

LIA CRISTINA GALVÃO DOS SANTOS

***NECESSIDADES DE FAMILIARES DA PESSOA
INTERNADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
Uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar***

Rio de Janeiro
Dezembro/1998

***NECESSIDADES DE FAMILIARES DA PESSOA
INTERNADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
Uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar***

LIA CRISTINA GALVÃO DOS SANTOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Tese de Doutorado

Prof.^a Dr.^a Florence Romijn Tocantins
Orientadora

Rio de Janeiro
Dezembro/1998

lia galvão
↓

FOLHA DE APROVAÇÃO

**NECESSIDADES DE FAMILIARES DA PESSOA INTERNADA EM
UTI: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar.**

LIA CRISTINA GALVÃO DOS SANTOS

Tese de Doutorado em Enfermagem submetida ao corpo docente da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada por:

Prof^a _____ - Orientadora
Dr^a Florence Romijn Tocantins
Presidente

Prof^a _____
Dr^a Benedita Maria Rego Deusará Rodrigues
1^a examinadora

Prof^a _____
Dr^a Ligia de Oliveira Viana
2^a examinadora

Prof^a _____
Dr^a Creusa Capalbo
3^a examinadora

Prof^a _____ - Co-Orientadora
Dr^a Ívis Emília de Oliveira Souza
4^a examinadora

Rio de Janeiro
1998

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Lia Cristina Galvão dos.

Necessidades de familiares da pessoa internada em unidade de terapia intensiva: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar / Lia Cristina Galvão dos Santos – Rio de Janeiro, 1998.

x, 116 p.

Bibliografia: p. 79 – 87.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998.

Orientador(a)- Profª Drª Florence Romijn Tocantins.

Co-Orientador(a)- Profª Drª Ívis Emília de Oliveira Souza.

1. Enfermagem. 2. Terapia Intensiva. 3. Família. 4. Filosofia. 5. Schutz, Alfred, 1899-1959.

CDD. 610.73019

DEDICATÓRIA

*À Deus, sentido da vida, força interior que impulsiona o meu
caminhar.*

*À minha família, meu ninho, razão de minha contínua busca
pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional.*

AGRADECIMENTOS

À amiga Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues pelo incentivo da busca ao Curso de Doutorado bem como pelo suporte em todos os momentos desse caminhar.

Às amigas Sonia Mara Faria Simões e Ana Lúcia Alves de Carvalho e Silva, pelo compartilhar fenomenológico.

Ao Ministério da Saúde, na pessoa da Enfermeira Regina Célia Araújo, pela autorização da liberação integral de carga horária para estudos.

Aos colegas do Hospital Geral de Bonsucesso - MS pelo compartilhar de experiências profissionais.

À Universidade Gama Filho, na pessoa da Diretora do Instituto de Enfermagem Professora Joana D'Arc Tenório, pelo estímulo à minha qualificação profissional.

Aos colegas do Corpo Docente do Instituto de Enfermagem da Universidade Gama Filho, em especial às amigas Joselice de Sena Estevão, Márcia Valéria Rosa Lima e Vera Lúcia França de Souza pelo apoio e incentivo recebido durante a realização do Curso de Doutorado.

Às Enfermeiras Alba Lúcia Castelo Branco, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas, Antonia da Conceição Cylindro Machado, Benedita Maria Rego Deusdará Rodrigues, Eurinilce Xavier de Lima, Florence Romijn Tocantins, Heliane Loparde Steigleder, Maria Andrade e Silva,

Maria Cristina Pinto de Jesus, Patrícia Lima Pereira Peres, Theresinha de Jesus Espírito Santo da Silva e Zélia Salgado companheiras do Grupo de Estudos em Schutz.

À Prof^a Dr^a Creusa Capalbo por sua presença, acreditando na proposta do Grupo de Estudos em Schutz, contribuindo de forma decisiva com o nosso crescimento pessoal e profissional.

Aos amigos, que não foram citados, mas acompanharam incentivando esta jornada.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial à querida Sonia Maria Xavier, pelo acolhimento, e resolução de todas as minhas dúvidas administrativas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Prof. Dr^a Florence Romijn Tocantins

Orientadora

*Presença forte, responsável, competente,
disponível e amiga. Seu incentivo e
segurança marcaram nossos encontros. Muito
obrigada por acreditar em minhas
possibilidades.*

Prof. Dr^a Ivis Emilia de Oliveira Souza

Co-Orientadora

*Sua presença foi marcante em momentos
especiais. Muito obrigada pela ajuda
sempre incentivadora.*

RESUMO

SANTOS, Lia Cristina Galvão dos. **Necessidades de Familiares da Pessoa Internada em UTI: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar.**

Orientadora: Florence Romijn Tocantins. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1998. Tese.

Minha experiência profissional, enquanto enfermeira assistencial de uma Unidade de terapia Intensiva (UTI) propiciou-me relações profissionais com familiares de pessoas ali internadas. Estas relações permitiram-me experienciar situações que conduziram-me a realização deste estudo. Busquei compreender as necessidades assistenciais de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva visando analisar o modo pelo qual o enfermeiro pode contribuir para atender a estas necessidades. Assim, pautada na sociologia compreensiva de Alfred Schutz, foi possível captar, a partir da apreensão do típico da ação de procura por um encontro de orientações, as necessidades concretas destes familiares. Desta forma, apreendi que o tipo vivido familiar de pessoa internada em UTI tem em vista receber informações sobre o estado da pessoa internada, compartilhando com a equipe da UTI da ação de cuidar de seu familiar. Neste sentido, entendo que o atendimento dessas necessidades deve respaldar um repensar do cuidar, quando Profissionais de saúde/Enfermeiro deverão procurar mediar suas ações a partir de uma efetiva relação social profissional-família-cliente, entendendo que a humanização do cuidar perpassa pelo compartilhar de perspectivas no mundo da vida.

ABSTRACT

SANTOS, Lia Cristina Galvão dos. **Necessidades de Familiares da Pessoa Internada em UTI: uma perspectiva compreensiva para a humanização do cuidar.**

Orientadora: Florence Romijn Tocantins. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1998. Tese.

My professional background as a nurse at an Intensive Care Unit (ICU) has given me the opportunity to establish professional relationship with ICU patients' family members. Those acquaintances allowed me to experience situations that led me to the accomplishment of this study. I sought to understand the assistance needs of ICU patients' family members in order to analyze the means through which nurses can contribute to attend those needs. So, taking Alfred Schutz's comprehensive sociology as a guide, to apprehend the typical action to search for counseling, I was able to detect the concrete needs of those family members. Thus, I grasped that the lived type family of the ICU patient expect to receive information about the hospitalized person, ready to share his/her care-taking with the ICU's professional team. In that sense, I understand that the attendance to those needs must support care-taking re-evaluation, where Health Professionals/Nurses should mediate their actions on the basis of an effective professional-family-patient social relationship, bearing in mind that the humanization of care (human-action) does necessarily goes through the sharing of perspectives in life-world.

SUMÁRIO

	Pag.
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
O CONTEXTO DO CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	1
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	1
O VIVENCIAR DA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL	4
HUMANIZAÇÃO DO CUIDAR EM UTI	7
A FAMÍLIA	13
SITUAÇÃO ESTUDADA	20
QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO	24
OBJETIVO DO ESTUDO	25
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	25
ELEGENDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
A POSSIBILIDADE DE COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA SOCIOLOGIA COMPREENSIVA	32
TRAJETÓRIA DO ESTUDO	41
CENÁRIO DO ESTUDO	41
OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS	45
CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	52
CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO FAMILIAR DE PESSOA INTERNADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	61
ANÁLISE COMPREENSIVA DO TIPO VIVIDO FAMILIAR DE PESSOA INTERNADA EM UTI	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	88
ANEXO 1 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	89
ANEXO 2 – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	91
ANEXO 3 – ENTREVISTAS	93

O CONTEXTO DO CUIDAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Compreendo a Unidade de Terapia Intensiva como um local do universo hospitalar planejado para o atendimento a pacientes em elevados graus de instabilidade de sua homeostasia. Isto é, pessoas que requerem cuidados contínuos, também denominados intensivos, prestados por pessoal qualificado, de uma equipe multiprofissional.

Foi também definida por AMORIM (1992, p.71) como sendo o local do hospital:

“...onde ficam reunidos todos os clientes graves recuperáveis, sejam originários de qualquer clínica, com assistência médica e de enfermagem contínuas e contando com os equipamentos especiais ali concentrados”.

Detendo-me nestas concepções, retorno à realidade que experiencio e observo que em muitos momentos a internação naquela Unidade foge em muito às recomendações estabelecidas como critério de admissão nas UTIs elaborados pela Sociedade Norte-Americana de Terapia

Intensiva¹, quais sejam:

- **Prioridade 1** - Pessoas em estado crítico com instabilidade clínica necessitando, de fato, tratamento intensivo, tal como suporte ventilatório, infusão de drogas vasoativas, etc.
- **Prioridade 2** - Os que por ocasião de sua admissão na UTI, não se encontram necessariamente com alguma instabilidade clínica, embora requeiram monitorização rigorosa de determinados parâmetros vitais, através de recursos tecnológicos alocados na UTI.
- **Prioridade 3** - Aqueles que, embora críticos, apresentam um estado clínico prévio, uma doença subjacente ou ainda uma patologia aguda que, isolada ou conjuntamente, reduzem consideravelmente a probabilidade de recuperação.

Outrossim, não é incomum, por exemplo, encontrarmos internados em terapia intensiva pessoas que por falta de vagas nas enfermarias permanecem ali retidos, bem como outras necessitando apenas

¹ A Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro - SOTIERJ, por orientação da Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB, autoriza a utilização dos critérios elaborados pela Society of Critical Care Medicine - Recommendations for ICU Admission and Discharge Criterion. Traduzidos por José Maria Costa Orlando, 1995. Mimeo.

de um maior número de cuidados de enfermagem e que, por carência destes profissionais nas enfermarias vêm recebê-los na UTI.

Neste sentido, DAWSON (1993, p.588) lista critérios mínimos que entende serem necessários satisfazer antes que se pense em utilizar recursos alocados na UTI:

1. O tratamento convencional é insuficiente.
2. A patologia alvo deve ser reversível.
3. O recurso precisa estar disponível.
4. O recurso precisa ser eficaz em relação à patologia.
5. Não existe qualquer empecilho ético, moral ou legal.

Entretanto, tenho constatado que o modelo de atenção à saúde, institucionalizado, agravado pelo quantitativo numérico insuficiente de profissionais, tem descaracterizado as diferentes propostas de critérios de internação em UTI. Casos onde a procura da assistência em UTI dá-se, em função de um entendimento de que ali o cliente será melhor atendido. Esse entendimento ocorre entre outros, por conta de tratarem-se de Unidades que recebem grandes investimentos em seu maquinário e/ou na maior parte das vezes observar com rigor a relação numérica profissionais de saúde x clientela internada, para a prestação de cuidados.

Segundo GOMES (1988, p.04) ainda não existe um consenso quanto à definição de cuidado intensivo, porém a autora cita algumas definições que considera satisfatórias. Entre elas destaco:

"O cuidado a pacientes que são recuperáveis, mas que necessitam de uma supervisão contínua, e são passíveis de serem submetidos a técnicas especializadas, desenvolvidas por pessoal experimentado."

Freqüentemente, em meu cotidiano profissional, volto meu olhar atento a esta equipe de profissionais especializados, familiares angustiados e ansiosos por informações, acadêmicos entusiasmados pela aparelhagem e pelas características das pessoas ali internadas (possibilidades de aprendizagem) e finalmente a própria pessoa, que apresenta reações singulares em suas experiências e vivências relativas à internação.

O VIVENCIAR DA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL

Aponto a hospitalização como um momento que exige do Homem profundas adaptações em virtude, também, das importantes alterações de seu dia-a-dia, principalmente pela quebra do elo com seu núcleo familiar, mesmo que temporariamente.

Destaco que a experiência da hospitalização traz individualmente

uma vivência diferenciada, que pode incluir desde o medo do desconhecido, de dar trabalho a outrem, ao sentimento de perda da independência, em função do seu acervo de conhecimentos, entre outros. (ESPÍRITO SANTO, 1984)

Segundo SCHUTZ (1972, p.235), o acervo de conhecimentos é constituído por situações que são vivenciadas e que vão durante a vida juntando-se e combinando-se com outras, permitindo sua tipificação, dando-lhe um significado, que possibilitará inclusive que se possa compreender experiências muitas vezes não vividas, mas que são elaboradas, como herança, a partir da experiência de predecessores.

Ainda em relação à hospitalização, CHAVES & IDE (1995, p.173) alertam para a questão da visão que a pessoa agora tem de si mesma:

“Esse processo pode ser visto, em última instância como uma descaracterização dos vínculos sociais e afetivos vigentes, o que implicará na melhor das hipóteses em sofrimento psíquico e em crise de identidade.”

Vale ressaltar pesquisas relacionadas a situações de estresse causadas pela hospitalização, as quais descrevem como seu maior responsável, a explicação indevida do diagnóstico e do tratamento (Volicer

apud MANZOLLI, 1987, p.52). No estudo, segundo os entrevistados, tais situações foram relacionados como muito mais estressantes do que as relacionadas às mudanças no hábito de dormir, comer e ao fato de estar afastado de atividades normais.

Nesta perspectiva é fundamental abordar a questão da internação na terapia intensiva, entendendo que tal fato acarreta insegurança derivada muitas vezes pelo medo do desconhecido.

Uma outra situação a ser considerada é o estigma, atribuído àquele local, quando, por muitas vezes, associa-se a idéia de que a pessoa ali internada está aguardando a morte. Desta forma BELLI (1995, p.194) cita em seus estudos Reichle, quando o mesmo especifica que, ao mencionarmos o termo cuidados intensivos ou estado crítico, vem à mente das pessoas internadas e familiares situações consideradas negativas, já que os mesmos entendem que o atendimento em uma UTI significa a piora das condições físicas.

Por outro lado, cabe refletir sobre as UTIs, planejadas especificamente para atender àqueles em estado crítico, recuperáveis, com risco de não sobrevivência e que exigem maior observação e assistência da equipe de saúde. Neste sentido CIOSAK & SENA (1983, p. 06) afirmam, que estas unidades :

"... são equipadas com tecnologia cada vez mais aprimorada, na tentativa de, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do paciente, com terapêutica e controles mais eficazes, o que também exige profissionais de saúde altamente capacitados e habilitados."

HUMANIZAÇÃO DO CUIDAR EM UTI

Entendo oportuno, inicialmente, aclarar o conceito de cuidar sob a ótica da enfermagem, tendo em vista discussões que se tem realizado quanto ao seu entendimento.

Estudiosos da temática, entre os quais aponto WALDOW e col. (1995, p. 22) têm procurado destacar o cuidar como uma possibilidade de troca de experiências de vida, profissional-cliente afirmando que:

"O cuidar/cuidado que caracteriza a enfermagem deve ser uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica através de uma inter-relação pessoa com pessoa."

Paralelamente, SPÍNDOLA (1993, p. 65) em estudo que procurou compreender a UTI sob o ponto de vista da enfermagem, ao analisar as falas dos profissionais de enfermagem acerca do ambiente em que atuam apreende uma ambigüidade entre "a demonstração de sua

característica humana e portanto, emotiva, e o autocontrole que é exigido do profissional".

A autora (op.cit) afirma que:

"Esse autocontrole, como foi verbalizado, pode ser interpretado pelas demais pessoas como frieza distanciamento da dor alheia. Entretanto, é uma atitude da qual lançam mão para ajudar melhor o paciente, aos familiares deste e ao próximo grupo de trabalho. É, portanto, apenas frieza aparente, uma vez que compreendem a dor do outro e procuram auxiliá-lo a suportá-la."

Em outra oportunidade os profissionais de saúde foram mais uma vez citados em manchetes jornalísticas, quando em uma revista de circulação semanal a matéria com o título "O Corredor da Vida e da Morte", apresentou situações vivenciadas por pacientes e familiares de pessoas internadas em UTIs.

É oportuno transcrever um trecho da reportagem:

" O corpo dos pacientes é espetado, perfurado e amarrado, e sua personalidade destruída. O ambiente é de dor e medo. Gemidos e vozes estranhas. Mãos que limpam, lâminas que cortam. Um inferno de tubos de plástico, máquinas computadorizadas, agulhas na veia, choques

elétricos. Um inferno na solidão desumana, em que nem os médicos são conhecidos, pois são especialistas desse corredor da vida e da morte, que tratam os pacientes por números e depois, às vezes, aprendem seus nomes ... Esse inferno salva." (PASTORE, 1995 p.74)

Nesta perspectiva, WALDOW (1998, p. 54) ao investigar aspectos históricos do cuidar afirma que:

" ... a idolatria pela técnica tornou a enfermagem bastante eficiente, porém menos humana, ou seja, o cuidado técnico passou a prevalecer. Assim, atividades relativas ao tratamento e à cura deixaram o cuidado humano menos visível."

Raramente paramos, em nosso dia-a-dia, imbuídos pelo agir mecânico, a que a máquina nos conduz, para refletir sobre nossas atividades profissionais, consideradas por nós como "salvadoras", em nosso cotidiano rotineiro. Deste modo, questiono acerca de quantas das ações assistenciais mecanicistas, realizadas a partir de pressupostos, têm caracterizado ausência da humanização? Como essas ações são compreendidas pela clientela? E ainda, quantas interpretações do agir das pessoas internadas são reflexos de pressupostos?

Com esta preocupação pesquisadores têm estudado questões

ligadas a humanização das UTIs e conseqüentemente do pessoal que ali trabalha (CASTRO 1990, TAKAHASHI 1991, CORRÊA 1995). Entretanto, ainda são comuns situações onde as pessoas ali internadas não têm atendidas suas solicitações, por conta de normas estabelecidas para o funcionamento da unidade, como por exemplo, receber um visitante fora do horário padronizado para visitas.

