado e o Suporte da Equipe Multiprofissional

Mostrou-se de suma importância a alternância de familiares que viabilizam ao acompanhante permanecer junto a paciente. Foi ressaltado pelos participantes do estudo, uma organização familiar e social de forma distinta, evidenciado pela necessidade de ajuda da família de origem referente aos pais, do núcleo familiar referente aos maridos e filhos, e também, de outras pessoas, como pessoas próximas do convívio social, como os amigos e o patrão.

"Não tive dificuldade não, porque meus filhos são tudo moço sabe, e entenderam, no trabalho também não tive, porque minha chefe entendeu a necessidade, [...]" A04

"[...], a minha família me apoiou o fato de eu ficar aqui, de eu ter uma filha pequena, que eu já tive ajuda da minha irmã, do vizinho, o meu marido também, tudo tranquilo, eles sempre apoiaram, [...]" A09

Ter que lidar com um familiar diagnosticado com câncer, pode repercutir em dificuldades emocionais, relacionais, sociais e financeiras, além da necessidade em identificar alguém que possa assumir a responsabilidade de acompanhar e cuidar do familiar em caso de internação. Desta forma, para lidar com essa situação, o grupo familiar necessita adaptar-se e reorganizar-se para atender as demandas do familiar doente através da oferta de cuidado e apoio e aos demais membros, deve continuar seguindo o cotidiano habitual (SALES; MOLINA; CARDOSO, 2006).

Os participantes, na maioria das vezes, não sabem, ao certo, o tempo necessário de permanência no hospital e começam, desde logo, a pensar em alternativas de adequação e planejamento do cotidiano. Porém, houveram relatos a respeito da dificuldade pelos acompanhantes do sexo masculino em poderem permanecer ao recinto, faltou flexibilidade mesmo quando a paciente se encontrava em apartamento.

"[...], mas eles deixaram eu ficar aqui, porque eu não tinha condição de ficar em hotel, essas coisas né, mas deu trabalho um pouco, eles podiam pensar em gente como nós mais, mas assim, o homem né, em termos de ficar no quarto com outras mulher né, fica, ruim, então ficar no quarto, o marido acompanhante, seria sempre muito bom, no caso de não ter filha, ou parenta ne, isso é muito bom, não ficar misturado." A10

"[...], poderiam viabilizar pra que os maridos pudessem acompanhar, porque a gente não tem filhos e nem parente próximo, [...]" A21

A tensão gerada ao acompanhante devido ao período de internação prolongado pode ocasionar-se em uma progressão crescente, provocada tanto pelo risco de esgotamento, quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Com isso também se apresenta em um grande desafio para os participantes a carga assumida em estar presente ao processo terapêutico junto ao paciente, pois durante a hospitalização, precisam ultrapassar seus próprios limites, medos e conviver com improbabilidades em relação ao futuro (TAVARES; TRAD, 2009).

Ficou evidenciado frente aos depoimentos a insegurança e tristeza pelo enfrentamento e aceitação da patologia, devido a possibilidade de que os resultados obtidos com o tratamento não correspondam as expectativas criadas, além do estigma gerado pela observação da realidade em outros pacientes, que se encontram em situação parecida, e acabam por falecer, desta forma, os aproximam da morte como possibilidade, como algo que pode acontecer e que gera insegurança e dúvidas.

> "[...], eu fiquei assim, preocupada, triste, porque é cada situação né, se a gente pudesse ajudar todo mundo, mas não pode melhorar dessa situação rápido, parece que tudo demora mais com câncer né, é ruim né, ontem eu vi um falecimento né, lá perto da sala de cirurgia, ai agente troca ideia, entre os acompanhantes, e guarda tudo, [...]" A13

Também houve casos em que familiares não conseguiam oferecer suporte ao paciente, no que compete ao recebimento de visitas. Os participantes deste estudo mencionam que estas, podem causar mais tristeza do que proporcionar ajuda, pois não conseguem transmitir afeto e tranquilidade diante da situação.

