

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO UFRGS

**O SER HUMANO INCONSCIENTE:
COMO O SEU FAMILIAR O COMPREENDE**

VANDERLEI CARRARO

PORTO ALEGRE, JANEIRO DE 1998.

VANDERLEI CARRARO

**O SER HUMANO INCONSCIENTE:
COMO O SEU FAMILIAR O COMPREENDE**

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
em Assistência de Enfermagem, Expansão Pólo
III - UFSC - UFRGS - Porto Alegre-RS, para
obtenção do Título de Mestre em Enferma-
gem.**

Orientadora: Dr^a Dulce Maria Nunes

Porto Alegre, janeiro de 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE

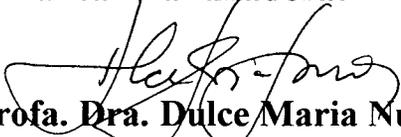
VANDERLEI CARRARO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sendo aprovada em 12 de janeiro de 1998 e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Banca Examinadora:


Profa. Dra. Dulce Maria Nunes

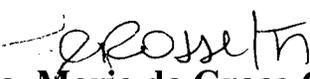
Presidente


Profa. Dra. Rosita Saupe

Membro


Profa. Dra. Nara Maria G. Bernardes

Membro


Profa. Dra. Maria da Graça Crossetti

Membro


Profa. Dra. Ana Lúcia L. Bonilha

Suplente

Ficha Catalográfica

C311s

Carraro, Vanderlei

O ser humano inconsciente: como o seu familiar o compreende/
Vanderlei Carraro; Orient. Dulce Maria Nunes. - Florianópolis: UFSC,
Porto Alegre: UFRGS, 1997.

113f.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Extensão Polo III - UFSC - UFRGS.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

O familiar. - 2. O significado da assistência do ser doente inconsciente. - 3. Sensações. - 4. Sofrimento. - 5. Angústia. - 6. Ansiedade. - 7. O chorar. - 8. O espaço. - 9. O movimento. - 10. O corpo. - 11. A imagem. - 12. O afeto. - 13. A transformação. - 14. Os cuidadores. - 15. A privação. - 16. Os desígnios de Deus e a finitude. - I. Dulce Maria Nunes. - II. Universidade Federal de Santa Catarina. - III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. - IV. Título.

Lucia Vauthier Machado Nunes

Bibliotecária - CRB 10/193

AGRADECIMENTOS

A Dra. Dulce M. Nunes, Orientadora, pela solicitude e sabedoria;

A minha família, a Beatriz, a Laura e em especial ao Maurício, pela paciência;

Aos colegas mestrandos de turma, pela amizade e cooperação.

Ao Corpo Docente do Mestrado, pela dedicação;

Aos Professores da minha Escola, pelo estímulo;

Aos meus alunos da Graduação;

A Lia B. Funcke, a Neiva L. Koch, a Rosa S. Moisés e o Sérgio Gambarra da Silva, todos do NIENF, pela ajuda inesgotável;

As Bibliotecárias Leonora B. Geiss e Lúcia V. M. Nunes, pela colaboração;

A Professora Inês Batista, revisora de Língua Portuguesa;

A monitora Fernanda Garcia, pela disposição;

Aos Cuidadores do HCPA e HPS, pela facilitação desta pesquisa;

Aos familiares e seus pacientes, pela contribuição e disponibilidade;

Ao meu pai, mãe e irmãos, inspiradores desta pesquisa;

Aos meus amigos e amigas, que estiveram comigo nesta trajetória.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1	DESCREVENDO O PERCURSO DO PESQUISADOR	08
1.1	DESCREVENDO A INCONSCIÊNCIA	17
1.2	DESCREVENDO A PRESCRIÇÃO QUE CRITICO	18
2	MOMENTOS DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	19
2.1	PERCORRENDO ASPECTOS DE FENOMENOLOGIA E O PENSAMENTO DE M. HEIDEGGER	19
2.2	A ESCOLHA DOS SUJEITOS	22
2.3	A REGIÃO DE INQUÉRITO	23
2.4	A COLETA DOS MATERIAIS	23
2.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	25
3	OS DISCURSOS.....	29
3.1	A REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS DISCURSOS.....	35
3.2	A LINGUAGEM DO PESQUISADOR.....	41
3.3	A ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	46
4	AS CATEGORIAS.....	54
5	A SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVEGENTES.....	89
6	A SÍNTESE DAS IDIOSSINCRASIAS.....	92
7	AS INTERSIGNIFICAÇÕES.....	93
8	REFLETINDO SOBRE OS SIGNIFICADOS DA INCONSCIÊNCIA.....	99

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMO

Este estudo ensejou investigar como o familiar acompanhante compreende a inconsciência do seu doente no hospital. Através de uma abordagem qualitativa fenomenológica, o pesquisador procurou compreender, interpretar e desvelar a experiência vivida pelo familiar-sujeito desta pesquisa. Desenvolveu-a fundamentado na filosofia de Martin Heidegger e seguiu os passos metodológicos de fenomenologia de Merleau-Ponty. Os materiais foram coletados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, locais onde freqüentemente se encontram doentes na situação de inconsciência. A pesquisa possibilitou conhecer aspectos do mundo-vida do acompanhante, os quais levaram o pesquisador a refletir sobre sua prática de cuidado a esse familiar, bem como poder qualificar o ensino no que se refere à compreensão do fenômeno, caracterizado nas categorias a seguir mencionadas: o doente no mundo do hospital; o familiar caracterizando seu doente; o familiar: suas preocupações, compromisso e envolvimento; o sofrimento: uma realidade do familiar; o vir-a-ser após a doença: a transformação; o mundo dos cuidadores; a apreciação do familiar em relação aos cuidadores; o significado da inconsciência do ser doente; a religiosidade, a fé e a espiritualidade; o doente: seu corpo e sua imagem; o familiar: experiências passadas; a confiança do familiar e as esperanças do familiar. A partir do fenômeno clarificado, o pesquisador reflete sobre as sensações; o sofrimento; a angústia; a ansiedade; o chorar; o espaço; o movimento; o corpo; a imagem; o afeto; a transformação; os cuidadores; a privação do convívio; os desígnios de Deus e a finitude.

ABSTRACT

This study has attempted to investigate how the family member who accompanies a hospitalized sick person sees them. Through a qualitative phenomenological approach, the researcher has tried to understand, interpret and reveal the experience undergone by the family member-subject of this research work. He has developed it based on Martin Heidegger's philosophy and has followed Merleau-Ponty's methodological steps of phenomenology. The material was collected at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and at the Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, which are places where sick people in a situation of unconsciousness are frequently found. The research enable aspects of the sick person's companion's world-life to be known, leading the researcher to reflect on his caring practice to the family member as well as to be able to improve the teaching provided in regard to the understanding of the phenomenon characterized in the following categories: the sick person in the hospital world; the family member characterizing the sick person; the family member; their worries, commitment and involvement; suffering; a family member's reality; the future being after the illness; the transformation; the world of the care-providers; the family member's appreciation of the care-providers; the meaning of the unconsciousness of the sick being; religiousness, faith and spirituality; the sick person: Their body and their image; the family member: past experiences; the family member's confidence and hopes; From the clarified phenomenon, the researcher reflects on the sensations; suffering; anguish; anxiety; crying; space; movement; the body; the image; affection; the transformation; the care-providers; the impossibility of a daily life together; God's ways and the finitude.

1. DESCREVENDO O PERCURSO DO PESQUISADOR

“A existência do homem como ser no mundo se dá através de uma consciência de mundo; é uma existência cuja realização abrange uma história de tempos, espaços e gestos, desenvolve-se num mundo de realizações, interesses e explorações, de lutas e fracassos”.

M. Heidegger

Ao descrever meu percurso como pesquisador, senti necessidade de refazer passos que já percorri, tais como as experiências escolares, doenças na família, convivências no curso de graduação, como aluno, professor e enfermeiro, buscando o que me foi significativo com a intenção de descrever, “deixar fluir”.

Em minha vivência como aluno de primeiro grau, lá pelos anos de 1967-1969, lembro a insistência de minhas professoras para que eu fosse o representante de saúde da turma, que na época se chamava de “o responsável pelos cuidados de primeiros socorros”. Lembro, como se fosse hoje, que usava uma identificação, no braço direito, em forma de cruz de cor vermelha e sempre também levava comigo uma “maletinha” branca. Dentro dela, se ainda me recordo, havia esparadrapo, mercúrio, gases e algodão. Durante mais ou menos três anos, esse foi o meu papel. O que significou para mim esta experiência de vida? Não lembro, mas com certeza estava no meu inconsciente, aguardando seu desvelamento.

Em meados de 1972, iniciei minha trajetória como aluno no Curso de Graduação em Enfermagem. Minhas colegas de turma muito me influenciaram na escolha dessa opção durante o ciclo básico. Hoje as “coisas” se tornam mais claras para mim: o fato que decidi minha permanência no curso de enfermagem foi a doença e a necessidade de hospitalização de meu pai - quanta saudade, velho!, internado num hospital de uma cidade do interior, em estado de inconsciência por acidente vascular cerebral. Pensei

em trancar meu curso para ficar cuidando de meu pai. Fiquei três meses (1972) afastado.

Neste período, ainda com escassos conhecimentos, dediquei-me aos cuidados de meu pai, tanto durante a sua hospitalização, quanto após a sua alta - para casa.

No início foi um período difícil, o pai naquele estado de quase total dependência... foi difícil. Nos últimos dias de internação, ele se encontrava consciente. Lembro que o médico chamou a família e comunicou que seu Júlio, meu pai, receberia alta. e que todos os cuidados em casa estavam “prescritos” numa folha para a família seguir.

Meu pai, ao receber alta hospitalar, se encontrava consciente, afásico¹, com dificuldade na deglutição, com hemiplegia² esquerda quase total e com um desvio da comissura labial importante, modificando a sua fisionomia e a sua imagem.

Na prescrição dos cuidados fornecida à família, constavam cuidados de toda a natureza tais como mudança de decúbito, banho no leito, colocação na cadeira duas vezes ao dia, auxílio na alimentação, solicitação da presença de fisioterapeuta quatro vezes por semana.

Percebemo-nos “aturdidos” ao ter de seguir uma lista de cuidados sem nunca termos participado da maioria deles enquanto meu pai estava hospitalizado; estávamos despreparados, pois não havíamos sido chamados para participar dos cuidados.

O que permaneceu para mim e para minha família foi o estado anterior de meu pai: uma pessoa alegre, disposta, comunicativa e sempre trabalhando.

A transformação causada pela doença, durante a internação hospitalar, fez com que toda a família ficasse imbuída da vontade de ajudar, uns no auxílio direto dos cuidados, os demais na ajuda financeira ao tratamento fisioterápico e medicamentoso (Na época, os recursos financeiros eram escassos).

¹ Afásico - Para LUCKMANN (1996), é a dificuldade na palavra falada, escrita, mímica ou tátil, devido a lesão no cérebro.

² Hemiplegia - Para LUCKMANN (1996) é a paralisia de um dos lados do corpo, devido a lesão no cérebro.

Por decisão da Comissão de Graduação³, eu prestaria os exames teóricos e práticos ao final do semestre. Após algum tempo, percebi que alguns familiares, embora sempre cooperativos, já esboçavam reações não só de cansaço, mas também de insatisfação “silenciosa”, choro às escondidas, discussões entre alguns. Surgiam perguntas como “Até quando vamos suportar?”, “Teremos dinheiro suficiente para continuar?”, “Por que está demorando tanto para o pai melhorar?”, “Por que o pai não se ajuda mais?”, “Não seria melhor interná-lo num asilo?”, “Será que estamos fazendo tudo certo?”, “Por que, no hospital, não nos avisaram do que vinha pela frente?”. Como teria sido importante termos recebido melhores esclarecimentos sobre o estado de inconsciência do pai, para podermos compreender o seu modo de ser naquele momento e nos momentos seguintes!

Esse momento foi significativo: percebi que a minha intenção de fazer alguma coisa estava nascendo. Prometi a mim mesmo que, em situações de vida semelhante, faria todo o possível para ser diferente.

Meu pai melhorou com o passar do tempo, e eu fui aprovado nos exames de final de semestre.

Quando iniciei o ensino prático no Curso de Graduação, sempre que pude, preferi áreas de cuidado em alto risco, tais como Unidades de Tratamento Intensivo (U.T.I.), Emergências, Salas de Recuperação. Nessas áreas, me sentia bem, quer dizer, parecia que era necessário saber mais, estudar mais, conhecer melhor, estar mais habituado a manusear os equipamentos sofisticados (como respiradores, bombas de infusão, cateteres, procedimentos de reanimação cardio-vascular). Creio ter sido um bom aluno. Os professores me incentivavam; os colegas percebiam meu empenho, e, na minha percepção, eu pensava estar prestando um ótimo cuidado aos pacientes.

Embora o currículo da época, no qual estava inserido o modelo biomédico, previsse uma abordagem ao adulto-doente, tenho presente que sempre que possível, du-

³ Comissão de Graduação - Órgão Deliberativo da Escola de Enfermagem responsável pelo currículo de graduação.

rante o aprendizado da prática, me aproximava dos familiares dos pacientes sob meus cuidados, com o desejo de tentar construir uma relação.

Desde aquele tempo, percebia a necessidade de estar junto com a família e com ela organizar um plano de cuidados do seu paciente. Estavam presentes também as discordâncias com alguns professores, os quais referiam que eu estava dispendendo “muito tempo” com os familiares, principalmente quando se aproximava a alta hospitalar dos pacientes. “É só fazer uma boa orientação ao doente e sua família”, dizia uma professora.

Argumentava que, embora respeitasse a prescrição de enfermagem, conforme preconizava o processo de enfermagem-modelo Dra. Wanda de Aguiar Horta*, não “sentia” a participação efetiva dos familiares. Naquela época, já percebia, através de minhas vivências anteriores, que a forma “prescritiva” não poderia ser só de minha responsabilidade. As orientações/prescrições não deveriam ser *para*** o paciente/família e sim *com*** o paciente/família.

Acreditava que as experiências vivenciadas pelos familiares e seus pacientes, bem como suas culturas e crenças, não seriam menos importantes que minhas prescrições.

Muitas vezes, permaneci mais tempo na unidade de estágio para concluir as evoluções e prescrições dos pacientes, porque não aceitava fazer os registros “só por fazer” e sim porque havia uma razão do “fazer” do enfermeiro. Estava claro em meu “ser-estudante” que o familiar deveria sempre participar, compartilhar da decisão sobre os cuidados ao seu doente; o familiar é um “ser-aí” no mundo do paciente.

Ao final de 1975, iniciei minha vivência profissional como enfermeiro, direcionada para a enfermagem intensivista, primeiramente como enfermeiro que prestava cuidados diretos na Unidade de Terapia Intensiva e logo a seguir como professor da

*Teorista brasileira das Necessidades Humanas Básicas.

** Grifos do pesquisador.

disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Curso de Graduação de Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFRGS.

Como enfermeiro, não tive dificuldades quanto às expectativas que o pessoal da área de saúde nutria sobre mim, pois possuía bom conhecimento científico, recebia elogios sobre minha destreza manual e os equipamentos, eu os “conhecia”.

A equipe de saúde já conhecia meu trabalho ou forma de atuar desde aluno de graduação. Todavia, mesmo iniciante, procurei fazer ver à equipe de enfermagem e aos alunos a necessidade de nos “aproximarmos” dos familiares dos pacientes internados.

Começamos essa relação familiar-enfermeiro na UTI, a partir de uma nova forma para visitas, a qual passou a ser nos três turnos - manhã, tarde e noite -, pois anteriormente o horário permitido para visitas era de uma hora em um único turno. Desejava uma maior integração da equipe de enfermagem com paciente e familiar. Lembro que, por algum tempo, tanto os alunos quanto a equipe de enfermagem, de certa forma, criticavam esta “abertura” aos familiares, dizendo que a presença dos familiares nos três turnos “tumulava”, “atrapalhava” a dinâmica da Unidade. Eu estava consciente de que a presença dos familiares “desvelava” o ambiente e permitia que as atividades da equipe fossem observadas mais de perto. Percebia que, para a equipe de saúde, a presença de familiar era vista como se ele fosse um supervisor do ambiente, que antes era um território de conhecimento só dos técnicos.

O cuidado de enfermagem ao paciente estava focalizado na pesquisa de sinais e sintomas das patologias do paciente. A participação da família, embora fizesse parte do modelo de processo de enfermagem, era mínima.

A experiência mostrava, igualmente, que o aspecto administrativo da enfermagem “em nome do cuidado” ocupava uma parte importante do trabalho do enfermeiro (elaboração da escala de atividades, elaboração da escala de plantões, solicitação e controle dos exames laboratoriais, comunicação das dietas ao serviço de nutrição, su-

pervisão do material de rouparia e de limpeza, solicitação e controle do material utilizado: tudo em nome das normas e rotinas estabelecidas).

A conduta da enfermagem junto à família, na ocasião da alta do paciente, era “prescritiva”. Orientações pré-elaboradas, inclusive sob forma de folhetos ou manuais, eram entregues aos familiares. Isso se prestava a fazer com que a família devesse seguir só o que estava escrito (voltava a minha memória a experiência familiar). Minha atividade junto com os alunos; no campo de estágio, permitiu maior aproximação com os familiares dos pacientes, inclusive implementaram encontros sistemáticos entre professor, alunos e familiares na sala de visitas e de forma compreensiva, compartilhávamos as experiências, expectativas, desejos e conhecimentos. Estávamos lá, nós e eles, falando sobre a nossa convivência.

A partir da presença dos familiares junto aos pacientes nos três turnos de trabalho, pude observar melhor que eles reconheciam o ambiente, ou seja, os familiares percebiam melhor que a unidade de internação era um local “acessível”, que eles também poderiam “conhecer”, independente do estado em que se encontravam seus pacientes e da presença de inúmeros e complexos equipamentos.

Embora expressasse sua preocupação pelo estado de saúde de seu paciente, ficou notório que o familiar estava vivenciando a situação não mais desacompanhado e podendo compartilhar.

Com a presença mais constante e disponível do professor e alunos junto à sala de visitas, observei maior interação com família e paciente. Não foram raras as vezes em que, tanto os alunos quanto eu, ouvimos por parte de familiares: *“Como eu tinha medo de entrar na U.T.I.! Estes aparelhos já não me assustam tanto, pois até posso tocar o meu doente e falar com ele”*.

Percebi que algumas transformações estavam acontecendo no ambiente da U.T.I. e da unidade de internação, principalmente na relação entre os familiares e seus pacientes: eles estavam mais próximos uns dos outros por maior tempo. Pude observar o

“tocar” espontâneo, o “falar”, o “perguntar”, o “silenciar”, enfim era como se o familiar estivesse “*ai*” não como uma visita, mas um “*ser com o seu doente*”.

Na alta dos pacientes para a unidade de internação ou para sua casa, os familiares continuavam recebendo, sob forma de prescrições e orientações escritas, os cuidados a serem prestados.

Observei principalmente a preocupação de familiares nas ocasiões próximas da alta de seus pacientes inconscientes. Eles relatavam medo de não poderem cuidá-los quando em casa. Ficou em mim mais forte a convicção de que permitir um horário maior para as visitas e a presença dos enfermeiros junto aos familiares não fora suficiente para que os familiares percebessem o que significava o estado de inconsciência de seus pacientes.

Voltei a lembrar-me da vivência que tive junto com minha família, de meu pai inconsciente. Passei então a interrogar: o que significa para o familiar o estado de inconsciência do seu paciente, visto que tinha como meta observar como os familiares percebiam esse estado e, a partir do que eu pudesse observar, desenvolver o cuidado (a família, o paciente e a enfermagem).

Vislumbrava um cuidado não determinado e prescrito e sim um cuidado a “*ser*” desenvolvido compartilhadamente. Dificuldades neste processo ocorreram principalmente porque assumíamos integralmente os cuidados dos pacientes na unidade, inclusive os de natureza administrativa. Também ocorria a expectativa de que os alunos chegassem para o estágio e desenvolvessem o maior número de procedimentos técnicos e “*treinamento*” dos registros. Era a evidência do modelo tecnicista predominando na enfermagem: o fazer sobrepujando o sentir e o compreender. Sentia que não tinha mais dúvidas: estava convicto de que, possibilitando aos familiares expressar o que significava o estado de inconsciência de seu doente, respeitando suas crenças, valores, vivências e cultura, o cuidado poderia ser compreendido, criativo, compartilhado. Um cuidado *com* eles - familiar e paciente - e não *para* eles. Quanto mais expresso o si-

gnificado do estado do paciente pelo familiar, acreditava que, independente do resultado final, melhor seria a compreensão da vivência.

Em 1995, fui aprovado na seleção para o Mestrado. Durante a entrevista com a comissão, fui questionado sobre qual seria a minha proposta de pesquisa. Estava acentuada em mim a necessidade de desvelar o significado do paciente inconsciente para seu familiar. Eu queria procurar desenvolver uma pesquisa que respondesse ao questionamento: *“O que significa para o familiar o estado de inconsciência do seu paciente?”*.

Desde as primeiras disciplinas do Mestrado, fui delineando minha proposta através, principalmente, dos estudos das Teorias de Enfermagem, Filosofia da Enfermagem e Desenvolvimento do Pensamento Crítico.

Contribuíram para a proposta os estudos calcados em princípios e conceitos das ciências humanas, onde o homem é um ser único, em constante relação com o meio em que vive. Estudos nos quais a orientação de indivíduos e famílias é voltada à escolha das possibilidades, no processo mutável de vida. A orientação não é prescritiva; é o mundo vivido nas experiências, estimulando o descobrir, o compreender e não o resultado, o homem participa de sua saúde, podendo escolher as possibilidades.

Segundo Parse (1981, p.75):

“A prática de enfermagem não é um método prescritivo baseado em diagnósticos médicos ou de enfermagem nem é a oferta de conselhos ou opiniões profissionais”.

Estou consciente de que não será uma única teoria que terá a resposta da minha interrogação neste projeto, mas sim a “procura”, a “possibilidade”, o “caminho”, e inclusive, a “idéia” de encontrar outros teóricos que possam me orientar na busca da essência deste fenômeno.

“A uma civilização que se consuma e se consome ao nível exclusivo do “fazer”, o compreender torna-se obsoleto e sem sentido. O fazer e o

pensar, enquanto possibilidades existenciais do homem, imbricam-se mutuamente; fazer e pensar não são excludentes um do outro. Precisamos permitir que um novo fazer emerja de um novo horizonte. O pensar abre o fazer, mas só se confiarmos no vigor do próprio pensamento. Se a única coisa que podemos querer é a prontidão das respostas, das fórmulas, das regras, o pensar, nesse querer, não pode ser colocado como fundamental. A possibilidade de interrogar o já-dado, nos jogando na liberdade do poder-ser, sem nos conduzir a lugar nenhum já previamente definido, nos faz buscar o conhecer filosófico". (Critelli, 1981)

1.1. DESCRREVENDO A INCONSCIÊNCIA

Inconsciência é uma condição em que existe depressão da função cerebral oscilando entre o torpor (mais leve) e o coma (depressão mais profunda). No torpor, o indivíduo exibe algumas reações a estímulos desagradáveis (uma picada de agulha ou o bater de palmas). Ele pode tentar se defender, emitir sons ou gemidos, ou responder com uma expressão facial.

