**O PROFISSIONAL DE SAUDE: DO OUTRO LADO DO CUIDADO SEGUNDO TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA[[1]](#footnote-1)**

THE HEALTH PROFESSIONAL EXPERIENCE ON THE OTHER SIDE OF CARE

EL PROFESIONAL DE SALUD EXPERIMENTANDO EL OUTRO LADO DEL CUIDADO

Nayra Michele Anjos Amorim[[2]](#footnote-2)

Francisca Georgina Macedo de Sousa[[3]](#footnote-3)

Ana Maria Ribeiro dos Santos[[4]](#footnote-4)

**Seção a que se Destina:** pesquisa original

**Autora corresponde:**

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Rua dos Sabiás, 12 Condomínio Porto Alegre Apartamento 1004

São Luís – MA Brasil CEP: 65075-360

Telefone: (98) 982159674

E-mail: fgeorginasousa@hotmail.com

**RESUMO**

Objetivou-se construir diagrama conceitual apoiado na Teoria da Incerteza de Mishel a partir dos significados que profissionais de saúde atribuíram as experiências de ser paciente/acompanhante decorrentes de adoecimento ou hospitalização. Estudo descritivo qualitativo com 17 participantes utilizando-se entrevista não estruturada para a coleta de dados e a análise temática para interpretação dos mesmos. Foram construídos doze temas que foram inter-relacionados com os pressupostos da Teoria e inseridos no diagrama. O Quadro de Estímulos foi representado pelos Temas: Marcadores de experiência profissional no processo de adoecimento e hospitalização; Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado; Valorização do profissional assistente. Desqualificadores do cuidado, Adversidades do profissional-acompanhante e Melhor o não saber demarcaram a Avaliação Cognitiva. Foram mecanismos de *coping* Significados e sentimentos inerentes ao ser acompanhante e Do outro lado do cuidado que confluíram para a adaptação. A experiência de paciente/acompanhante foi permeada de incertezas exacerbadas pela condição de ser profissional da saúde que permitiu compreender que adequadas atitudes e comportamentos no cuidado proporcionam minimização de incertezas influenciando positivamente no tratamento e recuperação da saúde.

**Descritores**: Incerteza. Hospitalização. Teoria de Enfermagem

**Key words:** Uncertainty. Hospitalization. Nursing Theory

**Descriptores:** Incertidumbre. Hospitalización.Teoría de Enfermería.

**INTRODUÇÃO**

A doença provoca no indivíduo sentimentos de “menos” valor, de fragilidades, de abandono, de dependência de cuidados, de prisão ao leito e de submissão às limitações provocadas pelos sintomas da doença e pelo tratamento(1). Nesse processo o “sujeito tende a se sentir cada vez mais invadido e longe de si, de seu lugar de ser”(2:148), portanto, adoecer é motivo de instabilidade emocional e apreensão quanto à vulnerabilidade e ameaça a vida somadas as particularidades do contestável e imprevisível exacerbando sentimentos de frustrações, angústias e incertezas(3). Nesse processo, todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam igualmente ser cuidadas, entretanto, em algum momento da vida pode haver inversão de papéis, no qual o ser-cuidador passa a ocupar a condição de ser-cuidado ou ter um familiar recebedor da assistência em saúde que ele, profissionalmente, está habituado a desempenhar. Esses fatos nos fizeram questionar: Como os profissionais de saúde vivenciam/vivenciaram as experiências de paciente ou acompanhante de familiares nas relações de cuidado determinadas pelo processo saúde-doença e hospitalização? Compreender esse processo, por meio da pesquisa, poderá permitir a reflexão dos envolvidos e proporcionar qualificação das condutas de trabalho, direcionando-os a maior envolvimento e comprometimento no processo de cuidar apoiado no cuidado humano e competente na saúde. Este estudo teve como objetivo correlacionar os temas que emergiram do processo analítico com os pressupostos da Teoria da Incerteza na Doença de Mishel (TID) e representa-los em um diagrama conceitual.