> "[...], inclusive eu tenho um irmão que não tá nem com coragem de vir visitar ela sabe porque não é fácil, ele veio uma vez, e só chorou sabe, foi logo embora, a gente sabe, aí a gente se sentiu triste, [...]" A17

Um estudo realizado com famílias de mulheres mastectomizadas mostrou que é preocupante a postura de negar o câncer, observada em alguns familiares de

mulheres afetadas por esta enfermidade, pois essa estratégia pode bloquear a adoção pela família de comportamentos que visem a prevenção ao surgimento de novos casos neoplásicos entre seus membros. Além disso, esta situação revela-se ainda mais preocupante se considerarmos o fato de que a postura referida foi constada entre os filhos de pacientes, os quais integram os grupos de elevado risco genético para o desenvolvimento da doença. Por isso, a adoção de estratégias de enfrentamento adequadas é um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida de pacientes e familiares, cabendo a equipe através de um processo comunicativo buscar a adaptação familiar, e a melhor maneira de lidar com a situação (TAVARES; TRAD, 2009; NASCIMENTO-SCHULZE, 1997).

Porém, para amenizar a situação evidenciada, um dos fatores citados pelos acompanhantes referido como importante, diz respeito às fontes de apoio buscadas e recebidas, durante o período de internação. Receber a visita e o encorajamento de outros membros da família através de uma ligação, corrobora para diminuir a apreensão e o nervosismo. Da mesma forma, a religiosidade foi apontada agente de consolação e ânimo, ou seja, os acompanhantes procuram na fé, forças para enfrentar e repassar apoio à paciente diante de momentos difíceis.

> "[...], e a família dela também, liga, reza, pergunta como ela se sentindo, e eu também, toda força é válida né, e eu procurei rezar muito, pedir força pra deus, aí a gente mostra força pra ela aguentar tudo firme e forte né." A25

Crer em algo superior, que seja capaz de fornecer o suporte necessário para lidar com os problemas e os medos presentes no transcorrer do adoecimento, mantém a esperança e o fortalecimento dos familiares, bem como auxilia no processo de aceitação da doença, corroborando para a resiliência dos envolvidos. Da mesma, ficou evidenciado que a equipe se detém de um fator de contribuição primordial, no que tange fontes de apoio ao acompanhante. Para estes, as explicações dadas pela equipe acabam por sanar dúvidas que comprometiam o esclarecimento situacional e no decorrer do tempo, amenizam a desorientação decorrente do processo terapêutico do paciente. Porém, ficou evidenciado a falta de iniciativa de acolhimento de uma parte da equipe, relacionada principalmente a sobrecarga de tarefas e o comodismo

situacional. Concomitantemente, foi relatado a falta de engajamento da equipe multiprofissional no que concerne a ofertar um momento às explicações a cerca de eventuais situações relacionado a procedimentos pré, trans e pós-operatórios aos acompanhantes, evidenciado pela escuta ativa e acompanhamento às orientações repassadas à paciente.

> "[...], quando explicam pra ela, elas são bem claras, elas tentam fazer, explicar, com tato, pra que até mesmo a mamãe não venha a sofrer, porque não é uma situação fácil né, elas contam de casos que aconteceram aqui, de situações, e deixaram ela à vontade, mas não foi direcionado pra mim, mas eu observei né, e ia me acalmando junto, pra passar segurança né." A15

