

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE – UnB / UFG / UFMS

LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA

**O ACOLHIMENTO DE FAMILIARES DE
PACIENTES INTERNADOS EM UTI:
A TECNOLOGIA DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Goiânia
2006

LIZETE MALAGONI DE ALMEIDA CAVALCANTE OLIVEIRA

**O ACOLHIMENTO DE FAMILIARES DE
PACIENTES INTERNADOS EM UTI:
A TECNOLOGIA DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro-Oeste (UnB / UFG / UFMS) para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denize Bouttelet Munari

Goiânia
2006

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Oliveira, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante.
O48a O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem / Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira. – Goiânia, 2006.
iv, 219 f. : il.
Orientadora : Denize Bouttelet Munari.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Convênio Rede Centro-Oeste – UnB-UFG-UFMS, 2006.

Bibliografia: f. 153-162.
Anexos e apêndices.

1. Terapia intensiva – Humanização da assistência – Estudo de caso – Goiânia (GO) 2. Terapia intensiva – Relações profissional-família 3. Terapia intensiva – Grupos de apoio – Acolhimento 4. Terapia intensiva – Processos grupais I. Munari, Denize Bouttelet II. Universidade Federal de Goiás. Convênio Rede Centro-Oeste UFG-UnB-UFMS II. Título.

CDU: 616-085:364(817.3Goiânia)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autora: Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

Título: O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem

Natureza: Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pelo Convênio Rede Centro-Oeste (UnB/UFG/ UFMS) para obtenção do título de Doutor.

Defendida e aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Denize Bouttelet Munari
Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras / Universidade de São Paulo

Profª Drª Virginia Visconde Brasil
Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Maria Alves Barbosa
Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás

Dedico os méritos deste trabalho

Ao meu marido e filhas, pelo amor, companheirismo, cuidado e suporte em todos os meus projetos e atividades.

À minha mãe, pelo apoio e incentivo, e porque só a imensidão de seu amor pode explicar a constância de sua dedicação.

Ao meu pai (in memoriam), que, onde estiver, certamente estará se regozijando comigo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um esforço coletivo, e contou com a colaboração de várias pessoas. Àqueles que participaram, direta ou indiretamente, viabilizando a concretização deste projeto de vida, a minha sincera gratidão:

A Deus, que esteve sempre à frente, guiando-me os passos em todas os momentos de minha existência.

À minha família, sempre presente, de cujo incentivo e suporte não posso prescindir. Particularmente, ao meu marido Paulo Maurício, minhas filhas Ju, Paula e Lui, e à minha mãe, que compreenderam tão bem e aceitaram minhas freqüentes ausências.

À Prof^a Dr^a Denize Bouttelet Munari, pelo incentivo, pela disponibilidade em orientar a realização deste trabalho e pelo respeito e competência com que compartilhou desta trajetória.

À Ruth, amiga incondicional nos bons e maus momentos, pela valiosa colaboração no desenvolvimento deste estudo e pelo “acolhimento”.

À Maria, Virginia e Marcelo, pela amizade, suporte e expressiva contribuição para a realização deste trabalho.

À Cidinha e Lourdes, pela amizade, carinho, estímulo e companheirismo.

À Carla Natalina, presente nos momentos mais difíceis da realização deste trabalho, pela inestimável cooperação e incentivo.

Aos colegas, Direção e Coordenação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

Aos colegas da Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Convênio Rede Centro-Oeste.

À Coordenação Local e Corpo Docente da Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Convênio Rede Centro-Oeste.

À Direção do Hospital das Clínicas, Gerências de Enfermagem e equipe de enfermagem das UTIs Clínica e Cirúrgica.

Aos familiares dos pacientes internados nas UTIs pesquisadas, especialmente aqueles que aceitaram participar como sujeitos da pesquisa.

RESUMO

Introdução: a internação de um parente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) costuma gerar várias necessidades nos membros de sua família, os quais não têm recebido atendimento adequado dos enfermeiros. **Objetivo:** avaliar o uso da tecnologia de grupo como estratégia para o acolhimento da família de pacientes internados em UTI. **Metodologia:** pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, desenvolvida em um hospital de Goiânia - GO, cidade da região Centro-Oeste do Brasil, entre 2005 e 2006. Foram realizadas dez sessões do Grupo de Apoio aos Familiares (GRAF) para visitantes dos pacientes internados nas UTIs investigadas, as quais foram gravadas e registradas em diário de campo para descrição e análise do processo grupal. Posteriormente, oito participantes foram entrevistados para avaliar o atendimento das necessidades familiares de informações e suporte. A intervenção também foi avaliada pela presença de fatores terapêuticos baseado no Q-sort de Yalom (1975), identificados tanto pela coordenação do grupo quanto pelos familiares entrevistados. **Resultados:** 51 familiares participaram do GRAF, com média de 6,9 participantes por sessão. Os participantes mostraram mais interesse em conversar sobre o ambiente da UTI, explicações técnicas recebidas, modo de agir diante do paciente, reações e dificuldades familiares, infecção hospitalar, promoção da saúde e prevenção de doenças. O GRAF foi avaliado pelos familiares como boa estratégia de acolhimento e de atendimento de suas necessidades de informações e suporte. Os fatores terapêuticos identificados pela coordenação do GRAF e pelos familiares foram: universalidade, oferecimento de informações, coesão, fatores existenciais e instilação de esperança. Altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo e aprendizagem interpessoal foram identificados apenas pelos familiares entrevistados. **Considerações finais:** a tecnologia de grupo mostrou ser uma estratégia que possibilita o acolhimento e o atendimento das necessidades dos familiares em UTI. O uso dos fatores terapêuticos de Yalom pode ser útil no acompanhamento de grupos de suporte.