Por outro lado, observo que o discurso do profissional também apresenta contraposições. Enquanto afirma preocupar-se com as questões de humanização na terapia intensiva, valorizando ações que vão desde a manutenção do conforto físico da pessoa internada à aspectos relacionados ao próprio ambiente de trabalho, ao procurar mantê-lo o menos estressante possível, esbarra contudo em situações que conduzem ao desenvolvimento de ações que, por vezes, desrespeitam o entendimento do outro como um ser humano singular.

Assim, é importante repensar a prática assistencial de enfermagem em terapia intensiva. Penso que ainda estamos longe do alcance da assistência humanizada, enquanto priorizarmos o saber técnico-científico, menosprezando o significado da vida humana, os sentidos que o ser humano dá às suas vivências no mundo, isto é, enquanto não compreendermos o homem como um sujeito, e não um simples objeto de

manipulação.

Uma ilustração que alicerça este pensar permeia o dia-a-dia dos profissionais em terapia intensiva. Situações como a de uma paciente que relatou pânico, por imaginar que seu quadro tornara-se irrecuperável e que já haviam desistido de tentar salvá-la, no instante em que um auxiliar desliga o monitor, por defeito técnico, sem ao menos informar-lhe. (MELLO FILHO 1983)

Neste sentido SIEBENEICHLER (1986, p. 02) cita Lippmann concordando quando o mesmo afirma que os princípios norteadores da conduta profissional da enfermagem devem ser encontrados em colaboração com uma filosofia humanista que pressupõe os seguintes valores básicos: vida humana, dignidade humana, integridade, saúde. Prossegue afirmando que a vida humana é o valor ético básico, primordial, o objetivo último em função do qual se deve estruturar a ação da enfermagem. A saúde, por sua vez, é um valor deduzido do valor da vida humana.

Surge então o confronto entre a ação tecnológica e a ação humanizada, conduzindo o homem a refletir acerca dos limites da ciência enquanto contribuição no sentido da compreensão do significado da vida humana. NOGARE (1994, p. 209) afirma que:

“a ciência - repetimos - não pode trazer senão vantagens, contanto que reconheça seus limites de possibilidades e limites de resultados. Nunca as ciências exatas - matemática e física - poderão conhecer com seus métodos de medição e experimentação o homem todo, exatamente porque o homem é algo mais que pura natureza física”.

Esta perspectiva, foi discutida por Husserl apud NOGARE (1994, p. 219) quando o mesmo preocupou-se com o que há de risco no progresso científico, caracterizado por um excessivo racionalismo capaz de suplantar o homem na sua essência e sua própria história.

Este entendimento também fundamenta o pensar de DONZELLI² quando afirma que a desumanização ética tem raízes ontológicas, pois perdeu-se a noção do ser, a noção do humano.

No contexto hospitalar, Mezomo, apud CIOSAK & SENA (1983, p.07), ao discutir o que é a humanização do hospital entende que humanizar significa agir sobre a sua administração e o seu funcionamento, bem como a *atitude do pessoal face ao enfermo*, com o objetivo de proporcionar-lhe um ambiente físico e social tão agradável quanto possível, ressalvados os dissabores inevitáveis de seu tratamento.

² Registro da fala da Prof.^a Dr.^a Telma Aparecida Donzelli, na defesa do projeto de dissertação da mestrandia Teresa Caldas Camargo. EEAN-UFRJ em 27/09/96.

Convém ressaltar ainda que, propostas que indicam um repensar da prática do cuidar não têm por objetivo negar a relevância do emprego da ciência e da tecnologia. Neste sentido, afirma WALDOW (1998, p. 62):

“...O que se pretende ao relevar o cuidar é enfatizar a característica de processo interativo e de fluência de energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do aspecto moral.”

A FAMÍLIA

No que diz respeito a atitude do pessoal de saúde, faz-se necessário lembrar que a pessoa ali internada, é membro de um grupo social, que segundo NOGUEIRA (1977, p.327) é o seu mais importante grupo: **"FAMÍLIA"**.

Vale ressaltar a existência de diferenciados conceitos sobre família, que englobam tanto o entendimento do fato de seus membros morarem juntos, terem cooperação econômica e reprodução, quanto a idéia de grupamento social onde os membros mantêm-se por laços de parentesco, ambos os conceitos convergindo quanto à questão de laços de consangüinidade.(MARCONI & PRESSOTO, 1992, p. 103)

Contudo, é preciso não desconsiderar a possibilidade, enquanto

família, dos incluídos por “adoção”, isto é, sócios e amigos que possam significar vínculos profissionais, porém também afetivos. Esta significatividade foi uma das conclusões do estudo realizado por TAKAHASHI (1983, p. 27), ao avaliar a resposta emocional do paciente em função do grau de parentesco do visitante. Esta pesquisa identificou que as alterações mensuradas, isto é, parâmetros cardiovasculares, pouco diferiram ao comparar-se visitantes familiares consangüíneos e/ou amigos, mas observou que advém do fato de *“o paciente sentir-se com maior liberdade, permitindo-se diante de pessoas amigas manifestações emocionais geralmente reprimidas”*.

PATRÍCIO (1994, p. 97) em estudo que analisa as diferentes concepções de família, elabora o seguinte conceito:

“Família é um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico da vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico”.

Desta forma, entendo ser importante compreender a relação familiar como uma relação que extrapola os laços consangüíneos e legais, permitindo à clientela identificar as pessoas, por ele, consideradas família.

CIOSAK & SENA (1983, p.10) complementam afirmando que:

" ... quando de súbito este indivíduo é acometido de algum mal que interfere em sua saúde e em suas atividades, há repercussão em toda a família. É um bloqueio no cotidiano familiar, não é uma opção de família, é uma imposição que todos terão de aceitar e enfrentar."

Estudos elaborados por terapeutas familiares (SATIR 1988, SIMONTON 1990, ANNUNZIATA & JACOBSON-KRAM 1996) corroboram com este pensar, entendendo que a família comporta-se como uma unidade, sendo a manutenção do equilíbrio individual, de cada membro, responsável pelo equilíbrio de toda a família. Jackson, apud SATIR (1988, p. 21), refere-se ao termo "homeostase familiar" como as formas encontradas pelas famílias para o restabelecimento desta unidade. Neste sentido, SATIR (1988, p. 21) afirma:

"Quando um membro de uma família [o paciente] abriga uma tensão que termina aflorando em sintomas, todos os membros dessa família estão, de algum modo, sentindo esta tensão".

As relações entre os membros de uma família vêm sendo estudadas em diferentes aspectos, quando chega-se a questionar esta

unidade. Entretanto, a historiadora francesa PERROT (1993, p. 75) em seu texto *O Nó e o Ninho*³, com tradução de Paulo Neves, argumenta que vem surgindo uma nova família no cenário do terceiro milênio.

Segundo a autora, a “... família que herdamos do século XIX”- nuclear, heterossexual, monogâmica, patriarcal, onde a estabilidade do estado e o desenvolvimento do homem eram suas grandes missões - “...não está efetivamente se estilhaçando”. Afirma que:

“... naqueles tempos de capitalismo em larga medida familiar, ela assegurava o funcionamento econômico, a formação da mão-de-obra, a transmissão dos patrimônios. Célula da reprodução, fornecia as crianças que, por intermédio das mães - professoras, recebiam uma primeira socialização através da exploração rural ou do atelier artesanal, os primeiros aprendizados ... Ninho e nó, refúgio caloroso, centro de intercâmbio afetivo e sexual, barreira contra a agressão exterior, enrustida em seu território, a casa, protegida pelo muro espesso da vida privada que ninguém poderia violar - mas também secreta, fechada, exclusiva, normativa, palco de incessantes conflitos que tecem uma interminável intriga, fundamento da literatura romanesca do século.”

³ PERROT, M. *O Nó e o Ninho*. In: **Reflexões para o Futuro**. Rio de Janeiro: Editora Abril. 1993.

Nesta perspectiva, a família patriarcal impunha as regras de subordinação, às esposas e aos filhos. A primeira devendo manter-se reservada aos trabalhos domésticos e à prole a imposição de procurar atender às necessidades familiares no que dizia respeito inclusive às suas opções afetivas e profissionais.

No entendimento de PERROT (op.cit. p. 76) “*as rupturas que assistimos hoje são a culminação de um processo de dissociação iniciado há muito tempo*”. Segundo a autora (op.cit.) quando os rapazes já partiam para a resistência aos desejos paternos, as moças “*confiavam ao seu diário o desejo de amar e ser feliz, de casar por amor e até de ser independente e criar*”. É o individualismo moderno no século XIX, onde o desejo de ser, de escolher uma profissão, de viver a própria vida, predomina.

PERROT (op.cit.) afirma ainda que nos últimos anos a família “*dá sinais de estabilização ... por um lado por conta da crise econômica e de outro a AIDS*”. Modernamente, ainda segundo a autora, tentamos conciliar:

“as vantagens da solidariedade familiar e as da liberdade individual ... conservar da família seus aspectos positivos: a solidariedade, a fraternidade, a ajuda mútua, os laços de afeto e amor”.

Neste contexto, um novo olhar surge redirecionando a ação do enfermeiro ao grupamento família, a medida em que aceito-o também como

um cliente em potencial, permitindo-lhe avançar além da participação indireta no processo terapêutico e assistencial, contemplando-o com o atendimento às suas necessidades.

Com esta intenção, COYNE (1996, p.738) em seu estudo apresenta diferentes terminologias ao analisar a participação dos familiares no cuidado ao paciente, que vão desde o conceito de envolvimento familiar, ao conceito emergente de cuidado centrado na família, onde o agir do enfermeiro se dará em torno da pessoa internada e sua família.

Neste sentido, destaco a fala de ANGELO⁴ durante uma aula do curso pré-congresso: **Enfermagem Junto à Família-fundamentos e processo**, no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem- São Paulo 1996, quanto ao conceito de família:

“Família é um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar ligados por laços de sangue ou de lei, mas que funcionam de maneira a se considerarem uma família. O indivíduo define quem é sua família”.

Fundamentada nesta concepção a Prof^a. Dr.^a Margareth Angelo (Op.cit) explicitou níveis de envolvimento do profissional de saúde junto à

⁴ Professora Doutora Margareth Angelo - EEUSP

família, quais sejam:

Nível 1: ênfase mínima à família, sendo a doença o foco primordial de atenção. As ações relacionadas ao processo biomédico são prioritárias.

Nível 2: muito próximo do nível 1. Dar orientações acerca de ações que o profissional intenciona sejam realizadas.

Nível 3: já se reconhece as emoções do familiar e que ela pode interferir no tratamento.

Nível 4: valiação sistemática e intervenção planejada, considerando as emoções e os papéis de cada membro da família, bem como as alterações que a doença provocam nos hábitos da família.

Nível 5: terapia familiar.

No que se refere à terapia familiar, ANNUNZIATA & JACOBSON-KRAM (1996) entendem que é o momento em que a família deverá ser encaminhada a especialistas, buscando aprender maneiras novas e efetivas de resolver problemas e prosseguir com mais tranquilidade

Desta forma, afirmo que o alcance da qualidade de atenção à saúde passa pelo entendimento da relevância da promoção da saúde da

família, com a inclusão destes familiares no foco de atenção dos profissionais de saúde. Ou seja, avançar com a assistência que alterna atualmente entre os níveis 1 e 2 e visar o alcance e a manutenção do nível 4 de assistência.

SITUAÇÃO ESTUDADA

Durante os últimos 10 anos, venho exercendo atividades assistenciais, como enfermeira, em uma UTI e passei a observar, com maior atenção, diferentes situações dentre as quais a relação entre os profissionais de saúde e familiares das pessoas ali internadas.

Enquanto plantonista do serviço noturno percebia que, em muitas ocasiões, o contato inicial que se estabelecia, naquele horário, entre os profissionais e familiares, tinha características "*fechadas*", isto é, prendia-se a informações sucintas sobre a situação de saúde, o horário diário das visitas, o material de uso pessoal necessário a cada pessoa internada, desconsiderando as possíveis necessidades que aquele familiar estivesse apresentando naquele momento.

Falava-se de um encontro que acontecia na UTI a cada terça-feira com a equipe multiprofissional e familiares, tendo por objetivo principal esclarecer acerca da terapêutica desenvolvida e assistência prestada.

Informava-se ainda, que após a reunião era permitido aos presentes visitar o seu familiar.

Com a mudança da escala de serviço, iniciei minhas atividades profissionais no horário diurno onde meus contatos com familiares aumentaram em quantidade, e na mesma proporção minhas inquietações que identificavam naquelas pessoas dúvidas crescentes.

Em muitas ocasiões surpreendia-me com situações de conflito entre os profissionais propondo-se a prestar cuidados ditos "*fundamentais*" e familiares querendo receber informações acerca da situação dos seus.

Penso que o distanciamento existente entre os profissionais e a clientela se reforça a cada dia, por entender que o saber técnico-científico isolado está sendo incapaz de contemplar as necessidades da clientela, quando pautamos o atendimento apenas em situações objetivas, não importando-nos, na maior parte das vezes, com a subjetividade das pessoas. Um distanciamento, a meu ver, que é reforçado inclusive em função de uma de nossas características humanas, isto é, ao fato de sentirmos dificuldades em responder perguntas, não técnicas, que possam ser feitas pela clientela.

Assim estabelece-se uma lacuna no atendimento prestado - no momento em que o profissional passa a executar suas ações independente

das necessidades concretas manifestadas pela clientela.

Um outro aspecto que ressalto é a questão de entender que existe o momento em que a família torna-se, queiramos ou não, gostemos ou não, também nossa cliente.

A preocupação com as necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI é freqüente em inúmeros estudos que chegam a listá-las por ordem de importância, conforme Millar apud CURRY (1995, p.27):

1. necessidade de reduzir a ansiedade.
2. necessidade de informação.
3. necessidade de estar próximo ao doente.
4. necessidades pessoais.
5. necessidade de apoio.
6. necessidade de ser útil.

Entretanto, creio que não temos conseguido atender a estas necessidades. Por diversas vezes, mesmo após uma seqüência de orientações, identifico que as solicitações e questionamentos se mantêm, isto é, as situações de estresse vivenciadas pelos familiares não foram sequer minimizadas.

Entendo que, quando muito, temos procurado atender unicamente

à necessidade daquele familiar em receber informações, um pouco mais detalhadas, acreditando estar com isto minimizando as demais necessidades referidas pela literatura e/ou pressupostas como estando presentes na subjetividade daqueles familiares.

A quantidade e a qualidade da informação a ser fornecida pelos profissionais de saúde, segundo ROBERTSON (1996, p. 29) é uma questão complexa, salientando contudo que esta informação deve contemplar o exposto, em termos de necessidades, da família/cliente.

Enquanto enfermeira diarista, substituta da chefia de enfermagem desta unidade, fiquei responsável por participar dos encontros multiprofissionais com os familiares como representante da equipe de enfermagem. Minha participação incluía a apresentação da equipe, descrição da assistência de enfermagem prestada, orientação quanto a aparelhagem que circunda o leito das pessoas internadas, solicitação de material para uso pessoal dos mesmos, e esclarecimento de quaisquer dúvidas, relacionadas à assistência de enfermagem, solicitada pelos familiares.

Entretanto, percebia que durante os encontros, o comportamento da maioria dos familiares presentes, sentados nas últimas fileiras de cadeiras da sala, refletia curiosidade pelo movimentar dos profissionais que

transitavam pelos "corredores" da UTI, facilitado por dois amplos visores de vidro nas paredes do fundo da sala. Notava ainda, uma ansiedade pelo término da reunião com um movimentar contínuo nas cadeiras e até mesmo uma olhada "disfarçada" no relógio.

Estas situações levaram-me a alguns questionamentos: *O que significa para o familiar da pessoa internada em terapia intensiva participar deste encontro? O que eles têm em vista quando vêm a este encontro? Quais são suas expectativas?*

QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO

Minhas vivências e experiências profissionais nesta UTI oportunizaram-me reflexões, levando-me a analisar o conteúdo da discussão naquele momento de encontro entre profissionais de saúde e familiar(es): deve relacionar-se exclusivamente a orientações sobre a terapêutica desenvolvida e a assistência prestada aos pacientes?

Na compreensão de que o grupamento família sofre influências marcantes em seu cotidiano, quando vivencia a experiência da internação de um familiar em uma UTI, e ainda que o simples fato de estarmos fornecendo informações parece não estar garantindo a qualidade da assistência, no que diz respeito às necessidades do familiar, penso que a equipe

multiprofissional deverá dirigir-se a esta entendendo-a como cliente, compreendendo suas necessidades concretas, relacionadas à situação de internação de seu familiar.

Neste sentido questiono-me: *quais são as necessidades assistenciais dos familiares que procuram o Encontro para Familiares de Pessoas Internadas em UTI ? De que forma o enfermeiro pode contribuir para atender estas necessidades ?*

Assim sendo este estudo tem por *objeto* as necessidades assistenciais de familiares de pessoas internadas em UTI.

OBJETIVO DO ESTUDO

Considerando o exposto é objetivo deste estudo compreender as necessidades assistenciais expressas pelos familiares de pessoas internadas em UTI a partir da ação da procura de um encontro de orientações para familiares.

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Certamente não é nova a discussão sobre este assunto, nem mesmo em nossa realidade.

As necessidades específicas das famílias de pessoas internadas em

UTIs foram analisadas por CURRY (1995, p.28), quando a autora discute, entre outras necessidades, a de informação, parecendo superar a necessidade de apenas estar próximo ao doente. Neste estudo a necessidade de informação foi detalhada em três componentes, quais sejam: "*primeiro, os familiares procuram esperança; segundo, necessitam de que falem com eles honestamente; e terceiro, querem conhecer o prognóstico.*"

Reporto-me ainda a CIOSAK & SENA (1983, p.26), que continuam afirmando que:

"... o sucesso do tratamento, a aceitação, o entendimento, a cooperação do paciente e da família é alcançado através do relacionamento terapêutico entre esses e a equipe de saúde, aliado à tecnologia apropriada"

Cabe lembrar que documentos governamentais, entre eles o que define os Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde (BRASIL 1978, p.04) com objetivo de nortear a qualidade e quantidade de ações, dá destaque a uma assistência voltada para:

- prevenção, promoção e recuperação da saúde;
- necessidades prioritárias:
 - atenção aos grupos de alto risco.