Cunha e Zagonel (2008) afirmam que as relações intersubjetivas de cada um são influenciadas pelo histórico de vida dos envolvidos e dependem de como conseguem se expressar. (CUNHA e ZAGONEL, 2008, p. 413) "Auxiliar a pessoa a reorganizar sua existência ao passar pela experiência de doença é papel da equipe de saúde, por meio da percepção, presença, compromisso, solidariedade e, principalmente, de interações humanas". Percebe-se a necessidade de se trabalhar sobre estas relações visando ampliar a compreensão acerca da representação da família e a importância da mesma no cuidado com o paciente se preocupando também com sua singularidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acompanhantes associaram o acolhimento, principalmente, ao esclarecimento das normas e rotinas do hospital e procedimentos realizados junto a paciente, sendo ressaltado a não explanação sobre a funcionalidade do procedimento no processo terapêutico. Além disso, outros fatores citados pelos acompanhantes no processo de acolhimento no que condiz a infraestrutura ofertada para acomodação do ambiente, o fornecimento de refeições durante a permanência no ambiente hospitalar, bem como limpeza e suporte estrutural. Com os relatos, percebeu-se a necessidade de adequação dos acompanhantes às normas institucionais, mostrando a contraposição com as propostas da Política Nacional de Humanização, visto que o acolhimento se objetiva como uma ferramenta de trabalho que atuará junto às relações humanas.

Da mesma forma, ficou ressaltado a necessidade de oferecer aos familiares uma assistência mais adequada, empática e compreensiva, pois apesar de oferecer um tratamento cordial e educado, dada a situação vivenciada pelo acompanhante, ainda não há demonstração e processo de escuta ativa por iniciativa dos profissionais. Além disso, houveram queixas de participantes sobre terem sido mal acolhidos, evidenciado pelo descaso de um profissional dificultando a entrada do acompanhante ao recinto hospitalar. Os mesmos associaram este fato à sobrecarga de trabalho e/ou estresse cotidiano, evidenciando que o acompanhante se preocupa e se solidariza com equipe enquanto pessoa, da mesma forma, mostra a necessidade de avaliar constantemente os âmbitos biopsicossociais, o processo situacional aos profissionais frente à instituição e demonstra a necessidade de o processo de acolhimento seja trabalhado de forma equânime por toda equipe multiprofissional, dada a importância da empatia e do repasse de afeto entre os envolvidos diante de um processo tão difícil como o tratamento oncológico.

Fora ressaltado acerca da inclusão do acompanhante no processo terapêutico do paciente, evidenciado pela iniciativa de alguns profissionais, em estabelecer o diálogo diretamente com a paciente e acabavam fornecendo orientações escassas sobre suas necessidades e procedimentos a serem realizados, ocultando a contribuição do acompanhante como detentor do dia-a-dia do paciente, e facilitador do processo assistencial.

Para os acompanhantes, a noção de ambiência e garantia de infraestrutura adequada é primordial, pois viver a situação faz com que tenham a experiência real da permanência no ambiente hospitalar. Dessa forma, a percepção dos acompanhantes sobre acolhimento não está somente ligada ao aspecto relacional entre trabalhador e usuário, mas abrange também a relação com o espaço físico, convergindo para a Política Nacional de Humanização.

Ficou identificado que as mudanças decorrentes da responsabilidade de acompanhar e cuidar do familiar em caso de internação do processo terapêutico ao acompanhante geram dificuldades e mudanças de cunho emocional, relacional, social e financeiro que precisam ser trabalhadas em conjunto, tanto aliados aos familiares, quanto aos profissionais de saúde, neste último, contam com o processo comunicativo, pois consideram uma ligação com o saber sobre o estado do paciente e uma ferramenta eficiente da equipe como fonte de apoio direto. É neste contexto que a família percebe o acolhimento como sendo algo essencial e de extrema importância, criando assim um vínculo de confiança e acreditando que está entregando o seu familiar em boas mãos e que podem compartilhar seus medos e questionamentos, da mesma forma que a equipe consegue ofertar uma assistência integral.