Palavras Chave: humanização da assistência, relações profissional-família, acolhimento, processos grupais, grupos de apoio.

ABSTRACT

Introduction: The fact of having a relative in the Intensive Care Unit (ICU) usually generates several needs in their family members, who usually do not receive suitable attention from the nurses. **Objective:** evaluate the use of group technology as a strategy to welcome the families of ICU patients. **Methodology:** a descriptive research, using data derived from a case study, was developed in a hospital in Goiânia-GO, a city in the Midwestern Region in Brazil, between 2005 and 2006. Ten sessions of the Family Support Group (FSG) were carried out for the visitors to patients in the ICUs under study, all of which were recorded and registered in a field diary to describe and analyze the group process. After that, eight participants were interviewed in order to evaluate if the family needs in terms of information and support were met. The intervention was also evaluated through the presence of therapeutic factors based on Yalom's Q-sort (1975), identified either by the group coordinator or by the interviewed relatives. **Results:** fifty-one relatives participated in the FSG, with an average of 6.9 participants per session. The participants showed more interest in talking about the ICU environment, technical explanations received, how to behave in the presence of the patient, reactions and difficulties of the relatives, hospital infection, health promotion, and illness prevention. FSG was evaluated by the relatives as a good strategy to receive them and meet their needs in terms of information and support. The therapeutic factors identified by the FSG coordinator and the relatives were: universality, imparting information and cohesiveness, existential factors, and instilling hope. Altruism, development of socialization techniques, imitative behavior, and interpersonal learning were identified exclusively by the interviewed relatives. **Final Considerations:** group technology proved to be a strategy that enables receiving the families of ICU patients and meeting their needs. The use of Yalom's (1975) curative factors can be useful for support groups.

Key-words: humanization of assistance, professional-family relations, user embracement, group processes, support groups.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	A FAMÍLIA DO PACIENTE INTERNADO EM UTI	20
3.2	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES	28
3.3	O GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA ASSISTÊNCIA	56
4	METODOLOGIA	79
4.1	TIPO DE ESTUDO	79
4.2	CAMPO DE ESTUDO	79
4.3	POPULAÇÃO	80
4.4	TRABALHO DE CAMPO	81
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	86
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
5.1	APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E SEU ENVOLVIMENTO COM O GRUPO	88
5.2	DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO	92
5.2.1	Planejamento do Grupo de Apoio aos Familiares	92
5.2.2	Realização do GRAF	96
5.3	AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA ACOLHIMENTO A FAMILIARES	127
5.3.1	Avaliação do GRAF pelos participantes	128
5.3.2	Presença de fatores terapêuticos no GRAF	134
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
	Referências	159
	Anexo A	169
	Apêndice A	170
	Apêndice B	171
	Apêndice C	173
	Apêndice D	174
	Apêndice E	209

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade que concentra recursos tecnológicos e humanos especializados para atendimento de pacientes críticos, definidos por Gomes (1988) como os que necessitam de cuidados de enfermagem e de observação freqüentes. É um ambiente geralmente associado a fantasias negativas relacionadas à morte e ou incapacidades, representando forte ameaça à integridade, segurança e vulnerabilidade do grupo familiar.

Qualquer internação em UTI costuma precipitar grande estresse à família, determinando desequilíbrio no ajustamento de seus membros integrantes (MOLTER, 1979; DALEY, 1984; LESKE, 1986; LYNN-MCHALE e BELLINGER, 1988; PRICE *et al.*, 1991; HARVEY, 1993; JOHNSON *et al.*, 1998; LESKE, 1998) sendo que, algumas vezes, os familiares são mais afetados do que o paciente (LESKE, 1998).