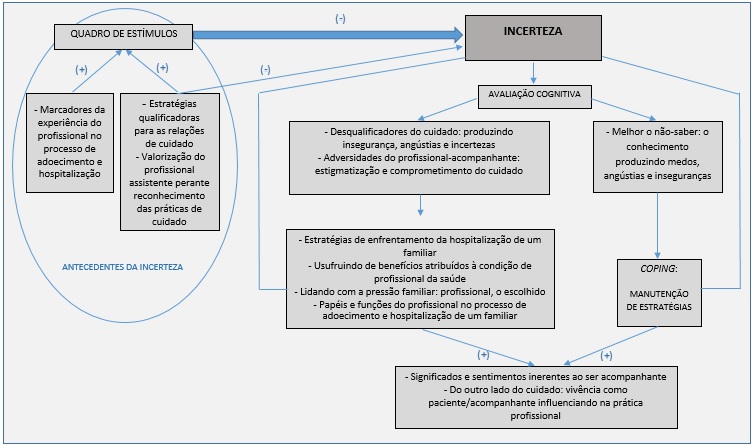
**METODOLOGIA**

Este artigo é recorte da Dissertação de Mestrado(3) vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão/Brasil e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA. A referida pesquisa foi do tipo exploratória descritiva de abordagem qualitativa. Foram participantes profissionais da saúde que vivenciaram o processo de internação hospitalar devido a algum problema de saúde próprio ou de algum familiar e foram identificados a partir da técnica Bola de Neve(4) pela qual participantes iniciais, conhecidos e coexistentes na rede social da pesquisadora, indicaram novos participantes que, de semelhante forma, vivenciaram a condição de paciente ou acompanhante de familiar num processo de adoecimento e hospitalização. Dezessete (17) profissionais da saúde de diversas categorias (Enfermeiro, Fisioterapeuta, Médico e Técnicas de Enfermagem) se constituíram como participantes. Estes foram contatados previamente, por meio telefônico, a fim de contribuírem com relatos das suas vivências, seguido pelo agendamento da entrevista. Pela técnica bola de neve, a pesquisa não se desenvolve, necessariamente, em um local específico, instituição ou serviço, mas em diferentes locais a partir da identificação dos participantes.

Obteve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, com o parecer número 866.679 datado de 27 de outubro de 2014. A participação do pesquisado oficializou-se por meio de assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e dos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2014 a abril de 2015 por meio da entrevista não estruturada, gravada por dispositivo eletrônico, mediante autorização dos participantes e norteada pela questão: descreva sua experiência quando submetido a cuidados dos profissionais de saúde em virtude de adoecimento e hospitalização ou quando acompanhou familiar nessa condição. Os discursos foram transcritos e analisados conforme os preceitos da Análise Temática propostos por Minayo(5) com a produção de doze temas mediante aglutinação de núcleos de sentido que posteriormente foram inter-relacionados com os pressupostos da TID(6,7) e inseridos em um diagrama conceitual.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os temas construídos no processo de análise dos dados serão apresentados a partir de um exercício analítico e aglutinador com o referencial teórico da TID situando-os no diagrama conceitual, conforme as experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante de familiar (Figura 1):



**Figura 1.** Articulação dos temas com os pressupostos da TID de Merle H. Mishel(7)

A incerteza vivenciada pelos profissionais da saúde na condição de paciente ou acompanhante é dependente de alguns fatores constituintes do que Mishel(7) denomina quadro de estímulos e foram evidenciados no tema “Marcadores da vivência do profissional no processo de adoecimento e hospitalização”. Nele foram revelados elementos que influenciam a capacidade cognitiva do indivíduo envolvido, destacando-se a suspeita e percepção de sintomatologias específicas, a familiaridade com o evento em questão e a relação entre o que é esperado, o que é experienciado e os eventos relacionados. Sob esse aspecto, o entendimento do evento que se apresenta é dependente da cognição do indivíduo, determinando a capacidade de processamento da informação e compreensão da situação(5).