Por fim, esta pesquisa pôde concluir que percepção da equipe multiprofissional precisa se alocar mais ativa em produções científicas, da mesma forma, que as instituições se proponham em corroborar uma atuação mais efetiva, colocando-se este tema em maior evidência no que tange produções científicas, visto que este apesar de suma importância, ainda é pouco discutido e fundamentado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. dos,. Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 475-484.
2. BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O,. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52(2): 121-128.
3. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
4. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, 2015.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1286, de outubro de 1993. Brasília (DF); 1993.
6. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2006.
7. BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, 2002.
8. BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Controle do câncer de mama – Documento de Consenso. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, 2004.
9. BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2007.
10. BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

11. BRASIL. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília (DF); 2004.
12. CHAGAS, Carlos Ricardo et al. Tratado de Mastologia da Sociedade Brasileira de Mastologia. 2v.: il. Rio de Janeiro. Editora Revinter. 2011.
13. CONDE, Carla Regiane et al. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. 5º CONGRESSO ÍBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE. Vol 2; Atas CIAIQ. 2016.
14. CREPALDI, M. A; VARELLA, P. B. A recepção da família na hospitalização de crianças. Paidéia, FFCLRP-USP, Rib. Preto, ago/dez/2000.
15. CUNHA, P. J; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Acta Paul. Enferm. 2008; 21(3): 412-9.
16. DIAS, Cristiane Alves. NUERNBERG, Denise. Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, 2010. Out; 44(2): 465-483.
17. DIENER, A. K. et al. Visão da equipe sobre a inclusão da família no Tratamento em ambiente hospitalar. II Congresso de Humanização: I Jornada Interdisciplinar de Humanização. Curitiba, 2011.
18. FEIJÓ, Aline Machado et al. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. Ciênc. Cuid. Saúde. 8 Supl:79-84; 2009.
19. GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Ver. Bras. Enferm. 2005. jul-ago; 58(4): 444-8.
20. GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2010.
21. INABA, L. C; SILVA, M. J. P; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Ver. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(4): 423-9.
22. LAUTERT, L.; ECHER, I. C. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. Rev. Gaúcha Enferm. 1998; 19(2): 118-31.

23. LAUTERT, Liana; ECHER, Isabel Cristina; UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin. O acompanhante do paciente adulto hospitalizado. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v.19, n.2, p. 118-131, jul. 1998.
24. MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
25. MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 30ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
26. MISTURA, Claudelí et al. A experiência em acompanhar um membro da família internado por câncer. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 47-61, jan. 2014. ISSN 2175-5361.
27. MORENO, Marília Lopes. O papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família. 2004. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba (MG). 2010.
28. NASCIMENTO-SCHULZE C.M., Organizadora. Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe; 1997.
29. NUNES, N. C. F.; SOUZA, M. M. T. Reflexões sobre a repercussão do câncer de mama para o binômio cliente-família. Revista PróUniverSUS. 2015 Jul./Dez.; 06 (3): 23-25.
30. ORFÃO Adelaide, GOUVEIA Cristina. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. Rev. Port. Clin. Geral, 2009; 25: 347-54.
31. PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Rev. Bras. Enferm., Brasília 2011. Jul-ago; 64(4): 692-7.
32. PROCHNOW, Adelina Giacomelli et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Revista Gaúcha de Enfermagem. v. 30, n. 1, jan. 2009.
33. SALES C. A.; MOLINA, M. A. S.; CARDOSO, R. C. S. Estar com um ente querido com câncer: concepções dos familiares. Revista Nursing. 2006 jun; 97(8):878-82.
34. SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos. Acolhimento como estratégia para humanizar a relação médico anestesiologista e usuário do SUS. 2011.