O coma é um estado clínico de inconsciência, em que o indivíduo deixa de ter noção acerca de si próprio ou do meio que circunda. O mutismo acinético é um estado de irresponsabilidade aos estímulos ambientais, em que o indivíduo não faz nenhum movimento e não emite nenhum som, embora possa manter seus olhos abertos. Segundo LUCKMANN (1996, p. 46), *“é um estado vegetativo persistente, é aquele em que o indivíduo embora vivo, encontra-se totalmente desprovido de consciência, ou seja, em que inexistem qualquer função mental ou cognitiva eficaz”*

As causas de inconsciência podem ser neurológicas (traumatismo craniano, acidente vascular cerebral), tóxicas (superdose de drogas, intoxicação por álcool), ou metabólicas (insuficiência hepática ou renal, cetoacidose diabética).

Os indivíduos inconscientes são vistos como totalmente dependentes de outras pessoas devido ao distúrbio de reflexos protetores. No estado de inconsciente, o indivíduo perde os movimentos espontâneos, necessitando de proteção quanto à integridade da pele devido a pressão prolongada, acúmulo de secreções nos pulmões, podendo apresentar anormalidades no padrão respiratório – obstrução das vias aéreas e a broncoaspiração são complicações comuns. Muitas vezes perdem, a capacidade de deglutir ou tossir, expondo-se ao risco de sufocação; necessitam de maneiras alternativas de manter a nutrição e o equilíbrio hidroeletrólítico. Podem apresentar movimentos oculares descoordenados e respostas pupilares anormais podem aparecer, inclusive a perda do reflexo de piscar.

Um indivíduo tem a possibilidade de permanecer inconsciente por alguns minutos, horas, dias, meses, anos. Pode voltar à consciência, com ou sem seqüelas; pode morrer. Como o familiar percebe esta experiência?

1.2. DESCRREVENDO A PRESCRIÇÃO QUE CRITICO

A prescrição que critico na trajetória do pesquisador, é aquela realizada como uma ordem a ser cumprida de maneira explícita. Aquela prescrição que limita, fixa, determina e ordena. É a prescrição não construída pelos seres envolvidos no cuidado do paciente: familiar, paciente e enfermeiro. Esta prescrição, muitas vezes não leva em consideração as experiências e vivências do paciente e seu familiar. Ela é unilateral, baseada exclusivamente na fundamentação científica e deixa de considerar as questões subjetivas.

E ainda é aquela onde o objetivo é o “*fazer para*” e não a possibilidade de “*fazer com*”.

2. MOMENTOS DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1. Percorrendo a fenomenologia e o pensamento de M.Heidegger.

O ser humano inconsciente é um “*ser-aí*” no mundo.

Martin Heidegger em sua obra *Ser e Tempo* (1993, p.18), descreve:

“Dasein (ser-aí) significa o modo de existir do homem, único entre os existentes. O ser do Dasein vincula-se à temporalidade, em que ser e o tempo estão em íntima relação. O ser-com é um constitutivo fundamental do ser-aí do existir humano”.

O autor continua:

“O homem, o ser-aí, é corpo, expressão e fala. O conjunto destes aspectos gera um discurso. Ao falar, dizer e/ou descrever, o Homem recolhe as significações do mundo. Através do discurso (como um modo de expressão), torna-se possível compreender a situação do homem no mundo”. (apud Silva, 1991).

Interpretando as palavras de Heidegger, Motta (1997, p.38) ao se referir ao “*ser-aí*”, *fala*:

“O ser-aí significa relacionar-se com o mundo, habitar o mundo, mediando-o e interrogando-o. O “estar no mundo” é partilhar com todos os seres humanos, todos os homens, todos os povos, todos os tempos e todos os lugares”.

Esta é uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, que possibilita alcançar a **essência** do discurso, expresso em suas várias possibilidades.

Aqui, o pesquisador se volta para o fenômeno vivido. É uma caminhada rumo às coisas mesmas. Propõe descrever o fenômeno revelado à consciência tal como ele se dá a conhecer. A fenomenologia é um método de pensar e interrogar o mundo.

Utilizou-se a fenomenologia de M. Heidegger, onde se objetiva a visualização do ser na existência.

Este é o processo metodológico pelo qual, enquanto pesquisador, adentrei o pré-reflexivo do sujeito - o familiar - com o propósito de perceber como este compreende a essência do estado de inconsciência do doente que acompanha.

Ao ler a pesquisa de Motta (1997, p.137), a mesma aborda a família:

“A família é constituída pela comunhão do ser-com-o-outro, cujas premissas básicas da relação são o afeto, a lealdade, a responsabilidade com-o-outro, caracterizando-se como uma relação social dinâmica, permeada por crenças, valores e normas da sua tradição sócio-cultural e pelo seu momento histórico de vida”.

Continua a autora:

“As relações familiares apresentam uma multiplicidade de configurações determinadas pelos laços que os unem, pela proximidade, pelas influências absorvidas do seu mundo”.

O homem é um ser lançado no mundo. Os familiares de pacientes inconscientes são *seres-aí-no-mundo* colocados no cotidiano de um hospital.

Esta presença do familiar junto ao seu doente inconsciente, esta forma de relacionar-se com alguém, é o que Heidegger chama de *solicitude*, a qual dispõe das características básicas do “ter consideração” e “ter paciência”.

Os familiares⁴ existem, e existir ao lado de seu doente é compreender a presença dele - o outro. É *estar-com* ele naquele modo de ser (inconsciente⁵).

Elsen (1984, p.61) compreende e diz:

“O familiar atua como unidade de saúde para seus membros, ou seja, ele tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e doença; ele já não pode ser visto apenas como aquele

⁴ Familiar - neste estudo, é considerado pelo pesquisador como o indivíduo que mantém maior proximidade com o paciente, acompanhando-o durante a hospitalização, independente dos seus laços parentescos.

⁵ Inconsciente - Embora LUCKMANN (1996), estudioso sobre a inconsciência, descreva como um estado em que o indivíduo, embora vivo, encontra-se totalmente desprovido de consciência, a visão de inconsciente para este pesquisador é um modo de ser do indivíduo no mundo.

que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde. Ele deve assumir responsabilidades pela saúde do seu doente; para isso precisa ser ouvido em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, ele deve ser cuidado.”

Estudando Nichols (1990, p.42), apreendi que um dos grandes recursos negligenciados em nossa cultura, a família, pode ou deveria ser um refúgio contra a rispidez do mundo exterior; a vida em família define e limita nossa liberdade, mas também oferece um potencial inexplorado para a realização e a felicidade pessoal. O autor afirma:

“A família tem regras e um poder irresistível. Viver no mundo real, tentar lidar com ela, o trabalho e as implacáveis pressões econômicas é como ser apanhado por uma correnteza. Nem todos os problemas familiares têm solução, alguns não terminam: encontrar soluções pode exigir coragem e força de vontade, nos levando aos limites de nossa imaginação”.

Parafraseando Patrício (1994, p.108), entendi que o familiar possui seus próprios pontos de vista sobre saúde e doença, suas próprias atitudes e modo de cuidar.

Esta pesquisa se dedicou a estudar o modo como o familiar expressa suas preocupações, crenças, vivências, ou seja, o seu “existir” enquanto familiar de um ser humano doente e inconsciente, internado no hospital, e compreender o significado das experiências desses familiares, enquanto *seres-aí*, como acompanhantes.

O ser humano é atribuidor de significados para o mundo ao seu redor. Os significados não estão nas “coisas”, mas na compreensão das suas experiências vividas.

A intenção foi de falar do “**ser inconsciente**” como um modo de ser no mundo. Descrever como este ser, estando inconsciente, se torna presente pelas suas manifestações; como é percebido, entendido e também conhecido como um ser humano vivo, *aí*.

Este modo de ser no mundo ocupa um espaço no universo, não um espaço de distância mensurada, mas um espaço como característica ontológica-existencial.

É o que diz Critelli (1981, p.32):

“O espacializar do ser humano, do ser-aí, é o sentir-se próximo ou afastado de algo ou alguém. Posso sentir-me muito próximo a alguém quando penso nele, e muito afastado de uma pessoa ou objeto que podem estar ao meu lado. Através do corpo, de meus gestos, posso me aproximar ou me afastar dos outros, posso achar ou não meu lugar no meu ambiente”.

Esta forma de ser nos possibilita resgatar “o olhar”, (re)ver as coisas de modo simples, um tanto esquecidas neste mundo tecnologicamente avançado.

A intenção do pesquisador foi alcançar os aspectos ainda desconhecidos aqueles que estão mergulhados no silêncio dos que vivenciam esta relação: o familiar e seu paciente inconsciente. Adentra-se então essa existência, esse mundo vivido, que não é apenas só aquilo que se pensa, mas também o que se percebe.

A fenomenologia é uma intenção pedagógica a ser vivida, é viver a experiência dos encontros e das descrições dos mesmos, é um processo pedagógico, pois a fenomenologia nos põe diante de uma situação vivida que traz no bojo o fenômeno cuja experiência não se reduz a nenhuma das formas tradicionais de educação, mas integra todas.

2.2. A ESCOLHA DOS SUJEITOS

Martins fala (1992, p.56) :

“A pessoa ou indivíduo que se vê capaz de experenciar o corpo-vivido por meio da consciência, que é a conexão entre o indivíduo, os outros e o mundo...”.

Entende-se como sujeito a pessoa que acompanha, que vê e que sente seu doente inconsciente hospitalizado, neste estudo considerado o familiar.

2.3. A REGIÃO DE INQUÉRITO

Bicudo & Esposito (1994, p.28) escreveram que a região de inquérito é o mundo-vida dos sujeitos quanto a sua experiência vivida.

A região de inquérito constitui-se das Unidades de Internação do Hospital de Clínicas de P. Alegre (HCPA) e do Hospital de Pronto Socorro (HPS) da capital (Anexo 1).

Os pacientes admitidos nestas unidades são adultos - clínicos ou cirúrgicos - internados em enfermarias com três leitos (HCPA) e enfermarias com mais de quatro leitos (HPS).

Os familiares têm acesso à visita aos seus doentes em um turno, em horário estabelecido pela Instituição, e sempre que forem solicitados. Como rotina, não ocorrem reuniões entre familiares e enfermeiros, somente quando uma das partes solicitar.

2.4 . COLETA DOS MATERIAIS

Para iniciar essa fase da pesquisa, aguardou-se a presença de familiares dos doentes em estado de inconsciência internados nas unidades . De uma maneira sucinta, esclareceu-se os cuidadores* dessas unidades sobre a realização da pesquisa, solicitando a colaboração no sentido de informarem o pesquisador sobre a existência de pacientes internados na unidade em estado de inconsciência. Orientou-se também, que tivessem o cuidado de não informarem aos familiares que seriam procurados para integrar a pesquisa. Todos os aspectos que se relacionaram à coleta dos materiais aconteceram de forma respeitosa e com total preservação do sigilo.

* Cuidadores são os enfermeiros assistenciais das unidades de internação onde foram coletados os materiais do estudo.

Antes de cada encontro, foi previsto o consentimento dos familiares (Anexo 2) em participarem do processo, respeitando a liberdade dos indivíduos quanto ao uso do gravador.

A Questão Norteadora

A questão norteadora foi construída para permitir aos sujeitos discursar sobre sua experiência vivida, enquanto acompanhantes de doentes inconscientes internados. A questão formulada foi:

O que significa para você o estado de inconsciência de seu doente ?

Esta questão já havia sido experienciada durante a Prática Assistencial⁶ e não necessitou retificações.

Descrição ou discurso é a comunicação do sujeito a respeito de suas percepções sobre o seu mundo-vida, atribuindo significados (Martins, 1992, p.59).

Nunes (1995, p.68) descreve:

“Discurso é aquilo que brota de dentro do sujeito, de experiência de seu mundo - vida. É o relato de um sujeito para o outro que não sabe o que o primeiro sente. É a vivência expressa. Lida-se com ela para se obter o significado. Esta não está nas coisas, está no sujeito, que é o atribuidor dos significados”.

No discurso humano busca-se a compreensão.

A técnica escolhida para obtenção dos discursos dos sujeitos foi a entrevista.

Martins & Bicudo (1989, p.41) consideram a entrevista como:

“A única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo de vida do respondente. Ela fornece descrições ingênuas, não re-

⁶ Prática Assistencial - disciplina do Curso de Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Expansão Pólo UFRGS (1996).

flexivas, através das quais o pesquisador procura ver que significado os entrevistados estão tentando mostrar”.

Foram realizadas cinco entrevistas, sendo quatro no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e uma no Hospital de Pronto Socorro. A forma de aproximação do pesquisador com o familiar aconteceu nos momentos em que ele se encontrava na sala de espera ou nos corredores da unidade de internação, momento esse em que se encontrava afastado de seu doente. As entrevistas foram realizadas individualmente, com cada sujeito.

A partir da terceira entrevista, revendo parte desses materiais, o pesquisador percebeu que alguns aspectos dos dados já coletados se repetiam. Considerou, no entanto, que deveria coletar discursos de mais sujeitos no Hospital de Clínicas e em outro local, quando selecionou o Pronto Socorro, por ser um local onde há muitos pacientes inconscientes internados. Isto possibilitou rever a necessidade de aumentar o número de sujeitos, visando sempre a condição de recolher materiais que ampliassem a compreensão do fenômeno em estudo e, após isso, finalizar o procedimento da coleta dos materiais.

A relação sujeito/entrevistador deu-se de maneira compreensiva, facilitando a expressão e a tranquilidade do sujeito e a naturalidade do entrevistador (o pesquisador).

2.5 . ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS MATERIAIS

Ao término de cada entrevista, os discursos foram transcritos tal qual o familiar o verbalizou. Preservou-se a sua linguagem verbal e não-verbal (quando esta pôde ser observada).

Para tratamento dos materiais, a opção escolhida foi a análise fenomenológica através das fases preconizadas por Merleau-Ponty: a **descrição**, a **redução** e a **compreensão**.

A **descrição** fenomenológica é o primeiro momento da trajetória fenomenológica na pesquisa e se constitui da percepção da consciência do sujeito.

Na visão de Martins (1992,p.53):

“Estando abertos para o mundo, estaremos em comunicação com ele, mas não o possuiremos, pois este mundo é infinito. Esta abertura ao mundo subentende uma intencionalidade, isto é, refere-se necessariamente a uma direção da consciência...”

Triviños (1987, p.47), ao falar sobre a fenomenologia, diz:

“A fenomenologia procurou em todas as fases, estabelecer um conhecimento intersubjetivo, isto é, verdadeiramente objetivo, de validade geral para todos”.

A intencionalidade da consciência produz a unidade natural do mundo, não categorizando e não sendo afirmativa sobre o mundo - ela se relaciona com o mundo. De acordo com Martins (1992, p.62), a *“intencionalidade é um aspecto fundamental da consciência”*.

Transcritas as gravações (Anexo 3), o pesquisador passou a realizar leituras atentas, necessárias para adentrar o mundo-sujeito. Enquanto o pesquisador lê, ele reflete sobre o universo da experiência do sujeito.

A **redução**, segundo momento da trajetória fenomenológica, tem como objetivo determinar, selecionar quais as partes da descrição são consideradas essenciais e aquelas que não o são (Anexo 4). O pesquisador deve se distanciar do seu mundo próprio, atendo-se à realidade essencial do discurso do sujeito - a *epoché*.

O comportamento cuidadoso do pesquisador, durante as fases de desenvolvimento da análise dos materiais, permite-lhe manter-se atento ao rigor científico da metodologia.

A redução, segundo Martins (1992, p.59), permite a reflexão sobre as partes da experiência que nos parecem possuir significados. É o momento de ver “as coisas” como elas são, desimpregnadas de preconceitos do pesquisador.

Merleau-Ponty (1994, p.7) refere que:

“É preciso purificar o fenômeno de tudo o que ele tem de contingente, para fazer aparecer a sua essência”.

Unidades de significado:

De acordo com Martins (1992, p. 60):

“As unidades de significado constituem-se em unidades que estruturam o fenômeno estudado”.

As unidades de significado são as primeiras noções da experiência do sujeito. Foram identificadas e separadas no texto de cada discurso. Para facilitar a apreensão do sentido dos termos verbalizados pelo sujeito no discurso, utilizou-se o léxico, construindo a partir do discurso da linguagem ingênua do entrevistado, a linguagem do pesquisador (Anexo 5). Ao aproximar as temáticas semelhantes contidas na unidades de significado de cada discurso, o pesquisador inicia o processo compreensivo e passa a reconhecer os primeiros significados ou categorias.

A partir da **compreensão** fenomenológica e sua interpretação, terceiro momento da análise, surge o “significado”, que neste estudo está expresso pelas categorias, as quais revelam a presença do fenômeno.

As Categorias:

Nunes (1995, p.70)considera:

“As categorias são as noções iniciais dos conceitos empregados no discurso do sujeito”.

As categorias foram constituídas a partir das estruturas dos temas que, contidos em cada discurso, revelaram os significados. Estão organizadas em convergentes e idiossincrásicas.

Neste momento da pesquisa, são apresentadas as categorias identificadas nos discursos:

Convergentes são aquelas temáticas semelhantes, comuns aos discursos de todos os sujeitos que falaram sobre um mesmo tema. Neste estudo emergiram:

- o doente no mundo do hospital (a chegada);
- o doente no mundo do hospital (a internação);
- o familiar caracterizando seu doente;
- o familiar: preocupações, compromisso e envolvimento;
- o sofrimento: uma realidade do familiar;
- o vir a ser após a doença : a transformação;
- o mundo dos cuidadores;
- a apreciação do familiar em relação aos cuidadores;
- o significado da inconsciência do ser doente;
- a religiosidade, a fé e a espiritualidade.

Idiossincrásicas são aquelas temáticas que aparecem da especificidade da experiência do sujeito; elas são únicas e revelam a subjetividade, a singularidade. Estas categorias se mostraram constituir a menor parte do conjunto das categorias identificadas. São elas:

- o doente: seu corpo e sua imagem;
- o familiar: experiências passadas;
- a confiança do familiar;
- as esperanças do familiar.

As Intersignificações:

O pesquisador organizou as unidades de significado, resultantes da análise das temáticas semelhantes do discurso de cada sujeito, expressando as primeiras essências (*significado*). Aproximando a análise das temáticas semelhantes de todos os sujeitos do estudo, apresentaram-se as *intersignificações*, ou as grandes categorias.

3. OS DISCURSOS

Entrevista 01.

Paciente: Pedro Idade: 86 anos

Familiar: Ângelo (filho) Idade: 42 anos

Pergunta: - Sr. Ângelo, o que significa para o senhor o estado de inconsciência de seu pai?

Bem, nos primeiros dias me parecia que ele iria morrer. Os médicos me diziam que as primeiras 48h seriam decisivas. Agora, assim como ele está, pelo menos sem dor, sem se queixar, sofro menos.

Quando minha mãe morreu, sofreu muito antes, muita dor nos ossos. Foi difícil para todos. Já vi outros casos em que as pessoas que saíram do coma ficaram com um lado “esquecido”, quer dizer, sem se mexer - você entende não é? -

Acenei que entendi.

Tenho medo, pois o pai já tem mais de 86 anos, e se ele sair dessa, como ele vai ficar?

A moça que cuidava dele em casa, acho que ela não vai ficar mais, se ele for ficar, sabe, sem caminhar, ou sem poder se alimentar. E aí...! Bem, isso é um problema para depois. O que importa é que agora ele está aqui no hospital, onde eu fico mais tranqüilo, pois o que ele precisa de cuidados e remédios, ele tem. Não vou ficar pensando muito no depois, senão...! É isso aí professor, não é fácil.

Entrevista 02.

Paciente: Joana Idade: 65 anos

Familiar: Vitória (filha) Idade: 37 anos

Pergunta: - Dona Vitória, o que significa para a senhora o estado de inconsciência de sua mãe?

Estou arrasada moço; a mãe sempre foi uma mulher forte, trabalhadora, sempre ajudou os outros. Agora ela está aí, assim, não fala, pouco se mexe. Não sei o que ela quer.

Tenho fé que ela melhore, ela é forte, vai sair dessa.

Rezo muito, Deus vai ouvir e olhar para ela. O pai já disse que se a mãe se for, não vai agüentar. Temos que estar aqui com a mãe e cuidar também do pai lá em casa. Não é fácil. Mas é nossa obrigação de filhos, não é? Se ela pudesse falar, dizer alguma coisa, qualquer coisa.

Acho que eu deveria ficar mais tempo e vir mais vezes ver a mãe no hospital, mas faço o que posso, pois sabe como é, a vida não pára, temos os nossos problemas. Amanhã vou falar com meu irmão, ver como vamos fazer daqui para frente.

Mamãe rezava muito; é o que temos feito ultimamente.

Até que hoje consegui ajudar no banho da mãe; antes eu tinha até medo de fazer alguma coisa errada, machucar. Já combinei com as meninas aqui do andar de me ensinar tudo o que puderem. O problema são as injeções e os remédios no soro, isso tudo eu tenho medo. Elas me disseram que eu deveria ficar tranqüila, que o mais importante era eu vir visitar a mãe e ficar junto dela.

Elas são tão boazinhas, fazem tudo direitinho. Quando vou para casa, fico tranqüila; aqui no hospital a mãe é bem cuidada.

Agora, se ela pudesse falar, eu saberia o que ela sente ou o que ela quer. Interessante, fico me lembrando que mamãe raramente se queixava de qualquer coisa, mas ficar assim, sem falar nada, é demais.

Já falei demais, não é?

Sinta-se à vontade.

Vou rezar muito moço, principalmente para mamãe sair bem, sem outros problemas, sem algum defeito da doença.

Entrevista 03.

Paciente: Theodoro Idade: 69 anos

Familiar: Marisa (esposa) Idade: 54 anos

Pergunta: - Sra. Marisa, o que significa para a Sra. o estado de inconsciência de seu esposo?

Ele tinha muitas preocupações, a questão das dívidas, pouco dinheiro e pouca saúde. Tudo isto levou meu velho a ficar assim, desse jeito. Lá na U.T.I. me falaram que um coágulo na cabeça fez isso, de deixar ele assim. Eu vinha dizendo para ele se cuidar, pensar menos nos problemas... acho que não adiantou. Meu filho Joel bem que dizia para ele ficar menos nervoso, mas era cabeça dura, teimoso. Está aí o resultado. Agora não fala, não reclama, acho que nem pensa em nada; me disseram que não sente dor.

Antes, eu pedia ao Nosso Senhor bom Deus que não deixasse acontecer nada com ele; agora eu deixo tudo na mão dele, ele sabe o que faz, vou aceitar qualquer coisa.

E tu moço, tão jovem, te cuida, viva bastante.

Está vendo o que adiantou tudo o que Theodoro fez? Ficou desse jeito. Acho que está bom assim, não é moço? Não tenho mais nada a dizer.