- assistência primária às populações.
- vigilância epidemiológica dos casos e
- assistência ao cliente e suas necessidades básicas no que se refere aos aspectos físicos, terapêuticos, psicossociais, de reabilitação e ambientais na recuperação da saúde.

É importante ressaltar que ao dirigir meu olhar aos grupos de alto risco, entendo relevante a possibilidade de extensão da assistência aos familiares desta clientela.

Desta forma, em um estudo sobre as necessidades cognitivas de familiares de pessoas portadoras de doenças contagiosas internadas em unidades de isolamento KAMIYAMA & CHILDA (1982, p. 54) referem autores como Kubler-Ross e Hall quando os mesmos afirmam que as percepções da pessoa doente refletem sobre a família, levando seus membros a experienciar sentimentos e reações semelhantes.

Nesta ótica SOUZA (1988, p.25) cita Egglund quando o autor afirma que um familiar ansioso pode excitar a pessoa doente e trazer-lhe maiores problemas.

Portanto, creio ser importante que a enfermagem ao preocupar-se com o cuidado às pessoas incluídas nos grupos de alto risco, deva envolver

simultaneamente a família destas, entendendo que este grupamento é um núcleo de forte relacionamento interpessoal num alto grau de afetividade.

Assim, é relevante citar MICHEL et al (1992, p.26), que trazem a discussão um documento do CNPq, elaborado por seus especialistas para área de Enfermagem, intitulado "Avaliação e Perspectivas", de 1982. Esta publicação destaca que:

"Os enfermeiros devem possuir conhecimentos científicos e técnicos, além de uma filosofia que norteie a sua prática, de modo a atuar de forma inovadora nas diversas instituições e na comunidade, proporcionando uma assistência integral que envolve simultaneamente o atendimento individual, curativo, com o aspecto social e preventivo."

Neste momento, sinto importante um recorte que permita o clareamento do que considero "necessidade de saúde". Assim, entendo que esta pode manifestar-se em termos individuais e coletivos e, emergirá sempre do vivido na forma de uma inquietação e, penso que a resolução não deve estar centralizada nas mãos dos profissionais de saúde mas deve ser mediada pela participação dos sujeitos que a manifestam. STOTZ (1992, p.452) afirma:

“Considerar as necessidades enquanto manifestação de sujeitos individuais e coletivos significa levar em conta a definição que eles apresentam quanto à situação em que se encontram”.

Com esta compreensão entendo que devemos ter sempre uma perspectiva centrada no sujeito, ou seja, a possibilidade da investigação fenomenológica, onde o conhecimento objetivo dá-se a partir da apreensão da estrutura subjetiva de sentido, isto é, do significado atribuído a ação pelo sujeito que a desenvolve. Então, este conhecimento objetivo põe-se, mostra-se, a partir de uma ação subjetiva intencional do outro, na sua vivência cotidiana.

Nesta ótica, é oportuno refletirmos sobre o cotidiano das UTIs, onde os profissionais, ao se preocuparem com o planejamento da assistência à pessoa internada, sujeito de sua ação, tem estabelecido objetivos a partir de sua própria visão de mundo, mesmo nos momentos em que acreditam estar realizando um diagnóstico alicerçado em necessidades daquelas.

Por outro lado, quando tenho pensado nas estratégias que visam a humanização da assistência nas UTIs, vislumbro que estas se dão sem levarmos em conta o universo de referências, ou seja a bagagem cultural da clientela e dos profissionais envolvidos.

Com este entendimento penso que as questões atreladas à

humanização da assistência à pessoa internada em UTIs perpassam, também, pela perspectiva da compreensão do agir dos sujeitos envolvidos, ou seja, pessoa internada-profissional-família, situados no mundo da vida, onde o saber técnico-científico deverá aliar-se a apreensão das necessidades individuais e coletivas, a partir de um vivido concreto, de modo ininterrupto possibilitando a dinamicidade da assistência.

Outrossim, devo destacar que a preocupação por parte dos profissionais de saúde com a busca da qualidade da assistência, está voltada essencialmente ao preconizado pelos programas assistenciais. Neste sentido, penso que a integralidade das ações, ou seja, o direcionamento dos cuidados deva apontar para o atendimento de necessidades concretas da clientela, não perdendo de vista sua singularidade.

Alicerçada nestas considerações entendo oportuno buscar compreender as necessidades concretas, expressas pelos familiares que procuram os encontros de orientação, entendendo que as necessidades concretas destes sujeitos são fundamentais para o saber-fazer da enfermagem.

ELEGENDO O REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Uma boa parte da literatura de saúde acerca dos modelos assistenciais direcionados ao atendimento das necessidades de familiares de pessoas internadas em UTIs tem, a meu ver, uma certa postura de “exclusão” desse familiar visto como pessoa⁵. Pois, apesar de apresentarem avaliações acerca das prioridades apontadas, enquanto necessidades desses familiares, não têm dado conta de tratar da especificidade do agir desse familiar tendo em vista sua vivência.

Ao experienciar situações face-a-face com familiares, durante minha trajetória profissional, foi possível identificar momentos onde pude perceber que a conduta dos profissionais de saúde leva em consideração pesquisas realizadas (CASTRO, 1998⁶) que preocuparam-se basicamente em classificar as necessidades desse familiar, explicitando-as, tendo em vista indicar suas causas determinantes, não levando em consideração os significados atribuídos pelos sujeitos que vivenciam o fato de ter um familiar internado em uma UTI.

⁵ O termo pessoa, utilizado neste estudo, é pautado na compreensão fenomenológica do Homem, sujeito consciente, capaz de tomar decisões, interpretando o mundo e ao mesmo tempo sendo parte dele. Um eu intencional capaz de doar significado ao mundo e a si próprio.

⁶ CASTRO, D. S. A família e suas necessidades durante a internação de um ente querido na terapia intensiva. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998, Salvador. **Resumos**. Salvador: ABEn, 1998. p.11.

Neste sentido, minhas inquietações impulsionaram-me a uma pesquisa qualitativa, utilizando como cena um encontro de orientações para familiares de pessoas internadas em UTI.

A meu ver, ao comparecer a este encontro de orientações o familiar desenvolve uma ação social objetiva, carregada de intencionalidade e significados subjetivos.

A POSSIBILIDADE DE COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA SOCIOLOGIA COMPREENSIVA

Na perspectiva da intencionalidade da procura ao encontro, por parte dos familiares, compreendi que o estudo deveria ser conduzido utilizando a sociologia fenomenológica de Alfred SCHUTZ (1962, 1972), para quem toda ação social é intencional e ativamente voltada para a realização de determinados objetivos, e dotada de significados subjetivos.

As ciências sociais tratam da ação social e, na perspectiva de Schutz a ação social é a base das relações interpessoais, ou seja, a relação entre duas ou mais pessoas é sempre uma relação de ação. As condutas humanas dão-se por projetos, são intencionais, estão presentes no dia-a-dia, carregadas de significados subjetivos.

Assim, o professor Lívio Panizza⁷ em uma de suas palestras ministrada ao Grupo de Estudos Sobre a Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz⁸, afirmou que para este autor todos os fenômenos do mundo sócio-cultural originam-se na interação social, na intersubjetividade.

Neste contexto, os fatos sociais quando analisados unicamente neles mesmos não garantirão uma total compreensão, a não ser que os situemos como ações de pessoas que a ele atribuirão significados a partir de suas vivências no mundo da vida.

Desta forma, a preocupação do estudo é focalizar o comparecimento aos encontros, por parte dos familiares, como uma ação social intencional. Um momento vivido por pessoas, eus-concretos, conscientes, que buscam, a partir da possibilidade da relação social a ser estabelecida com os profissionais de saúde o atendimento às suas necessidades.

Assim, opondo-me ao realizado nas ciências naturais - a explicação e/ou demonstração de relações causais - entendo oportuno buscar

⁷ O professor Lívio Panizza é mestre em filosofia pela UFRJ e sua Dissertação de Mestrado discutiu o pensamento de Alfred Schutz em sua sociologia fenomenológica. É professor do Instituto de Filosofia da UERJ.

⁸ O Grupo de Estudos Sobre a Sociologia Compreensiva de Alfred Schutz é composto por Enfermeiras docentes e assistenciais que reúnem-se quinzenalmente para aprofundar a abordagem fenomenológica na perspectiva de Schutz, tendo em vista o respaldo metodológico em teses de doutorado e dissertações de mestrado elaboradas e em fase de elaboração pelas componentes do grupo.

compreender, a partir da vivência dos familiares, o significado subjetivo da ação de comparecer aos encontros de orientação realizados semanalmente na UTI.

Segundo CAPALBO (1994, p.73) a descrição, entre outros, dos atos da consciência, do valor atribuído a vida, à saúde, aos cuidados para com as pessoas, já que os mesmos "*são atos da vida ativa da práxis, envolvendo a dimensão ética*" compete à fenomenologia.

Nas ciências sociais, a sociologia compreensiva de Alfred Schutz, propõe o esquema subjetivo como a possibilidade mais adequada de compreensão do mundo social tal como ele é vivido.

Assim sendo, LOPES et al (1995, p.50) ao discutirem a abordagem fenomenológica na enfermagem entendem que esta:

"Não procura as condições sobre as quais o juízo é verdade, e sim qual o significado daquilo que o sujeito tem na consciência quando ama, sente felicidade, sente tristeza, adoecer, vive..., e que é expresso através do discurso - mundo da linguagem, da totalidade das palavras, dos gestos, do silêncio, do tom de voz, da expressão fisionômica e do discurso escrito."

Schutz em sua primeira obra intitulada “Der Sinnbata Aufbau Der Sozialen Welt” editado por Julius Springer em Viena, 1932 com tradução para o espanhol “Fenomenologia del Mundo Social - Introducción a la sociología comprensiva em 1972, Editorial Paidos, traz sua proposição que tem em vista fundamentar fenomenologicamente os conceitos básicos das ciências sociais, aceitando conceitos da fenomenologia, tais como a intencionalidade e a intersubjetividade.

Assim, a ação compreendida como uma atividade humana intencional e de projeção, deve ser o elemento básico da ciência social garantindo desta forma, o caráter subjetivo dessa ciência. A ação tem origem na consciência da pessoa, é vivenciada a sua maneira, entretanto contextualizada na intersubjetividade do mundo social.

“Portanto o mundo social não será o trabalho do observador mas o mundo da realidade social que tem sentido não somente para ele, mas para mim, para você e para todos.” (PANIZZA, p. 8, 1980)

Em seus estudos SCHUTZ (1962) trata a questão da *vida cotidiana*, onde o homem insere-se com suas angústias e preocupações, não questionando se o senso comum tem maior ou menor importância que a construção científica. Experiências vividas ou transmitidas ao homem por

seus familiares, seus mestres e antecessores compõem sua *bagagem de conhecimentos* que sempre estarão disponíveis no desenvolvimento de suas ações.

Um outro aspecto importante realçado por SCHUTZ (1962, p.20) é o homem considerado na atitude natural, situado biograficamente no mundo da vida, o mundo do senso comum, o mundo da intersubjetividade social.

Nesse aspecto SCHUTZ (1974, p.17) afirma que “*minha situação biográfica define o meu modo de ocupar o cenário da ação, interpreto suas possibilidades e enfrento seus desafios*”.

Este mundo social é o mundo de nossa realidade cotidiana, o mundo do senso comum, mundo onde se dão os encontros, as relações entre as pessoas. O mundo intersubjetivo onde minha consciência reconhece não estar só, reconhece a existência de outros seres como eu (SCHUTZ 1962, p.10). O mundo da vida é o mundo a priori, que permeia minha consciência ao mesmo tempo em que é por ela permeado.

Desta forma o mundo do senso comum é considerado por SCHUTZ como um constructo de primeiro nível, isto é, o mundo está aí, a ser interpretado por cada indivíduo conforme sua situação biográfica.

Por outro lado, o mundo do senso comum passa a ter caráter científico quando compreendo que é nele que estão as tipificações e idealizações dos homens e ainda que as ações humanas são constituídas pela situação biográfica desse homem. Assim, para que eu as compreenda tenho necessariamente que investigar o sentido que estes homens atribuem às suas ações, nesta realidade social que é o mundo da vida.

Para Schutz não existe possibilidade de investigarmos uma ação sem situá-la socialmente, compreendendo ainda que o vivido é uma experiência única, daquele indivíduo, ratificando a possibilidade de uma sociologia compreensiva a partir da apreensão da subjetividade do outro tendo em vista que somente quem vivenciou determinada situação pode interpretá-la.

Assim, fica assinalada minha impossibilidade de viver a experiência da forma como ele a viveu, podendo, entretanto, alcançar o sentido que ele atribuiu a esta vivência.

É importante esclarecer que para SCHUTZ (1972, p.36) ato é tudo que já foi realizado, diferentemente da ação que o autor entende como tudo que faremos. A ação reflete o sentido que o ator põe no mundo.

Este alcance de sentido, entendido como o desvelar da estrutura

subjetiva da ação individual, é o que me permitirá chegar ao que Schutz denomina de postulação de significados objetivos.

A ação social possui sua estrutura subjetiva que Schutz propõe trabalhar em termos de motivos por entender que a interpretação desta é própria do sujeito, considerando sua subjetividade.

Neste sentido, CAPALBO (1979, p. 73) explica-nos o que Schutz denomina de motivos da ação. Motivos "em vista de algo", que estão voltados para a ação a ser realizada. E os motivos "em vista de algo já realizado" o porque já foi realizada tal coisa. *Motivos-para e Motivos-porque* compõem sempre de forma interligada todas as ações. Os motivos voltados para algo a ser realizado, denominados por Schutz, como *motivos-para* constituem-se pela subjetividade.

Assim, o motivo-para, é portanto um contexto de significado que se elabora sobre o contexto de experiências anteriores no momento da projeção, enquanto o motivo-porque explica o projeto em função das vivências passadas do ator, e como tal é uma categoria objetiva acessível ao pesquisador (SCHUTZ 1972, p. 119-125)

Desta forma, TOCANTINS (1993, p.14) complementa dizendo que se deve primeiramente buscar apreender os elementos relevantes que

esta pessoa confere à sua ação. Assim toda e qualquer ação só pode ser compreendida mediante o significado, que esta pessoa confere à sua ação, a interpretação do significado de uma ação só pode ocorrer pela subjetividade da própria pessoa.

Portanto a compreensão de qualquer ato deve fundamentar-se nas intenções que guiam a ação, bem como suas significações sem inquietar-se com a relação causal visada pela explicação.

Ainda de acordo com SCHUTZ (1974, p.22-23), há diferentes graus de compreensão tendo em vista que a compreensão total somente se daria no instante em que fosse possível uma identificação entre minha corrente de pensamento e a do “alter-ego”. Desta forma entende suficiente que a compreensão dos atos humanos passe pela redução dos mesmos aos seus motivos típicos não perdendo de vista as situações em que se dão, seus fins e meios típicos, isto é, o contexto vivenciado de significado da ação.

SCHUTZ (1972, p. 211) reconhecendo a impossibilidade de captação dos motivos-para de todas as pessoas no mundo da vida se refere a interpretação subjetiva do sentido como uma tipificação:

“Meus encontros face-a-face com outros tem me proporcionado um profundo conhecimento pré-predicativo do tu como um eu. Porém o tu que é

meramente meu contemporâneo nunca é experimentado em sua forma pessoal como um eu, e nunca pré-predicativamente. Ao contrário, toda experiência de contemporâneos é de natureza predicativa. Se forma por meio de juízos interpretativos que incluem todo meu conhecimento do mundo social, ainda que com graus variados de explicitação”.

Nesta perspectiva, a fala dos sujeitos - familiares de pessoas internadas em UTI, possibilitará a apreensão de suas necessidades concretas relativas àquela internação, expressas por sua subjetividade, a partir do significado que conferem a ação de procurar o encontro de orientações.

TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Para compreender o fenômeno da ação de procura, por parte dos familiares de pessoas internadas em UTI, a um Encontro de Orientações, o estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva pertencente a rede federal de saúde, na cidade do Rio de Janeiro, onde ocorrem estes encontros.

CENÁRIO DO ESTUDO

Optei como espaço físico pela UTI do Hospital Geral de Bonsucesso, onde a situação a ser estudada emergiu a partir da minha experiência como enfermeira daquela Unidade.

A instituição tem estrutura multipavilhonar, e seus prédios são conhecidos por números. É no prédio n.º 2 (prédio central) que situa-se no 2º andar a UTI. Esta, após ter sofrido obras de reforma em sua planta física e instalações técnicas foi recentemente reinaugurada. Recebeu circuito de monitoração hemodinâmica e cardíaca computadorizadas, refrigeração central, música ambiente.

Os leitos estão dispostos em posição semi-circular, em número de 10 (dez) localizados em boxes, que contam inclusive com portas

sanfonadas para garantir a privacidade individual. Sua clientela específica é de adultos, com variadas instabilidades clínicas e/ou cirúrgicas.

O posto de enfermagem e central de monitoração cardíaca estão centralizados, possibilitando a visualização de todos os leitos.

A equipe de enfermagem é composta por 14 (quatorze) enfermeiros, sendo 02 (duas) diaristas, chefe e sub-chefe e os demais distribuídos em duplas com escalas de 12 horas X 60 horas de repouso. Possui 32 (trinta e dois) auxiliares de enfermagem, sendo 30 (trinta) distribuídos sob a mesma escala de enfermeiros, e outras 02 (duas) diaristas. Conta ainda com 01 (uma) auxiliar operacional de serviços diversos (AOSD) responsável pelo serviço de transporte de pedidos de farmácia e de materiais de serviço.

A equipe de 30 (trinta) médicos, 01 (uma) assistente social, 02 (duas) nutricionistas, e ainda copeiras e serventes complementam o grupo assistencial.

Nesta unidade é permitido que diariamente, no horário das 15 às 16 horas durante 10 minutos, 2 familiares de cada paciente realizem a visita. Os familiares são recebidos pela equipe de enfermagem, orientados a vestir um capote, para proteção de suas roupas, a proceder a lavagem das mãos em

uma das 4 pias dispostas no corredor da unidade e encaminhados aos boxes.