A incerteza define-se quando há incapacidade de determinar o sentido dos acontecimentos, de atribuir valores definitivos à eles e de prever, com precisão, os resultados(7). Nesse momento, o profissional da saúde, na condição de acompanhante ou paciente, se vê atônito por se julgar vítima de uma situação inimaginável e inesperada. Ao identificar sinais e sintomas patológicos, bem como remissões e/ou agravamentos do quadro clínico do convalescente – capacidade inerente ao conhecimento sobre doenças e suas manifestações -, tem aumentado o limiar da incerteza quanto a diagnósticos, condutas terapêuticas e prognósticos, em conformidade com o que pressupõe a Teoria de Mishel(6,7).

A familiaridade com os eventos e a coerência entre o que se espera e o que se vivencia no adoecimento, por sua vez, podem influenciar o grau da incerteza. O reconhecimento de determinada situação, de acordo com o vivenciado anteriormente e a percepção da congruência entre o esperado e o vivenciado são capazes de amenizá-la; ao passo que a não-familiaridade e a incompatibilidade entre o que se deseja e o que se depara a maximizam(7). Para o profissional da saúde, a familiaridade com a patologia, com o ambiente, com as pessoas envolvidas em todo o processo de adoecimento, bem como a identificação de um cuidado compatível com as exigências da condição que se apresenta, se revelam como redutores da incerteza. Há, assim, concepção de estabilidade e confiança, ao passo que pode ser adquirida uma compreensão segura dos eventos relacionados(6).

O quadro de estímulos também sofre interferências dos prestadores de estrutura, uma vez que estes ajudam o indivíduo a interpretá-lo e são representados por uma figura de autoridade(7), no caso, pelos profissionais da saúde assistentes, pelo suporte social e pela educação. Os temas “Estratégias qualificadoras para as relações de cuidado” e “Valorização do profissional assistente perante reconhecimento das práticas de cuidado” abordam a capacidade influenciadora desses prestadores de estrutura no limiar da incerteza. Sob esse aspecto, os trabalhadores da saúde responsáveis pelos cuidados são figuras de autoridade e de credibilidade, cuja experiência profissional é estimada pelo doente e por sua família e com os quais as pessoas podem obter informações substanciais a respeito de estados de doença próprio ou de algum familiar(6,7). Podem, assim, intencionalmente ajudar indivíduos e famílias na auto estruturação em relação à hospitalização, auxiliando na interpretação dos eventos da doença – causa, intensidade e duração dos sintomas - educando e fornecendo pistas sobre os aspectos físicos do tratamento e sua eficácia. São assim, condições que qualificam o cuidado: dispensar atenção pautada no olhar atento e na escuta, na valorização das queixas do paciente e do familiar/acompanhante, no diálogo, na existência de relações horizontais harmoniosas, humanas, com proximidade, pessoalidade e envolvimento. Vivenciando o papel de familiar acompanhante, o profissional reconhece que o cuidado envolve o doente, o acompanhante e a família devendo também ser, essa dimensão, valorizada nas práticas de atenção à saúde.

A existência de práticas de saúde que contemplem as necessidades e singularidades do indivíduo e de sua família na condução terapêutica amenizam temores e insatisfações(8). Portanto, deve-se vislumbrar o cuidado integral firmados na valorização e inclusão da família na abordagem cuidativa assim como os vínculos de proximidade e afetividade, com atenção, satisfação das suas necessidades e ajuda frente às demandas iminentes(9). À vista disso, o profissional determina que ações técnicas, procedimentais, somadas às atitudes subjetivas, se traduzem numa efetiva atitude de cuidado. Sob essa dimensão, preparar os indivíduos para determinados eventos, bem como mantê-los informados sobre rotinas, protocolos, programações, limitações, efeitos terapêuticos e prognósticos pode ser um grande benefício para a redução da incerteza(7).