Entrevista 04.

Paciente: Ana Idade: 60 anos

Familiar: Lucindo Idade: 62 anos

Pergunta: - Sr. Lucindo, o que significa para o Sr. o estado de inconsciência de sua esposa?

Tristeza moço, medo, muito medo de perder... (choro).

Ela sempre fez tudo para mim, me cuidava e agora assim... (choro).

Sinto falta dela lá em casa. Tudo era ela... Na cama nem se mexe, dá pena. Quando vou para casa, de tardezinha, não agüento ficar lá em casa, me dá vontade de vir de volta, ficar perto dela; os filhos não entendem, querem que eu descanse. Mas descansar pra quê? Aqui fico junto dela... ela sempre ficou perto de mim.

Ela sempre dizia que não poderia ficar doente, porque eu não ia saber o que fazer, como me cuidar... (choro). Ontem, ela quase falou... não sei, não entendi nada, não abriu os olhos, foi só um gemidinho, não sei... é uma agonia não saber o que ela quer, não agüento ver ela assim... (choro). Meu Deus, me ajuda..! (choro)

Observação do Pesquisador:

Devido ao estado emocional do Sr. Lucindo, desliguei o gravador, e convidei-o para irmos tomar um café. “Um café e um cigarro” disse ele. E fomos. Após ±20 minutos no bar do Hospital, pouco falamos, mas nos entendíamos, foi incrível. Quando voltamos, ele me perguntou se tinha “estragado” meu trabalho. Eu lhe disse que não e que tinha sido muito importante para o trabalho.

Entrevista 05.

Paciente: Joel Idade: 24 anos.
Familiar: Marta (esposa) Idade: 21 anos HPS.
6º dia de Pronto Socorro (acidente de carro)

Pergunta: - Sra. Marta, o que significa para a Sra. o estado de inconsciência de seu esposo?

Não sei. Um pouco de medo, desespero. Logo depois do acidente, quando vim ao Pronto Socorro, que enxerguei o Jô todo machucado, achei que ele se iria. O doutor me disse que ele tinha poucas chances, que eu deveria ficar preparada.

Agora, que se passou quase uma semana, acho que morrer ele não vai, mas se ele ficar assim... Quer saber de uma coisa, eu tenho medo de como ele vai ficar. O que vou fazer? Já vieram falar comigo, pra eu tentar transferir o Jô para um hospital. Me disseram que o Pronto Socorro é para os primeiros dias.

Os pais de Jô e os meus estão ajudando, sempre ficam por perto. As pessoas aqui do P. Socorro também são bons, até me deixam ficar mais tempo com o Jô, eu até ajudo a cuidar. Nem tenho cabeça para pensar no trabalho, lá me disseram que era pra eu ficar despreocupada. O que mais posso falar... que rezo muito, que choro muito, eu tenho medo ora. Tu não teria?

Respondi que respeitava seus sentimentos. Perguntei se ela queria dizer mais alguma coisa. Respondeu: “*Não, hoje não, tenho que ir procurar vaga nos hospitais*”.

3.1. A REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA DOS DISCURSOS

Discurso 1.

Bem, nos primeiros dias me parecia que ele iria morrer. US₁D₁

O que importa é que agora ele está aqui no hospital, onde fico mais tranquilo, pois o que ele precisa, de cuidados e remédios, ele tem. US₁₃D₁

Não vou ficar pensando muito no depois, senão... !.US₁₄D₁

Os médicos me diziam que as primeiras 48 horas seriam decisivas. US₂D₁

Agora, assim como ele está, pelo menos sem dor, sem se queixar, sofro menos.

US₃D₁

Quando minha mãe morreu, sofreu muito antes, muita dor nos ossos. US₄D₁

“Foi difícil para todos”, diz o sujeito, referindo-se ao sofrimento da mãe. US₅D₁

Essa é a realidade”. “ O que está acontecendo professor, é complexo”. US₁₅D₁

Já vi outros casos em que as pessoas que saíram do coma ficaram com um lado esquecido. US₆D₁

O que quer dizer, sem se mover. US₇D₁

E se ele sair dessa, como ele vai ficar? US₉D₁

Tenho medo, pois o pai já tem mais de 86 anos. US₈D₁

A moça que cuidava dele em casa, acho que ela não vai ficar mais. US₁₀D₁

Se ele for ficar, sem caminhar e sem poder se alimentar?” US₁₁D₁

Discurso 2.

Estou arrasada moço. US₁D₂

A mãe sempre ajudou os outros. US₃D₂

Agora ela está aí, assim, não fala, pouco se mexe. US₄D₂.

Não sei o que ela quer. Tenho fé que ela melhore. Rezo muito, Deus vai ouvir e olhar para ela. Mamãe rezava muito; é o que temos feito ultimamente. US₆D₂ - US₈D₂ - US₁₉D₂ - US₃₃D₂

A mãe sempre foi uma mulher forte, trabalhadora; ela é forte. US₂D₂ - US₇D₂

O pai já disse que se a mãe se for, não vai agüentar. US₉D₂

Temos que estar aqui com a mãe e cuidar também do pai lá em casa. Não é fácil. Mas é nossa obrigação de filhos, não é? US₁₀D₂ - US₁₁D₂ - US₁₂D₂

Se ela pudesse falar, dizer alguma coisa, qualquer coisa. US₁₃D₂

Acho que eu deveria ficar mais tempo e vir mais vezes ver a mãe no hospital, mas faço o que posso, pois sabe como é, a vida não pára, temos os nossos problemas. US₁₄D₂ - US₁₅D₂ - US₁₆D₂ - US₁₇D₂

Amanhã, vou conversar com meu irmão, ver como vamos fazer daqui para frente. US₁₈D₂

Até que hoje consegui ajudar no banho da mãe. Antes eu tinha até medo de fazer alguma coisa errada, machucar. US₂₁D₂ - US₂₂D₂

Já combinei com as meninas aqui do andar de me ensinar tudo o que puderem. O problema são as injeções e os remédios no soro, isso tudo eu tenho medo. US₂₃D₂ - US₂₄D₂

Elas me disseram que eu deveria ficar tranqüila, que o mais importante era eu vir visitar a mãe e ficar junto dela. US₂₅D₂ - US₂₆D₂

Elas são tão boazinhas, fazem tudo direitinho. Quando vou para casa, fico tranqüila: aqui no hospital a mãe é bem cuidada. US₂₇D₂ - US₂₈D₂

Agora se ela pudesse falar, eu saberia o que ela sente ou o que ela quer. Mas ficar assim, sem falar nada, é demais. $US_{29}D_2 - US_{31}D_2$

Interessante, fico me lembrando que mamãe raramente se queixava de qualquer coisa. $US_{30}D_2$

Discurso 3.

Ele tinha muita preocupações, a questão das dívidas, pouco dinheiro e saúde. Tudo isto levou meu velho a ficar assim. US₁D₃

Eu vinha dizendo para ele se cuidar, pensar menos nos problemas... acho que não adiantou. US₃D₃

Meu filho bem que dizia para ele ficar menos nervoso, mas era cabeça dura, teimoso. US₄D₃

Lá na U.T.I. me falaram que um coágulo na cabeça fez isso, de deixar ele assim. US₃D₃

Está aí o resultado. Agora não fala, não reclama. US₅D₃

Acho que nem pensa em nada: me disseram que não sente dor. US₆D₃

Antes, eu pedia ao Nosso Senhor e bom Deus que não deixasse acontecer nada com ele. US₇D₃

Agora eu deixo tudo nas mãos dele; ele sabe o que faz. US₈D₃

Vou aceitar qualquer coisa. US₉D₃

E tu moço, tão jovem, te cuida, viva bastante. US₁₀D₃

Discurso 4.

Tristeza moço, medo, muito medo de perder. US₁D₄ - US₂D₄

Ela sempre fez tudo para mim, me cuidava e agora assim...é uma agonia não saber o que ela quer, não agüento ver ela assim...meu Deus me ajuda! US₃D₄ - US₁₅D₄ - US₁₆D₄ - US₁₇D₄

Sinto falta dela lá em casa. Tudo era ela... US₄D₄

Quando vou para casa, de tardezinha, não agüento ficar lá em casa, me dá vontade de vir de volta, ficar perto dela.. ela sempre ficou perto de mim. US₆D₄ - US₇D₄ - US₈D₄

Os filhos não entendem, querem que eu descanse. Mas descansar para quê? US₉D₄ - US₁₀D₄ - US₁₁D₄

Ela sempre dizia que não poderia ficar doente, porque eu não ia saber o que fazer, como me cuidar... US₁₂D₄

Ontem, ela quase falou...não sei, não entendi nada, não abriu os olhos, foi só um gemidinho, não sei... US₁₃D₄ - US₁₄D₄

Discurso 5.

Não sei. US₁D₅

Um pouco de medo, desespero. US₂D₅

... quer saber de uma coisa, eu tenho medo de como ele vai ficar. US₆D₅

O que vou fazer? US₇D₅

Logo depois do acidente, quando vim ao pronto socorro, que enxerguei o Jô todo machucado, achei que ele se iria. US₃D₅

O doutor me disse que ele tinha poucas chances, que eu deveria ficar preparada. US₄D₅

Agora, que se passou quase uma semana, acho que morrer ele não vai, mas se ele ficar assim... US₅D₅

Já vieram falar comigo, pra eu tentar transferir o Jô para um hospital. US₈D₅

Me disseram que o pronto socorro é para os primeiros dias. US₉D₅

As pessoas aqui do pronto socorro também são boas, até me deixam ficar mais tempo com o Jô, eu até ajudo a cuidar. US₁₁D₅

Os pais do Jô e os meus estão ajudando, sempre ficam por perto. US₁₀D₅

Nem tenho cabeça para pensar no trabalho, lá me disseram que era para eu ficar despreocupada. US₁₂D₅

Que mais posso falar..., que rezo muito, que choro muito, eu tenho medo ora. US₁₃D₅

3.2. A LINGUAGEM DO PESQUISADOR

Discurso 1.

*US*₁/ O sujeito manifestou-se contando ao pesquisador que, nos primeiros dias (da internação), teve a sensação de que seu pai iria morrer. *US*₂/ Os médicos lhe diziam que as primeiras horas seriam decisivas quanto ao que iria acontecer. *US*₃/ Explica que agora, pelo menos, seu pai está sem dor e sem queixas; sendo assim, diz que o sofrimento é menor. *US*₄/ Continua falando, de que sua mãe sofreu muito antes de morrer. “*Ela sofreu muitas dores nos ossos*”. *US*₅/ Lembra que foi muito difícil para todos. *US*₆/ Refere ter tido conhecimento de outros casos em que as pessoas que saíram do coma ficaram com um lado esquecido. *US*₇/ Neste momento, o sujeito questiona o pesquisador: “*Você entendeu, não é?*” - E explica: O que quer dizer “*esquecido: sem se mexer*”. *US*₈/ Refere sentir medo, pois o seu pai já tem mais de 86 anos. *US*₉/ E, se seu pai sair desta, (situação de coma) teme como ele vai ficar. *US*₁₀/ Conta que a moça que cuidava do seu pai em casa talvez não vá ficar mais porque, se o seu pai for ficar sem caminhar e sem se alimentar, a situação fica complicada. *US*₁₁/ “*E aí...*” (exclama o sujeito). *US*₁₂/ Isso é um problema para outro momento, refere o sujeito. *US*₁₃/ O que importa é que agora seu pai está aqui, no hospital, onde ele (sujeito) fica mais tranquilo, pois o que o pai precisa de cuidados e remédios, ele tem. *US*₁₄/ Diz que não vai ficar pensando muito no depois. “*Senão... !*”. *US*₁₅/ “*É isso aí, não é fácil professor*”, conclui o sujeito.

Discurso 2.

*US*₁/ O sujeito expressa ao pesquisador sentir-se arrasado. *US*₂/ Refere que sua mãe sempre foi uma mulher forte, trabalhadora; *US*₃/ que sempre ajudou os outros. *US*₄/ Agora, diz o sujeito, sua mãe está aí, assim, não fala, pouco se mexe. *US*₅/ Mostra-se preocupada, pois não sabe o que ela (a mãe) quer. *US*₆/ Expressa ao pesquisador ter muita fé em que sua mãe melhore. *US*₇/ Repete, dizendo que sua mãe é forte e que

vai sair desta. *US₈/* Diz que reza muito e que Deus vai ouvir e olhar para sua mãe. *US₉/* O pai já disse que se sua mãe se for, não vai agüentar. *US₁₀/* Refere que tem que estar aqui com a mãe e também cuidar do pai em casa. *US₁₁/* “*Não é fácil!*”, expressa o sujeito. *US₁₂/* “*É nossa obrigação de filhos, não é?*” *US₁₃/* “*Se ela pudesse falar, dizer alguma coisa, qualquer coisa*”. *US₁₄/* Ela acha que deveria ficar mais tempo, *US₁₅/* e que deveria vir mais vezes ver a sua mãe no hospital. *US₁₆/* “*Mas faço o que posso!*” *US₁₇/* “*Pois sabe como é, a vida não pára, temos os nossos problemas*”. *US₁₈/* Amanhã, diz o sujeito, “*vou falar com meu irmão e ver como vamos fazer daqui para a frente*”. *US₁₉/* Relata que sua mãe rezava muito. *US₂₀/* Isto (rezar) é o que estamos fazendo ultimamente. *US₂₁/* “*Até que hoje consegui ajudar no banho da mãe*”. *US₂₂/* Justifica que antes ela (sujeito) tinha até medo de fazer alguma coisa errada, machucar. *US₂₃/* “*Combinei com as meninas aqui do andar de me ensinarem tudo o que puderem*”. *US₂₄/* O problema são as injeções e os remédios no soro, pois, segundo ela, isso tudo dá medo. *US₂₅/* Elas disseram que eu deveria ficar tranqüila. *US₂₆/* Que o mais importante era eu vir visitar a mãe e ficar junto dela. *US₂₇/* Fala da equipe, dizendo que elas são tão boazinhas, fazem tudo direitinho. *US₂₈/* Continua, dizendo que: “*quando vou para casa, fico tranqüila, porque aqui, no hospital, a mãe é bem cuidada*”. *US₂₉/* Agora, se ela pudesse falar, eu saberia o que ela sente ou o que ela quer. *US₃₀/* “*Interessante, fico me lembrando que mamãe raramente se queixava de qualquer coisa!*” *US₃₁/* “*Mas ficar assim, sem falar nada, é demais!*” *US₃₂/* Pergunta ao pesquisador se já não falou demais. *US₃₃/* Refere que vai rezar muito, principalmente para sua mamãe melhorar. *US₃₄/* E complementa: para que ela possa ficar sem outros problemas, sem algum defeito da doença.

Discurso 3.

US₁/ Sujeito refere que seu esposo tinha muitas preocupações relativas a questões de dívidas, pouco dinheiro e pouca saúde. Explica que tudo isso levou seu esposo a

ficar assim, desse jeito. *US₂/* Conta que lá, na U.T.I., lhe falaram que isto foi o resultado de um coágulo localizado na cabeça (“*lá na U.T.I. me falaram que um coágulo na cabeça fez isso, de deixar ele assim*”). *US₃/* Manifesta que vinha dizendo para ele (esposo) se cuidar, pensar menos nos problemas, mas acha que não adiantou. *US₄/* Seu filho bem que dizia para ele (pai) ficar menos nervoso, mas ele era teimoso (cabeça dura). *US₅/* “*Está aí o resultado*”, diz o sujeito: “*agora ele não fala e não reclama*”. *US₆/* No seu entender sue marido nem pensa em nada e lhe disseram que não sente dor. *US₇/* Antes (do marido ficar doente) ela rezava e pedia ao Nosso Senhor e bom Deus que não deixasse acontecer nada a ele. *US₈/* Agora ela deixa tudo na mão de Deus; segundo o sujeito, ele sabe o que faz. *US₉/* Diz que vai aceitar qualquer coisa. *US₁₀/* E, se referindo ao pesquisador, disse: “*e tu moço, que é jovem, te cuida, viva bastante*”. *US₁₁/* E mostrou ao pesquisador que tudo o que o seu doente fez (preocupações, pouco dinheiro, não cuidou da saúde) deixou-o daquele jeito.

Discurso 4.

US₁/ Perguntado sobre o que significa o estado de inconsciência de sua esposa. o sujeito responde: “*tristeza moço, medo!*” *US₂/* “*Muito medo de perder...!*” - *US₃/* Começa a chorar (nota do pesquisador). *US₄/* Refere que sente falta da esposa em casa; explicou que (em casa), tudo era a esposa. *US₅/* Referindo-se à esposa, naquele momento, manifesta-se: na cama nem se mexe, sentiu pena (da esposa). *US₆/* Refere que, à tardinha, quando vai para casa não agüenta ficar lá. *US₇/* Diz que sente vontade de voltar para o hospital, para ficar perto da esposa. *US₈/* Ele diz que fica junto dela no hospital, porque ela (esposa) sempre ficou perto dele. *US₉/* Explica que os filhos não entendem o porquê de ele não ficar em casa. *US₁₀/* Pois eles (os filhos) querem que eu (sujeito) descanse. *US₁₁/* Ele se pergunta: “*descansar para quê?*” *US₁₂/* Conta que ela (esposa) sempre dizia que não poderia ficar doente, porque ele (sujeito) não iria saber o que fazer, ele não saberia como se cuidar... -começa a chorar. *US₁₃/* Diz que no dia

anterior a esposa quase falou... *“Não sei, disse o sujeito”*. US₁₄/ Explica que não entendeu nada, porque *“ela não abriu os olhos, foi só um gemidinho, então... eu não sei”*. US₁₅/ Para o sujeito isso é uma agonia: não saber o que ela quer. US₁₆/ Diz que não agüenta ver a esposa assim...então chora. US₁₇/ E exclama: *“meu Deus me ajuda!”*

Discurso 5.

US/ Ao ser interrogado sobre o estado de inconsciência de seu doente, o sujeito diz não saber. US/ Manifesta sentir um pouco de medo, desespero.

US/ Imediatamente após o acidente, ao chegar ao Pronto Socorro, vendo seu familiar todo machucado, julgou que ele morreria. US/ No P. Socorro, foi avisado pelo médico de que seu familiar tinha poucas chances e que deveria ficar preparado.

US/ Agora, que se passou quase uma semana após o acidente, o sujeito afirma achar que seu doente não vai morrer, mas se ele (doente) ficar assim...

US/ *“Quer saber de uma coisa: eu tenho medo de como ele vai ficar”*. US/ E, continuando, pergunta: *“o que vou fazer?”*

US/ Conta o sujeito que o pessoal do P. Socorro já veio falar com ele, para que tente transferir o seu doente para um hospital.

US/ Também disseram ao sujeito, que o P. Socorro é um local de atendimento para os primeiros dias.

US₁₀/ Ao falar sobre os familiares, o sujeito informa que os pais de seu marido e os seus pais estão ajudando, sempre ficam por perto.

US₁₁/ Diz (o sujeito) que as pessoas do P. Socorro também são boas, até o deixam ficar mais tempo com o doente, até deixam (o sujeito) ajudar a cuidar.

US₁₂/ *“Nem tenho cabeça para pensar no trabalho”*, diz o sujeito; *“lá me disseram que era para ficar despreocupada”*.

US₁₃/ Continuando, o Sujeito diz: *“o que mais posso falar... que rezo muito, que choro muito, que tenho medo... ora!”*.

0US₁₄/ Pergunta ao Pesquisador: “*tu não terias?*”

US₁₅/ Ao ser interrogado se queria dizer mais alguma coisa, respondeu: “*não, hoje não, tenho que ir procurar vaga nos hospitais*”.

3.3. A ANÁLISE DOS DISCURSOS

A seguir, revelam-se as análises do discurso de cada sujeito do estudo:

Discurso 1.

Evidenciou-se que, no momento da internação, o familiar é afetado por sensações diversas relativas ao seu doente. Elas podem levar essa pessoa a questionar-se sobre o que poderá vir a acontecer.

O estudo permite conceber-se o momento da internação como um acontecimento decisivo para o familiar, porque, no entender dele, a instituição hospitalar é a garantia da vida do seu doente. É o local onde existe cautela, zelo e responsabilidade pela vida das pessoas; onde estas sentem alívio da dor e obtêm a cura das enfermidades.

No decorrer de sua fala, o familiar revela que não vai pensar muito. Este “muito” pode significar que vai continuar pensando em acontecimentos que poderão se dar mais tarde.

Pensar é refletir; refletir é iluminar, é tornar claras outras possibilidades, como a de seu doente vir a morrer.

O familiar fala: “*senão...*” (US_14D_1) - isto representa outra forma de estar. É uma situação difícil de a pessoa sentir como vivência. US_1D_1 - $US_{13}D_1$ - $US_{14}D_1$

Momentos determinantes mostram a dimensão da expectativa que o familiar tem quanto à situação crítica do seu doente. US_2D_1

Para a pessoa, o estado de inconsciência de seu doente significa a ausência de dor e de queixas e, por conseguinte, ter a diminuição de suas próprias angústias para o enfrentamento do estado de ser em que seu doente se encontra.

Percebe-se, dessa maneira, que as experiências semelhantes já vivenciadas são retomadas. Neste discurso, o familiar atribui à situação difícil da morte da mãe a uma certa conformidade com a inconsciência do pai. US_3D_1 - US_4D_1

Durante as crises, quer parecer que o familiar se dá conta dos limites e principalmente dos seus limites.

O familiar vê no pesquisador aquele indivíduo que é capaz de compreender a realidade do seu limite com mais profundidade. $US_5D_1 - US_{15}D_1$

Experiências já vivenciadas, possibilita ao indivíduo vislumbrar as restrições que poderão ocorrer ao seu doente.

O fato de o sujeito “inclusive” explicar o significado que dá para “esquecido”= “sem se mexer” demonstra a sua preocupação e expectativa quanto ao futuro de seu doente e à inteireza do seu ser. Esse futuro estado de ser de seu pai pode significar uma nova maneira de ser. O familiar compreende o atual modo de ser do seu doente. $US_6D_1 - US_7D_1$

Nesta situação, o sujeito teme o futuro, pois este lhe é uma incógnita, emergindo daí suas dúvidas, receios ou medos, principalmente quando associados ao doente idoso.

O sujeito interroga-se sobre a forma particular de seu doente: inconsciente. Demonstra seu medo quanto à qualidade de vida que seu pai terá, o modo como ele vai continuar vivendo, à possibilidade de sua sobrevivência. $US_8D_1 - US_9D_1$

Como familiar, aponta suas preocupações quanto à segurança e cuidados que seu doente recebe no hospital, pois ele prevê a dificuldade de encontrar alguém que continue a zelar pelo seu doente com a devida segurança quando voltar para casa. A questão do futuro ainda se mostra velada e preocupante.

Quando o sujeito expressa que isso é um problema para um pensar futuro, quer dizer que esta situação é complexa, porém está alerta para o fato de que o momento adequado para refletir não seria este. $US_{10}D_1 - US_{11}D_1 - US_{12}D_1$

Discurso 2.