É a equipe de enfermagem que primeiramente estabelece contato com os familiares. Este contato inicia-se muitas vezes no momento da internação quando um representante desta equipe aborda-os para realizar a entrega dos pertences de seu familiar internado, colocá-lo a par do funcionamento da unidade e muitas vezes permitir um encontro breve deste familiar com a pessoa internada.

Neste primeiro contato o familiar é informado acerca do encontro de orientação como um momento onde poderá receber informações quanto à assistência e tratamento prestados à pessoa internada.

Nesta UTI, a participação dos familiares ainda é incipiente, porém tem sido motivo de algumas discussões multiprofissionais. Assim, a presença dos familiares vem sendo progressivamente incluída na assistência à pessoa internada, com convites para que participem, dos encontros de orientação e em alguns momentos chegando-se a solicitar sua participação na assistência, inicialmente, auxiliando durante a alimentação.

Assim semanalmente na UTI, são realizados encontros com familiares de pessoas ali internadas. Estes encontros têm por propósito estabelecer um elo entre profissionais e familiares procurando desta

maneira, informá-los acerca das ações terapêuticas e assistenciais desenvolvidas nas pessoas internadas.

Estes encontros multiprofissionais, realizados por uma equipe composta por médico, enfermeira, assistente social e nutricionista são momentos utilizados ainda, para fornecer informações sobre o funcionamento do serviço de terapia intensiva e apresentação das equipes.

A cada semana, na sala de reuniões, são recebidos familiares com características que reforçam os estudos de PLOWRIGHT (1996), ou seja, pessoas sofridas, carentes de informações e apoio.

Cabe esclarecer que o comparecimento aos encontros é opcional aos familiares, e que outras formas de divulgação de informações acerca das condições de tratamento diariamente estão disponíveis também nos horários padronizados para visitação, onde os médicos e enfermeiros plantonistas podem esclarecer as suas dúvidas.

  importante elucidar ainda, que os assuntos abordados nestes encontros partem de pressupostos dos profissionais envolvidos, sendo momentos em que acreditamos estar contribuindo para o fortalecimento da humaniza o na unidade de terapia intensiva.

Na presença de todos os familiares são dadas informaçoes sobre

as pessoas internadas, procurando-se sempre respeitar sua intimidade. É permitido ao familiar realizar perguntas e, quando a situação da pessoa internada é entendida como sigilosa, é solicitado que permaneçam para que o caso seja discutido em separado.

Este encontro também é utilizado para divulgação das campanhas de doação de sangue e de órgãos, entendidas como vitais para o funcionamento da instituição.

Também, reflexões acerca das condições de vida da clientela tais quais violência, desemprego, miséria entre outros, não são negligenciadas. Esses momentos são ainda, por consenso dos profissionais, aproveitados para levantar discussões, pautadas na promoção da saúde, além de temas relacionados aos direitos e deveres individuais enquanto cidadãos, proteção à saúde do adulto e das crianças e principalmente a importância da participação efetiva dos familiares neste momento.

OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

Foram considerados depoentes, os familiares que compareceram ao Encontro de Orientação de Familiares de Pessoas Internadas na UTI, no período de novembro de 1996 a janeiro de 1997.

Com o entendimento de que os significados atribuídos à UTI, por

parte dos familiares, independem do tempo de permanência da pessoa internada, sendo por outro lado, diretamente relacionados à tipificação que o senso comum atribui a essa Unidade, ao acreditar que nela se internam sempre as pessoas doentes que agravaram em definitivo o seu quadro clínico, e ainda, compreendendo a designação de familiar como todo aquele que vivencia ligações afetivas com a pessoa internada, não utilizei como critério de seleção do familiar, o grau de parentesco e/ou o tempo de internação.

No enfoque fenomenológico dá-se o encontro fenômeno-pesquisador, quando o fenômeno é colocado diante dos olhos para que seja visto de forma atenta. Este momento, segundo HUSSERL (1965, p.23), deve realizar-se mediante a *epoché*, significando a suspensão de qualquer julgamento, sem idéias *pré-concebidas*.

Desta forma realizei uma entrevista não estruturada, fundamentada na abordagem fenomenológica, quando a aproximação ao sujeito familiar deu-se com a intenção de captar a essência de seu agir.

Esta modalidade de entrevista possibilita, segundo CARVALHO (1991, p. 34 e 35) o entrevistador captar a maneira do cliente de vivenciar o

mundo⁹. Permite “o revelar-se do cliente” não fragmentado como nas entrevistas clássicas, mas em sua totalidade.

Nesta perspectiva, procurei iniciar a obtenção dos depoimentos, buscando a compreensão da ação de procura aos encontros de orientação com a seguinte questão orientadora: **O quê você tem em vista quando vem às reuniões de orientação?** quando a fala de cada familiar possibilitou a apreensão da intencionalidade concreta dessa ação.

A estruturação da questão orientadora da entrevista teve por fundamento teórico que a ação humana é intencional e que, ao agir a pessoa tem motivos, é dirigida para e por determinados motivos.

SCHUTZ (1972, p.159) ressalta ainda que “*todo ato de comunicação tem como motivo-para a intenção de que a pessoa a qual ele se dirige tome conhecimento dele, de uma ou outra maneira*”. Assim, a comunicação, a fala do motivo-para possibilita a compreensão da ação social daquele sujeito.

Desta forma, entendi que o local mais adequado para a realização da entrevista deveria ser próximo ou, mais apropriadamente, o mesmo cenário em que se estabeleciam os encontros de orientação.

Foi necessário, para dar início às entrevistas, solicitar a

⁹ Grifo da autora.

autorização da Direção do Hospital e Chefia da UTI, já que necessitaria utilizar as dependências daquele serviço. (Anexo 2 e 3)

As entrevistas ocorreram em uma das salas internas da UTI, compartilhada pela chefia de enfermagem e nutrição da UTI. Privilegiei a utilização dessa sala por ser pouco utilizada pelas colegas, que entenderam a necessidade de privacidade daquele momento e imediatamente ofereceram a sala, colocando ao meu dispor toda a infra-estrutura da UTI (água gelada, cafezinho, suco) que sempre procurei oferecer aos familiares, antes e após as entrevistas.

Entendendo, de acordo com o referencial teórico do estudo, que os depoimentos deveriam ser colhidos momentos antes do encontro de orientações, contei com a colaboração dos colegas da UTI para a captação dos familiares. Assim, solicitei aos enfermeiros plantonistas da 2ª feira que informassem, semanalmente, a uma das famílias das pessoas internadas que, antecedendo ao encontro de orientações, uma das enfermeiras do serviço gostaria de falar-lhes e que, se possível, chegassem com uns 30 minutos de antecedência para a entrevista.

A intenção de marcar a entrevista para somente um grupo de pessoas ligadas a uma determinada pessoa internada a cada semana deveu-se ao fato de que foi meu interesse conversar, com todas as pessoas que

comparecessem ao encontro e ainda, por entender que para a realização da entrevista seria inicialmente necessário que se estabelecesse uma relação de compartilhamento entrevistador/entrevistado, onde pudéssemos nos sentir à vontade, mesmo com a utilização de um gravador.

Também a intenção de entrevistar mais de uma pessoa de cada família não procurou atender a nenhuma regra pré-estabelecida, mas deveu-se ao entendimento de que por diversas vezes uma pessoa internada tem o comparecimento de diferentes pessoas ao encontro. Pensava então, não privilegiar um ou outro familiar e sim considerar todos os depoimentos possíveis de serem obtidos, mesmo que de uma única família.

Procurei a cada momento que antecedeu às entrevistas dar, de forma mais clara possível, um esclarecimento aos familiares acerca dos objetivos de meu estudo, procurando deixá-los à vontade para manifestar sua aceitação, ou não, em participar, compreendendo a importância de seu consentimento livre e esclarecido.

A entrevista foi realizada em quatro ocasiões com apenas um representante da família, seja por conta de somente um ter comparecido e/ou por conta de pequenos atrasos na chegada dos familiares ou até mesmo do tempo que se estendeu a entrevista não ter permitido ouvir outro familiar antes do início do encontro de orientações.

Nessas situações conversava com as pessoas presentes, dentre os quais pais, filhos, vizinhos, amigos e cunhados e por opção deles conversei com aqueles que se ofereceram para tal, que foram pai, mãe e filho(a).

A cada 3ª feira que chegava à UTI era procurada pelos componentes da equipe de enfermagem, como também pelos médicos, nutricionistas e assistente social do serviço sempre interessados em saber como estava caminhando meu curso de doutorado. Era sempre questionada: “E aí Lia, quando termina o curso?”, “Quando você voltará?”, “As entrevistas com os familiares têm sido boas?”

Ao término das entrevistas conduzia os familiares à sala em que se realiza o encontro para que o mesmo pudesse iniciar-se.

Durante os encontros de orientação que se davam naquelas manhãs, percebi que os familiares entrevistados mostravam-se bastante tranquilos ao ouvir as informações e, ao término do encontro abordei-os, não com a intenção de obter dados para o estudo, mas apenas pelo fato de que a serenidade daqueles rostos despertaram meu interesse profissional quando procurei ouvir daquelas pessoas o que foi para elas conversar comigo na entrevista .

Nestes momentos pude ouvir as seguintes frases: “Como é bom saber que vocês estão sempre procurando estudar mais para tratar melhor

nossos familiares.” “Fiquei tranqüila em conversar com você porque não tinha idéia do que seria tratado nesta entrevista e pude perceber ... ainda mais... que aqui ele estará sendo bem atendido.”

Nessas ocasiões foi possível compreender as preocupações de SCHUTZ (1972, p. 180-184), quando em sua sociologia compreensiva procurou aclarar o conceito de relação social, partindo das proposições de Max Weber que afirmava que uma relação social *“consiste única e exclusivamente na existência de uma probabilidade de que haja, em algum sentido significativamente compreensível, um curso de ação social”*

Assim, SCHUTZ (op.cit.) demonstra que Weber ambigüamente considera como relação social duas diferentes situações, afirmando:

“Ele se refere em verdade a dois tipos de situações diferentes chamando ambas de relação social. No primeiro caso, a expectativa subjetiva do ator estabelece a probabilidade de uma orientação recíproca, que por definição significa que existe uma relação social. E a segunda é o juízo “objetivo” do observador externo que estabelece esta probabilidade e a relação.”

Neste contexto, Schutz esclarece que para garantirmos a existência de relação social deve dar-se a “ação-sobre-o-outro”, isto é uma coordenação entre os motivos-para de um e os motivos-porque do outro e

não apenas uma ação intencional de orientação outro.

Procurei transcrever as entrevistas no mesmo dia que eram realizadas, e era interessante poder retornar àqueles momentos, enquanto digitava as falas, percebendo o quanto de emoção temos deixado de lado em nossa assistência rotineira.

Realizei 5 (cinco) entrevistas no mês de novembro de 1996, em 4 (quatro) diferentes semanas. Os depoimentos foram transcritos oportunizando a captação de convergências que nos remetem ao significado da ação de procura aos Encontros de Orientação para familiares de pessoas internadas em UTI.

Entretanto, procurei ampliar meu número de depoentes na expectativa do surgimento de outras possíveis convergências. Assim, no mês de janeiro de 1997, realizei mais 4 (quatro) entrevistas que no seu conteúdo ratificaram as convergências já identificadas.

CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

Neste momento, de forma atenta, após diferentes leituras das falas dos sujeitos, procurei deter-me no que havia de comum, isto é, buscando os invariantes dos motivos-para nas entrevistas com os familiares de pessoas internadas na UTI que procuram o encontro semanal de

orientações.

Nesta perspectiva, surge a possibilidade da apreensão do significado subjetivo da ação estudada, a partir da consciência intencional das pessoas que a desenvolvem.

Assim, e tendo por diretriz a questão orientadora utilizada na entrevista: **“O que você tem em vista quando vem aos Encontros de Orientação?”**, emergiram as categorias concretas constituídas a partir do vivido daquelas pessoas e não como um dado a priori estabelecido pelo pesquisador.

PARGA NINA (1976, p. 66), ao trabalhar com a categorização de dados não estruturados afirma: *“é rara a possibilidade de adotar classificações que atendam a priori, as orientações teóricas definidas em pesquisa social”*.

Neste sentido, Lazarsfeld, apud PARGA NINA (op. cit.), denominou de categorias concretas *“o tipo de categorias que participantes da situação empregam, trabalhadas (worked out) de forma tão clara e lógica quanto possível”*.

Ainda no que diz respeito à constituição das categorias, RODRIGUES (1996 p. 41) ressalta que este não é um movimento solitário do pesquisador, afirmando que:

“Dispondo do material não estruturado, obtido por

entrevista fenomenológica realiza-se uma exploração do conteúdo para captar suas interrelações e a seguir, a arrumação ou agrupamento em itens por afinidade do material analisado.”

Desta forma, foi possível identificar as convergências de motivo-para que apontaram para o sentido da ação, onde emergiram as seguintes proposições e respectivas categorias concretas do vivido:

- **Receber informações sobre o estado do paciente internado capazes de retirar-lhes as dúvidas**

Categoria: Receber Informações

Os familiares ao procurarem o encontro de orientações para familiares de pacientes internados em UTI, têm dúvidas relacionadas a internação e desejam ter suas dúvidas esclarecidas. Desta forma, é possível observar nos trechos das falas:

“(...) eu queria saber tudo sobre isto, sobre o estado principalmente dele, devido a operação eu quero saber tudo, os exames que ele faz o resultado, acompanhar né (...) é tanta coisa e eu gostaria de saber o que está acontecendo com ele. Desde que ele ficou doente eu só, venho com ele no hospital (...) Eu tenho em vista assim, eu quero informações sobre o meu pai (...) chegar aqui e procurar saber a situação dele, se ele melhorou ou se não.”

Raquel*: Filha

* Pseudônimo atribuído pela pesquisadora

“Saber qual (...) receber orientações sobre a doença dela, de melhoras, conversar com o médico saber se ela tem possibilidades de melhoras, qual é o grau da doença dela, entende.”

Rebeca: Filha

“Eu quero informação sobre o estado do paciente, isso é muito importante prá gente. Porque a gente se tranquiliza mais, sabe a situação, se é muito perigosa, se a situação está normal (...) tendo uma palestra com uma pessoa que trabalha, dá mais tranquilidade, sobre o estado do paciente, como é que o paciente tá indo, como é que tá reagindo. Eu acho importante, ouvir uma palestra sua, você como enfermeira, mesmo que a situação com ele esteje como esteje dá mais uma tranquilidade prá gente, que ele está sendo tratado por uma pessoa que tem capacidade, que sabe o que está fazendo, entendeu? Então a gente tem mais tranquilidade. Se o estado dele for ruim, então você vai chegar prá mim numa boa. É principal que você não me engane, que você chegue e diga: Seu filho foi internado, foi operado, uma operação difícil, sabe que ele perdeu muito sangue, o estado dele não é o melhor. Então, eu vou tomar providência na minha vida prá qualquer coisa que acontecer, porque eu quero tá seguro, então entendeu?”

José: Pai

“Eu vim com a intenção do seguinte, de me esclarecer, meu pai está doente, internado, como é que está o estado dele? A pessoa fica querendo saber, né? Tem pessoas que não gostam de saber, tem até medo de saber das coisas. Eu já gosto de saber. Prá me preparar. Então eu queria saber o estado dele, como está se passando, o que pode ser feito, as chances (...) a pessoa tem que saber das coisas, não pode ficar sem saber. Eu tô vendo ali, meu pai, converso com ele, ele não responde, ele

não dá sinal dele. Tá até corado, tá bem, mas poxa não é o estado dele, não é assim. Eu já acompanho ele há muito tempo. Sou quem venho pro médico sempre com ele, então eu sei, o que ele tem prá mim não tem cura.(...) Até onde atingiu agora? Uma pergunta que prá mim fica (...) muito incerta. Ainda ontem eu quis falar com o médico e o médico não estava (...) acabou a visita e ele não estava.(...) Ai hoje eu disse não, será que hoje o médico vai chegar prá família e dizer: Olha isso, assim, assim cê pode ajudar o doente assim.(...) Quero ter uma explicação ... afinal ele vai indo vai indo, chega até um certo ponto e o quê? Falta de ar ..., é? Tem que ter uma explicação. Então eu acho que nessas reuniões, então seria prá explicar. Eu não entendi, que vem todo mundo junto. Eu acharia que devia ser uma prá cada paciente, por que como é que ele vai explicar a todos no mesmo tempo, né?"

Pedro: Filho

"Bom na verdade, é (...) é o primeiro encontro que eu tô vindo, quer dizer eu não tive nenhuma experiência anterior. E (...) e, esse encontro eu tava presumindo que fosse informações é (...) quanto o estágio da enfermidade do meu pai. É (...) as possibilidades que ele tinha, os riscos que tinha, que corre, o que ocorre na doença dele e informações quanto ao estado dele, porque que ele fica sempre sedado assim, entendeu?"

Paulo: Filho

"Eu calculei que esta reunião deveria ser alguma coisa relacionada com o paciente. Algum tipo de informação, ... eu calculei mais ou menos isto e aí resolvi vir. Eu estive ontem aí e conversei com a doutora mas a gente tá sempre querendo saber mais.(...) eu vou querer saber as perspectivas aí dela após isso aqui, né? Porque inclusive eu vou ter que

procurar, não sei se aqui no hospital oferece esse tipo de trabalho, que é um acompanhamento, ela vai precisar de um acompanhamento psicológico, eu tenho prá mim que vai porque uma menina de 16 anos, adolescente, perder o útero, ovário e as trompas, embora para o útero ela estava preparada mais ou menos, foi infecção que deu.”