É importante ressaltar que o suporte social auxilia, sobremaneira, na tomada de decisões e, por conseguinte, na redução ou ampliação do espectro de incertezas. Entretanto, na ausência desse suporte, cabe aos profissionais assistentes prestar apoio social adotando comportamentos de cuidado humanístico(7). Nesse sentido, a pessoalidade, o acolhimento, adequadas formas de tratamento, o empenho, o compromisso, o fornecimento de informações e a atenção holística se revelam como determinantes e qualificadores do cuidado. O profissional que assim trabalha, por sua vez, tem reconhecida a sua importância e o seu valor de cuidador.

Embora a incerteza frequentemente seja dirigida a um evento negativo, ela reflete um ato cognitivo neutro até que, somados aos estímulos que a antecedem, surjam implicações que a determinem. Nessa perspectiva, Mishel(7) considera vários fatores inerentes à incerteza que permeia as múltiplas facetas do processo de adoecimento e hospitalização e podem direcionar a interpretação da incerteza como ameaça. Em compatibilidade com o abordado pela TID, dois temas evidenciaram essa concepção: “Desqualificadores do cuidado: produzindo insegurança, angústias e incertezas”, “Adversidades do profissional-acompanhante: estigmatização e comprometimento do cuidado”. Conforme os pressupostos de Mishel(6,7), o conteúdo analítico permitiu a construção desses temas e pontuam a existência de sintomas indefinidos e/ou imprevisíveis, a indefinição diagnóstica, as barreiras na comunicação manifestadas na vagueza, na ambiguidade, na inconsistência, na falta de informações e de *feedback* esclarecedor por parte dos profissionais assistentes, e funcionam como potencializadores da incerteza. Assim, a espera e o não saber se apresentam como um dos momentos mais difíceis da doença(7).

Barreiras na comunicação, associadas ao distanciamento e à impessoalidade nas relações, caracterizam frieza e desatenção, sendo atitudes de descuidado. A indiferença e inexpressividade dos profissionais assistentes, a omissão de informações acerca do processo de adoecimento, morosidade, indefinições, falhas diagnósticas e terapêuticas, geram sofrimentos e angústias que aliadas à insensibilidade, à impessoalidade e ao distanciamento, evidenciam despreparo, desinteresse pelas queixas do doente e comprometem a comunicação e, por conseguinte, as práticas de cuidado. Estabelecer comunicação efetiva evita conflitos e contradições nas informações compartilhadas(9) sendo uma habilidade a ser desenvolvida no cuidado. Fatores inerentes à prática profissional como o despreparo, sobrecarga laboral e práticas resumidas às técnicas rotineiras, mecanizadas e dotadas de vícios foram caracterizados como desqualificadores do cuidado.

Os fatores assistenciais-burocráticos e determinações institucionais exacerbam o medo e foram comprometedores do cuidado. Num primeiro momento, os participantes da pesquisa se viram dependentes de outrem para a realização de procedimentos, para o fornecimento de informações e sujeitos a regras pré-estabelecidas, como por exemplo, impedimento circunstancial de permanência ao lado do familiar convalescente, condições que proporcionaram sensação de fragilidade e incapacidade, gerando estresse e insatisfação diante do processo de hospitalização(10). Infelizmente, apesar da importância do prestador de cuidados de saúde no sentido de ajudar o indivíduo a aprender sobre seus sintomas, muitos relataram insatisfação com o processo de comunicação, especialmente sobre como e que tipo de informação é partilhada com eles, além das dificuldades de comunicação quando os pacientes e os prestadores priorizam preocupações diferentes. A submissão a um ambiente meramente técnico com rotinas desconhecidas, a suspeita da qualidade da capacitação dos trabalhadores da saúde, bem como o receio de iatrogenias, descaso e estigmatização também são fatores capazes de exacerbar a incerteza(7).