O familiar, ao se deparar com acontecimentos de saúde de seu doente, denota algo como impotência e fragilidade para experimentar essa vivência. Às vezes, o quadro se potencializa, como ocorre quando o indivíduo já vivenciou situações anteriores à doença atual, oportunidade em que seu familiar doente mostrou-se um ser disponível e dedicado para os outros. Vivenciar, estar com o seu doente em um estado onde a comunicação verbal está ausente pela doença e onde o doente não pode expressar seus sentimentos e expectativas, tudo isso leva o familiar a exteriorizar seus medos e incertezas.

O apoio religioso e as crenças são aliados importantes do familiar frente a estas dificuldades. Revitalizam as esperanças, servem de conforto, principalmente porque seu doente também tem na religiosidade uma esperança, uma convicção de ajuda e suporte.

A esperança do familiar pela melhora do seu doente se reforça mais pelo estado de vida saudável que teve anteriormente à doença e à internação. O modo de ser e de viver antes da doença possibilita ao familiar prever suas convicções sobre o futuro do seu doente.

Ao pressentir a gravidade do acontecimento e a possibilidade de perder a companheira, o marido anunciou sentir-se temeroso, sozinho e sem forças para continuar vivendo; expressou aos filhos essa emoção, esse sentimento. Isto fez com que o sujeito (a filha), além de sentir-se na obrigação de estar com sua mãe no hospital, também sentisse necessidade de estar com o pai em casa.

Quando o sujeito experimenta uma situação de possível perda do familiar, ele expressa sua dificuldade de enfrentar tanto a questão do familiar doente (mãe), quanto a do familiar (pai) que não aceita a possibilidade de perder a companheira. Refere, contudo, ser difícil lidar com as atitudes reveladas. O sujeito fala de seu compromisso

como filha: permanecer mais tempo junto dela e estar com ela com maior frequência demonstra o sentimento de “obrigatoriedade” e comprometimento do sujeito.

A necessidade que o indivíduo tem de compreender o que seu doente sente, enquanto inconsciente, lhe é angustiante diante da ausência da linguagem falada.

Ser sujeito dessa vivência não o impede de deparar com suas rotineiras responsabilidades e compromissos, trazendo-o à realidade de seu modo de ser e viver diário; tudo isso retrata os limites que ele possui, lembrando-o de que deve procurar seus outros familiares, para que juntos compartilhem os momentos futuros.

Durante a hospitalização, o sujeito se sente mais participativo quando consegue realizar algum tipo de cuidado com seu doente. Esta forma de ser auxilia-o a diminuir seus receios de realizar cuidados de forma errada, com riscos para seu doente. A maneira como ele interage com a equipe de saúde facilita receber orientação sobre as formas de cuidar, bem como sua aprendizagem.

Embora o sujeito possa participar de alguns cuidados, existem procedimentos que lhe deixam preocupado e temeroso, como, por exemplo, os medicamentos injetáveis, pois são os mais complexos.

O sujeito se sente mais protegido e tranquilo quando a equipe de saúde valoriza e reforça sua presença e a permanência com seu doente. Ele demonstra sua tranquilidade, confiança e segurança ao expressar que a equipe é “boazinha”⁷ e que faz tudo “direitinho”⁸. Esse cuidado permite ao familiar demonstrar tranquilidade ao retornar para sua casa. Sente-se seguro e sente que seu doente também está seguro, tanto pelos cuidadores, como pela instituição hospitalar em si.

⁷ “Boazinha” - expressão utilizada pelo familiar sobre a qualidade dos cuidadores do mundo do hospital.

⁸ “Direitinho” - expressão utilizada pelo familiar sobre a qualidade dos cuidadores do mundo do hospital.

Discurso 3.

O sujeito, ao reconhecer a realidade sócio-econômica (da sua família) e ao dividir sua incapacidade de revertê-la, julga que tudo isso desencadeou processos de desordem emocional e física no seu doente.

Esposa e filho (pessoas que conviviam com o doente) anteviram a situação de crise e orientaram o doente. Na visão do familiar, o cuidado que teve com seu doente, prevendo e orientando, não resultou em nada; dessa maneira, o sujeito aclarou ao pesquisador a causa do processo em que o doente se encontra.

Nos ambientes técnicos onde os doentes críticos são cuidados (U.T.I.), as informações fornecidas ao familiar pelos cuidadores, tendem a ser de forma tecnicista.

Para o sujeito, o estado de inconsciência em que seu doente se encontra é o responsável por ele estar privado da linguagem falada e pela ausência de sensações dolorosas.

A fé e a religiosidade são suportes importantes para o indivíduo quando vivencia situações críticas de saúde de seu familiar. A possibilidade de perda e o desconhecimento do futuro leva o indivíduo a depositar toda sua esperança num ser superior, o que, inclusive, os conforta em qualquer acontecimento.

Discurso 4.

O modo de estar do doente predispõe o sujeito a sensações de tristeza, abatimento e privação. Essa privação se revela pela situação de despojamento da convivência íntima com seu familiar, no caso, a sua mulher.

Na sua compreensão, o desconhecimento do pensar e do querer, onde está a intenção da pessoa humana, lhe causa aflição, porque essa pessoa está destituída da possibilidade de manifestar-se e escolher.

O distanciamento da pessoa do lar, da família, pela sua inconsciência, é referido na linguagem do sujeito como uma questão de ocupação-presença em relação ao espaço físico, e da imagem e convivência espiritual.

Para o indivíduo que vivenciou a maior parte de sua vida junto com sua mulher, compartilhando o mesmo espaço físico, ele revela que ficar com ela no hospital é mais significativo que ir para sua casa. Neste momento a sua casa passa a ser o hospital, local onde sua mulher está presente.

Esta maneira de pensar e querer do sujeito nem sempre é aceita e compreendida pelos filhos, os quais imaginam e julgam que ir para casa significa repousar, descansar. Entretanto o sujeito não vê razão para esse descanso (“*descansar para quê?*” - $US_{11}D_4$).

Ao conviver com seu doente no hospital, percebe a comunicação revelada; a comunicação do seu doente se mostra, por vezes, com sons ininteligíveis, murmúrios, lacrimejamento, tenros movimentos, olhos fechados. Esta situação angustia o sujeito, porque lhe deixa fragilizado, ele não compreende, ele não suporta. Para ele, o falar, o abrir os olhos, os movimentos coordenados, tudo isso é comunicação, a comunicação que ele percebe e compreende.

Discurso 5.

A pessoa, quando se encontra numa situação crítica pelo estado de saúde de familiar, revela angústia, medo e apresenta dificuldade, inclusive, de expressar como sente, como percebe essa realidade. Reconhece seus limites perante a vida, principalmente porque existe a possibilidade da perda iminente.

Ao perceber o modo de ser do seu doente naquele momento, conjectura com muito temor como poderá ser o futuro. Isso lhe faz interrogar-se sobre o que fará e se terá condições de fazer...

As informações reveladas pela equipe ao familiar sobre o estado de saúde do seu doente são freqüentemente desanimadoras e preparatórias para o mais difícil - o desfecho.

Com o passar dos dias, após ter vivenciado momentos difíceis e angustiantes, o familiar percebe que o risco de perda está momentaneamente afastado, porém o seu doente vai continuar inconsciente e isso o preocupa e inquieta.

Durante esta vivência, é essencial o apoio que o sujeito recebe dos outros familiares, para que toda esta experiência e emoção seja compartilhada; (ser familiar não significa se sentir sozinho).

O sujeito demonstra dificuldades para manter sua rotina anterior no trabalho e nos seus afazeres diários durante a hospitalização de seu doente.

A compreensão dos colegas de trabalho possibilita-lhe dedicar-se ao seu doente sem se sentir culpado pela ausência ao trabalho.

Ele reconhece e identifica a sensibilidade da equipe cuidadora quando lhe é permitido permanecer maior tempo junto com seu doente, e também quando, de alguma maneira, lhe é permitido participar dos cuidados. Por ajudar a cuidar, o familiar se aproxima do seu doente, vivenciando o acontecimento.

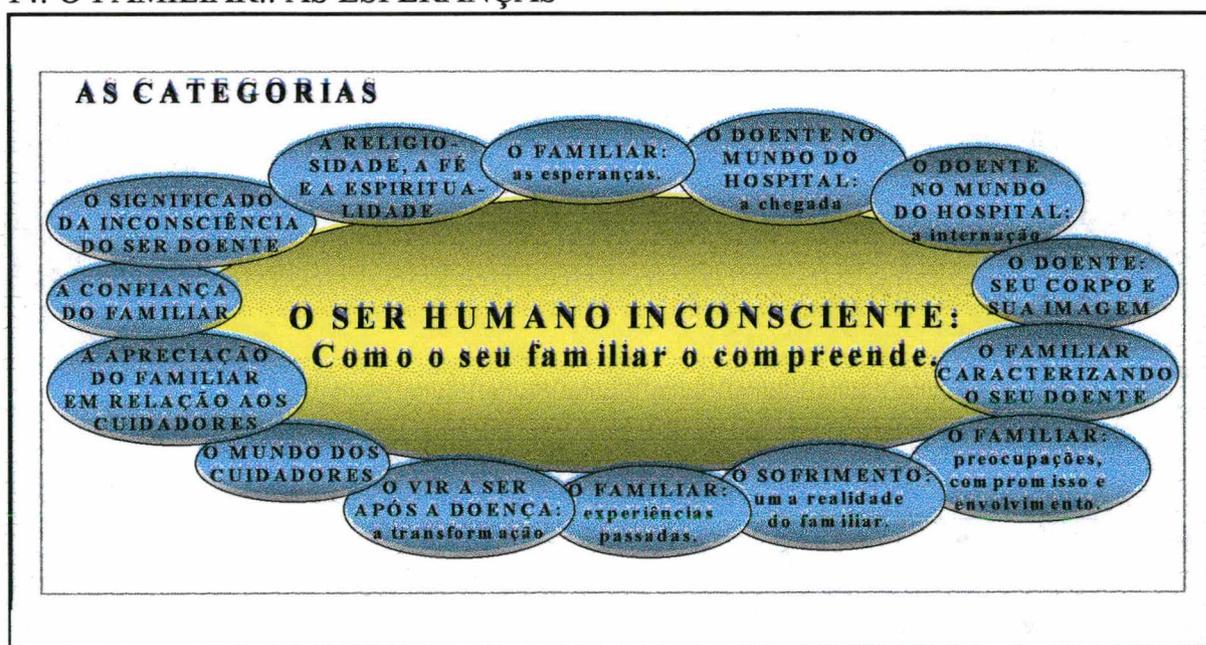
Nesta situação vivenciada pelo sujeito, as suas demonstrações e revelações de fé e as súplicas religiosas se mostram presentes. São ritos confortantes e essenciais. Há momentos de choro e sentimento de grande inquietação e pavor.

Entre tantas experiências que o sujeito vivencia ao acompanhar seu doente em um Pronto Socorro, surge o momento em que lhe é solicitado pensar e agir na transferência para outro hospital. Este momento é difícil. Embora o sujeito receba e reconheça as orientações sobre o atendimento em um Pronto Socorro - suas rotinas, tempo de internação -, tem de modificar sua atenção, que era até então sobre o paciente, para a busca de vaga em outros hospitais, experiência esta nem sempre satisfatória, independente de todo o esforço colocado. O sujeito então experimenta uma nova situação, nem sempre fácil de ser vivenciada; ele sabe que é de sua responsabilidade.

4. AS CATEGORIAS

Da análise dos discursos, o pesquisador depreendeu as categorias abaixo denominadas:

1. O DOENTE NO MUNDO DO HOSPITAL (a chegada).
2. O DOENTE NO MUNDO DO HOSPITAL (a internação).
3. O DOENTE: SEU CORPO E SUA IMAGEM.
4. O FAMILIAR CARACTERIZANDO O SEU DOENTE.
5. O FAMILIAR: PREOCUPAÇÕES, COMPROMISSO E ENVOLVIMENTO.
6. O SOFRIMENTO: UMA REALIDADE DO FAMILIAR.
7. O FAMILIAR: EXPERIÊNCIAS PASSADAS.
8. O VIR A SER APÓS A DOENÇA : A TRANSFORMAÇÃO.
9. O MUNDO DOS CUIDADORES.
10. A APRECIÇÃO DO FAMILIAR EM RELAÇÃO AOS CUIDADORES.
11. A CONFIANÇA DO FAMILIAR.
12. O SIGNIFICADO DA INCONSCIÊNCIA DO SER DOENTE.
13. A RELIGIOSIDADE, A FÉ E A ESPIRITUALIDADE.
14. O FAMILIAR: AS ESPERANÇAS



4.1 - O doente no mundo do hospital (a chegada).

No momento da chegada ao hospital, a sensação que o familiar teve era de que *“meu pai parecia que iria morrer”*. (US₁D₁)

O que importava no momento da chegada no hospital *“era que ali estava seguro, pois meu pai tinha os cuidados e remédios”*. (US₁₃D₁)

“Não pensar em preocupações futuras”. (US₁₄D₁)

Esclarecimentos pela equipe de que *“as primeiras horas seriam decisivas”*. (US₂D₁)

“Ao chegar ao Pronto Socorro, percebi o meu esposo todo machucado e julguei que ele morreria”. (US₃D₃)

“No Pronto Socorro, fui avisada pelo médico de que meu esposo tinha poucas chances e que eu deveria ficar preparada”. (US₄D₃)

COMPREENSÃO:

No momento da internação, um familiar revela que a sensação por ele vivida é de perda. Ao mesmo tempo, expressa que o hospital é um lugar seguro porque seu doente recebe cuidados e medicamentos.

Fala sobre os primeiros momentos da internação e revela que os esclarecimentos da equipe são determinantes. Explica que aquele não é o momento de pensar em preocupações futuras, mas pensa! US₁D₁-US₂D₁-US₁₃D₁-US₁₄D₁

Outro sujeito falando sobre a chegada ao Pronto Socorro percebe seu doente inteiramente ferido e julga que desvanecerá. Ao ser abordado pela equipe, dizem-lhe que seu doente tem poucas chances de vida e que, o familiar ele deve se preparar. US₃D₃-US₄D₃

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

O familiar está atento no momento da internação.

O familiar vê o hospital como um local de segurança, cuidados e medicamentos.

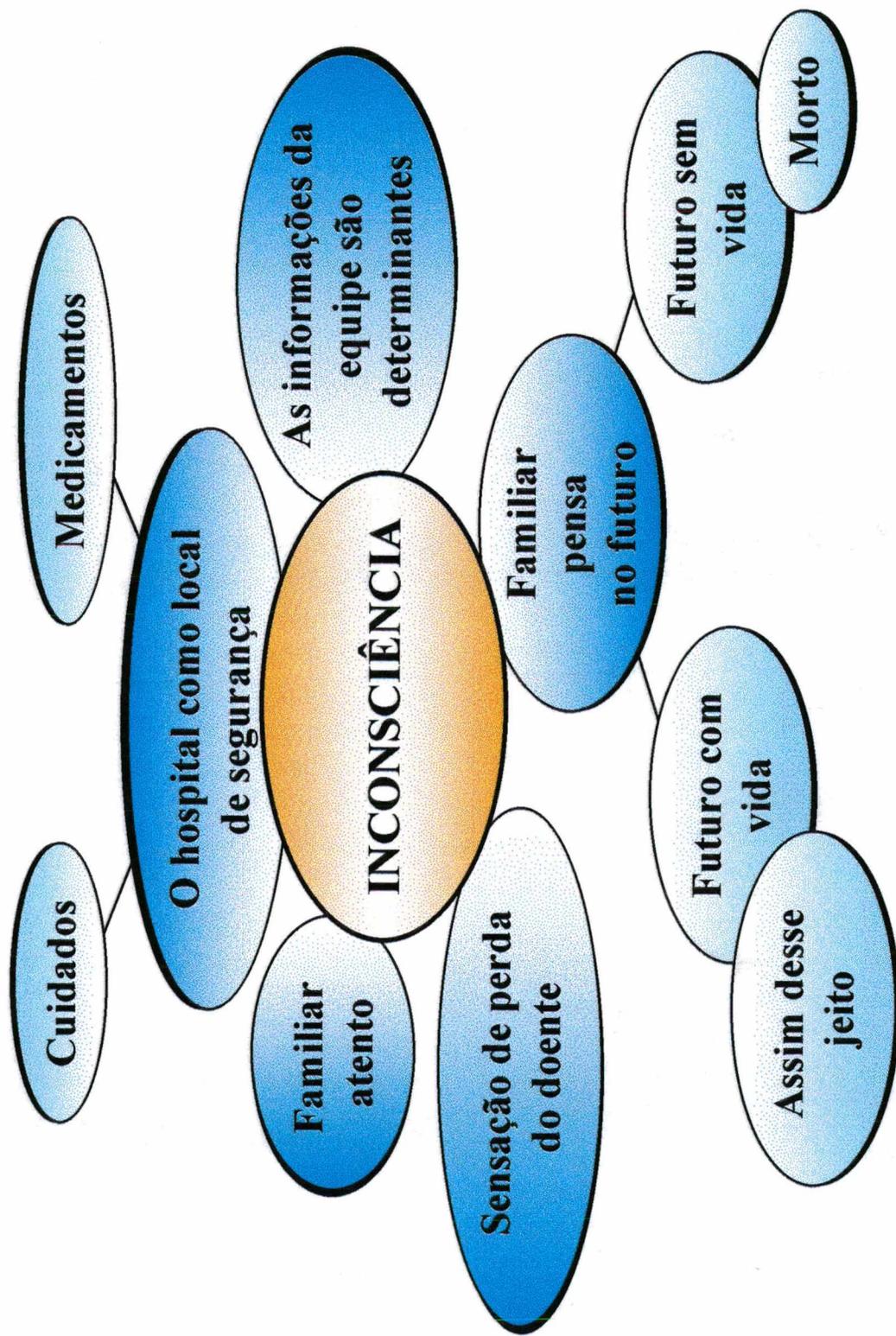
Para o familiar as informações da equipe são determinantes.

O familiar tem a sensação de perda do seu doente.

O familiar prevê um futuro com vida (*assim desse jeito- US_1D_1*) ou sem vida (*morto- US_3D_5*).

O familiar “se percebe” pensando no futuro.

1 - O DOENTE NO MUNDO DO HOSPITAL (a chegada)



4.2 - O doente no mundo do hospital (a internação).

No momento da entrevista, o familiar explica que “*meu pai está sem dor e sem queixas; diz que sofre menos*”. (US₃D₁)

“*Agora a minha mãe está aí, assim, não fala, pouco se mexe*”. (US₄D₂)

“*Está aí o resultado, agora ele não fala e não se queixa*”. (US₅D₃)

No seu entender, seu marido “*nem pensa em nada, e me disseram que nem sente dor*”. (US₆D₃)

Referindo-se à esposa naquele momento, manifestou-se: “*na cama nem se mexe*”. (US₅D₄)

COMPREENSÃO:

Referindo-se ao doente, o familiar expressa que ele, assim, inconsciente, experimenta um estado menos preocupante, sem dor física ou outras aflições. US₃D₁

Outro sujeito revela que sua mãe está assim, pois não possui a faculdade da fala e os movimentos são escassos. Este familiar fala que, diante disso, seu doente está privado da fala, e portanto, não se lamenta. US₄D₂

Este relata que seu doente está na cama e não se move. US₅D₃

Também para este sujeito, seu doente está impossibilitado de pensar, refletir e sentir dor. US₆D₃

O SIGNIFICADO:

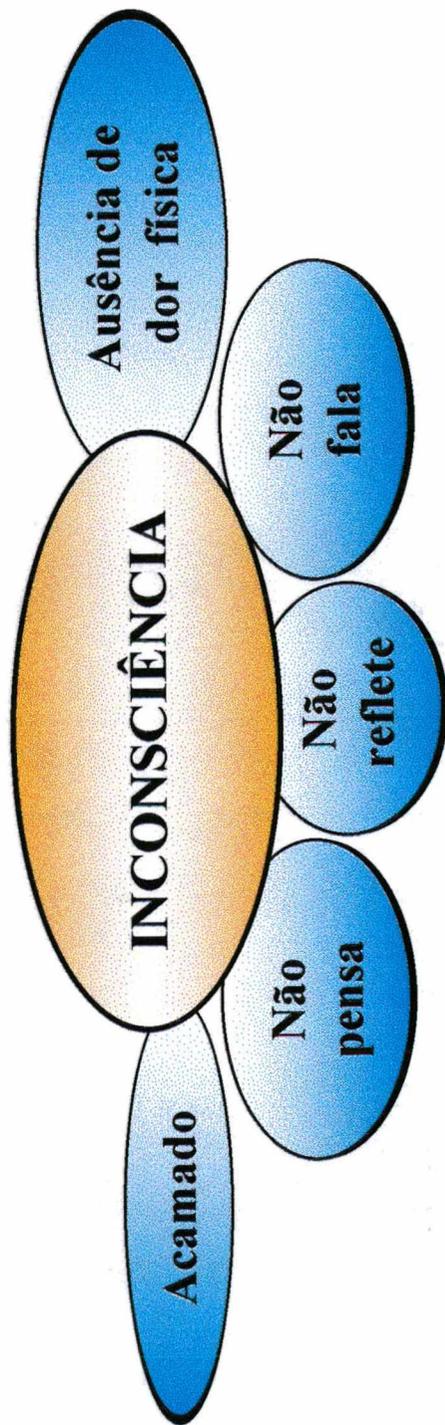
Isto significa:

Um ser no mundo acamado.

Um ser com ausência de dor física.

Um ser que não fala, não pensa e não reflete.

2-O DOENTE NO MUNDO DO HOSPITAL (internado)



4.3 - O doente: seu corpo e sua imagem.