104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

35. SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto Contexto – Enferm., 17(1): 81-9, 2008. Florianópolis.
36. SHIOTSU C. H.; TAKAHASHI, R. T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. Rev. Esc. Enferm. USP 2000; 34(1):99-107.
37. SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualitas Revista Eletrônica, v. 17, n. 1, 2015.
38. SILVA, M. J. P. Humanização em UTI. In: Cintra, E. A.; Nishide, V. M.; Nunes, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-11.
39. SQUASSANTE, N. D.; ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. Rev. Bras. Enferm, Brasília 2009. Jan-fev; 62(1): 11-7.
40. SZARESKI C.; BEUTER M.; BRONDANI C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. Ciênc. Cuid. Saúde. 2009; 8(3):378-84.
41. TAVARES, J. S. C. TRAD, L. A. B., Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl. 1):1349-1358, 2010.
42. TAVARES, J.S.C.; TRAD, L.A.B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.29, p.395-408, abr./jun. 2009.
43. VICENZI, Adriana et al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. Rev. Enferm. UFSM. 3 (3):409-417. ISSN 2179-7692; 2013 Set/Dez.
44. WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sr(a), você está sendo convidado(a), a participar da pesquisa "CONCEPÇÕES DE ACOMPANHANTES DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SOBRE O ACOLHIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ÂMBITO HOSPITALAR".

Este projeto está sendo realizado devido à necessidade de conhecer quais as concepções e expectativas dos acompanhantes sobre o acolhimento da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar com o intuito de gerar informações para a elaboração de planos de ação que favoreçam a melhoria das ações de acolhimento, afim de assegurar melhores condições de interação entre a equipe assistencial e o acompanhante. O objetivo desse estudo visa identificar quais as concepções e perspectivas dos acompanhantes de pacientes com câncer de mama, quanto ao acolhimento ofertado pela equipe multiprofissional em âmbito hospitalar.

Você foi selecionado (a) por ser acompanhante de paciente em tratamento de câncer de mama e sua participação não é obrigatória.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento e sua recusa não trará qualquer prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição hospitalar.

Sua participação nesta pesquisa será constituída em responder uma entrevista semiestruturada desenvolvida pela pesquisadora para atuação nesse estudo.

O tempo médio para responder são de 15 minutos.

Não há riscos e/ou benefícios relacionados à sua participação.

As informações obtidas a partir desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados obtidos divulgados de forma a não possibilitar sua identificação e do paciente acompanhado. A entrevista será

aplicada pela equipe de pesquisa e somente esta terá acesso às informações para avaliação das informações coletadas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail dos pesquisadores, o telefone do pesquisador orientador e do Comitê de Ética em pesquisa responsável pela aprovação deste projeto. Você pode tirar suas dúvidas sobre este projeto agora ou a qualquer momento em que considerar necessário.

Atenciosamente,

Leidiane Mendes Brito – Pesquisadora principal/Professora Orientadora (TEL: (91) 9 81987184.

E-mail: leidiane.mends@gmail.com

Carla Steffane Oliveira e Silva – Pesquisadora/Orientanda (TEL: (91) 9 8207-4531).

E-mail: carlasteffane@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação da pesquisa e concordo em participar. O pesquisador informou-me que o projeto foi aprovado pelo CEP do Hospital Ofhir Loyola (HOL) que funciona das 08h00 às 14h00, na Av. Magalhães Barata, 992 - São Brás, Belém – PA; Cep 66060-281; Tel. (091) 3265-6645.

Belém,_____de_____de_____.

_____

Assinatura do Sujeito de Pesquisa

_____

Leidiane Mendes Brito

Carla Steffane Oliveira e Silva

APÊNDICE B – MODELO DE ENTREVISTA

MODELO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Religião:

Município de origem:

Profissão:

Elo relacional com o paciente cuidado:

Período como acompanhante:

Para você, qual a importância do acolhimento ofertado pela equipe oncológica aos familiares de mulheres portadoras de câncer de mama?

Descreva a forma como você foi acolhida(o) pelos profissionais de saúde?

Fale sobre seu relacionamento com a equipe multidisciplinar?

Você recebeu suporte da equipe assistencial para o enfrentamento de eventuais problemas ocorridos durante sua permanência como acompanhante no âmbito hospitalar?

_____

Pesquisador Responsável