Maria: Mãe

“Bem, o que eu tenho em vista é saber tudo sobre a doença de meu pai. Tenho vindo aqui no horário da visita e cada dia converso com uma pessoa diferente, é ... médicos e enfermeiras. Sei lá parece que não pensam todos a mesma coisa. Então, eu soube pela enfermeira de ontem que hoje aconteceria uma reunião com a médica chefe e a chefe de enfermagem, aí eu pensei: agora sim vou ficar sabendo de verdade como está o meu pai. Eu quero entender o que está acontecendo, quero que falem comigo explicando, mas os médicos falam rápido e eu fico com vergonha de ficar indagando. Mas hoje vim disposta a saber tudo, quero tudo explicadinho. O que ele tem, quais as chances, quantos dias ainda vai ficar aqui. Um dia, eu tenho duas irmãs, meu pai passou mal e ficou internado em um Hospital aqui perto (diz o nome do Hospital) você conhece? (assenti com a cabeça). Pois é, lá só dão informação na hora da visita, não ... dão aquela na portaria também, aquela assim: o doente está bem, o doente está regular... a gente lá sabe o que é regular...? Não sou médica, não somos de Hospital, penso que nem aqui muita gente não sabe o que é regular ou é bem. Agora aqui no CTI espero que nesta reunião expliquem tudo direitinho.”

Viviana: Filha

“Nunca passei por essa situação antes, eu sou enfermeira, é diplomada, formei na (diz o nome da

faculdade). Pensei que sabia muita coisa, sei lá acho que sei sim afinal tenho alguns anos de profissão mas agora sinto um enorme vazio. Preciso que me ajudem, quero saber realmente o quê está acontecendo com ela. Vim aqui hoje porque ainda não consegui conversar com um médico que trabalhe aqui todos os dias e possa me responder como está a evolução clínica dela. Mas eu pretendo hoje ouvir algo que consiga trazer pra gente uma certa orientação. Quero saber a verdade, se ela tem ou não chances e se tem como podemos ajuda.”

Áurea: Filha

- **Compartilhar com a equipe da UTI a possibilidade de acompanhar envolvendo-se na recuperação da pessoa internada**

Categoria: Compartilhar

Os familiares ao procurarem o encontro de orientações pretendem ainda, poder compartilhar com os profissionais da UTI, a possibilidade de envolver-se com o cuidar, conforme as falas:

“(…) saber melhor, me entrosar mais, saber o quê que eu posso ajudar, o quê que eu posso, o quê que posso deixar de fazer, entende. Tudo isso, a forma que eu posso ajudá-la. Eu gostaria de saber uma forma que poderia ajudar melhor. É vir visitá-la? É não vir visitá-la? Se puder trazer alguma coisa. Se puder falar alguma coisa, entende... eu gostaria de conversar com o médico sobre isso, em relação a isso, saber o que eu posso fazer entende.”

Rebeca: Filha

“Cê chega, pergunta, fala, orientar como se comportar também diante do doente. Porque a gente não sabe, eu chego lá começo a perguntar ele, prá forçar, ver se ele vê, se ele sente, se eu tô fazendo bem ou mal eu não sei. Eu falo prá ele mas fico até com medo de (...) falar muito e tá fazendo (...) não tá ajudando. Então se o médico disser assim: Não é bom você fazer isso, vamo ver se ele consegue vê. Ele tá com os olhos fechados, abrir os olhos, a gente dar ânimo prá pessoa, mas tudo isso prá gente fazer tem que ter um aconselhamento (...) de um médico, se é bom (...) se é ruim, (...) isso eu não sei. Isso é o que eu pensava.”

Pedro: Filho

“Vim hoje disposta a falar lá com os médicos prá deixar a gente ver ele de novo, porque fica difícil ainda perguntei: será que a gente não podia ficar uma pessoa ficar acompanhando ele? Eu acho que o carinho de família nessa hora é muito importante. Se tivesse condição de alguém ficar ou pelo menos ficar um pouco mais tempo, não ser limitado né essas horas de visita porque ele fica aqui o dia inteiro, a noite inteira, a gente só tem uma horinha prá ver durante o dia, É incrível mas a gente ter que pedir permissão pra ver um pai, prá ver uma coisa que é nossa, entendeu, ter que pedir autorização (chorando). Eu quero ficar aqui com ele, cuidar dele. Vim hoje disposta a saber tudo que aconteceu com ele.”

Samara: Filha

“Mas hoje vim disposta a saber tudo, quero tudo explicadinho. O quê ele tem, quais as chances, quantos dias ainda vai ficar aqui. Será que nós da família podemos ajudar. No primeiro dia pediram que eu trouxesse pasta de dente, sabonete. Será que não precisam de mais nada? Sei lá meu pai é teimoso, nós já conhecemos bem o jeito dele, acho

que a gente tem mais paciência de agüentar a chatice dele. Não sei pode ser que se a gente ajudar ... Nós temos vontade de estar sempre por perto. Já pensou se ele resolve não tomar os remédios, acho que a família devia participar, bastava que vocês orientassem o quê fazer e o quê não fazer.”

Viviana: Filha

“Mãe é mãe, e se eu pudesse estar aqui participando da assistência dela acho que estaria mais segura. Mas eu não posso, já me disseram que se permitirem uma pessoa terão que permitir todas as outras. Eu sei como é, lá onde eu trabalho pensam assim também. Acho que eu mesma já pensei assim. Mas agora é diferente. Acho que mudei meu pensamento. Quero hoje na reunião perguntar novamente se podemos, nós ... eu e minha irmã, ajudar. Ela gosta quando eu venho, ajudo a dar comida prá ela, fica toda animadinha. Mas acho que quando eu vou embora ela fica triste de novo e aí não há remédio que dê jeito (...) Quero saber a verdade, se ela tem ou não chances e se tem como podemos ajudar. Posso vir para dar as refeições prá ela ? Minha irmã pode vir pela manhã e ler prá ela ?”

Áurea: Filha

O sentido apontado pela ação de comparecer ao encontro de orientações para familiares de pessoas internadas na UTI, ou seja, os propósitos, os motivos-para das pessoas ao realizarem a ação, captado a partir da apreensão da subjetividade da pessoa familiar, direcionou a constituição das categorias concretas do vivido .

Tal categorização permitiu-me objetivar uma estrutura subjetiva

de sentido, intrínseca a ação, atribuída pela pessoa que procurou o encontro de orientações.

Neste sentido, as categorias concretas do vivido me encaminharam ao esquema da tipificação do vivido, isto é, a identificação da estrutura comum dos significados conferidos a determinada ação pode ocorrer quando estes são reduzidos aos seus motivos típicos. Assim, afirma SCHUTZ (1972, p.217):

“No processo de compreender uma determinada realização por meio de um tipo ideal ... se faz por meio da interpretação do ato dentro de um contexto objetivo de significado, no sentido que aponta o mesmo motivo a qualquer ato que produz repetidamente o mesmo fim mediante o mesmo meio.”

CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO FAMILIAR DE PESSOA INTERNADA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ao discutir a natureza das relações SCHUTZ (1972, p. 209-215) considera duas diferentes situações. Quando me encontro em uma relação face a face posso apreender diretamente as vivências de meu interlocutor através da comunhão espacial e temporal de nossas correntes de consciência. Apreendo suas vivências dentro de um contexto subjetivo de

significado, como vivências de um ser em particular.

Por outro lado, o objeto de minha relação com contemporâneos será “minha própria experiência da realidade social em geral, dos seres humanos ... fazendo abstração de todo marco individual em que possam ocorrer.” (SCHUTZ, op.cit.)

Assim, o esquema da tipificação fundamenta-se na impossibilidade de vivenciar experiências com todos os meus contemporâneos através da relação face-a-face. Em outras palavras, em meu encontro com contemporâneos lanço mão de tipificações, as quais atribuo sentido em função de relações face-a-face por mim vivenciadas e/ou bagagem de conhecimentos adquirida socialmente.

Desta forma, o tipo vivido é um constructo elaborado em um contexto objetivo de significado, possibilitado pela reflexão sobre a vivência cotidiana do mundo social, caracterizando-se desta forma como uma organização de segundo nível, assinalado por SCHUTZ (1974, p. 36):

“... a concepção básica de todo o conhecimento do mundo, tanto do senso comum, como no pensamento científico, envolve constructos, que quer dizer um conjunto de abstrações, generalizações, formalizações e idealizações próprias do nível respectivo de organização do pensamento.”

Assim, procurei a partir dos depoimentos dos familiares elaborar o que Schutz denominou de constructo de segundo nível¹⁰, o **tipo vivido familiar de pessoa internada em UTI** o que permitiu uma análise na perspectiva compreensiva .

Este momento, possibilitou situar que a ação, intencional e projetada, de procurar um encontro de orientações orientou a descrição do tipo vivido familiar de pessoa internada na UTI como aquele que tem em vista **receber informações sobre o estado da pessoa internada, compartilhando com a equipe da UTI da ação de cuidar de seu familiar.**

¹⁰ Segundo Schutz, o cientista social elabora o tipo vivido, a partir das vivências típicas primárias dos atores do cenário social (SCHUTZ, A. Collected Papers I – The Problem of Social Reality. The Hague: Martinus Nijhoff, 1962. p.59.

ANÁLISE COMPREENSIVA DO TIPO VIVIDO FAMILIAR DE PESSOA INTERNADA EM UTI

O estudo ao reconhecer a possibilidade da compreensão da ação de comparecer aos encontros de orientação para familiares de pessoas internadas na UTI, a partir da subjetividade das pessoas – familiares, ou seja, a partir de seu vivido, permitiu fazer emergir suas necessidades concretas apontadas em sua fala.

Estas necessidades, concretas, emergiram do vivido na atitude natural, ou seja, o momento exato do comparecimento ao encontro. Momento este que os familiares tem como dado, não questionando-o enquanto fato, porém projetando sua intencionalidade em buscar um algo para si, caracterizando desta forma uma necessidade a ser atendida pelo profissional de saúde.

Esta intencionalidade captada a partir do encontro face-a-face entre a pessoa/familiar que procura o encontro e a pessoa/profissional que pode fornecer orientação, fundamentado nas concepções de Alfred Schutz, permite-me evidenciar que os familiares ao comparecer ao encontro trazem consigo expectativas relacionadas a um **projeto/motivo-para** comparecer, com vistas ao atendimento de seus propósitos, aqui compreendidos como

necessidades.

Desta forma, a convergência destas **expectativas/motivos-para** permite ao pesquisador elaborar um conhecimento da realidade através da tipificação desse vivido social, ou seja um construto de segundo nível, um **tipo vivido**, anônimo, porém permeado de significação.

Neste momento, foi importante “colocar em suspensão” todos os meus pressupostos relacionados a questão que pudessem velar a realidade ali presente. Assim, foi possível apreender do vivido dos familiares, que o típico da ação de comparecer aos encontros de orientação fundamenta-se na valorização da necessidade de receber informações sob a evolução das condições clínicas, do cliente internado na UTI, onde emergiu a categoria **RECEBER INFORMAÇÕES**, bem como por sua intenção em contribuir em benefício da melhora do cliente, trazendo à tona a categoria **COMPARTILHAR**, acreditando que a presença de um familiar, envolvendo-se com a assistência, pode ser capaz de auxiliar positivamente na recuperação do mesmo.

Na categoria **RECEBER INFORMAÇÕES**, os familiares afirmam que os profissionais, em suas informações, devem ser capazes de esclarecer-lhe as dúvidas e incertezas geradas pela internação na Unidade de Terapia Intensiva, possibilitando uma melhor compreensão do que está

sendo experienciado por seu familiar ali internado, conforme apreende-se das falas:

“(...) é tanta coisa e eu gostaria de saber o que está acontecendo com ele. Desde que ele ficou doente eu só, venho com ele no hospital (...) Eu tenho em vista assim, eu quero informações sobre o meu pai (...) chegar aqui e procurar saber a situação dele, se ele melhorou ou se não.”

Raquel: Filha

“Eu quero informação sobre o estado do paciente, isso é muito importante prá gente. Porque a gente se tranquiliza mais, sabe a situação (...)”

José: Pai

Ao valorizar o fornecimento de informações apontam uma oportunidade que se dá a família para “preparar-se” para todas as situações que possam advir a esta internação.

“(...) Ai eu não sei porque quando ele veio prá operar aqui o médico da endoscopia disse que o câncer tava na laringe, né. Agora eu não sei (...) se o câncer ainda ficou lá dentro na garganta dele (...) Eu tou bastante preocupada com tudo isso (...) a possibilidade dele voltar a falar (...)”

Raquel: Filha

“(...) eu sei que o problema dela é grave, mas se futuramente a gente pode pensar numa melhora, entende (...)”

Rebeca: Filha

Manifestam ainda que o conteúdo desta informação deve contemplar a verdade, bem como ter em vista suas possibilidades de compreensão da terminologia utilizada.

“(...) eu acho importante, ouvir uma palestra sua, você como enfermeira mesmo que a situação dele esteje como esteje dá mais uma tranquilidade pra gente, (...) É principal que você não me engane (...)”

José: Pai

“(...) Se o médico me dá um nome estranho eu tenho que decifrar procurar livros e até agora eu não consegui entender o que está se passando com meu pai (...)”

Raquel: Filha

“(...) Meu pai tem enfizema pulmonar, ele não largou o cigarro, só pode piorar. Já sei disso, mas até ... esse enfizema pulmonar ... como é que ele termina? Quero ter uma explicação ... afinal ele vai indo, vai indo, chega até um certo ponto e o quê? Falta de ar ... é? Tem que ter uma explicação. Então eu acho que nessas reuniões seria pra explicar (...)”

Pedro: Filho

WALDOW (1998, p. 155) em recente estudo que discute o resgate do cuidado humano, reafirma a importância de que o profissional de saúde compreenda a família como uma importante e positiva variável no que diz respeito às suas necessidades de cuidado, principalmente no que diz

respeito ao recebimento de informações acerca da situação da pessoa internada e afirma que:

“Se a família não se sente esclarecida suficientemente, se os membros da equipe são indiferentes aos seus sentimentos e necessidades, a família, ao invés de ajudar, pode dificultar o processo de cuidar. (...) Na verdade, na maioria das vezes, a família também necessita de cuidado e pode através de seu comportamento, estar expressando e solicitando isso.”

Ainda no que diz respeito à necessidade de receber informações, um outro aspecto fica claro, qual seja, o estigma causado pela internação em uma UTI:

“(...) é porque o CTI assusta né. Ah, tá no CTI, e como se tivesse morrendo essas coisa toda, assusta muito (...)”

Raquel: Filha

“(...) é uma coisa assim, não sei é a primeira vez que acontece isso, ela já teve um derrame mas foi uma coisa menos grave, e não ficou num tratamento intensivo, ela ficou hospitalizada, normal.”

Rebeca: Filha

Os familiares, por conta de sua bagagem de conhecimentos, tipificam a UTI como o local do Hospital em que as pessoas muito graves

são internadas e que de lá muitas vezes não sairão recuperadas. Tipificação esta que faz o familiar mostrar-se a maneira que sua situação biográfica condiciona.

Na perspectiva de Schutz a situação biográfica se caracteriza pelo acervo de conhecimentos à mão que o indivíduo dispõe a partir de herança de seus antecessores e suas próprias vivências, possibilitando desta forma sua interpretação do mundo.

Em suas falas, apreendidas nesse momento do vivido, é possível observar que o entendimento acerca do que venha a ser uma UTI é, algumas vezes, em parte modificado quando tomam conhecimento “in loco” das aparelhagens ali alocadas e presença contínuas dos profissionais que ali desenvolvem suas atividades, bem como, das possibilidades atuais de seu familiar.

“(...) Ai ontem quando eu cheguei , que eu entrei aqui no CTI, eu fiquei feliz, sinceramente, eu cheguei em casa e disse: eu sei que o quadro dele não é, é grave mas a maneira que eu vi ele ali tão bem tratado, tudo limpinho, tudo bonitinho ai eu cheguei em casa e disse mãe ele pode não estar bem, mas pode ficar sossegada que agora eu sei que ele está bem (...)”

Samara: Filha

“(...) quando eu vim aqui no domingo eu achei o local limpo, achei é, vou ser sincera, eu achei assim

que as pessoas, os enfermeiros e os médicos estão mais atentos né, qualquer coisa acho que vão cuidar do paciente, acho que não vai acontecer o pior com ele (...)

Raquel: Filha

Por outro lado, paralelamente ao reconhecimento da tecnologia oferecida para assistência de seu familiar, bem como a capacitação técnica dos profissionais daquele setor, a tipificação no que refere-se a hostilidade do ambiente é mantida, e os mesmos desejam poder manter os laços afetivos vigentes por acreditar que tal procedimento é capaz de acelerar a recuperação do familiar.

"(...) Apesar de ser enfermeira, trabalho com pediatria e fico pensando um dia ter que trabalhar em um CTI. Sei lá acho que não sirvo prá isso aqui não. É tudo muito fechado, muito triste. Hoje estou conversando com você e olhando e vendo tudo diferente (...)"

Áurea: Filha

Assim a categoria **COMPARTILHAR** emerge das falas que apontam a necessidade de envolver-se com assistência como uma possibilidade da manutenção da relação afetiva, instituída pelos laços familiares.

Desta forma, fica evidenciada ainda, a perspectiva da manutenção da dinâmica familiar, quando os familiares procuram suprir o aconchego

familiar à pessoa internada, considerando ainda a possibilidade de participar desse cuidado desde que receba orientações.

”(...) Já pensou se ele resolve não tomar os remédios, acho que a família devia participar, bastava que vocês orientassem o quê fazer e o quê não fazer (...)”

Viviana: Filha

Neste contexto, as falas indicam ainda que os familiares desejam manter os laços familiares com a pessoa internada reforçando a pessoa-família, o que podemos observar nos seguintes trechos das falas:

”(...) ele só tem eu que sou filha caçula e meu irmão, (...) e tem a minha mãe, então somos nós três né.”

Raquel: Filha

“(...) nós moramos em três, ela, eu e meu filho. (...) minha mãe já é vovó.”

Rebeca: Filha

“(...) tenho dois filhos, ele com 22 anos vai fazer agora no dia 6 de fevereiro e uma filha com 20 .”

José: Pai

“(...) é incrível mas a gente ter que pedir permissão pra ver um pai, pra ver uma coisa que é nossa, entendeu, ter que pedir autorização(...).”

Samara: Filha

“(...) ela é minha filha única, uma filha muito amada(...) não gosto de ver ninguém sofrendo.

Agora quando essa pessoa é a filha (...) não dá mais pra ter filho, mas ela já tem uma filha, ela também é filha única (...)."

Maria: Mãe

"(...) sei lá meu pai é teimoso, nós já conhecemos bem o jeito dele, acho que a gente tem mais paciência de agüentar a chatice dele."