“...ficaram com um lado do corpo esquecido”. (US₆D₁)

“...o que quer dizer “esquecido”: sem se mexer”. (US₇D₁)

COMPREENSÃO:

Olhando o corpo do seu doente, o familiar devaneia em suas lembranças. Explica que seu pai pode ficar sem se mexer: o corpo lesado ...as seqüelas da doença. US₆D₁-US₇D₁

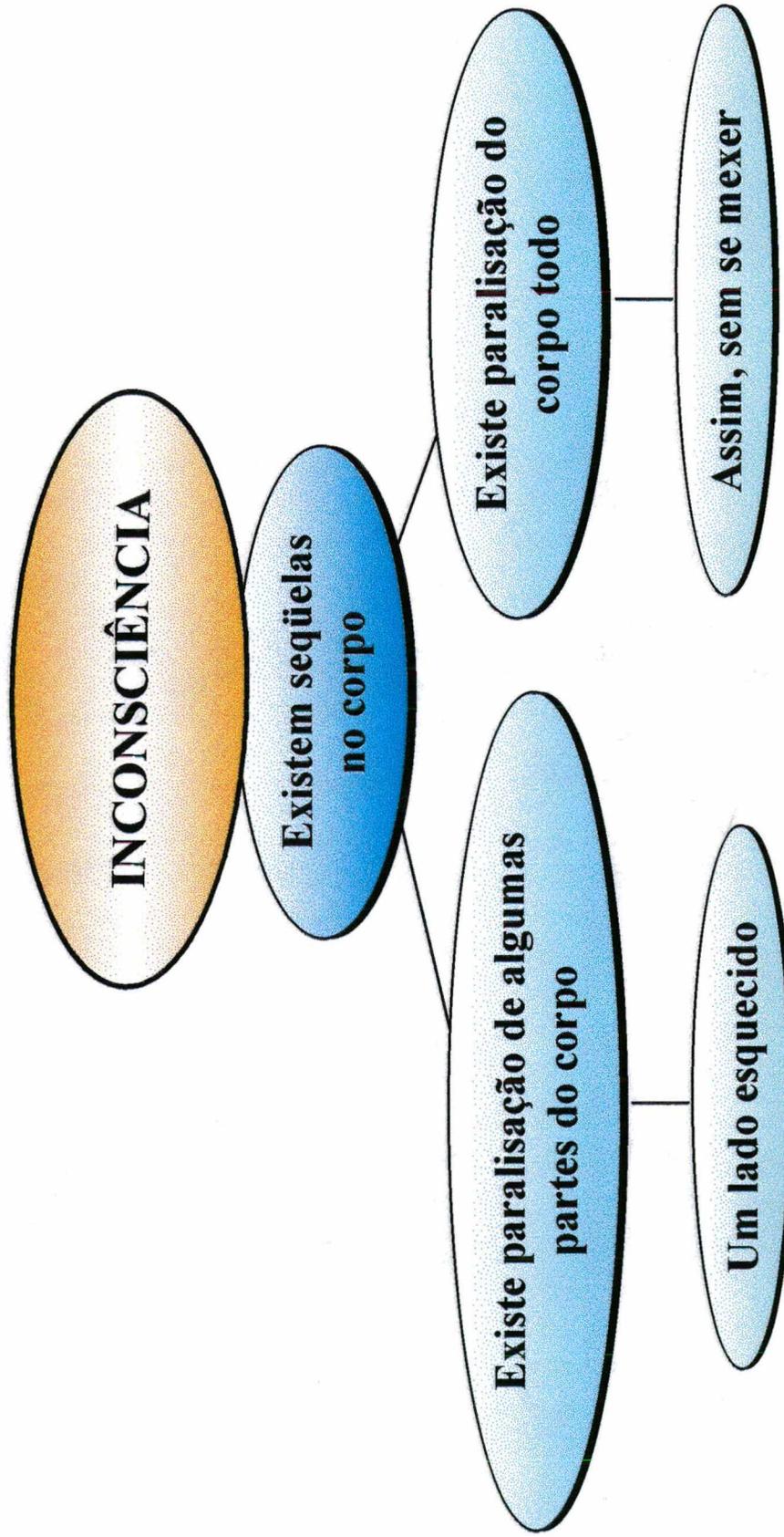
O SIGNIFICADO:

Isto significa:

Existem seqüelas no corpo do doente.

Existe paralisação de algumas partes ou até mesmo do corpo todo do doente.

3-O DOENTE: SEU CORPO E SUA IMAGEM



4.4 - O familiar caracterizando o seu doente.

Refere o familiar “...sinto medo, pois o meu pai já tem mais de 86 anos”.
(US₈D₁)

Este sujeito manifesta que “vinha dizendo para ele se cuidar, pensar menos nos problemas, mas acho que não adiantou”. (US₃D₃)

“Eu bem que dizia para ele ficar menos nervoso, mas ele era cabeça dura”.
(US₄D₃)

E mostrou ao pesquisador que toda essa realidade na qual seu doente se envolveu (preocupações, pouco dinheiro, não cuidou da saúde) “... tudo isso deixou ele desse jeito”. (US₁₁D₃)

“...minha mãe sempre foi uma mulher forte, trabalhadora, que sempre ajudou os outros”. (US₂D₂-US₃D₂)

“Interessante, fico me lembrando que mamãe raramente se queixava de qualquer coisa”. (US₃₀D₂)

“Ele tinha muitas preocupações, a questão das dívidas, pouco dinheiro e pouca saúde”. (US₁D₃)

“Sinto falta dela lá em casa, tudo era ela...” (US₄D₄)

“Ela sempre dizia que não poderia ficar doente, porque eu não ia saber o que fazer, como me cuidar...” (US₁₂D₄)

COMPREENSÃO:

Um familiar fala estar consciente da doença e amedrontado pela idade do seu pai (86). US₈D₁

Outro revela que previu a necessidade de o esposo cuidar-se, ocupar-se menos dos problemas; inclusive pedia que ele não se preocupasse tanto, mas ele era insistente. Estava ciente de que toda aquela realidade - as preocupações - originou-lhe esse modo de ser, inconsciente. US₃D₃-US₄D₃-US₁₁D₃

A lembrança que o sujeito guarda de sua mãe é de uma mulher afetiva com as pessoas e, ao mesmo tempo, uma mulher valente e trabalhadora. Raramente se queixava e nunca reclamava por qualquer motivo. $US_2D_2-US_3D_2-US_{30}D_2$

Outro lembra que seu doente era excessivamente apreensivo, tinha muitas preocupações relativas a questões de dívidas, pouco dinheiro e pouca saúde. US_7D_3

Outro sujeito refere que sua esposa em casa significa a coisa mais importante, o essencial. Segundo ele, sua esposa dizia que não teria o direito de ficar doente, porque ele não saberia cuidar-se. $US_4D_4-US_{12}D_4$

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

Compreender as características e o modo de viver do seu doente.

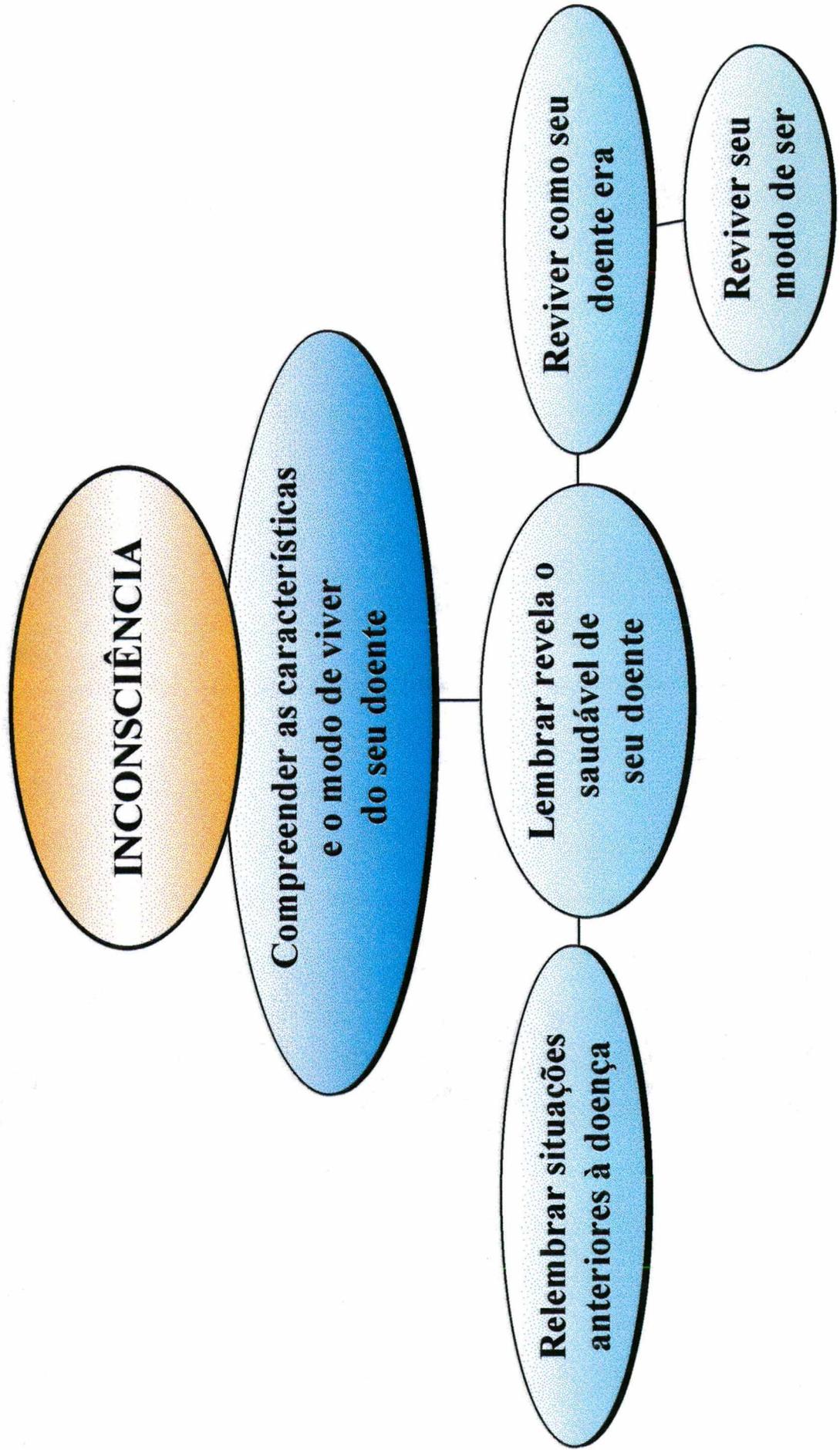
Relembrar situações anteriores à doença.

Reviver como o seu doente era.

Reviver seu modo de ser.

Lembrar revela o saudável do seu doente .

4- O FAMILIAR CARACTERIZANDO O SEU DOENTE



4.5 - O familiar: preocupações, compromisso e envolvimento.

“Não sei o que ela quer”. (US₅D₂)

“...é uma agonia não saber o que ela quer, não agüento ver ela assim...”

(US₃D₄)

*“Nem tenho cabeça para pensar no trabalho”. “Lá me disseram para ficar des-
preocupada”*. (US₁₂D₅)

“O que mais posso falar... que rezo muito, que choro muito, eu tenho medo, ora”.

(US₁₃D₅)

Ao ser interrogada se queria dizer mais alguma coisa, respondeu: *“não, hoje
não,... tenho de ir procurar vaga nos hospitais”*. (US₁₅D₅)

“O pai já disse que, se a mãe se for, não vai agüentar”. (US₉D₂)

“...os filhos não entendem, querem que eu descanse. Mas descansar para quê?”

(US₉D₄-US₁₁D₄)

“Os pais... estão ajudando, sempre ficam por perto”. (US₁₀D₅)

“Temos que estar aqui com a mãe e cuidar também do pai lá em casa”. (US₁₀D₂)

“...é nossa obrigação de filhos, não é?” (US₁₂D₂)

“Acho que eu deveria ficar mais tempo...” (US₁₄D₂)

“...vir mais vezes ver a mãe no hospital”. (US₁₅D₂)

“...não agüento ficar lá em casa, me dá vontade de vir de volta, ficar perto dela”.

(US₂D₄)

“Aqui fico junto dela... ela sempre ficou perto de mim”. (US₈D₄)

COMPREENSÃO:

Um sujeito mostra-se preocupado, pois não sabe o que seu doente sente. US₅D₂

Outro revela sentir-se angustiado por não saber os desejos da esposa. US₃D₄

Este se sente impossibilitado de pensar sobre sua ausência no trabalho, devido a sua permanência junto com seu doente. Refere sentir pavor e inquietação. Precisa em-

penhar-se na busca de vaga em outro hospital para a transferência do seu doente.

$US_{12}D_5-US_{13}D_5-US_{15}D_5$

Um familiar revela que se sua mãe morrer, seu pai não vai resistir. US_9D_2

Outro familiar explica que seus filhos não alcançam o significado do porquê de ele não ficar em casa, pois eles (filhos) querem que ele descanse. “descansar para quê?” pergunta o sujeito. Diz que sente vontade de voltar para o hospital para ficar perto da esposa; não agüenta ficar em casa. $US_8D_4-US_9D_4-US_{11}D_4$

Um familiar fala que tanto seus pais quanto os pais de seu doente estão ajudando, ficam sempre por perto. $US_{10}D_5$

Outro familiar refere que tem obrigação de envolver-se no hospital com a mãe e também zelar pelo pai em casa. Diz que é compromisso de filhos, que tem a obrigação de permanecer mais tempo no hospital e de vir mais vezes visitar sua mãe no hospital.

$US_{10}D_2-US_{12}D_2-US_{14}D_2-US_{15}D_2$

Outro diz que, quando vai para casa, sente vontade de voltar para o hospital, para ficar perto da esposa. Ficar próximo e com ela no hospital é seu desejo, porque ela sempre ficou junto dele antes da doença. $US_7D_4-US_8D_4$

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

Não saber o que seu doente sente: preocupar-se, angustiar-se e sentir pavor.

Não refletir sobre o seu cotidiano.

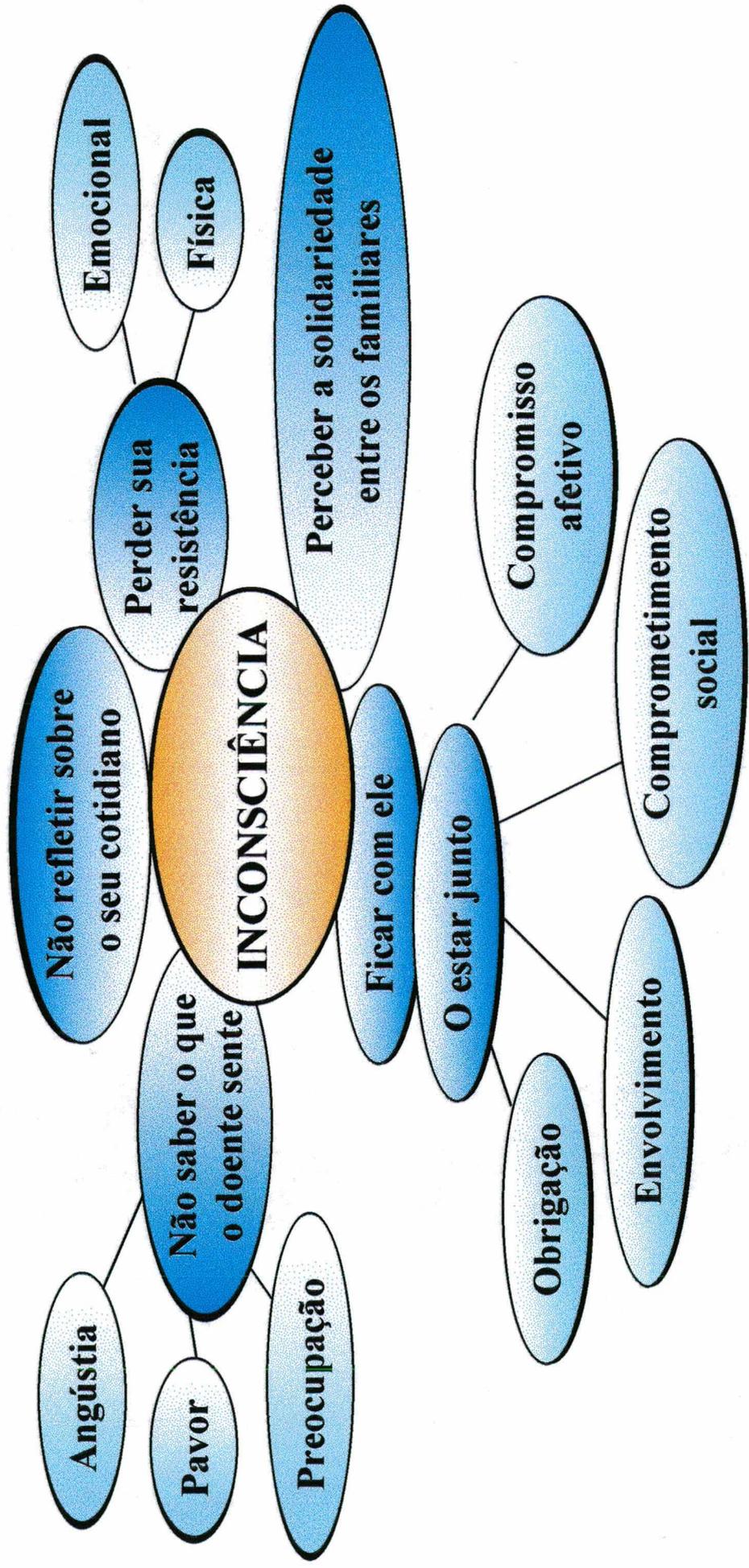
Perder sua resistência: física e emocional.

Permanecer próximo do seu doente, ficar com ele.

Sentir obrigação de estar junto com seu doente: um compromisso, um envolvimento e um comprometimento social.

Perceber a solidariedade entre os familiares.

5- O FAMILIAR: PREOCUPAÇÕES, COMPROMISSO E ENVOLVIMENTO



4.6 - O Sofrimento: uma realidade do familiar.

Explica que “*agora, pelo menos, meu pai está sem dor e sem queixas; assim, sofro menos*”. (US₃D₁)

Por outro lado, relembra que “*minha mãe sofreu muito antes de morrer*”. (US₄D₁)

“*Foi muito difícil para todos*”, referindo-se ao sofrimento da mãe. (US₅D₁)

“*É isso aí, não é fácil*”, conclui o sujeito. (US₁₅D₁)

“*Não é fácil*”! expressa o sujeito. (US₁₁D₂)

“*Mas faço o que posso!*” diz o sujeito. (US₁₆D₂)

“*Pois sabe como é, a vida não pára, temos os nossos problemas*”, explica o sujeito. (US₁₇D₂)

“*...é uma agonia não saber o que ela quer*”. (US₁₅D₄)

“*...não agüento ver ela assim*”. (US₁₆D₄)

“*Quer saber de uma coisa? eu tenho medo de como ele vai ficar*”. (US₆D₃)

E, continuando, pergunta: “*O que vou fazer?*”. (US₇D₃)

COMPREENSÃO:

Durante a internação, observando o estado atual do seu doente, o sujeito se refere à questão do sofrimento. Revela que o “*estar assim*” do seu doente - não dizer nada - lhe reduz o sofrimento, porque ele (o doente) se mostra aparentemente tranqüilo.

US₄D₁

Por outro lado, , relembra uma vivência passada: o sofrimento de sua mãe antes de morrer. Explica a dificuldade que todos (familiares) viveram ao passarem por essa experiência. Este familiar compreende que esta é a realidade, pois fala deste acontecimento como um modo de ser complexo. US₄D₁

Outro sujeito fala sobre a situação do envolvimento com sua mãe inconsciente e do zelo que deve ter pelo seu pai supostamente sadio [o envolvimento com o doente e com o sadio]. Expressa o compromisso de ser filho e mostra o quão penosa é a vivên-

cia desta situação. Como filho, ele alcança o sentido da experiência por que está passando, mas, por outro lado, revela que a acompanha de acordo com suas possibilidades, pois entende que a vida não pára e cada indivíduo tem seus problemas. $US_{11}D_2$ - $US_{17}D_2$.

Este sujeito confessa seu medo pela maneira como supõe que o seu doente vai ficar, inclusive questiona-se como irá fazer. Reafirmando seus sentimentos, manifesta estar muito inquieto, aflito e sem esperança. US_2D_5 - US_6D_5 - US_7D_5 .

Aqui o sujeito, falando sobre a imagem do seu doente, chora e pede ajuda a Deus. O que o leva a sofrer é não poder saber o que ele deseja, ao que chama de “agonia”, ao mesmo tempo em que expressa não poder mais sofrer ao ver a esposa assim. $US_{15}D_4$.

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

Complexidade no modo de ser: é o presente sobrepondo-se ao passado.

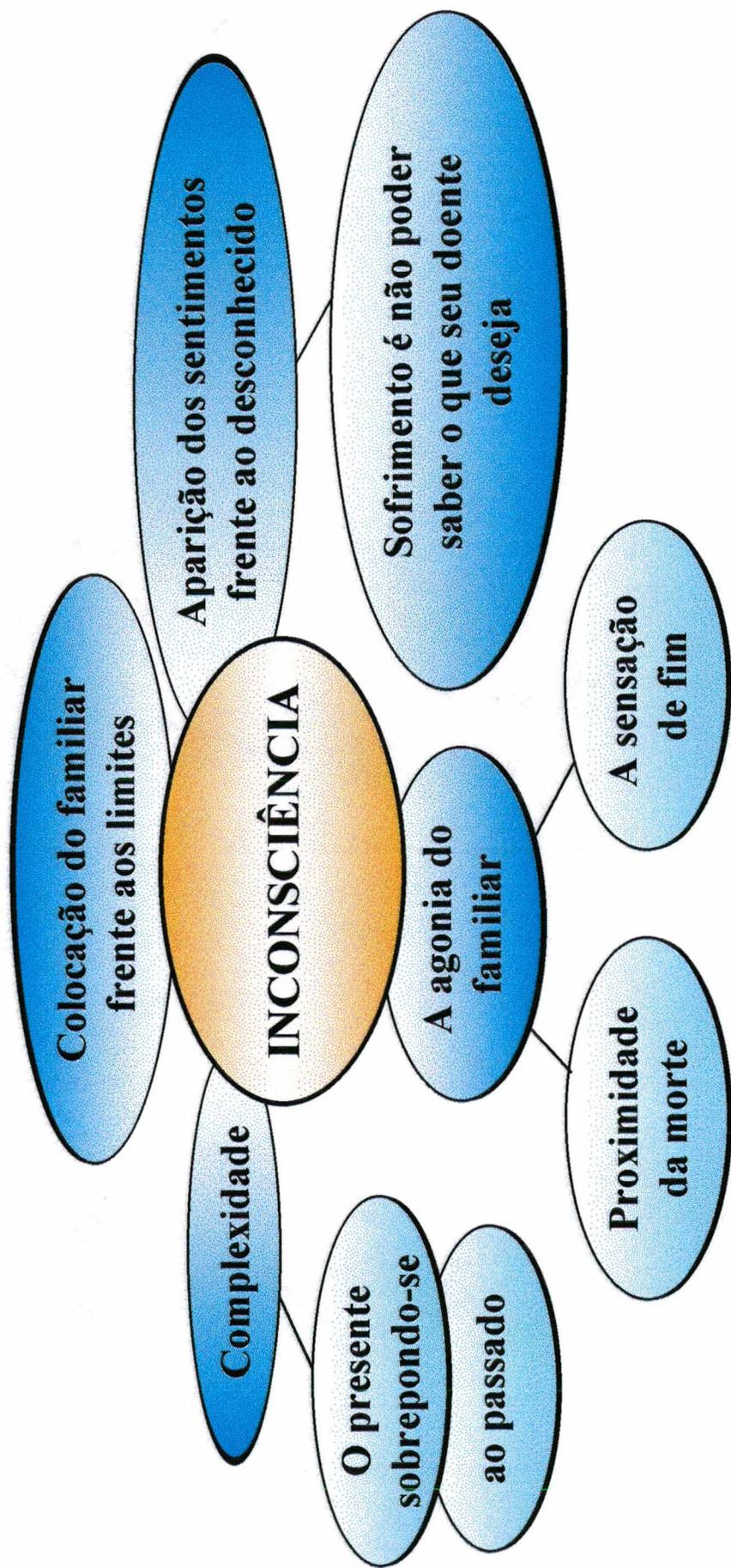
Colocação do familiar frente aos limites enquanto pessoa, ser.