Por outro lado, em circunstâncias em que o conhecimento torna a situação ainda mais negativa, manter o estado de incerteza é preferível e é visto como um evento positivo(7). Tal parâmetro foi revelado no tema “Melhor o não-saber: o conhecimento produzindo medos, angústias e inseguranças”, no qual profissionais da saúde, na condição de paciente ou acompanhante, afirmam que a ignorância quanto a patologias, procedimentos e riscos resultam em menos preocupações, angústias e incertezas, atuando como mecanismo protetor. Em outras palavras, não saber é melhor do que saber. Dessa forma, o conhecimento inerente à profissão pode dificultar a vivência do processo de adoecimento e hospitalização, pois essa condição pode ser mobilizadora de aflições, angústias e antecipar sofrimentos. De posse da capacidade de identificar sinais de piora, de perigo e de riscos na assistência hospitalar, o profissional doente/acompanhante tem potencializado sentimentos de angústia, incerteza, insegurança e medo. A sua experiência e conhecimento que lhe confere a condição de profissional de saúde permite-lhe identificar erros e falhas no cuidado em saúde e reconhecer atitudes de descuidado e de barreiras para o cuidado. Essa condição faz com que ele seja invadido por preocupações e de que o melhor seria “não saber”, assim seria poupado da exacerbação de sentimentos gerados por conhecimentos específicos.

Ao se deparar com a condição de adoecimento, o indivíduo a avalia e determina um valor à incerteza, ou seja, se a incerteza é vista como um evento negativo ou positivo, como ameaça ou como oportunidade(7). Em ambas as vertentes, é necessária a adoção de mecanismos de *coping*, ou de enfrentamento, com o objetivo de controlá-la. Quando a incerteza é interpretada como positiva, o *coping* atua como mantenedor de estratégias capazes de sustentá-la. Entretanto, quando percebida como ameaça, o *coping* atua mobilizando estratégias que a amortizem(6). Os temas “Estratégias de enfrentamento da hospitalização de um familiar”, “Usufruindo de benefícios atribuídos à condição de profissional da saúde”, “Lidando com a pressão familiar: profissional, o escolhido” e “Papéis e funções do profissional no processo de adoecimento e hospitalização de um familiar” tratam sobre as referidas estratégias.

A experimentação de angústias inerentes à vivência da hospitalização pode fragilizar tanto o paciente quanto seu familiar. Circunstancialmente, algumas estratégias são mecanismos de conforto, facilitando o enfrentamento, que somados aos qualificadores de cuidado são produtores de segurança capazes de ajudá-lo a suportar o sofrimento diante da doença e da hospitalização. Surge internamente a capacidade de enfrentamento ou *coping* como estratégias para lidar com situações difíceis possibilitando o ajustamento para lidar com as demandas emergentes de situações estressantes e adaptação às circunstâncias adversas(11). Para que isso aconteça, o sujeito analisa a situação em dois momentos: quanto a seus aspectos desafiadores e prejudiciais e quando elenca as possibilidades e disponibilidade de recursos para seu enfrentamento(12). Em suma, o *coping* “motiva pessoas, grupos e comunidades a buscarem soluções viáveis, sustentáveis, geradoras de empoderamento, fortalecimento e de resiliência” (12:136).

Considerando que o adoecimento e a hospitalização de si ou de algum familiar se apresentam como momento de crise e mudança na rotina de vida, as relações entre pessoas e ambientes aparecem como possibilidades de apoio(13) e condição primordial para essa vivência, pois moderam o efeito das adversidades e fornecem relevante suporte psicológico pois “ajudam na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas”(13:430). Conceituada, como sistema de pessoas, a rede de apoio social mantém importante relação de vínculo afetivo no que concerne ao suporte psicológico e proteção(12). Ao encarar o adoecimento e a hospitalização é frequente recorrer à religiosidade como base fortalecedora e meio promotor de suporte e resiliência. Como estratégia de enfrentamento, a religiosidade aviva esperanças, mobiliza e gera expectativas positivas, funciona como moderador e mediador de aflições e medos proporcionando aos envolvidos autoconfiança, fortalecimento e esperança(13).