Viviana: Filha

"(...) é pensando em minha mãe aí dentro sozinha."

Áurea: Filha

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, considerar a família como cliente da assistência à saúde tem sido proposta de diferenciados estudos, nos mais variados segmentos.

Paralelamente as propostas do Ministério da Saúde apontam diretrizes para o Programa de Atenção à Saúde da Família, ao entender relevante a mudança do enfoque tradicional à doença, para a assistência integral a saúde dos indivíduos e famílias.

Desta forma, penso importante frisar que tais propostas não contemplarão integralmente seus objetivos, enquanto os profissionais envolvidos com seus desdobramentos não pautarem suas ações tendo como ponto de partida o usuário, indivíduo/família, e seu *vivenciando necessidades*.

Neste estudo, partindo de minhas experiências enquanto enfermeira com familiares de pessoas internadas em UTI, senti-me impulsionada a buscar compreender as vivências desses no sentido de evidenciar as situações de conflito que se mantêm presentes nas relações entre familiares-profissionais de saúde.

Percebo que aquelas situações então conflituosas dão-se por conta de não estarmos conseguindo alcançar a concretude das vivências daquelas pessoas, velando significados, ou seja, maquiando-os, tratando-os conforme nossa perspectiva profissional.

Na esfera hospitalar, a inclusão do grupamento família na assistência prestada vem acontecendo paulatinamente com experiências isoladas, onde sua presença visa a contemplar, na maioria das vezes, as necessidades que pressupomos relevantes ao cliente internado.

Nessas propostas, em detrimento aos significados das vivências das pessoas envolvidas, ainda não compreendidas pelos profissionais de saúde, dão-se ocasiões em que o grupamento família experiencia conflitos ao possivelmente considerar-se coadjuvante de uma assistência que, no seu aqui-agora, pode não contemplar suas necessidades concretas.

O entendimento que permeou o estudo é de que as necessidades dos indivíduos são alicerçadas pela sua compreensão de mundo, e que sua tradução, ou seja, seu significado objetivo, não se dará ante pressupostos. Essa forma de agir do profissional, desconsiderando as vivências dos familiares, é um dos aspectos apontados neste estudo, e o vislumbrar de uma outra possibilidade de agir deu-se a partir da opção pelo referencial teórico

condutor do estudo.

Desta forma, sob a ótica da sociologia compreensiva de Alfred Schutz, foi possível fazer emergir um vivido de **peçoas-famíliares de peçoas internadas em UTI**, até então ocultado por estudos explicativos e de relações causais.

Nesse vivido ficou evidenciado que necessidades já pontuadas em estudos anteriores trazem um interior carregado de significação, não contempladas pela assistência até então efetivada.

A necessidade de receber informações e compartilhar da assistência prestada mostra-se agora contextualizada, possibilitando que o profissional de saúde reflita sobre o conteúdo das mesmas, ao executar suas ações.

Ao lançar mão da abordagem compreensiva, o enfermeiro pode aproximar-se do vivido do grupamento família, apreendendo aspectos que se mostram relevantes para um novo olhar. Olhar que, redirecionado, possibilitará aos profissionais de saúde avançar ao nível de perceber a relevância da inclusão desse familiar como clientela de seu cuidado.

O atendimento dessas necessidades pode acontecer desde que mediado por uma efetiva relação social, ou seja, uma relação de ir e vir,

intersubjetiva, relação profissional-família-pessoa internada onde todos possam expor suas expectativas, agindo uns sobre-os-outros.

Para isto é relevante que o saber-fazer profissional, o cuidar, seja alicerçado pelo intercâmbio de projetos, momento onde a ação de cuidar tenha em vista atender a ação de buscar o cuidado.

Nesta possibilidade, o profissional estará também entendendo-se homem situado no mundo da vida (mundo do cuidar), não estático, capaz de receber influências desse mundo social que, também, acrescerão experiências à sua bagagem de conhecimentos.

Aponto para uma proposta onde o crescimento é simultâneo, profissional-família-pessoa internada, e capaz de intermediar um cuidar dinâmico e humano. Para tanto, a estratégia da entrevista fenomenológica, pautada nas concepções da sociologia compreensiva de Alfred Schutz, mostra-se como possibilidade efetivadora da relação social enfermeiro-família-cliente internado, acreditando que desta forma estaremos permitindo à clientela compartilhar do cuidado prestado.

Neste sentido, abre-se uma nova perspectiva efetivadora para a humanização do cuidar nas UTIs. Humanização que terá em vista não apenas aspectos relacionados à planta física e à ambientação desta Unidade

sob o ponto de vista profissional, mas que também, paralelamente e na mesma medida procurará dar conta de compreender as necessidades concretas, expressas pela clientela-família .

Neste novo contexto, a humanização passa a ser concebida como uma ação humana, profissional, intencional, e dirigida a outros seres humanos, conscientes de suas necessidades.

Logo, considerando que o primeiro contato com a UTI, na maioria das

vezes, é mediado pela relação face-a-face com o enfermeiro, quando este preocupa-se prioritariamente em abordar o familiar solicitando sua aderência a um programa assistencial pronto, acabado em si mesmo, entendemos oportuno reconsiderar este momento, como uma ocasião de descobertas mútuas.

Momento em que o enfermeiro estará investindo numa efetiva relação social, intersubjetiva, que possibilitará ao familiar, levando em consideração suas possibilidades, assumir em definitivo seu papel como parceiro do cuidar, abandonando em definitivo o desempenho de mero espectador de uma assistência rotineira .

Assim, toda a discussão que perpassa pela humanização da ação

do cuidar - **humaniz-ação** estará agora subsidiada pela compreensão da ação do profissional, pessoa que tem em vista cuidar de seres humanos numa inter- relação de perspectivas, com a compreensão da ação da pessoa que procura pelo cuidado.

No momento em que o **enfermeiro - ser humano que cuida** compreender que ao desenvolver suas ações está agindo sobre o **cliente - ser humano que**, no caminho inverso vem **agindo à procura do cuidado**, ambos atribuindo significado a este momento, certamente será possível experienciar uma relação de troca de perspectivas onde a **humaniz-ação do cuidar** será entendida de forma holística.

Holística, no sentido de estar aberto inclusive para a compreensão das situações vivenciadas pelas pessoas no mundo da vida, mundo que extrapola o eu individual, lançando-se intersubjetivamente para uma realidade social concreta, onde o saber-fazer da enfermagem insere-se como ação humana de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, J.L. Normatização para a implantação e funcionamento das UTIs no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. de Terapia Intensiva**. Petrópolis, v. 4, n. 3, p. 71-77, 1992.
- ANNUNZIATA, J. & JACOBSON-KRAM, P. **Terapia Familiar- resolvendo junto os problemas**. Traduzido por Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BELLI, M.A. de J. Assistência à mãe de recém-nascido na UTI neonatal. **Rev. Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 193-210, 1995.
- BRASIL, Ministério da Saúde- OPAS/OMS **Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde**. Brasília, 1978.
- BRASIL, Ministério da Saúde- Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília, 1997.
- CAMARGO, M. **Valores da Existência Humana: ideais e desafios da vida e da morte**. Petrópolis: Vozes, 1991.

CAPALBO, C. **Metodologia das Ciências Sociais - A fenomenologia de Alfred Schutz**. Rio de Janeiro: Antares, 1979.

_____. Abordando a Enfermagem a partir da Fenomenologia **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 70-76, mai., 1994.

CARVALHO, A. de S. **Metodologia da Entrevista – uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CASTRO, D. S. **Experiências de Pacientes Internados em UTI: análise fenomenológica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP, 1990.

_____. A família e suas necessidades durante a internação de um ente querido na terapia intensiva. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50, 1998, Salvador. **Resumos**. Salvador: ABEn, 1998. p. 11.

CATARINO, J., CASSIANO, J. e SILVA, R. C. O respeito como princípio moral básico e principal princípio em enfermagem. **Nursing**, Lisboa, v.9, n.99, p. 21 – 24, abr. 1996.

CHAVES, E.C. & IDE, C.A.C. Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.29, n.2, p.173-179, ago., 1995.

- CIOSAK, S.I. & SENA, S.G. **A Enfermagem em UTI - um momento de reflexão**. São Paulo: Littera Editores, 1983.
- CORRÊA, A.K. **Sendo Enfermeira do CTI**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, 1995.
- COYNE, I.T. Parent participation: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, n.23, p. 733-740, 1996.
- CURRY, S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente internado na unidade de cuidados intensivos. **Nursing**, Lisboa, v. 8, n. 94, p. 26-30, nov., 1995.
- DAWSON, J.A. Admissão, Alta e Triagem na Unidade de Terapia Intensiva. In: FEIN, I.A. **Gerenciamento da Unidade de Terapia Intensiva**. 3 ed., Rio de Janeiro: Ed. Interlivros, 1993. p.587-594.
- DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F.B. (org.) **Vida e Morte: ensaios fenomenológicos**. São Paulo: Editora C.I., 1988.
- ESPÍRITO SANTO, T. J. M. **Segurança Emocional Como Necessidade Humana Básica** – atuação do enfermeiro junto ao cliente em unidade de terapia intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro – UNI-RIO, 1984.

FINKIELKRAUT, A. **A Humanidade Perdida** – ensaio sobre o século XX. São Paulo: Ática, 1998.

GOMES, A. L. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988.

HUSSERL, E. **A Filosofia Como Ciência de Rigor**. Traduzido por Albin Beau. Prefácio por Joaquim de Carvalho. Coimbra: Atlântica, 1965.

JESUS, M. C. P. de **A Educação Sexual na Vida Cotidiana de Pais e Adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-U.S.P.,1998.

KALOUSTIAN, S. M. (org.) **Família Brasileira**. A base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994.

KAMIYAMA, Y. & CHILDA, A. M. Necessidade Cognitiva de Familiares de Doentes Contagiosos Internados em Unidades de Isolamento. **Rev. Enf. USP**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 53 - 65, 1982.

LISS, P. E. **Health Care Need** . Aldershot: Avebury, 1993.

LOPES, R.L.M. et al. Fenomenologia e a Pesquisa em Enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 49-52, mai., 1995.

- MANZOLLI, M.C. **Relacionamento em Enfermagem - Aspectos Psicológicos**. 2. ed., São Paulo: Sarvier, 1987.
- MARCONI, M.A. & PRESSOTO, Z.M.N. **Antropologia: uma introdução**. 3.ed., São Paulo: Atlas, 1992.
- MELLO FILHO, J. Entre a Vida e a Morte: abordagem psicossomática em emergência e CTI. **ARS CVRANDI**. São Paulo, v.16, n.5, p.12-31, jun., 1983.
- MICHEL, J.L.M. et al Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: há interesse neste profissional? **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.5, n.1/4, p.26-35, jan./dez., 1992.
- NOGARE, P.D. **Humanismo e Anti-Humanismos - introdução à antropologia filosófica**. 13. ed., Petrópolis: Vozes, 1994.
- NOGUEIRA, M.J.C. Assistência de Enfermagem a Família. **Enf. Novas Dimensões**, v.3, n. 6, p. 327-329, 1977.
- PANIZZA, L. **Da Sociologia Compreensiva de Max Weber à Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz**. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro – U.F.R.J., 1980.
- 36 PARGA NINA, L. (coord.) **Estudos das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados**. Rio de

Janeiro: IBGE, parte I, 1976.

PASTORE, K. Uma Jornada no Inferno. **Revista Veja**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 19, p. 72-79, 1995.

PATRÍCIO, Z.M. Cenas e Cenários de Uma Família- a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: ELSÉN, I. et al. **Marcos Para a Prática de Enfermagem com Famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 93-119.

PLOWRIGHT, C.I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. **Nursing**, Lisboa, n.102, p.30-32, jul./ago., 1996.

ROBERTSON, L. Informação é a chave para dar responsabilidades à família. **Nursing**, Lisboa, n.99, p.29-30, abr., 1996.

RODRIGUES. B. M. R. D. **O Cuidar de Crianças em Creche Comunitária**: redimensionando o treinamento numa perspectiva compreensiva. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, U.F.R.J., 1996.

SAPETA, P. O Doente Terminal e a Família: realidades e contextos. **Nursing**. Lisboa, n.117, p.28-31, dez., 1997.

SALGADO, Z. **O Significado do Teste Anti-HIV para o Cliente**: uma perspectiva de compreensão. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro-UNI-RIO, 1993.

SATIR, V. **Terapia do Grupo familiar**. Tradução de Achilles Nolli. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1988.

SCHUTZ, A. **Collected Papers I - The Problem of Social Reality**. The Hague: Martinus Nijhoff, 1962.

_____. **Fenomenologia del mundo social**. Buenos Aires: Paidós, 1972.

_____. **Estudos Sobre Teoria Social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

SHARP, S. O Stress nas UCI's. **Nursing**. Lisboa, n.107, p.26-30, jan., 1997.

SILVA, M. J. P. da. A Importância da Comunicação nos Processos de Qualidade. **Nursing**. São Paulo, n.1, p.20-26, jun., 1998.

SIEBENEICHLER, F.B. **Valores Éticos Profissionais**. Comunicação pessoal, 1986. (mimeo.)

SIEBENEICHLER, F. B.(org.) **Ética, Filosofia e Estética**. Rio de Janeiro: Editoria Central da U.G.F., 1997.

✓ SIMONTON, S.M. **A Família e a Cura**. São Paulo: Summus, 1990.

SOUSA, R.M.C .de **Visitas em UTI: subsídios para reflexão.** **Rev. Paul. de Hospitais**, São Paulo, v. 36, n. 1/2/3, p. 24 -29, 1988.

SPINDOLA, T. O CTI sob a Ótica da Enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 56-67, nov., 1993.

STOTZ, E. N. **Necessidades de Saúde Mediações de um Conceito.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP, 1991.

TAKAHASHI, E. I. U. O grau de parentesco do visitante e a resposta emocional do doente infartado. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v.3, n.1, p.26-27, jan./fev., 1983.

_____. **A Emoção na Prática de Enfermagem: relatos de enfermeiros de UTI e UI.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, 1991.

TOCANTINS, F.R. **As Necessidades na Relação Cliente-Enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde-** uma abordagem na perspectiva de Alfred Schutz. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro - U.F.R.J., 1993.

WALDOW, V. R. et. Al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

60

Anexos

ANEXO 1

Carta de Autorização da Direção do Hospital Geral de Bonsucesso

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO**

OFÍCIO/MS/HGB/Nº 12/96, 19 de novembro de 1996

**Do: Diretor de Divisão Médica Assistencial
À : Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFRJ
Srª Coordenadora Sueli de Souza Baptista**

Ilmª Srª ,

Esta Divisão Médica Assistencial em resposta a Carta datada de 25/10/96, dessa Coordenação, informamos que a Enfermeira Lia Cristina Galvão dos Santos, está autorizada a executar trabalho de pesquisa, no Hospital Geral de Bonsucesso, podendo citar o nome deste Hospital em sua Tese.

Sendo o que nos apresenta para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente,

Dr. Benedito Pinheiro Meireles
DIRETOR DIV. MED. ASSISTENCIAL



ANEXO 2

Carta de Autorização da Chefia da Unidade de Terapia Intensiva



MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO

A

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós Graduação

Comunico que é com grande prazer que recebemos a enfermeira, Lia Cristina Galvão, aluna do seu curso de doutorado de enfermagem, colocando nesse Serviço a sua disposição para coleta de dados para o seu projeto de Tese.