Aparição dos sentimentos frente ao desconhecido.

Agonia pela proximidade da morte, sensação de fim.

Sufrimento é não poder saber o que o seu doente deseja.

6-O SOFRIMENTO: UMA REALIDADE DO FAMILIAR



4.7 - O familiar: experiências passadas.

“Já vi outros casos em que as pessoa que saíram do coma ficaram com um lado esquecido”. (US_6D_1)

COMPREENSÃO:

Um familiar, falando sobre o estado de inconsciência do seu doente, relembra casos semelhantes, quando as pessoas passaram de um estado de consciência para outro, ou seja, saíram do estado de coma, porém com sequelas. US_6D_1

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

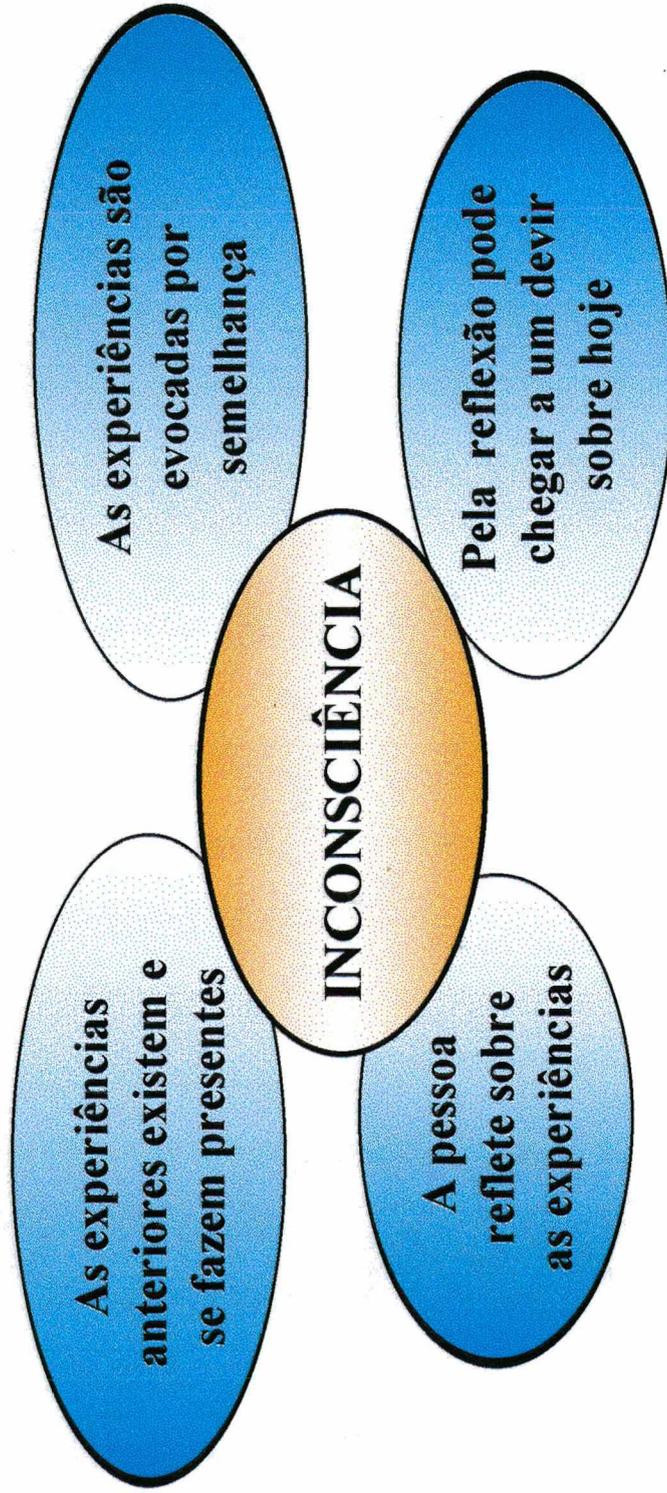
As experiências anteriores existem e se fazem presentes

As experiências são evocadas por semelhança.

As pessoas refletem sobre as experiências.

Pela reflexão, podem chegar a um devir sobre o hoje.

7-O FAMILIAR: EXPERIÊNCIAS PASSADAS



4.8 - O vir-a-ser após a doença: a transformação.

“E, se meu pai sair dessa, como ele vai ficar?” (US₉D₁)

“...se o meu pai ficar sem caminhar e sem se alimentar, sabe?” (US₁₀D₁)

“E aí...” (US₁₁D₁)

“Agora que se passou quase uma semana do acidente, acho que meu marido não vai morrer, mas se ele ficar assim...” (US₅D₅)

COMPREENSÃO:

Um familiar vê a doença, o estado de inconsciência do seu doente, como um fato a ser examinado. De que modo ele vai continuar vivendo após a doença? Ele vê em seu doente a impossibilidade de deambular e comer. E volta a questionar sobre a compreensão do que possa ser não caminhar e não comer. US₉D₁-US₁₀D₁-US₁₁D₁

Outro familiar percebe que seu doente, apesar da inconsciência, vai continuar vivendo. Expressa sua preocupação. O “*não-morrer*” não afasta as preocupações do continuar vivendo. US₅D₅

O SIGNIFICADO:

Isto significa:

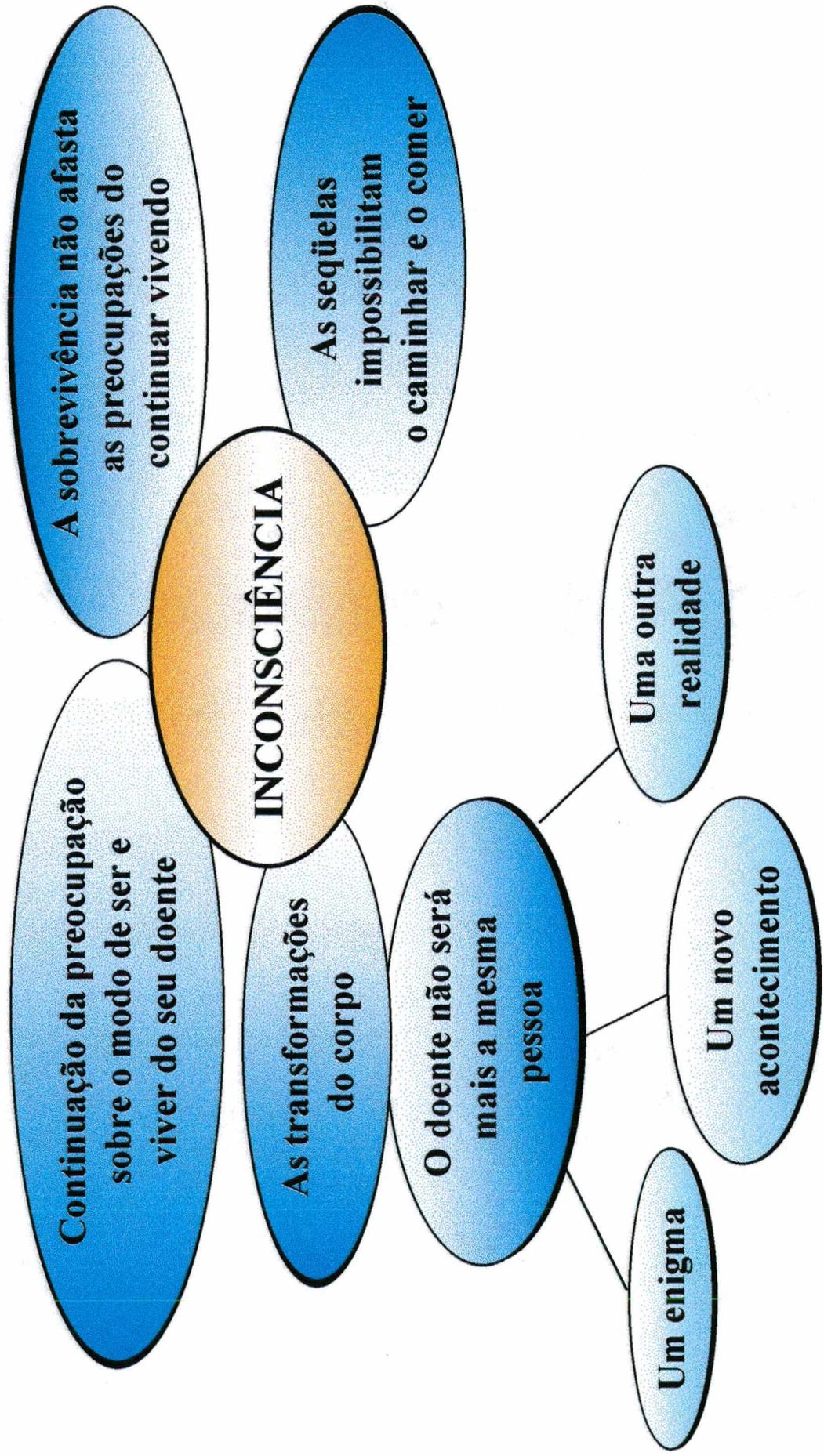
Continuação da preocupação sobre o modo de ser e viver do seu doente.

A sobrevivência não afasta as preocupações do continuar vivendo.

As seqüelas impossibilitam o caminhar e o comer .

A transformação do corpo: uma outra realidade, um novo acontecimento, um enigma, não será mais a mesma pessoa.

8- O VIR A SER APÓS A DOENÇA - A TRANSFORMAÇÃO



4.9 - O mundo dos cuidadores.

Este sujeito conta que “a moça que cuidava do meu pai em casa talvez não vá ficar mais, porque se o pai ficar sem caminhar e sem se alimentar, sabe?” (US₁₀D₁)

“Combinei com as meninas aqui do andar de me ensinarem tudo o que puderem”. (US₂₃D₂)

“Elas me disseram que deveria ficar tranqüila”. (US₂₅D₂)

“Que o mais importante era eu vir visitar a mãe e ficar junto dela”. (US₂₆D₂)

COMPREENSÃO:

Um familiar compreende e revela que é possível que a pessoa que cuidava do seu doente em casa que vá embora, devido às condições que seu pai poderá voltar (*sem comer, sem caminhar*). US₁₀D₁

Outro fala que combinou com “as meninas”⁹ do andar para treiná-lo sobre tudo o que puderem. Este sujeito preocupou-se em aprender a forma como assumir o cuidado do seu doente, tanto no hospital como em casa. US₂₃D₂

O familiar refere que os cuidadores lhe disseram que precisava permanecer sossegado; e que o importante era vir visitar a mãe e ficar ao lado dela. US₂₅D₂-US₂₆D₂

O SIGNIFICADO :

Isto significa:

Os cuidadores compreendem o familiar.

Os cuidadores se fazem presentes.

Os cuidadores cuidam e educam para cuidar.

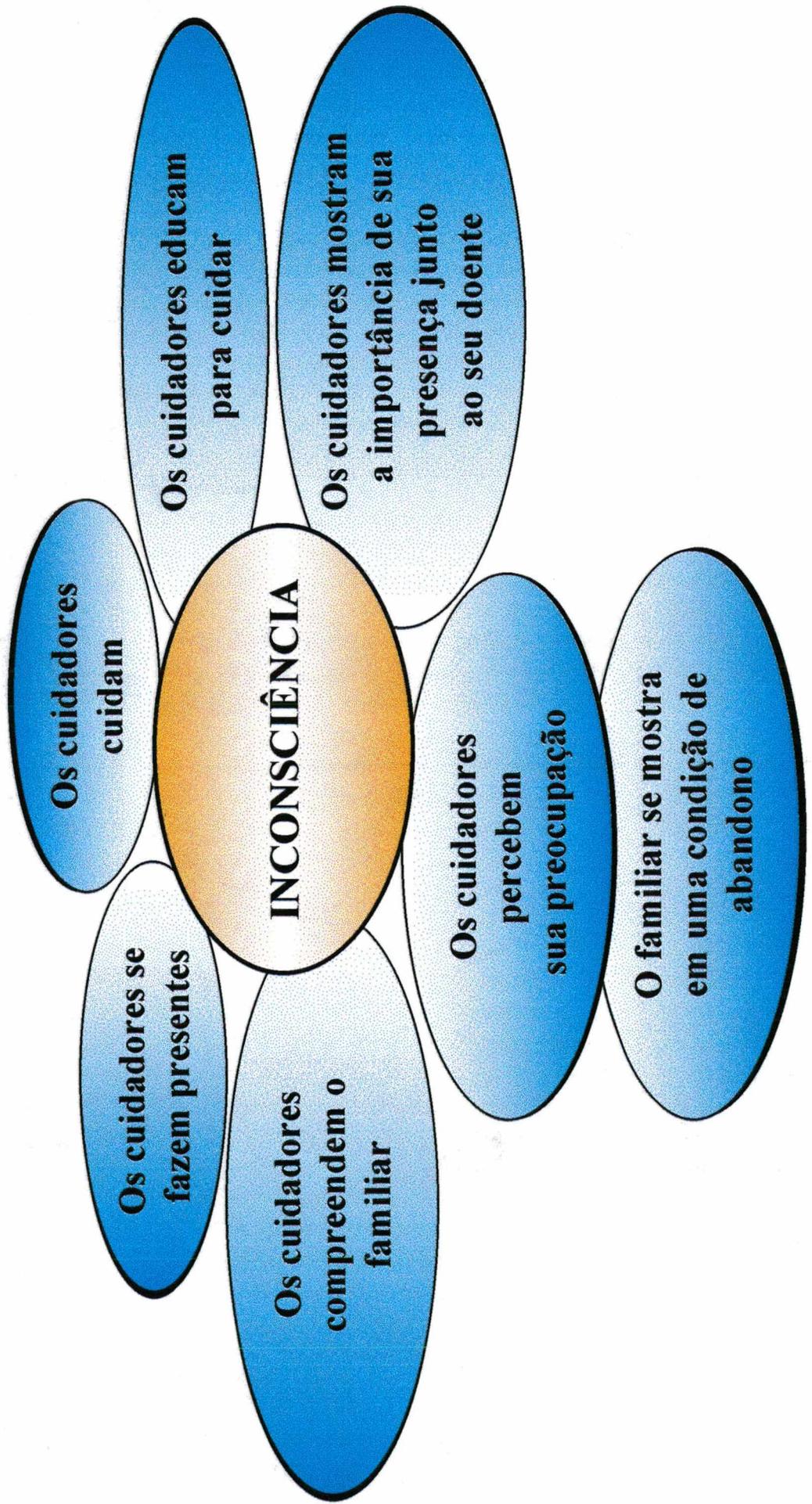
Os cuidadores percebem suas preocupações.

Os cuidadores mostram a importância de sua presença junto com seu doente.

O familiar se mostra numa condição de abandono.

⁹ “As meninas” - denominação do familiar para referir-se às cuidadoras do mundo do hospital.

9- O MUNDO DOS CUIDADORES



4.10 - Apreciação do familiar em relação aos cuidadores.

“Elas são tão boazinhas, fazem tudo direitinho”. (US₂₇D₂)

“As pessoas aqui... são boas, até me deixam ficar mais tempo... eu até ajudo a cuidar”. (US₁₁D₃)

COMPREENSÃO:

Um familiar refere que as cuidadoras são tão *boazinhas*, fazem tudo *certinho*, convenientemente. US₂₇D₂

Outro familiar, ao referir-se à equipe, diz: *“...pessoas bondosas que me permitem permanecer mais tempo... eu até ajudo a cuidar”*. US₁₁D₅

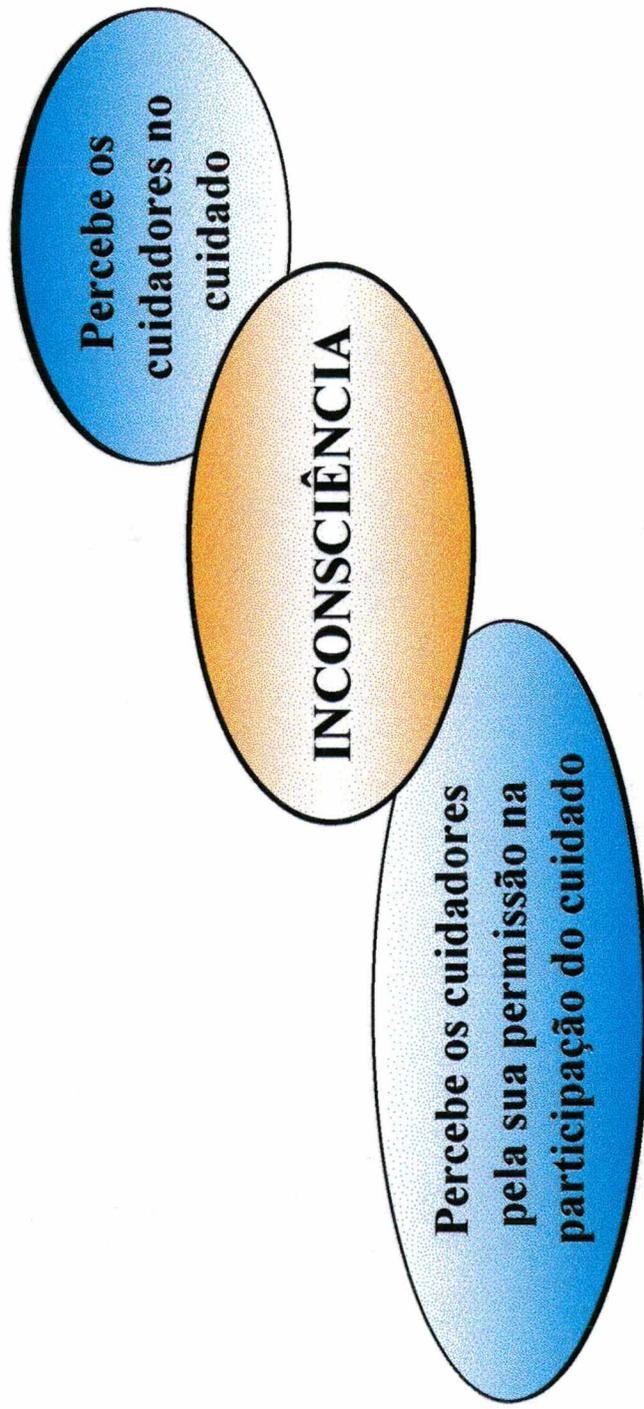
O SIGNIFICADO :

Isto significa:

Percebe os cuidadores no cuidado.

Percebe os cuidadores pela sua permissão na participação no cuidado.

10- APRECIÇÃO DO FAMILIAR EM RELAÇÃO AOS CUIDADORES



4.11 - A confiança do familiar.

“Quando vou para casa, fico tranqüila: aqui no hospital a mãe é bem cuidada”.

(US₂₈D₂)

COMPREENSÃO:

Um familiar refere que, quando vai para casa, fica sossegado porque no hospital seu doente é cuidado com segurança. *US₂₈D₂*

O SIGNIFICADO :

Isto significa:

O familiar está confiante de que seu doente ficará bem cuidado.

O hospital passa essa confiança ao familiar.

11- A CONFIANÇA DO FAMILIAR

INCONSCIÊNCIA

**O hospital lhe
passa confiança**

**O familiar está confiante
de que seu doente ficará
bem cuidado**

4.12 - O significado da inconsciência do ser doente.

“Estou arrasada, moço”. (US₁D₁)

“Agora, se ela pudesse falar, eu saberia o que ela quer... mas ficar assim... sem falar nada... é demais!” (US₃D₂)

Perguntado sobre o que significa o estado de inconsciência de sua esposa, o sujeito respondeu: *“Tristeza, moço, medo!”* (US₁D₄)

“Muito medo de perder...!” (US₂D₄)

O sujeito, ao ser interrogado sobre o estado de inconsciência de seu paciente, disse: *“Não sei!”* (US₁D₅)

COMPREENSÃO:

Falando sobre o significado da inconsciência do seu doente, o familiar refere sentir-se arrasado, aniquilado, demolido. Refere que, se o doente tivesse uma maneira de se expressar verbalmente, ele saberia o que ele necessita. Para o familiar ver seu doente permanecer desse modo, privado de falar, é demais para ele!. US₁D₂-US₃D₂

Outro sujeito explica que sente pesar e receio. Receio de ficar privado da companhia de seu doente. Refere desconhecer o que significa o estado de inconsciência de seu doente. US₁D₄-US₂D₄-US₁D₅

O SIGNIFICADO :

Isto significa:

Desconhece as necessidades do seu doente, pela ausência da fala.

Sente a situação do seu doente como insuportável.

Sente-se fragilizado: tem a sensação de tristeza, medo e destituição de um convívio.

Para o familiar, não poder falar, quer dizer, não alcançar, não poder explicar.

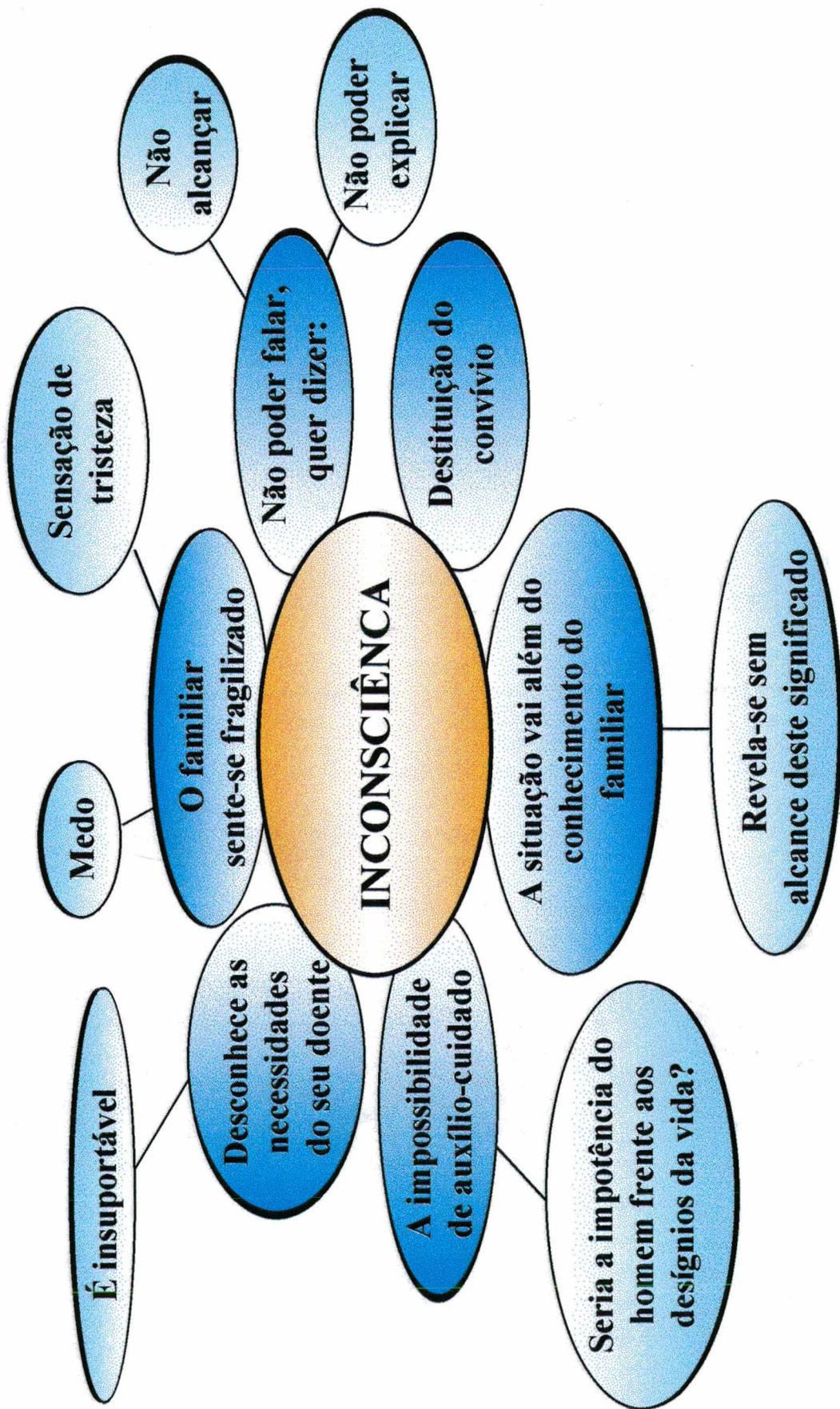
Para o familiar, a situação, é a impossibilidade de auxílio - cuidado.