A vigilância é intrapsiquicamente incentivada por alto grau de incerteza, estar atento quanto às ameaças possíveis é um dos meios efetivos para seu controle(6). Para o profissional-paciente ou profissional-acompanhante, observar atentamente os trabalhadores da saúde se justifica pela desconfiança quanto às práticas de cuidados. Isto considerado, passa a desenvolver intervenções técnicas e de suporte terapêutico, utilizando-se, para isso, de conhecimentos que lhe são inerentes. A condição de ser profissional também atua como elemento de importante valor, intrinsecamente relacionada à obtenção de facilidades e vantagens para a intervenção. É considerando as oportunidades na busca por informação e as possibilidades de atitudes participativas em condutas e procedimentos que a família elege o profissional da saúde como acompanhante, nele confia e dele cobra decisões. Ter alguém da área da saúde conduzindo todo o processo contribui para o enfrentamento da situação e reduz a incerteza. A constatação de práticas cuidativas oportunas, corretas, livres de riscos, os recursos sociais que envolvem o apoio à família, o suporte psicológico e a religiosidade, por exemplo, também mobilizam a incerteza, amenizando-a.

O tema Usufruindo Benefícios Atribuídos à Condição de Profissional da Saúde sugeriu que ter livre acesso ao familiar doente, facilidade na aquisição de informações, de presenciar cirurgias, conhecer profissionais das diversas subáreas da saúde e a eles poder recorrer, discutir com a equipe assistencial condutas terapêuticas e realizar procedimentos e outros cuidados diretos ao familiar, surge especialmente quando a hospitalização ocorre na instituição com a qual tem vínculo empregatício. Usufruir desses benefícios configura-se na possibilidade de garantias para o cuidado efetivo, ágil e satisfatório. O profissional paciente/acompanhante, utilizando-se dos próprios conhecimentos e habilidades técnicas, apresenta-se como participante ativo nos cuidados diretos ao familiar convalescente, agindo com alguma liberdade na avaliação de problemas e na busca de soluções. Dessa maneira, o profissional reconhece a própria capacidade e impõe a si a sua presença constante, pois acredita ser o único capacitado para intervir quando necessário. Em virtude dessas situações, por vezes, ele se culpa quando o resultado é indesejado. Estas demandas desembocam em desgaste multifacetado - físico e emocional - daquele que assume o papel de acompanhante, acarretando sobrecarga de responsabilidades.

O tema Papéis e Funções do Profissional no Processo de Adoecimento e Hospitalização de um Familiar enfatiza as funções do profissional emergentes do processo de adoecimento e hospitalização: suporte para o familiar doente e família e supervisor técnico dos cuidados. Não obstante, é desafiado a exercitar seu controle emocional para manter a família organizada e de demonstrar confiança e segurança. Como acompanhante elenca como seu dever proteger a família e o ente querido convalescente e para tal, pode assumir o compromisso de expor a realidade do quadro clínico, de proteção de riscos, de fornecer esclarecimentos e orientações quanto a rotinas e procedimentos (como são feitos, para que servem, qual o resultado). Entretanto, quando a emoção sobrepuja a racionalidade, alguns profissionais fogem desse papel, suprimem a realidade numa tentativa de atenuar a dor, a preocupação e o padecimento. Os conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, por sua vez, favorecem atuação participativa em prol da vida do familiar na busca de informações e na observação atenta de todos os procedimentos e condutas direcionadas ao doente. Nesse papel, questionamentos, exigências e cobranças de práticas de cuidado são naturalmente frequentes. Se necessário for, mediante a constatação de irregularidades e riscos, intervém. Em situações em que percebem ameaças à integridade e à saúde do familiar doente, são capazes de infringir normas institucionais, não esperam passíveis as providências dos profissionais assistentes e tomam atitudes embasadas pelo conhecimento.