Colocamo-nos à sua disposição para quaisquer outras atividades que se façam necessárias.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma linha decorativa curva que se estende para a esquerda e para baixo.

pp

Marcel Daychoun
Médica
CRM 52-26335-8

ANEXO 3
ENTREVISTAS

Depoimento Raquel: Filha*

Quando eu vim aqui hoje, ontem eu estive aqui né, visitá-lo e ele passou mal... é secreção que ele tinha na garganta, né ...devido à operação. Meu pai é cardíaco e ele tem 71 anos e eu sou filha e tenho a maior preocupação com ele, eu quero estar aqui todo instante acompanhando prá saber o que tá acontecendo com ele porque realmente eu não sou enfermeira, não sou médica nunca estudei nessa área então eu não sei. Se o médico me dá um nome estranho eu tenho que decifrar procurar livros e até agora eu não consegui entender o que está se passando com meu pai. Se ele estava na enfermaria, 5□ feira a última vez que eu vi, de repente ele veio parar no CTI e eu soube desta informação domingo quando eu estava vindo prá cá e levei o maior susto porque eu ia prá enfermaria não ia vir pro CTI. Agora, ... e quando ele vai ter condição de ... é ... voltar a vida normal ? Porque ele operou, retirou as cordas vocais, eu quero saber se ele tem condições de falar novamente, se tudo que ele está passando agora é temporário, porque ontem o médico falou comigo que ele num está fora de perigo ainda que ele tem que ter certos cuidados e é estes certos cuidados que está me preocupando. Ai eu queria saber tudo sobre isto, sobre o estado principalmente dele, devido a operação eu quero saber tudo, os exames que ele faz o resultado, acompanhar né. Porque ele só tem eu que sou filha caçula e meu irmão, meu irmão também é enfermeiro só que ele não trabalha aqui, trabalha em outro hospital e tem a minha mãe, então somos nós três né. Então é essa a condição, é tanta coisa e eu gostaria de saber o que está acontecendo com ele. Desde que ele ficou doente eu só, venho com ele no hospital, faz endoscopia prá esses tratamentos todos. É porque o CTI assusta né. Ah, tá no CTI, é como se tivesse morrendo essas coisas toda, assusta muito. Mas quando eu vim aqui

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

no domingo eu achei o local limpo, achei é, vou ser sincera, eu achei assim que as pessoas, os enfermeiros e os médicos estão mais atentos né, qualquer coisa acho que vão cuidar do paciente, acho que não vai acontecer o pior com ele. Lá na enfermaria, eu não estou falando mal de ninguém, eu estou falando o que eu vejo. Lá na enfermaria elas estão ali vão dar o remédio, não ficam o tempo todo com o doente porque tem outros trabalhos a fazer né, aí me dá uma vontade de ficar lá na enfermaria junto com ele porque eu ficava ali o tempo todo olhando ele. Agora, as enfermeiras não podem ficar o tempo todo olhando. Mas no CTI não, no CTI já é mais, acho que é mais seguro né. Seguro de vida né, é mais seguro. Eu estou mais tranqüila neste aspecto. Agora eu não sei o que está se passando com ele, porque eu queria vir conversar com o médico. Porque ontem não deu pra conversar com o médico totalmente direito, porque minha mãe é muito emotiva. Minha mãe já operou o coração também, ela estava ao meu lado e eu não fiz perguntas a respeito, eu queria saber hoje. Vou lá vou ver o que eu posso fazer né. Não sei se hoje eu encontro médico, mas eu vou tentar alguma coisa. Eu tenho em vista assim, eu quero informações sobre o meu pai. chegar aqui e procurar saber a situação dele, se ele melhorou ou se não. Porque ontem ele passou mal e aí eu fiquei preocupada com o estado de saúde dele. Porque ele tem 71 anos, é uma pessoa de idade, então isto tudo me preocupa. Por isso é que eu vim aqui hoje. Não foi nem tanto prá vê-lo foi mais pra conversar com o médico. Eu perguntei pro médico, assim que ele saiu da cirurgia, Dr. agora eu posso ficar tranqüila que o meu pai não tem mais o câncer, retirou o câncer? A doença é., é a raiz né, cicatrizou lá dentro posso ter nenhuma preocupação com isso? Ele falou assim, é aparentemente eu não posso te dizer isso, a gente colheu o material e mandou lá pro laboratório fazer exame. E esse exame leva tempo prá ver se acusa se ele ainda está com câncer ou não. Aí ele falou o nome do exame, mas eu... eu esqueci, é

um nome complicado, é ..., ah ... eu esqueci, esqueci, sei que é prá saber isso. Ele falou que se desse positivo ele aí tinha que dar ... continuar com o tratamento, uma coisa assim. Aí eu não sei porque quando ele veio prá operar aqui o médico da endoscopia disse que o câncer tava na laringe, né. Agora eu não sei, se...ainda , retirou a laringe, agora eu não sei se o câncer ainda ficou lá dentro na garganta dele ou atingiu algum outro órgão isso eu não sei. Eu tou bastante preocupada com tudo isso, né. Quero saber sobre o exame, se deu normal e essa possibilidade dele voltar a falar. Depois ele não fala mais e essa dor muito grande. E o médico falou que se ele não operasse ele poderia morrer né. Porque ele já estava sentindo muita falta de ar, né ... de oxigênio, ele andava um passinho, pequeno, não podia aumentar, ele já estava cansado. Aí o médico falou, tem que operar urgente! Porque se não operar.. porque o câncer também ele evolui né , ele cresce né, não tem jeito, se não tirar não tem jeito, (inaudível) ..., aí ele mexe com a mão e às vezes ele quer me transmitir alguma coisa e eu não entendo, é uma situação muito chata. Mas agora eu tô mais preocupada é com o coração dele né, dele sai do CTI e depois vai voltar prá casa. Mas esse sair do CTI não é só porque eu estou com pressa, porque eu acho que ele está melhor aqui do que na enfermaria. Pelo que eu vi, eu achei que ele está muito bem aqui do que na enfermaria. Não é comparando os colegas não porque eu gostei de todas as enfermeiras de lá, mas eu acho que aqui tem mais cuidado, se não, não se chamaria CTI, né?

Depoimento Rebeca: Filha*

Saber qual, ... receber orientações sobre a doença dela, de melhoras, conversar com o médico saber se ela tem possibilidades de melhoras, qual é o grau da doença dela, entende. Porque eu sei que o problema dela é grave, mas se futuramente a gente pode pensar numa melhora, entende. Eu gostaria de conversar isto com um médico, saber melhor, me entrosar mais, saber o quê que eu posso ajudar, o quê que eu posso, o quê que posso deixar de fazer, entende. Tudo isso, a forma que eu posso ajudá-la. Eu gostaria de saber uma forma que poderia ajudar melhor. É vir visitá-la? É não vir visitá-la? Se puder trazer alguma coisa. Se puder falar alguma coisa, entende. Porque é uma coisa assim, não sei é a primeira vez que acontece isso, ela já teve um derrame mas foi uma coisa menos grave, ela não ficou num tratamento intensivo, ela ficou hospitalizada, normal. Ela tinha consciência, a gente conversava, até então normal, agora... no estado que ela tá, prá mim é novidade. Então eu gostaria de conversar com o médico sobre isso, em relação a isso, saber o que eu posso fazer entende. E claro eu tenho fé que ela melhore, acredito. Nós moramos em três, ela, eu e meu filho. Mas existe o meu irmão que é casado, tem dois filhos e meu outro irmão também. Minha mãe já é vovó. Conforme o médico me falou agora o lado direito dela agora paralisou, antes era o lado esquerdo.

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

Depoimento José: Pai*

Eu quero informação sobre o estado do paciente, isso é muito importante prá gente. Porque a gente se tranqüiliza mais, sabe a situação, se é muito perigosa, se a situação está normal. Ou como é que está, a gente fica mais tranqüilo um pouco. O que acontece é o seguinte, as vezes a gente chega e não tem uma certa informação então dentro de casa fica um diz uma coisa outro diz outra e fica naquela a gente fica com a cabeça a mil. Então a gente tendo da pessoa que trabalha uma pequena informação de qualquer tipo de informação dá mais tranqüilidade. Tranqüiliza mais um pouco, de qualquer jeito que der a informação te tranqüiliza, né. Bota mais a cabeça no lugar, pensa mais direito. Sabe o que é que vai fazer. A situação é esta. Porque você como enfermeira, que trabalha, a situação dele tá ..., vamos dizer ele não tá ruim, não tá boa, tá ruim mas ou menos, tá se recuperando um pouco. Tudo bem tem uma tranqüilidade, a situação dele é melindrosa, tudo bem a gente já está mais com uma expectativa de qualquer jeito. Porque a gente que trabalha como eu trabalho de quarta a domingo, eu saio quatro horas da manhã e chego cinco da tarde. Só não trabalho nem segunda, nem terça, nem sexta, eu trabalho quarta e quinta, sábado e domingo. Então a gente já vai trabalhar com a cabeça no lugar, sabendo o quê, que, ... pensando esperando qualquer tipo que vier, qualquer reação. Porque a gente que trabalha, volta e encontra um filho um parente no estado que está, qualquer hora está esperando qualquer situação. Até tranqüiliza mais a cabeça porque a gente, ... se vier susto, não vai levar susto, porque já está (inaudível)... numa boa, ou numa ruim né? Isso se tudo acontece na vida. Então de qualquer jeito a gente tá esperando. Se entendendo, tendo uma palestra com uma pessoa que

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

trabalha, dá mais tranqüilidade, sobre o estado do paciente, como é que o paciente tá indo, como é que tá reagindo. Se a gente chegar e disser assim: o paciente está devagar, você fica sabendo que qualquer reação pode vir de uma hora para a outra, aí a surpresa. Se disser não tá reagindo bem, tá devagarinho, tranqüilo, tranqüiliza muito a cabeça. Tem muitos que tem a cabeça nu lugar, tem muitos que não tem né. E aí eu não me preocupo, porque só no Miguel Couto eu tive internado, 68 dias, batida de carro, então eles chegar prá mim me traz mais notícia, isso aí qualquer coisa que acontece já tô com a cabeça no lugar pro que der e vier. Já a minha mãe não, tem 74 anos vai fazer 75, ela criou ele desde pequeno. Hoje enquanto ela não veio aqui prá ter notícia não sussegou e disse: vou com você. Eu disse: vamo bora. Mais vamo com Deus e ficar tranqüila. Agora eu não, já tenho a cabeça no lugar, 49 anos, toda notícia que vier prá mim tô sempre seguro, sempre tem que tranqüilizar, a gente pode esperar o bom e o ruim. Ainda mais no meio onde a gente vive né. Na cidade em que nós vive, de violência, de tudo de uma hora prá outra, a gente tudo tem que Ta com a cabeça no lugar. Ele foi internado aqui, sábado meio dia eu tinha ido trabalhar 4 horas da manhã e eu não sabia de nada. Quando eu cheguei em casa que ela disse: tudo bem? Eu disse: O (diz o nome do filho) chegou? Chegou. Mais aí eu disse: Não, pode contar logo a verdade não é surpresa. Ela disse: Olha uma bala perdida pegou ele, tava tomando cerveja com uns colegas, uma bala perdida pegou ele no braço, ele tá internado. Prá mim não é surpresa, porque eu tô cansado de avisar: olha esse negócio desses bar, olha a hora que chega em casa, que nós moramos num setor que não é mole. Ainda mais aqui em Bonsucesso. É tiroteio toda hora. Se tá num botiquim, tem bala perdida pegou no braço. Fiquei na minha. Só que eu tive aqui sábado de tarde quando ele foi prá operar, aí ele tava perdendo sangue, disse assim só quero saber uma coisa: se ele se recupera ou se morre. Porque do jeito que o Sr.

disse que ele, talvez ele não guente nem a operação, né? Mais se ele guentar vai ficar com ... , o negócio da bala, amanhã ou depois a gente providencia prá poder tirar. É mais tranqüilidade, eu fico mais tranqüilo. A pessoa que tem 49 anos tem a cabeça mais no lugar. Qualquer notícia prá mim é tranqüilidade. Fico naquela, se for uma notícia ruim a gente se choca um pouco, a gente tem a cabeça no lugar e não pode perder a cabeça. Se você se apavora, você age de um jeito ou age de outro. Então não pode, você tem que ter a cabeça no lugar. Da família eu sou o filho mais velho, são 4 irmã mulher e 2 homens, então quem segura a família sou eu. Porque na casa em que meu pai mora e minha mãe mora, quem paga o aluguel e quem faz despesa sou eu, então não posso perder a cabeça. Tenho dois filhos, ele com 22 anos vai fazer agora no dia 6 de fevereiro e uma filha com 20. Então, sou separado da mulher com mais de 15 anos. Então, com os 2 filhos que eu tenho, com a família que eu tenho, que eu seguro eu não posso perder a cabeça. Se eu perder a cabeça, é que cai tudo. Tem que ter tranqüilidade. Agora mesmo: ... eu tô com um irmão com um negócio aí de uma mulher, que ele tá preso na 17, vai sair depois de amanhã, já vou sair daqui e vou correndo prá lá. Amanhã, tenho que ir de tarde no advogado. Levar o dinheiro do advogado prá soltura dele. Tem que ter a cabeça no lugar. Sou eu que tenho esta cabeça. Por isso que eu venho, foi difícil de vir no domingo, ontem ela subiu, mais minha filha eu não subi. A enfermeira mandou uma notinha com tudo que tinha que trazer, trouxe hoje. Tô com cabeça tranqüila, você não pode perder a cabeça, ainda mais quando a família é pequena e você é uma pessoa que assume tudo aquilo. Se você perder a cabeça já era. Tem que estar com a cabeça no lugar. Eu acho importante, ouvir uma palestra sua, você como enfermeira, mesmo que a situação com ele esteja como esteja dá mais uma tranqüilidade prá gente, que ele está sendo tratado por uma pessoa que tem capacidade, que sabe o que

está fazendo, entendeu? Então a gente tem mais tranquilidade. Se o estado dele for ruim, então você vai chegar prá mim numa boa. É principal que você não me engane, que você chegue e diga: Seu filho foi internado, foi operado, uma operação difícil, sabe que ele perdeu muito sangue, o estado dele não é o melhor. Então, eu vou tomar providência na minha vida prá qualquer coisa que acontecer, porque eu quero tá seguro, então entendeu? você vê aí, como eu entrei aí, chego batendo um papo com ele, eu vi a enfermeira na porta, daqui a pouco desaparece ... deixa a gente mais tranqüilo. A pessoa que trabalha sabe o que está fazendo, sendo bem tratado como eu tive aí no domingo, uma enfermeira com quem eu bati um papo, uma pessoa educada, trata a gente muito bem, com delicadeza, a gente sabe o que está fazendo, fica tranqüilo, sabendo no setor em ele tá, tá sendo bem tratado. Se acontecer, vier acontecer o pior, não foi por motivo, não foi por falta de trato porque está tendo assistência. Entendeu? Isto é o que importa. Está tendo assistência suficiente. Eu tive aí no domingo, minha mãe subiu ontem aí. Tô vindo hoje de novo, sei que tá tendo assistência de vocês é o que tá valendo a pena. Isso é o que eu quero.

Depoimento Pedro: Filho*

Eu vim com a intenção do seguinte, de me esclarecer, meu pai está doente, internado, como é que está o estado dele? A pessoa fica querendo saber, né? Tem pessoas que não gostam de saber, tem até medo de saber das coisas. Eu já gosto de saber. Prá me preparar. Então eu queria saber o estado dele, como está se passando, o que pode ser feito, as chances, ninguém pode dizer nada certo. Tem coisas que a gente programa que vai acontecer e as vezes, não dá tudo certo. Mas a gente quer é ver, olha ele tem isso, isso, isso, isso é difícil, vamo dizer, não há cura total, mas pode melhorar, pode ficar melhor ir prá casa. Não quer dizer que vai ficar bom, e as vezes não, ele vai ficar bom, então a pessoa quer saber. Eu acho que a pessoa tem que saber das coisas, não pode ficar sem saber. Eu tô vendo ali, meu pai, converso com ele, ele não responde, ele não dá sinal dele. Tá até corado, tá bem, mas poxa não é o estado dele, não é assim. Eu já acompanho ele há muito tempo. Sou quem venho pro médico sempre com ele, então eu sei, o que ele tem prá mim não tem cura. Já ouvi mesmo assim: daí prá pior. Mas nunca enfrentou um pouco assim, ele nunca se internou nem nada. Ele sempre conseguiu ... tomar remédio, ficar assim mas dessa vez ele teve uma queda, veio e ficou mais abalado. Até onde atingiu agora? Uma pergunta que prá mim fica ... muito incerta. Ainda ontem eu quis falar com o médico e o médico não estava ... acabou a visita e ele não estava. Se quiser ficar esperando aí, mas ele tá na emergência. Eu tive que ir embora porque tinha que trabalhar. Aí hoje eu disse não, será que hoje o médico vai chegar prá família e dizer: Olha isso, assim, assim cê pode ajudar o doente assim. Cê chega, pergunta, fala, orientar como se comportar também diante do doente. Porque a

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

gente não sabe, eu chego lá começo a perguntar ele, prá forçar, ver se ele vê, se ele sente, se eu tô fazendo bem ou mal eu não sei. Eu falo prá ele mas fico até com medo de ...falar muito e tá fazendo ... não tá ajudando. Então se o médico disser assim: Não é bom você fazer isso, vamo ver se ele consegue vê. Ele tá com os olhos fechados, abrir os olhos, a gente dar ânimo prá pessoa, mas tudo isso prá gente fazer tem que ter um aconselhamento ... de um médico, se é bom ... se é ruim, ... isso eu não sei. Isso é o que eu pensava. Meu pai tem enfizema pulmonar, ele não largou o cigarro, só pode piorar. Já sei disso, mas até ... esse enfizema pulmonar ... como é que ele termina? Quero ter uma explicação ... afinal ele vai indo vai indo, chega até um certo ponto e o quê? Falta de ar ..., é? Tem que ter uma explicação. Então eu acho que nessas reuniões, então seria prá explicar. Eu não entendi, que vem todo mundo junto. Eu acharia que devia ser uma prá cada paciente, por que como é que ele vai explicar a todos no mesmo tempo, né?

Depoimento Paulo: Filho*

Bom na verdade, é ... é o primeiro encontro que eu tô vindo, quer dizer eu não tive nenhuma experiência anterior. E ... e, esse encontro eu tava presumindo que fosse informações é ... quanto o estágio da enfermidade do meu pai. É ... as possibilidades que ele tinha, os riscos que tinha, que corre, o que ocorre na doença dele e informações quanto ao estado dele, porque que ele fica sempre sedado assim, entendeu? É claro que a gente sempre tá aqui e ele tá sedado, não consegui vê-lo falando, falando não, com os olhos abertos, se movimentando, tá sempre sedado, é isso, e basicamente é isso. Esse encontro que eu tinha, é... na parte médica e nessa parte, noutra parte que antecede a reunião médica eu estava presumindo que fosse dados pessoais, do doente, dados da família, condições sociais de um modo geral. Era isso que eu esperava, eu pensei que fosse, essa reunião preliminar, antes da reunião médica, propriamente dita, eu pensava que fosse pra saber dados do paciente, dados pessoais dele, dados da família, condições sociais da família, condições de ... manter o doente quando depois que sai daqui, quais são as condições, entendeu? Eu pensava que fosse isso. Até certo ponto é, né? É nós fizemos uma reunião com a família, principalmente os filhos e fizemos é.. é ... um meio de todos poderem estar presentes neste momento, e com disciplina, com uma ... uma... uma escala até ... de ... de ... tomar, pegar um tempo de cada um que possível, de todos da família. Os mais chegados e os menos chegados. Então nós colocamos, cada dia de visita vem um filho. São três filhos, vem um filho com mais um da família. No outro dia vem o outro filho com mais um da família. Ai no terceiro dia vem o outro filho com mais um e depois repete, os filhos todos vêm, é ... no dia de visita, acompanhado de um

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

cunhado, de um primo, de ... tio, de ... um irmão, de ... um sobrinho, mas os filhos necessariamente, eles terão que tá aqui no dia de visita. E a gente, a respeito de como vai proceder, é... meio de locomoção, como é que vai ser ... um remédio que possa comprar, a gente, quem pode comprar compra, a gente ... reúne, quem vai comprar? Eu compro. Deixa que eu compro, deixa que eu compro, a gente tá. E támo também dando uma assistência assim ... mais de perto à nossa madrasta que é a esposa dele. Sempre o que ela está precisando, o que ela precisa, acalmando ela, trazendo ela de vez em quando, não traz muito porque ela é uma pessoa muito emotiva, não pode estar sempre junto, mas a gente sempre explicando a ela o que está acontecendo, é dessa maneira.