Seria a impotência do homem frente aos desígnios da vida ?

A situação, vai além do conhecimento do familiar.

Revela-se sem alcance deste significado (*não sei, desconheço* - US_1D_3).

12- O SIGNIFICADO DA INCONSCIÊNCIA DO SER DOENTE



4.13 - A religiosidade, a fé e a espiritualidade.

“Tenho fé que ela melhore”. (US₆D₂)

“Rezo muito, Deus vai ouvir e olhar para ela”. (US₈D₂)

“Antes, eu pedia ao Nosso Senhor bom Deus que não deixasse acontecer nada com ele”. (US₇D₃)

“...agora eu deixo tudo na mão dele, ele sabe o que faz”. (US₈D₃)

“Vou aceitar qualquer coisa”. (US₉D₃)

“O que mais posso falar... que rezo muito”. (US₁₃D₅)

COMPREENSÃO:

Um familiar revela que reza muito e que Deus vai olhar para que seu doente saia dessa situação. US₆D₂

Outro familiar fala que, antes de o marido ficar doente, rezava, e pedia para Deus que não deixasse acontecer nada a ele. Diz que agora deixa tudo na mão de Deus: ele sabe o que faz e vai conformar-se com qualquer acontecimento. US₇D₃-US₈D₃

Outro sujeito diz: “o que mais posso falar... que rezo muito”. US₁₃D₅

O SIGNIFICADO :

Isto significa:

Suportes essenciais nas situações difíceis.

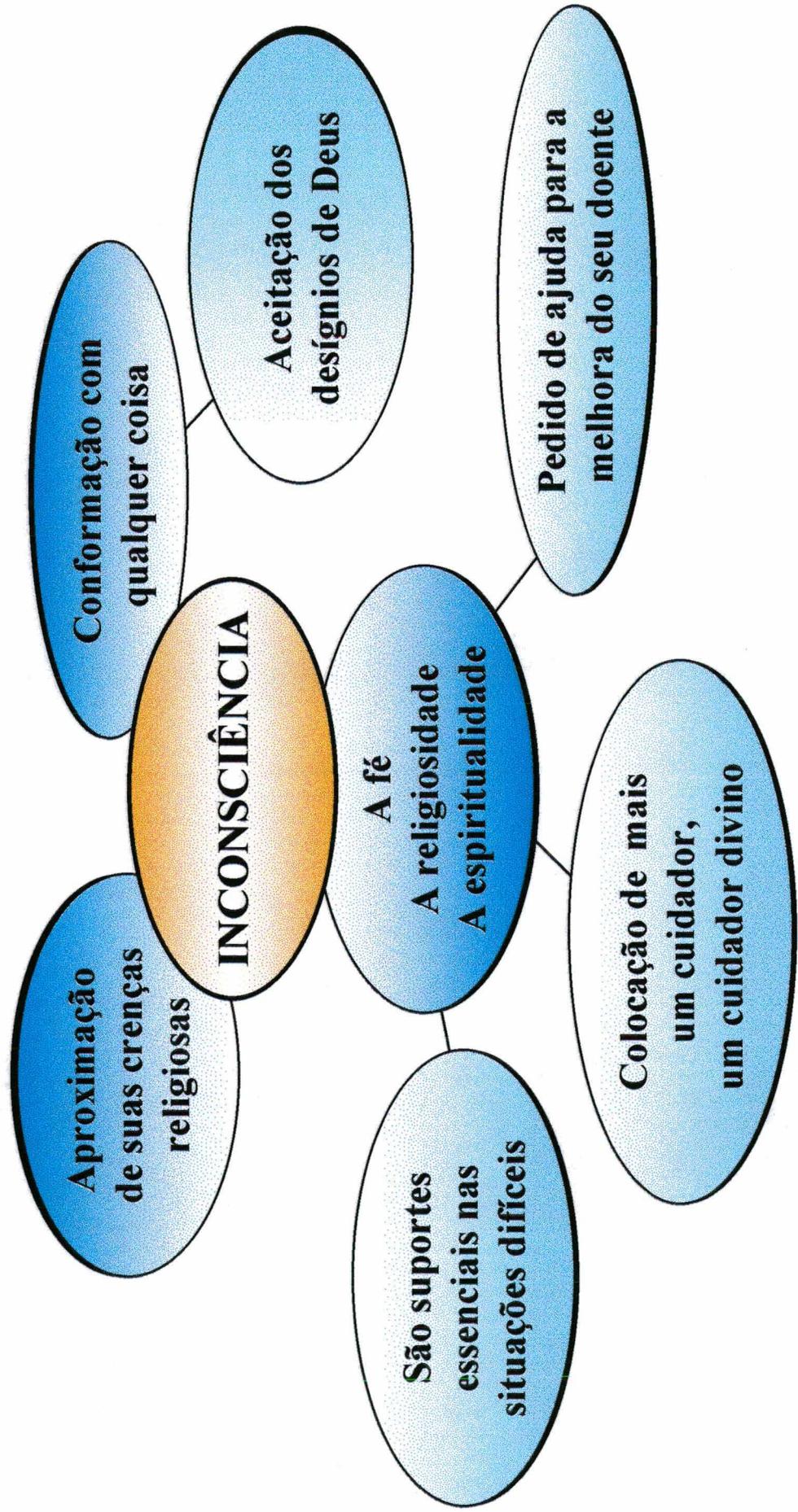
Pedido de ajuda para a melhora do seu doente.

Aproximação de suas crenças religiosas.

Colocação de mais um cuidador para o seu doente, um cuidador Divino.

Conformação com qualquer coisa, aceitação dos desígnios de Deus.

13- A RELIGIOSIDADE, A FÉ E A ESPIRITUALIDADE



4.14 - As esperanças.

“Tenho fé que ela melhore”. (US_6D_2)

“...ela é forte, vai sair dessa”. (US_7D_2)

COMPREENSÃO:

Um familiar expressa ter muita confiança em que seu doente melhore. Diz que ele é valente, vigoroso e que vai suportar essa situação. US_6D_2 - US_7D_2

O SIGNIFICADO :

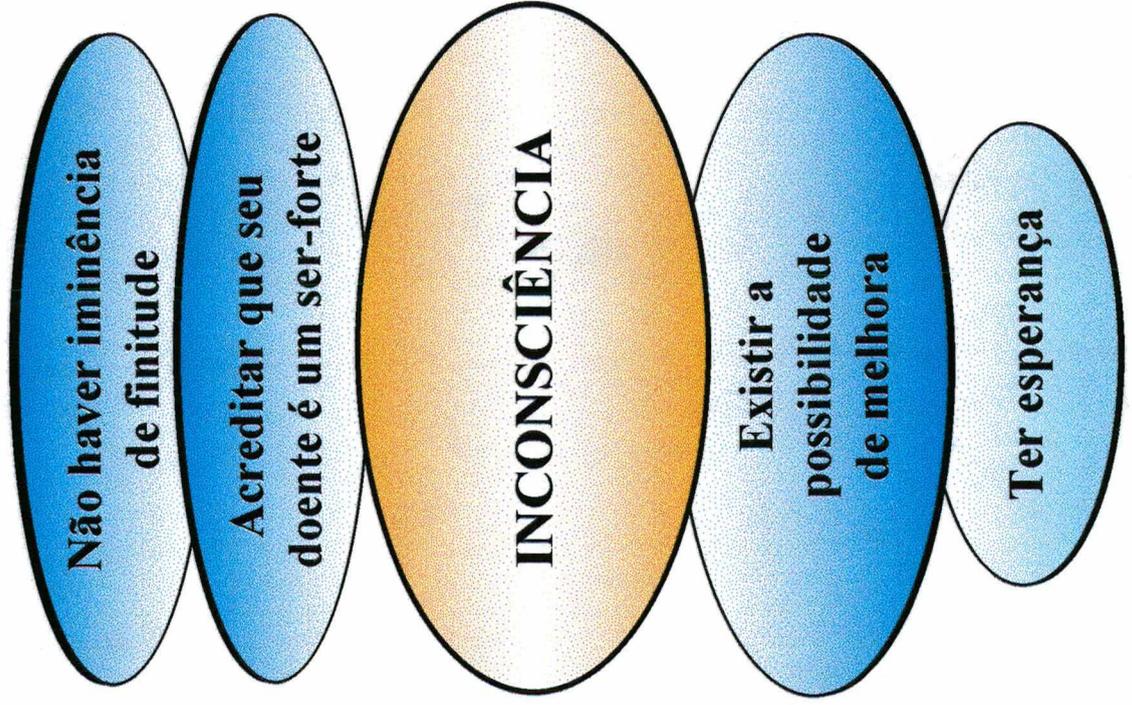
Isto significa:

Não haver iminência de finitude.

Acreditar que seu doente é um ser-forte.

Existir a possibilidade de melhora.

14- AS ESPERANÇAS



QUADRO REPRESENTATIVO DAS CATEGORIAS

CATEGORIAS	CONVERGENTES	IDIOSINCRASIAS
1) O doente no mundo do hospital (a chegada).	$US_{1^2^2 13^3 14} D_1$ $US_{3^4} D_5$	
2) O doente no mundo do hospital (a internação).	$US_3 D_1 - US_4 D_2$ $US_{5^6} D_3 - US_5 D_4$	
3) O doente: seu corpo e sua imagem.		$US_{6^7} D_1$
4) O familiar caracterizando o seu doente.	$US_8 D_1 - US_{2^3^3 30} D_2$ $US_{1^3^3 4^3 11} D_3 - US_{4^1 12} D_4$	
5) O familiar: preocupações, compromisso e envolvimento.	$US_{2^2^5 10^2 12^2 14^2 15} D_2$ $US_{2^3^2 8^2 9^2 11} D_4$ $US_{12^2 13^2 15} D_5$	
6) O sofrimento: uma realidade.	$US_{3^4 5^2 15} D_1$ $US_{11^2 16^2 17} D_2$ $US_{15^2 16} D_4 - US_{6^7} D_5$	
7) O familiar: experiências passadas.		$US_6 D_1$
8) O vir-a-ser após a doença: a transformação .	$US_{9^2 10^2 11} D_1 - US_5 D_5$	
9) O mundo dos cuidadores.	$US_{10} D_1 - US_{23^2 25^2 26} D_2$	
10) Apreciação do familiar em relação aos cuidadores.	$US_{27} D_2 - US_{11} D_5$	
11) A confiança do familiar.		$US_{28} D_2$
12) O significado da inconsciência do ser doente.	$US_1 D_1 - US_{31} D_2$ $US_{1^4} D_4 - US_1 D_5$	
13) A religiosidade, a fé e a espiritualidade.	$US_{6^8} D_2 - US_{7^8 9} D_3$ $US_{13} D_5$	
14) As esperanças .		$US_{6^7} D_2$

5 . A SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES

O familiar está atento no momento da internação.

A chegada ao hospital significa para o familiar a sensação de perda do seu doente e, por outro lado, o hospital é também um local de segurança, onde ele recebe cuidados e medicamentos. Este momento pressupõe um futuro: com vida ou sem vida .

As informações da equipe do mundo do hospital são determinantes para o familiar. Embora o futuro esteja distante, o familiar “*se percebe*” pensando nele e se dá conta de que este, o momento da crise da doença, não é o momento para pensar no futuro.

O doente inconsciente é compreendido pelo familiar acompanhante como um ser no mundo, que se mantém acamado; contudo tem ausente a dor física, as aflições, a fala, o pensamento e a reflexão. As características e o modo de viver desta pessoa inconsciente, fazem com que seu familiar compreenda e se inquiete.

Relembrar situações anteriores à doença possibilita ao familiar reviver como o seu doente era. Reviver seu modo de ser, sua imagem primitiva. Este “*lembrar o que era*”, faz com que o familiar revele o quanto o seu doente foi saudável, realimentando as suas esperanças.

Neste momento, não saber o que seu doente sente leva o familiar a preocupar-se, angustiar-se e sentir pavor. A possibilidade de perder seu doente significaria para o familiar a perda de sua resistência física e emocional. Poder permanecer próximo do seu doente, ficar com ele, é o que importa. O estar com seu doente inconsciente, hospitalizado, faz com que o familiar não consiga refletir sobre outras atividades e o seu cotidiano.

A solidariedade entre os familiares ameniza as dificuldades em vivenciar as situações críticas.

O estar junto com seu doente é para o familiar um compromisso, uma obrigação, um envolvimento e um comprometimento social. A experiência vivenciada é um modo de ser complexo, que está contido no movimento dialético deste viver: o presente so-

brepondo-se ao passado. O envolver-se na situação de familiar o coloca frente aos limites que ele tem perante o seu próprio viver enquanto pessoa, ser.

Os sentimentos do familiar acompanhante emanam de um quadro que desconhecem. Para ele, sofrer, é não poder saber o que o seu doente deseja. A agonia do familiar é ter a sensação de fim, de proximidade da morte do seu doente.

O vir-a-ser após a doença significa para o familiar continuar a preocupação sobre o modo de ser e viver do seu doente. O não morrer - a sobrevivência - do seu doente, não afasta as preocupações do continuar vivendo. Na compreensão do familiar, o vir-a-ser após a doença (a inconsciência) significa a transformação do corpo; quer dizer, uma outra realidade, um novo acontecimento, um enigma.

A compreensão sobre o que possa ser “*não caminhar*” (especializar) e “*não comer*” (modo de viver) são questionamentos do familiar.(US10D1). Para ele, quando seu doente for para casa, não será mais a mesma pessoa, porque ela está modificada no seu modo de ser e viver.

O relato sobre os cuidadores do mundo do hospital e dos cuidadores leigos demonstra que o familiar compreende como ele pode se aproximar ou se afastar do doente. Abordando o mundo desse doente que poderá sair do hospital na condição de inconsciente, imóvel, totalmente dependente, um familiar pressupôs a condição de abandono. No entanto, os cuidadores do mundo hospitalar se fazem presentes no cuidar e no educar para cuidar. Estes cuidadores percebem o modo de ser do familiar no hospital, suas preocupações, e então lhe mostra a importância de sua presença junto ao seu doente.

O familiar percebe os cuidadores pela maneira como cuidam dos seus doentes e também pela permissão na participação no cuidado.

O indivíduo humano, ao se deparar com situações difíceis de saúde, se sente fragilizado. Desconhecer as necessidades do seu doente pela ausência da fala se torna insuportável para o familiar. Não poder falar, emitir palavras, quer dizer não alcançar, não poder explicar sobre si.

O não saber o que seu doente sente leva o indivíduo a preocupar-se, angustiar-se e sentir pavor. Não poder perceber o que o doente sente significa a impossibilidade de auxílio - cuidado: seria a impotência do homem frente aos desígnios da vida ?

Vivenciar o estado de inconsciência do seu doente, vai além do conhecimento do familiar, que se revela sem alcance deste significado (*não sei, desconheço* - US1D5).

Outro sujeito, referindo-se à inconsciência, remete-a à sensação de tristeza, medo e destituição de um convívio.

A fé, a religiosidade e a espiritualidade significam suportes essenciais ao indivíduo que vivencia situações difíceis. Pedir ajuda para a melhora do seu doente faz com que o familiar se aproxime de suas crenças religiosas. A fé do familiar em Deus coloca mais um cuidador para o seu doente, um cuidador divino. O aceitar, o conformar-se com qualquer coisa, significa aceitar os desígnios de Deus.

6. A SÍNTESE DAS IDIOSSINCRASIAS

A fala do familiar sugere que a inconsciência pode trazer seqüelas ao corpo do seu doente, manifestadas pela paralisação de algumas partes ou até mesmo do corpo todo.

As experiências anteriores existem e são evocadas quando se fazem presentes por semelhança. A pessoa reflete sobre elas e nesta reflexão pode chegar a um devir sobre o hoje.

O familiar, quando vai para casa, necessita sentir confiança de que seu doente ficará bem cuidado, e o hospital lhe passa essa confiança. Segundo ele, o estado de inconsciência do seu doente não significa finitude, e então revela suas esperanças na melhora.

Acreditar, ter fé e considerar o seu doente como um ser - forte; tudo isto significa a possibilidade de melhora.

7. AS INTERSIGNIFICAÇÕES

Seguramente, no momento da internação, o familiar percebe sensações em relação ao seu doente. Estas sensações levam a pessoa a questionar-se sobre o que pode vir a acontecer. Portanto, é um acontecimento decisivo para o familiar, porque, no seu entender, a instituição hospitalar é a garantia da vida do seu doente. É o local onde existe cautela, zelo e responsabilidade pela vida das pessoas; onde estas sentem alívio da dor e obtêm a cura das enfermidades.

O familiar revela que não vai pensar muito. “...*não pensar em preocupações futuras*”. Este “*muito*” pode significar que vai continuar pensando em acontecimentos que poderão se dar a “*posteriori*”. Pensar é refletir; refletir é iluminar, deixar claro outras possibilidades, como a de seu doente vir a morrer. “...*percebi meu marido todo machucado e julguei que ele iria morrer*”.

Ao perceber o modo de ser do seu doente, naquele momento, o sujeito conjectura com muito temor, como será o futuro. Isso lhe faz interrogar-se sobre o que fará e se terá condições de fazer... “...*quer saber de uma coisa? Eu tenho medo de como ele vai ficar*”; “...*o que vou fazer?*”.

A situação futura se mostra velada e preocupante. Quando o sujeito expressa que esta situação é um problema para um pensar posterior, ele quer dizer que tudo isso é difícil e complexo e que o momento adequado para refletir não seria naquele instante.

O indivíduo, quando passa por uma situação crítica do estado de saúde, revela angústia, medo e apresenta dificuldade, inclusive, de expressar como sente, como percebe o acontecimento.

Reconhece seus limites perante a situação. Existe a possibilidade da perda iminente. As informações recebidas pelo familiar, são frequentemente desanimadoras e preparatórias para o mais difícil: o desfecho. “...*fui avisado pelo médico, que meu pai tinha poucas chances e que deveria ficar preparado*”.

O estado de inconsciência significa, para o familiar, a ausência de dor, de queixas, diminuindo por conseguinte, suas próprias angústias, facilitando o enfrentamento da situação difícil em que seu doente se encontra.

Para o sujeito, o estado de inconsciência em que seu doente se encontra é o responsável por ele estar privado da linguagem falada e pela ausência de sensações dolorosas. Vivenciar, estar com seu doente em um estado onde a comunicação verbal está ausente pela doença e onde o doente não pode expressar seus sentimentos e expectativas, tudo isso leva o familiar a exteriorizar seus medos e incertezas.

Experiências anteriores possibilitam ao indivíduo projetar as limitações que poderão ocorrer ao seu doente. Inclusive, o familiar explica o significado que dá para “esquecido” e demonstra a sua preocupação e expectativa quanto ao futuro de seu doente, e da inteireza do seu ser.

Este futuro estado de ser pode significar uma nova maneira de ser e viver; isto denota como o familiar tem a compreensão do modo de ser e viver do seu doente. Significa que, na compreensão do familiar, a inconsciência pode trazer seqüelas ao corpo, manifestadas pela paralisação de algumas partes ou até mesmo do corpo todo.

O familiar interroga-se sobre a forma particular do doente. Seu temor é quanto a sua qualidade de vida, ao modo como ele vai continuar vivendo e se vai sobreviver a este acontecimento. Este temor aflora principalmente quando o familiar considera a idade do seu doente.

Nas situações críticas, o familiar relembra as características de seu doente. Lembrar essas características, anteriores à doença, possibilita ao familiar reviver a sua imagem primitiva.

O sujeito demonstra dificuldades de manter a rotina do seu cotidiano, de seus afazeres durante o vivenciar da situação. A compreensão dos colegas de trabalho, durante os momentos críticos, possibilita ao sujeito dedicar-se ao seu doente, sem a angústia da culpa de sua ausência no local de trabalho.

O sujeito, ao mesmo tempo em que refere ser difícil vivenciar o acontecimento, revela seu compromisso como familiar. Para ele, ficar mais tempo com seu doente e estar com ele mais freqüentemente, demonstra o sentimento de obrigatoriedade e compromisso.

O familiar que vivenciou a maior parte de sua relação junto com seu doente, compartilhando o mesmo espaço físico, revela que ficar com ele no hospital é mais significativo que ir para casa. Neste momento, a casa passa a ser o hospital, onde seu doente está presente. Esta maneira de pensar e querer do familiar nem sempre é aceita e compreendida pelos filhos, os quais imaginam e julgam que ir para casa significa repousar, descansar.

Entre tantas experiências que o sujeito vivencia com seu doente no hospital, surge o momento em que lhe é solicitado pensar e agir na transferência do seu doente. Este momento é difícil. Embora o sujeito receba e reconheça as orientações sobre o atendimento em um hospital, suas normas, rotinas, tempo de internação, ele tem de modificar sua atenção, que era até então sobre o seu doente internado. Então experimenta uma nova situação, nem sempre fácil de ser vivenciada; ele sabe que é de sua responsabilidade, mas é difícil.

Para o enfrentamento da situação difícil em que seu doente se encontra, o familiar percebe que as experiências semelhantes são retomadas. E compara a situação difícil da morte da mãe com a inconsciência do pai.

Nas situações de crise, quer parecer que a pessoa se dá conta dos limites, dos seus limites. O familiar percebe o pesquisador como aquele sujeito que é capaz de ver a realidade, o limite do sujeito, com mais profundidade.

Ao pressentir a gravidade do acontecimento e a possibilidade de perder seu doente, o familiar sente-se temeroso, sozinho e sem forças para continuar vivendo. Nesta situação, o indivíduo sente-se impotente e frágil.