A incerteza é um componente importante na experiência da doença e afeta drasticamente a adaptação, entretanto, quando as estratégias de enfrentamento em qualquer avaliação são bem sucedidos, ocorre a adaptação(7). Os indivíduos reavaliam o que é importante em suas vidas e seus valores. Apreciam a fragilidade da vida e tornam-se mais conscientes da sua fugacidade. Essa visão foi alcançada pelos participantes do estudo. De acordo com o tema “Do outro lado do cuidado: vivência como paciente/acompanhante influenciando na prática profissional”, a experiência de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes de familiares, permitiu um redirecionamento do olhar de suas próprias práticas laborais que, ao perceberem a fragilidade da própria vida e de seus entes queridos, parece valorizar, com maior veemência, a vida de terceiros. Assim, a adaptação é estendida na forma de ver, sentir e agir em prol de outrem.

Diante das especificidades da circunstância experimentada e do indivíduo que a vivenciou, o processo de adoecimento e hospitalização pode ser avaliado de diversas formas e ter diferentes significados. Nesse âmbito, está inserido o tema “Significados e sentimentos inerentes ao ser acompanhante”. Para alguns, quando a incerteza é percebida como um evento aversivo e associada a resultados psicossociais negativos, a experiência é marcada pela angústia emocional ou psicológica, ansiedade e depressão(7). Para outros, cujo desempenho cognitivo e de enfrentamento foram satisfatórios, a vivência significa aprendizado, além de oportunidade para reflexões e rearranjos de pensamentos, julgamentos e comportamentos.

O adoecimento e a hospitalização vividos pelo profissional da saúde, parece situá-lo num evento surpreendente que envolve por um lado medo, insegurança e ansiedade, e por outro, é delimitado pelo conhecimento que possibilita identificar riscos, agravamentos, consequências e melhoras. Desse modo, consegue analisar as informações recebidas da equipe de saúde e compará-las ao estado clínico presente. Há momentos, em que estar no papel de acompanhante parece comprometer a razão, o discernimento e o conhecimento científico colocando-o num embate dicotômico: estar doente, ser familiar/acompanhante e ser profissional. É possível que prevaleça a emoção em detrimento da razão subsequente à emergência de sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade. Pode-se evidenciar perda da identidade do papel de profissional, para sobreposição do papel de familiar, uma vez que os laços afetivos são mais fortes e importantes do que as habilidades e conhecimentos. Frente ao vivenciado, o acompanhante/profissional de saúde deixa prevalecer um ou outro comportamento e pela afetividade, deixa sobressair a postura familiar, por vezes subjetiva. Em outros, faz uso de conhecimentos técnico-científicos na tentativa de preservar e garantir a vida. Assumindo essa postura, ele analisa, identifica riscos, condena erros, contesta condutas e, se necessário, intervém. Pelo sentimento de incerteza, insegurança e preocupação, permite a prevalência da postura profissional, observadora, atitudinal e crítica.

**CONCLUSÃO**

Considerando as probabilidades interpretativas alguns elementos podem direcionar a compreensão da incerteza como ameaça ou oportunidade. Por conseguinte e independente da avaliação da incerteza iminente, mobilizadores estratégicos são necessários para o enfrentamento da situação. Em conformidade com os pressupostos da TID, a convivência com a incerteza é prenúncio de um novo senso de ordem, isto é, do processo de adaptação.