Depoimento Samara: Filha*

Ele passou mal no sábado, umas dores horríveis, inclusive eu nem estava aqui no Rio eu estava em São Paulo, tava indo à passeio, e parece que ele veio aqui e daqui mandaram, transferiram ele prá Ilha. E da Ilha, ele ficou lá, mas transferiram ele prá cá porque fizeram exame e acharam que era hérnia inflamada, supurada. Fez exame. Não, não é não. Ai transferiram ele logo prá cá, ai já veio de ambulância, prá cá. Ai os médicos fizeram exame. Provavelmente devem ter detectado o que foi, porque a gente não teve acesso a nada, ficamos sentados lá fora, no banquinho, ali o dia inteiro a espera de notícias até que a gente veio a saber que era intestino perfurado, aquele ... diverticulite. Como nós tínhamos, meu cunhado é da policia, ai ele consegui entrar, prá saber notícias. Ai ele já estava na sala de cirurgia. E nós conhecemos também a (diz o nome de uma das enfermeiras do CTI) daqui, enfermeira, dá plantão aqui, você conhece? (Confirmei conhecê-la) E por nossa sorte no domingo ela estava de plantão aqui, mas ele não estava aqui estava na sala ai ao lado, na UI (unidade intermediária). A gente estava aqui desorientado, sinceramente todo mundo muito triste, todo mundo sem notícias, de nada, de nada, de nada. A gente ia de um lado pro outro. Foi ai que fomos naquela portaria de lá, tem uma janelinha lá que informa, mas não sabiam informar como ele estava. Ai eu falei meu Deus, meu pai tá lá dentro grave e a gente tá aqui, não tem acesso prá falar com ninguém. A gente não pode entrar? Ai meu cunhado por sorte conseguiu subir de novo e conseguiu pegar o médico na hora que estava saindo da sala de cirurgia. Ele disse que a cirurgia tinha ido razoavelmente bem, que ele estava muito

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

infeccionado por dentro, teve que lavar, que o intestino vai ficar prá fora e tal, aquele troço todo. Que nós não poderíamos ficar ali e que fossemos prá casa. Quer dizer, é uma situação difícil, porque a gente, é o pai da gente, a gente tem carinho e a gente vê assim largado, jogado, não sabia onde é que ele tava, como tava acomodado nem nada. Então ninguém consegue dormir. Quando foi ontem de manhã eu falei assim pro meu marido, me leva prá lá porque eu de lá não saio sem ver o meu pai. Eu vou dar um jeito de entrar lá. Ai eu vim aqui ontem, porque ai eu já tive a informação da (fala o nome da enfermeira, sua conhecida), que ele estava com sedativos, na UI, mas que tava indo mais ou menos, ai eu vim aqui em cima pedir informações, até que o guarda que tava aqui ontem foi muito bom, super atencioso, me deu a maior assistência. Falei: vê se ele tá lá dentro prá mim ... porque me informaram que é aqui que ele está. Porque a (diz novamente o nome da enfermeira) já não estava mais aqui, ela tinha trabalhado no horário da noite. Ai ele falou: tá aqui sim. Pôxa mais eu queria tanto ver! Eu não conseguia entrar todo mundo me bloqueava. Ai eu peguei e fui lá na assistente social, expliquei prá ela meu pai foi operado, a gente está sem noticia, eu quero noticia dele, saber como ele está passando, tal. Ai ela foi, ligou prá cá, prá essa enfermaria, ai aqui tinha informado que ele tinha acabado de sair, tinha ido pro 4^o. andar, na enfermaria. Ai eu falei: eu quero ver ele, você me dá uma autorização. Ai ela me deu uma autorização, por sorte minha na hora em que eu entrei na enfermaria, o médico que operou ele estava na sala. Mas assim que eu perguntei, né, ai já não foi tão claro. Sabe eu queria mais informações, queria saber mais e ele não foi muito claro, me deixou ficar lá um pouquinho, depois saiu, fiquei super assim, triste de ver ele ali, sabe... jogado... jogado na minha opinião, né. Um monte de gente ao mesmo tempo, ele não tava igual aos outros porque ele tava no, no ...

respiratório, né? Ai depois a própria enfermeira, escutei uma conversa assim: mas ele tá no respiratório aqui na enfermaria? Ele não tinha que está aqui! Ai logo depois o médico voltou prá sala e disse: consegui uma vaga no CTI ele vai ser removido prá lá e você não pode mais ficar aqui. Ai eu voltei lá naquela portinha, lá embaixo porque eu achei que ele foi tão atencioso comigo. E ele me falou: olha você me liga depois, porque se ele for pro CTI você pode ver ele hoje. Eu disse: ai que bom. Foi ele que me avisou que a gente podia ver ele todo dia entendeu? Porque o médico mesmo ... também não sei se o médico tem conhecimento disso. As enfermeiras também não falaram nada. Fiquei que nem a uma barata tonta. Meu Deus então vou ter que esperar até 3^a feira prá ver meu pai? Ai depois a gente ficou sabendo que ele tava com uma deficiência respiratória, devido a idade, porque ele está com 71 anos, e que a operação tinha ido bem, mas que ele não tava resistindo à cirurgia por causa da idade, né, por causa do peso da idade. Ai minha mãe que tava sem ver ele, porque ela estava com problema na perna porque ela teve um derrame, então ela tem uma caminhada meio ruim, e como hoje à tarde é terça-feira, né é dia da visita geral, eu queria evitar justamente esse constrangimento dela ter que vir 3^a feira, na hora do tumulto, ela pudesse ver ele agora de manhã, entendeu? Porque ela tá também sem ver ele desde sábado quando ele saiu de casa prá ser internado ela não vê ele. Ontem quando eu estive aqui de tarde o guarda deixou entrar dois, entrou eu e meu irmão. E o guarda que tava no plantão de ontem ele falou: olha amanhã tem uma reunião aqui com todos os médicos. Ai eu falei assim: ah é? Não deixa de vir não, alguém tem que vir prá representar a família. Ai eu falei: então eu venho, ai como minha mãe também está vindo aqui né, prá se tratar, porque a gente infelizmente não tem plano de saúde, ai eu falei mãe como a senhora já vai lá de manhã, então me espera até 9 horas, nove e meia prá gente ir à reunião com os médicos e prá ver se a

senhora consegue ver papai. Porque ela mesmo não sabe de nada, veio essa minha irmã que é a mais velha e tem ficado em casa com ela dando uma assistência a ela, quem tem vindo somos nós. Ai ontem quando eu cheguei, que eu entrei aqui no CTI, eu fiquei feliz, sinceramente, eu cheguei em casa e disse: eu sei que o quadro dele não é , é grave mas a maneira que eu vi ele ali tão bem tratado, tudo limpinho, tudo bonitinho ai eu cheguei em casa e disse mãe ele pode não estar bem, mas pode ficar sossegada que agora eu sei que ele está bem, porque por um momento nós até pensamos, não a gente pede dinheiro emprestado mas a gente vai tirar ele de lá, quando eu vi ele na enfermaria. Eu tive assim um choque muito grande em ver ele ali na enfermaria. Tirar ele de lá eu sei que não podia, a gente tinha que conversar com os médicos, ter condições de levar, de ser transportado, a nossa idéia era até fazer isso mesmo mas quando nós chegamos aqui ontem à tarde e vimos ele aqui dentro eu fiquei super mais tranqüila. Porque pô ele tá sendo bem tratado, tudo limpinho, tudo muito bonitinho, ali a gente sabe que está todo mundo tomando conta dele, até melhor que lá na enfermaria, né porque na enfermaria não tem o tempo todo alguém tomando conta e vim hoje disposta a falar lá com os médicos prá deixar a gente ver ele de novo, porque fica difícil ainda perguntei: será que a gente não podia ficar uma pessoa ficar acompanhando ele? Ai o médico disse que não. Ai ontem também lá em cima a enfermeira disse: Dr.(diz o nome de um médico) disse que não quer ninguém da família agora. De repente, é o que eu falo, as vezes o tratamento dele é uma questão de reação dele, do organismo dele. Eu acho que o carinho de família nessa hora é muito importante. Se tivesse condição de alguém ficar ou pelo menos ficar um pouco mais tempo, não ser limitado né essas horas de visita porque ele fica aqui o dia inteiro, a noite inteira, a gente só tem uma horinha prá ver durante o dia, nós somos 5 irmãos, todo mundo casado. Então a família é muito grande

e ainda me avisaram ontem, mesmo assim são dois e não tem rotatividade, não pode entrar dois, sair e entrar mais dois, os dois que entram são os que vêem, e os outros que ficam? A gente fica, quem vai amanhã então? Eu por mim queria ver toda hora todo dia, entendeu? Mas eu sei que os outros também querem vir ver, então se pudesse ter pelo menos num dia, não vou dizer assim nessa reunião, mas que pudesse ter um horário mais flexível prá gente poder entrar. Meu irmão hoje ia trabalhar, ele disse: eu não posso faltar hoje e a tarde não vou poder ir, será que eu não conseguia uma autorização prá ver ele numa outra hora? Quer dizer, era isso que eu acho que poderia talvez dar uma melhorada, na questão de horário. Ontem eu ainda disse assim pro meu irmão quando a gente estava aqui esperando a hora: É incrível mas a gente ter que pedir permissão prá ver um pai, prá ver uma coisa que é nossa, entendeu, ter que pedir autorização ... (chorando)... Eu quero ficar aqui com ele, cuidar dele. Vim hoje disposta a saber tudo que aconteceu com ele.

Depoimento Maria: Mãe*

Eu calculei que esta reunião deveria ser alguma coisa relacionada com o paciente. Algum tipo de informação, eu calculei mais ou menos isto e aí resolvi vir. Eu estive ontem aí e conversei com a doutora mas a gente tá sempre querendo saber mais. Hoje então que cheguei se eu pudesse dar uma olhadinha, aquilo né, a gente fica (assenti com a cabeça). Eu sou muito emotiva, ela é minha filha única, uma filha muito amada, a minha gravidez foi uma gravidez excelente, um amor prá essa criança nascer, não só meu como da parte do pai, eu era muito amada também pelo meu marido, ele morreu de um derrame cerebral, uma coisa inesperada, está fazendo 7 meses que eu estou viúva, apesar de eu ser emotiva assim mesmo já de muito tempo, eu não gosto de ver ninguém sofrendo. Agora quando essa pessoa é a filha então aí já viu né? Então do jeito que ela ficou, ela teve uma menininha, até hoje eu trouxe prá fazer exame de sangue, (diz o nome da neta), está com treze dias. E aí é isso, eu vou querer saber as perspectivas aí dela após isso aqui, né? Porque inclusive eu vou ter que procurar, não sei se aqui no hospital oferece esse tipo de trabalho, que é um acompanhamento, ela vai precisar de um acompanhamento psicológico, eu tenho prá mim que vai porque uma menina de 16 anos, adolescente, perder o útero, ovário e as trompas, embora para o útero ela estava preparada mais ou menos, foi infecção que deu. Porque é aquele negócio, não dá mais prá ter filho, mas ela já tem uma filha, ela também é filha única. Eu tinha feito um trabalho assim em cima dela, né? Você já tem a menininha. (repete o nome da neta), a gente não vai ficar feliz porque aconteceu isso, mas não era uma coisa de desesperar. Então eu já tinha trabalhado

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

isso, quando eu soube do problema, e aí precisou tirar trompas e ovários e aí eu já não sei como vai ficar a cabecinha dela. Porque é um preconceito, eu sei que existe esse preconceito. Eu espero que ela não fique com isso, não fique frustrada. O que eu puder fazer eu vou fazer, mas eu não sou uma especialista, né? Eu sou metida né? pela vivência a gente adquire aquela psicologia mas eu sou uma pessoa muito sensata e eu sei que há um especialista prá isso. O meu conhecimento tem limites, eu sou limitada, isso é claro. Então, o que eu puder fazer de minha parte eu vou fazer mas vou procurar prá ver o que pode ser feito. Quero que ele faça realmente essa sondagem prá ver se há essa necessidade. Porque de repente, não, porque ela é uma menina também muito ponderada, ela é mais ou menos assim ponderada, é estudiosa está fazendo o segundo grau, tira boas notas, é muito estudiosa, fez curso de balé, academia, dos 4 aos 13 anos. É uma menina que na medida, eu como professora, e a gente sabe que professora não ganha lá essas coisa, e meu marido era encarregado da construção civil, encarregado de carpinteiro, a gente procurava fazer o possível por ela. Então ela sempre foi uma menina muito bem encaminhada, né? Nunca deu trabalho, o único trabalho que ela deu e não sei se isso é trabalho, mas eu aceitei, porque justamente com o namorado arranjar um filho. Não estava nos nossos planos, mas aconteceu, eu ... eu tentei, eu ... procurei trabalhar isso de uma maneira muito natural, prá poder ela ter uma gravidez calma, tranqüila, foi o que aconteceu. E o namorado também não sei mas apresenta gostar dela, quer dizer, não saiu fora, gosta muito da neném. Então eu acho que ela não vai ter necessidade, mas é aquele negócio, acho é uma coisa e a realidade é outra né? O ser humano é assim cada um tem sua cabeça, cada cabeça a sua sentença.

Depoimento Viviana: Filha*

Bem, o quê eu tenho em vista é saber tudo sobre a doença de meu pai. Tenho vindo aqui no horário da visita e cada dia converso com uma pessoa diferente, é ... médicos e enfermeiras. Sei lá parece que não pensam todos a mesma coisa. Então, eu soube pela enfermeira de ontem que hoje aconteceria uma reunião com a médica chefe e a chefe de enfermagem, aí eu pensei: agora sim vou ficar sabendo de verdade como está o meu pai. Eu quero entender o que está acontecendo, quero que falem comigo explicando, mas os médicos falam rápido e eu fico com vergonha de ficar indagando. Mas hoje vim disposta a saber tudo, quero tudo explicadinho. O quê ele tem, quais as chances, quantos dias ainda vai ficar aqui. Será que nós da família podemos ajudar. No primeiro dia pediram que eu trouxesse pasta de dente, sabonete. Será que não precisam de mais nada? Sei lá meu pai é teimoso, nós já conhecemos bem o jeito dele, acho que a gente tem mais paciência de agüentar a chatice dele. Não sei pode ser que se a gente ajudar ... Nós temos vontade de estar sempre por perto. Já pensou se ele resolve não tomar os remédios, acho que a família devia participar, bastava que vocês orientassem o quê fazer e o quê não fazer. Um dia, eu tenho duas irmãs, meu pai passou mal e ficou internado em um Hospital aqui perto (diz o nome do Hospital) você conhece? (assenti com a cabeça). Pois é, lá só dão informação na hora da visita, não ... dão aquela na portaria também, aquela assim: o doente está bem, o doente está regular... a gente lá sabe o que é regular...? Não sou médica, não somos de Hospital, penso que nem aqui muita gente não sabe o que é regular ou é bem. Agora aqui no CTI espero que nesta reunião expliquem tudo direitinho. Ele já está aqui há 4 dias e nós só vemos ele dormindo. Meu

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

vizinho disse que é coma. O que é isso? Quando ele for embora prá casa, nós acreditamos nisso, como vamos fazer para cuidar dele? Será que vão orientar a gente? Ele ainda vai ter que ficar na enfermaria quando sair do CTI? Lá mesmo é que ninguém fala nada com a gente. Sei lá acho que é isso tudo que eu tenho em vista.

Depoimento Áurea: Filha*

Nunca passei por essa situação antes, eu sou enfermeira, é diplomada, formei na (diz o nome da faculdade). Pensei que sabia muita coisa, sei lá acho que sei sim afinal tenho alguns anos de profissão mas agora sinto um enorme vazio. Preciso que me ajudem, quero saber realmente o que está acontecendo com ela. Vim aqui hoje porque ainda não consegui conversar com um médico que trabalhe aqui todos os dias e possa me responder como está a evolução clínica dela. Conversei no outro dia com o (fala o nome de um dos médicos plantonistas) e com a (fala o nome de uma das enfermeiras plantonistas) mas sei lá. Não, eles foram super atenciosos comigo mas a dúvida permanece na cabeça da gente. Mãe é mãe, e se eu pudesse estar aqui participando da assistência dela acho que estaria mais segura. Mas eu não posso, já me disseram que se permitirem uma pessoa terão que permitir todas as outras. Eu sei como é, lá onde eu trabalho pensam assim também. Acho que eu mesma já pensei assim. Mas agora é diferente. Acho que mudei meu pensamento. Quero hoje na reunião perguntar novamente se podemos, nós ... eu e minha irmã, ajudar. Ela gosta quando eu venho, ajudo a dar comida prá ela, fica toda animadinha. Mas acho que quando eu vou embora ela fica triste de novo e aí não há remédio que dê jeito. Ela é hipertensa há muito tempo, tomava remédio porque eu ficava controlando quantos comprimidos ainda estavam na caixa. Ela dizia: será que todo o mês tenho que comprar mais uma caixa ? assim não acaba nunca ... que doencinha! Eu ia e explicava: mamãe é assim mesmo, a senhora vai precisar tomar o remédio prá sempre. Ela ficava furiosa. Mas acabava aceitando e tomando. Minha irmã era quem levava ela ao médico, ela é solteira, tem uma paciência que você não acredita. Mas também trabalha à tarde, aí já viu

* pseudônimo atribuído pela pesquisadora.

o que acontece prá conseguir visitar tem que pedir muito e explicar que não pode vir à tarde prá conseguir, às vezes, ver pela manhã. Mas sempre tem uma pessoa que deixa ela entrar. As vezes ela vai na assistente social. Mas eu pretendo hoje ouvir algo que consiga trazer prá gente uma certa orientação. Quero saber a verdade, se ela tem ou não chances e se tem como podemos ajudar. Posso vir para dar as refeições prá ela ? Minha irmã pode vir pela manhã e ler prá ela ? Apesar de ser enfermeira, trabalho com pediatria e fico pensando de um dia ter que trabalhar em um CTI. Sei lá acho que não sirvo prá isso aqui não. É tudo muito fechado, muito triste. Hoje estou conversando com você e olhando e vendo tudo diferente. Seria importante que todos os profissionais da nossa área pensassem como estou pensando hoje. É ...pensando em minha mãe aí dentro sozinha.