Na compreensão do familiar, o desconhecimento do pensar e do querer do seu doente, onde está a intenção da pessoa humana, lhe causa aflição, porque seu doente está destituído da possibilidade de manifestar-se, de escolher.

As experiências anteriores existem e são evocadas quando se fazem presentes por semelhança. A pessoa reflete sobre elas e, nesta reflexão, pode chegar a um devir sobre o hoje; o modo como seu doente vai continuar vivendo, se sobreviver a este acontecimento.

O familiar vê a doença como um fato a ser examinado. De que modo ele vai continuar vivendo após a doença? Surgem preocupações quanto ao modo de ser e viver do seu doente. Ele prevê dificuldades, inclusive, de encontrar alguém-cuidador, que continue a zelar pelo seu doente, dando-lhe a segurança esperada; no hospital existe esta segurança.

O familiar percebe que, com o passar dos dias, após ter vivenciado todos aqueles momentos difíceis, angustiantes, o risco de perda, em alguns casos, está momentaneamente afastado; porém o modo de ser do seu doente inconsciente também o preocupa e inquieta. O não morrer não afasta as preocupações do continuar vivendo.

Na compreensão do familiar, o vir-a-ser após a doença significa a transformação do corpo: quer dizer, uma outra realidade, um novo acontecimento, um enigma. Portanto o doente não será mais a mesma pessoa, porque ele está modificado no seu modo de ser e viver.

O sujeito leva, como familiar, suas preocupações quanto aos cuidados e à segurança que seu doente recebe no hospital, pois tudo pode ser mais difícil quando em casa. O familiar se pressupõe numa condição de abandono ao prever seu doente saindo do hospital, imóvel, dependente para se alimentar. Ele considera uma situação complexa a ser experimentada.

Ele se sente seguro com os cuidadores, pois sua interação com a equipe lhe permite a aprendizagem e a orientação de formas de cuidar. Estes cuidadores passam a

confiança e tranqüilidade necessárias. Mas o familiar fica preocupado com o futuro quanto aos cuidadores de seu doente em casa.

O relato sobre os cuidadores do mundo do hospital e dos cuidadores leigos demonstra que o familiar compreende como ele pode se aproximar ou se afastar do doente.

Os cuidadores do mundo do hospital percebem o modo de ser do familiar no hospital, suas preocupações, e então lhe mostram a importância de sua presença junto ao seu doente. O familiar se sente mais protegido e tranqüilo quando a equipe valoriza e reforça sua presença e permanência junto a seu doente internado.

Durante a hospitalização, o familiar se sente mais participativo quando consegue realizar algum tipo de cuidado com seu doente. Esta forma de ser, participante, lhe possibilita diminuir seus receios de realizar cuidados de forma errada, com riscos para seu doente.

O familiar se sente mais protegido e confiante por seu doente estar no hospital. Esta confiança, tanto no hospital, quanto nos cuidadores, permite a ele demonstrar tranqüilidade ao retornar para sua casa.

O familiar, ao se deparar com situações difíceis de saúde do seu doente, se sente fragilizado. É insuportável para ele desconhecer as necessidades do seu doente pela ausência da fala. Para ele, o seu doente não poder falar, emitir palavras, quer dizer não alcançar, não poder explicar.

O vivenciar do estado de inconsciência do seu doente vai além do conhecimento do familiar, que se revela sem alcance deste significado. Um familiar revela receio e pesar quanto ao estado de inconsciência do seu doente. Receio de ficar privado do convívio.

A esperança do familiar na melhora do seu doente se reforça mais pelo estado de vida saudável que teve anteriormente à doença e à internação. Para o familiar, o estado de inconsciência do seu doente não significa finitude, e então revela suas esperanças

na melhora. Acreditar, ter esperança e considerar o seu doente como um ser-forte, tudo isso também significa a possibilidade de melhora.

Nesta situação vivenciada pelo familiar, as suas demonstrações e revelações de fé e as súplicas religiosas se tornam presentes. São ritos confortantes e essenciais. Há momentos de choro e sentimentos de grande inquietação e pavor.

O apoio religioso e as crenças são aliados importantes do familiar frente às situações difíceis. Revitalizam as esperanças, servem de conforto, principalmente se seu doente também tem, na religiosidade, uma esperança e uma convicção de ajuda.

A possibilidade de perda e desconhecimento do futuro leva o familiar a depositar todas as suas esperanças num ser superior, inclusive conformando-se com qualquer acontecimento. A fé do familiar em Deus, coloca mais um cuidador para seu doente, um cuidador Divino. O aceitar, o conformar-se com qualquer acontecimento, significa para o familiar aceitar os desígnios de Deus.

8 . REFLETINDO SOBRE OS SIGNIFICADOS DA INCONSCIÊNCIA

A reflexão foi construída pelo pesquisador quando entrou no diálogo com o significado - o fenômeno - através da experiência do seu mundo vivido como profissional durante o contato com o mundo de vida dos familiares de doentes inconscientes.

O ser cuidado inconsciente, o cuidador (familiar) e a sua relação com a doença estabeleceram uma nova atitude para compreender esse ser.

Ao imprimir às pessoas um novo mundo, a doença agora é vista como um acontecimento. É o resultado de maneiras próprias de agir, do desconhecido, da resposta ao estresse, do medo de mostrar a alma, de clarear a vida, de percorrê-la através do tempo, no espaço do mundo.

Circundando os temas da vida, o corpo da pessoa inconsciente expressa em sua imagem o texto secreto de sua ligação com esse mundo. Com relação a ele, cabe ao leitor das coisas do cuidado com a vida refletir sobre os elementos que revelam mudanças, que descrevem os sinais compreensivos e enunciam novos trajetos, desejos, buscas... .

Compreender o estado de inconsciência do doente internado segundo a ótica do familiar que o acompanha foi a inquietação que me impulsionou a realizar este estudo. Ir ao encontro significou mobilizar minhas vivências. Surgiram necessidades de conhecer sobre a inconsciência; e divaguei em volta deste tema.

Abordá-lo enquanto fenômeno e poder vivenciar com o familiar o processo reflexivo foram fases de intenso movimento em meu ser enquanto pessoa e cuidador.

A doença afeta a estrutura da existência do ser-com-os-outros, e surge, duvidosa, incerta, amedrontadora e acompanhada da presença da dor física e moral.

O ser humano é um ser com valores - valores próprios - com os quais se expressa no mundo. Através da experiência, vive a angústia de estar lançado em vários

mundos, sem ter tido a possibilidade de escolher os espaços e as maneiras de enfrentar determinados acontecimentos da vida.

Os processos que imprimem novo modo de ser à vida de uma família e modificam sua dinâmica transformam o convívio, desestabilizam a intimidade daquele núcleo.

O familiar pertence a um grupo de pessoas de onde procede o seu doente. Ele mantém vínculos fortes e de intensa conotação afetiva, cujo rompimento abrupto causado pela internação hospitalar promove acentuado temor.

Elsen (1994), uma estudiosa sobre família, diz que *“a doença pode provocar uma crise, e esta pode promover mudanças nos familiares”*. Isto faz com que os indivíduos envolvidos se reorganizem e procurem conviver com a nova situação uma nova forma de existir, pensar, refletir e decidir.

O mundo do hospital caracteriza o lugar onde o familiar vive a sensação de proteção, de cuidado com a vida e de existência do ser.

A experiência de ter um familiar inconsciente, hospitalizado, faz com que a pessoa que conviveu com ele rememore as suas características. A presença do doente é o seu corpo aí, junto às pessoas que tomam conta dele. É a expressão mais forte do vivido e do vivendo.

Merleau-Ponty (1994), refere que *“o homem não tem um corpo, mas ele é um corpo que percebe e é percebido”*. Assim, quero dizer que, através do corpo, o doente inconsciente torna-se presente, percebido, com todas as suas características.

O corpo é um texto, com um conjunto de significações, físicas e emocionais. Formaggio, (1995, p.86) revela que o corpo *“não é nem coisa nem idéia, mas a medida de todas as coisas e de todas as idéias, e transformação efetiva das idéias em coisas”*. Continua o autor: *“o corpo não é o tempo, mas o tornar presente no tempo; ele não é o mundo, no entanto o traz dentro de si e faz corpo com ele”*.

O corpo carrega infinitos significados, tanto da realidade física, como do mundo imaginário, num determinado tempo e espaço. O corpo pode então ser físico, ser idéia,

ser limite, ser infinitude. Lendo Kern (1995, p.70), observei, “*o que é percebido transforma-se em vida no sujeito, faz parte dele; a percepção é sempre dinâmica. e jamais omite a consciência do próprio corpo que está no processo de perceber alguma coisa*”.

Compreendemos então que o corpo é também forma, e esta forma podemos chamar de imagem corporal.

A sensação de contato que uma pessoa proporciona com o próprio corpo pode estabelecer a relação entre a imagem corporal e a identidade. Na palavra de Farah (1995, p.84), o corpo físico tal qual é percebido pelo indivíduo é “*o instrumento pelo qual essa pessoa pode estabelecer contato, seja consigo própria, com seu ambiente ou com os demais indivíduos ao seu redor*”.

É na imagem corporal que a doença se revela; é como a situação é percebida, com todas as modificações do ser.

A permanência e a presença do corpo vivo é primordial; sua falta é inconcebível. Bicudo & Espósito (1997, p.67) disseram: “*a perspectiva do corpo constitui nossa ligação com o mundo*”.

Na inconsciência, movimento e corpo, ainda que limitados, expressam tanto ou mais do que o texto verbal. Laban (1978, p.145) concebe que “*os movimentos internos do sentimento e do pensamento se refletem nos olhos dos homens, bem como na expressão de seus rostos e mãos*”.

O modo de estar do corpo permeia coisas do futuro e estas refletem significado na postura do corpo. No corpo, estão as idéias e sentimentos expressos pelo surgir do movimento e se tornam visíveis nos gestos e audíveis nas palavras.

Cada movimento do corpo, mesmo um simples gesto, revela um aspecto de nossa vida interior. Le Boulch (1997, p.41), ao abordar o movimento, o gesto, faz um paralelo com a linguística, dizendo: “*o gesto é para o movimento o que a palavra é para a linguagem*”. Segundo o mesmo autor, “*o gesto já não é uma simples função psicofisi-*

ológica, nem mesmo uma simples realidade social; ele pertence à expressão na medida em que exprime uma realidade humana”.

O doente inconsciente está provisória ou definitivamente incapaz de se movimentar, de falar. A sua expressão corporal permite mostrar o corpo vivido, assim como ele é visto, percebido e compreendido pelas pessoas que com ele convivem.

O ser humano percebe as manifestações do ser querido e além disso, descreve os significados desta nova realidade, real ou imaginária.

A pessoa, ao experimentar a existência da doença, sofre, mesmo que temporariamente. Nessa existência do vivenciar o sofrimento, as reações que a pessoa sente não são mais só emoção ou uma resposta frente a uma situação imediata; ao continuar esta vivência, esta reação se movimenta e constrói uma atitude.

Os sentimentos e atitudes provocam modificações fortes e, às vezes, determinantes, dependendo de como se processam no ser. O ser responde, se aproxima, se afasta, fala, silencia... enfim, reage.

Durante uma crise, há a necessidade de uma saída do percurso natural das coisas. As alterações de saúde são inesperadas e provocam sensações de desconhecimento sobre o que deve ser feito. A pessoa, quando sai do cotidiano, mobiliza o equilíbrio. O desequilíbrio leva à ansiedade; é uma sensação que se torna presente, reduzindo a espontaneidade e a criatividade; esvazia-se a percepção e a capacidade de compreensão de si e do outro.

Todavia, a doença pode ser um momento de transformação para a pessoa: uma transição, um novo desafio para restabelecer o equilíbrio, obtendo uma nova postura de pensar e agir.

A pessoa, ao perceber que seu doente não pode falar, se angustia. A fala de uma pessoa é um gesto genuíno, comunicativo, com seu significado. Na ausência, deve-se atentar ao silêncio, uma outra fala - a fala possível daquele ser.

A pessoa que não está habituada com a fala do silêncio, ao se aperceber dele, se interroga sobre a dificuldade de compreensão e vive a sensação de insegurança, perda, solidão.

A perda ou a possibilidade da morte está junto com o indivíduo, e esta situação entre a vida e a morte promove sentimentos de impotência e angústia.

Para Heidegger, *“o homem é essencialmente um ser para a morte, e a morte é um elemento da existência”*.

Morin (1970, p.11) fala:

“...o caminho da morte deve levar-nos mais fundo na vida, como o caminho da vida nos deve levar mais fundo na morte”.

Continua o autor:

“...a consciência nega e reconhece a morte: nega-se como aniquilamento, reconhece-a como acontecimento”

Quando a pessoa revela sua dor, aflição ou desespero com a possibilidade da morte de um familiar, é porque este familiar esteve muito presente, amado, reconhecido e respeitado. A possibilidade de perder alguém querido é a consciência do surgimento de um vazio, de um espaço que, por algum tempo, não será preenchido ou substituído por ninguém, pois ele é um ser único, individual.

Diante da situação vivida, o familiar chora. Chorar é um sistema de linguagem que tem um enorme poder evocativo e, muitas vezes, é mal-entendido. Kottler (1997, p.2), fala que *“as lágrimas nos permitem reconhecer mensagens contidas nas manifestações do indivíduo, como tristeza, pesar e desespero”*. E chorar é uma forma de o indivíduo expressar de maneira autêntica e espontânea todos esses sentimentos. O choro pode permitir à pessoa revelar sua sensação de fragilidade diante de um acontecimento difícil, portanto é, no meu entender, uma expressão natural da existência humana.

Este momento entre o cuidador do mundo do hospital e o familiar é um momento de relacionar-se com o outro; parafraseando Heidegger (1993), uma relação mais envolvente, com consideração e paciência com o outro.

A relação de cuidado emerge participativa. Apresenta-se como uma relação de parceria, na qual as responsabilidades necessitam ser compartilhadas, reconhecidos os nossos limites e respeitada a independência do outro, ou seja, a possibilidade de também tomar as decisões. Conforme Silva (1998, p.214), *“cuidadores e seres cuidados, compartilham um destino comum. Um destino que é, simultaneamente, temporal, espacial e situacional”*.

A presença do cuidador se reflete pela sua sensibilidade e compreensão da realidade existencial do familiar e de seu doente, facilitando a aproximação.

A clareza dos motivos do sofrimento do familiar possibilita ao cuidador a preocupação, o minimizar o sofrimento. Desse modo, o cuidador, na busca de novos horizontes de compreensão do doente e seu familiar, envolve-se com a visão do homem em seu todo e não mais isoladamente. Correa (1997, p.83) nos fala que *“o cuidador, no seu agir, resgata a percepção do homem como um ser, com um horizonte de possibilidades”*.

O enfoque no cuidado ao familiar de pacientes inconscientes internados requer do cuidador uma qualidade nas informações a respeito dele: seus aspectos de natureza emocional, cultural, religiosa e sócio-econômica.

Lima (1998, p.116), ao se referir aos cuidadores, fala que *“ao exercerem a enfermagem, os cuidadores se tornam extremamente importantes na vida de cada cliente, passando a ser cada pessoa um ponto de referência, uma figura humana consistente, ao estender suas mãos para trabalhar com todas as dificuldades físico-emocionais, identificando-as e colaborando para resolvê-las, uma por uma”*.

Para o familiar, este momento é singular, único, exclusivo, determinante. Quero dizer, um modo de cuidar a existência do outro; isto é solicitude, é o estar *com* o outro e não só o estar *para* o outro. É o querer saber *com* o outro e não *sobre* o outro. É

poder oferecer-lhe a possibilidade de transformar-se, de ser indivíduo, desesperado com o hoje e assustado com o amanhã, para indivíduo com oportunidade de crescimento, transcendendo a facticidade da inconsciência e, aí então, poder sentir-se como ser humano no mundo, não mais sozinho.

Mesmo nas situações críticas de saúde, a pessoa acredita na esperança. Ela é um sentimento de sustentação e equilíbrio durante a vivência do acontecimento. Isto possibilita ao ser humano aceitar, ou pelo menos, compreender os desígnios da vida e os desígnios de Deus, o cuidador divino. Como diz Morin (1970, p.200) : *“tudo se subordina ao imperativo da fé: crer primeiro, crer acima de tudo”*.

A proposta da pesquisa veio ao encontro de muitas dúvidas e anseios sentidos e vivenciados durante a minha vida como familiar, estudante, enfermeiro e docente.

Tive a possibilidade de clarear esse algo desconhecido - o fenômeno. O desvelar o significado que o familiar expressou ao estado de inconsciência de seu doente me levou a idealizar uma nova relação, um vir-a-ser entre enfermeiro, familiar e paciente, de forma vivida, compartilhada, respeitosa e educativa.

O estudo aponta também para uma reflexão sobre a prática de enfermagem junto aos familiares, oferecendo também referências para a prática de cuidado dos pacientes inconscientes, para suas famílias e para o ensino de graduação em enfermagem.

Mergulhar e refletir à luz da fenomenologia, por desejo, permitiu-me, até este momento, vislumbrar o entendimento de que o ser que adocece não está isolado e, conforme Heidegger,

“Não está vivendo sem os outros”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. Pesquisa qualitativa em educação, Piracicaba: Editora Unimep, 1994.
- 02 BICUDO; ESPOSITO. Joel Martins ... um seminário avançado em fenomenologia. São Paulo: EDUC, 1997. 160p.
- 03 CARVALHO, A. S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 143p.
- 04 CORREA, Adriana K. Fenomenologia: uma alternativa para a pesquisa em enfermagem. Revista Latino Americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.83, jan. 1997.
- 05 CRITELLI, D.M. Comentário. In: HEIDEGGER, M. Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo, Moraes: 1981.
- 06 ELSEN, Ingrid. Concepts of healths na illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village. San Francisco: Universidade da Califórnia, 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Doutorado em Ciências de Enfermagem, Universidade da Califórnia, 1984.
- 07 ELSEN, Ingrid. Saúde Familiar - a trajetória de um grupo. In: Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Ed.da UFSC, 1994.
- 08 FARAH, Rosa M. Integração Psicofísica: O trabalho corporal e a Psicologia de C.C.Jung. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1995, 502 p.
- 09 FORMAGGIO, Dino. L'Art, In: KERN, M. at al. Espaços do corpo. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1995
- 10 GOMES, M. M. F. Ter o filho internado na U.T.I. neonatal: o significado para os pais. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina.
- 11 GONÇALVES, Maria Augusta Salin. Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação. Campinas: Papyrus, 1994.
- 12 HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- 13 KERN, Maria L. at al. Espaços do corpo. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1995.
- 14 KOTTLER, Jeffrey. A linguagem das lágrimas. Tradução de Maria L.G. Rosa. São Paulo: Makron Books, 1997.

- 15 LABAN, Rudolf. Domínio do movimento. Trad.de Anna M.B. de Vecchi e Maria Silvia M.Netto; São Paulo: Summus, 1978.
- 16 LE BOULCH, Jean. Rumo a uma ciência do movimento humano. Trad. de Jeni Wolff. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- 17 LIMA, Maria J. Desafio de hoje: O desenvolvimento de profissionais de enfermagem - uma década de trabalho com criatividade, sensibilidade e expressividade. In: MEYER at al. Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- 18 LUCKMANN; SORENSEN. Enfermagem Médico-Cirúrgica - uma abordagem psicofisiológica. 4. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 19 MACDOWELL, João. A gênese de ontologia fundamental de Martin Heidegger. São Paulo: Loyola, 1993.
- 20 MARTINS, Joel. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis. São Paulo: Cortez, 1992.
- 21 MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989. 110p.
- 22 MERLEAU - PONTY, Maurice. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- 23 MORIN, Edgar. O homem e a morte. Tradução de João G. Buto e Adelino da S. Rodrigues. 2. ed. Portugal: Publicações Europa – América, 1970.
- 24 MOTTA, Maria da G. Curso da. O ser doente no tríptico mundo da criança, família e do hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC (Centro de Ciências da Saúde) - 210p. - Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- 25 NICHOLS, Michael P. O poder da família: a dinâmica das relações familiares. Tradução Cláudio S. Carina. São Paulo: Saraiva, 1990.
- 26 NUNES, D.M. Linguagem do cuidado. Tese Doutorado. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, 1995.
- 27 PARSE, R. R. Man-Living-Health: a theory of nursing. New Wiley & Sons, 1981.
- 28 _____. Homem-vivendo-saúde. In: George, J. B. at al. Teorias de enfermagem. P. Alegre: Artes Médicas, 1993.

- 29 PATRÍCIO, Zuleica M. Cenas e cenários de uma família. In: Marcos para prática de enfermagem com famílias/ BUB, Lydia Ighes Rossi. Florianópolis: Ed. UFSC, 1994, 196 p.
- 30 SILVA, Alcione L. da. O Cuidado no Encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER at al. Marcas da diversidade: Saberes e fazeres de enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artemed, 1998.
- 31 SILVA, Antonia Terezinha. Sentidos dos existenciais básicos para Heidegger. São Paulo: PUC, 1991. Tese (Mestrado em Psicologia) p.105 - Programa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- 32 TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação, p.46. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXOS

ANEXO 1 - CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO.

A instituição, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, trata-se de um hospital geral universitário, uma empresa pública de direito privado, vinculado à Supervisão do Ministério da Educação e do Desporto.

Está constituído de 3.172 funcionários, regidos pela CLT, e conta com 254 professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É uma organização complexa, de grande porte, portanto, burocratizada e hierarquizada.

Na Graduação, a instituição serve de área de ensino para cinco unidades de saúde da Universidade: Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Faculdade de Odontologia, Faculdade de Farmácia e Instituto de Biociências.

Na Pós-Graduação, conta com um programa de Residência Médica em 33 especialidades. Conta com 11 Cursos de Especialização; 7 Cursos de Mestrado; 3 Cursos de Doutorado.

A área da Enfermagem do Hospital de Clínicas está ligada ao Grupo de Enfermagem desde 1975. A coordenação, chefias de serviço e assessorias são ocupadas por docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os programas de enfermagem, a filosofia de enfermagem é definida com a participação da Escola de Enfermagem da Universidade, através da Comissão dos Executivos (Chefes de Departamento e Vice-Diretor da Escola de Enfermagem) com o Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas (HCPA).

A instituição, Hospital de Pronto Socorro, trata-se de uma empresa pública vinculada ao Município de Porto Alegre. É uma organização complexa, de grande porte. Serve de área de ensino para as unidades de saúde das universidades que se conveniam com o Hospital de Pronto Socorro. A direção e chefias de serviço são ocupadas com pessoal concursado do Município.

ANEXO 2 - CONSENTIMENTO DO FAMILIAR.

Declaro estar de acordo em participar do estudo O SER HUMANO INCONSCIENTE: COMO O SEU FAMILIAR O COMPREENDE. Estou ciente e concordo com a gravação desta entrevista, como forma de registro , para posterior estudo pelo Mestrando Vanderlei Carraro, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Expansão Pólo III - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre.

Estou ciente que todas as informações serão mantidas dentro do sigilo ético.