Os resultados da pesquisa revelaram que as percepções de relações verticais em detrimento de relações horizontais, com comprometimento do elo comunicativo paciente/acompanhante-profissional, ocorrência de erros e iatrogenias caracterizaram, para os receptores da atenção à saúde, atitudes de descuidado. Em contrapartida, dispensar atenção, preocupação, responsabilização, envolvimento, proximidade, fornecimento de informações concisas, práticas subjetivas, transmissão de segurança, confiança e suporte emocional foram caracterizados como cuidado efetivo. Em suma, o descuidado exacerba a incerteza, enquanto que o cuidado a reduz. Assim a incerteza pode ser um evento significativo para avaliação dos serviços de saúde e do desempenho profissional. Níveis aumentados de incerteza podem denunciar deficiências e insatisfações quanto às práticas de saúde. Portanto, a qualidade do serviço exige, adequadas atitudes e comportamentos dos profissionais e de toda a instituição de saúde que devem voltar-se para maior conforto físico e psicoemocional do acompanhante/paciente/família de forma que o fenômeno do adoecimento ou da hospitalização seja o menos traumático possível. Mediante suporte, esclarecimentos e segurança, há minimização de incertezas, influência positiva no tratamento/recuperação da saúde do indivíduo e alcance do que é, por todos, esperado: saúde e/ou adaptação consciente à nova condição.

A pesquisa contribuiu para repensar práticas, avaliar e modificar a forma de organização dos sistemas de cuidados e aprimorar práticas e posturas adotadas pelos profissionais no sentido de acolher e respeitar valores, crenças, expectativas que são singulares a cada ser humano. Revelou a expressão das experiências de profissionais da saúde na condição de pacientes ou acompanhantes de familiares hospitalizados, entretanto, a necessidade de ampliação de caminhos para novas discussões exige a realização de novos estudos com o intuito de reforçar o que está do outro lado do cuidado e traduzir-se em adequações de um cuidado atento às singularidades e necessidades individuais e, por conseguinte, humana.

**REFERÊNCIAS**

1. Hoch AL, Costa EPC, Oliveira MAMO. A vivência da família de pacientes hospitalizados com doença crônica: a perspectiva do principal cuidador. RIES. 2015; 4(1):39-55
2. Barreto RA, Santana JPC, Linhares JS, Rolemberg MRBS, Andrade SBC. A arte de grupos de discussão sobre a hospitalização. Estudos de Psicanálise. 2015; 43:145 - 52
3. Amorim NMA. De profissional de saúde a acompanhante e paciente: do outro lado do cuidado. 2015. [dissertação]. São Luís (MA). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão – UFMA. 2015.
4. Handcock Mark S, Gile KJ. Comment: On the concept of snowball sampling. Sociological Methodology. 2011; 41(1): 367-371.
5. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010
6. Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. Nurs Res 1981;30(5):258-63.
7. Mishel MH. Uncertainty in Illness. Journal of Nursing Scholarship. 1988; 20(4):225-32
8. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(4): 870-8.
9. Xavier DM, Gomes GC, Salvador MS. Cuidado familiar durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014; 18(1):68-74.
10. Umann J, Guido LA, Silva RM. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. Rev Esc Enferm USP. 2014; 8(5): 891-8.
11. Santos WJ, Giacomin KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(8):2319-28.
12. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Ambiente & Sociedade**.** 2014; 17(3): 135-154.
13. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. Rev Enferm Esc Anna Nery. 2012; 16(1):134-140.

1. Extraído da Dissertação de Mestrado defendida em 2015 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão [↑](#footnote-ref-1)
2. Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Faculdade Pitágoras – São Luís/MA, Brasil

   E-mail: nayramichelle@hotmail.com [↑](#footnote-ref-2)
3. Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal do Maranhão/Brasil, Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e adolescente – GEPSFCA/UFMA, São Luís –MA, Brasil

   E-mail: fgeorginasousa@hotmail.com [↑](#footnote-ref-3)
4. Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora Adjunta da Universidade Federal do Piauí, Teresina/PI, Brasil

   E-mail: anamrsantos@hotmail.com [↑](#footnote-ref-4)