As famílias, ameaçadas em sua integridade psicológica e mesmo física, manifestam várias necessidades vastamente registradas na literatura. O trabalho de Molter (1979) foi um dos primeiros a classificar estas necessidades por ordem de importância para os familiares. Mais tarde, revisando a literatura sobre a classificação das necessidades de familiares de pacientes criticamente enfermos, Hickey (1990) verificou que todos os estudos colocavam duas necessidades entre as dez mais importantes: ter suas perguntas respondidas

honestamente e ser informado sobre a evolução do paciente. A necessidade de ter informações atuais, honestas e inteligíveis também foi identificada como primária em outros trabalhos (MOLTER, 1979; LESKE, 1986; OLIVEIRA, 1991; PRICE *et al.*, 1991; VICTOR *et al.*, 2003; GARCIA e FARO, 2004).

Além de informações, os parentes e amigos de pacientes com doenças críticas também desejam regras mais liberais para visitar e permanecer junto ao paciente e a certeza de que seu parente esteja sendo cuidado por pessoas competentes e comprometidas (MOLTER, 1979; DALEY, 1984; LESKE, 1986; LYNN-MCHALE e BELLINGER, 1988; PRICE *et al.*, 1991; HARVEY, 1993; JOHNSON *et al.*, 1998).

Um estudo multicêntrico conduzido em UTIs da França por Azoulay *et al.* (2001) verificou que a maioria dos fatores que determinam a satisfação dos familiares de pacientes internados com o atendimento oferecido nessas unidades está relacionada à atuação dos profissionais da UTI, o que confere otimismo à possibilidade de melhorar a satisfação familiar, já que esses aspectos são passíveis de modificação.

Uma investigação realizada em uma UTI de Goiânia (GO) mostrou que os familiares não esperavam atenção dos profissionais de saúde para amenizar seus sofrimentos e angústias. Para eles, enfermeiros e médicos eram responsáveis apenas pelo cuidado com os pacientes internados (OLIVEIRA, 1991).

Todavia, a satisfação dos parentes é considerada um dos principais aspectos na avaliação da qualidade do cuidado nas instituições de saúde

(HARVEY, 1993; JOHNSON *et al.*, 1998). Para Azoulay *et al.* (2001), satisfazer as necessidades dos familiares de seus pacientes é parte essencial das responsabilidades de médicos e enfermeiros intensivistas.

Outro aspecto a ser considerado é que quando o nível de ansiedade dos familiares é muito alto, eles podem não ser capazes de oferecer suporte psicológico para ajudar na recuperação do enfermo e podem mesmo transferir sua própria ansiedade para ele (OLIVEIRA, 1991; LESKE, 2002). Isso anula o impacto benéfico que a família parece ter sobre a resposta do paciente ao tratamento. Além disso, a ansiedade dos parentes pode se manifestar em forma de desconfiança dos profissionais do hospital, não aquiescência com o tratamento, raiva e insatisfação com o cuidado (LESKE, 2002).

Em Goiânia (GO), na maioria das UTIs, apesar dos esforços para humanização da assistência, as necessidades familiares, embora reconhecidas, continuam recebendo pouca atenção dos profissionais de saúde, com escassos progressos na assistência de enfermagem oferecida à família de pacientes internados.

Especificamente nas UTIs do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), já há algum tempo, a equipe de enfermagem tem se empenhado em melhorar a qualidade da assistência a esse grupo de clientes. Entretanto, os esforços se concentram na revisão das normas da Unidade (flexibilidade do horário e aumento do número de períodos de visita e de visitantes) e humanização da área física (improvisação de um ambiente com bancos no *hall* de entrada da Unidade, onde os parentes podem aguardar o

momento da visita, com cartazes contendo informações sobre o ambiente, equipamentos da Unidade e orientações sobre como proceder junto ao paciente), além de cursos de curta duração sobre humanização da assistência para os membros da equipe de enfermagem.

Embora estes aspectos sejam indispensáveis no processo de humanização da assistência hospitalar, nenhum deles substitui a atenção com contato pessoal que o profissional deve dispensar aos seus clientes – pacientes e familiares. Segundo Azoulay *et al.* (2002), a melhoria da planta física e a edição de folhetos com informações e orientações para familiares são estratégias coadjuvantes nesse processo; porém, jamais substituem a interação enfermeiro-família.

A literatura brasileira sobre intervenções de enfermagem realizadas com familiares de pacientes hospitalizados nas UTIs ainda é escassa (OLIVEIRA *et al.*, 2005). Embora isso não signifique que os nossos enfermeiros não estejam assistindo os familiares em suas necessidades, também não descarta essa possibilidade. Alguns dos motivos mais comuns atribuídos pelos enfermeiros de UTI para a não assistência à família dos pacientes incluem: sobrecarga de trabalho, a falta de tempo, receio do envolvimento emocional, falta de preparo dos enfermeiros para lidar com familiares angustiados e amedrontados e insegurança quanto à forma como é percebido por pacientes e familiares (OLIVEIRA, 1991; BARBOSA *et al.*, 2002; HARDICRE, 2003b).

Assim, ainda é comum encontrar muitos familiares de pacientes internados em UTI nos corredores e salas de espera, em estado de choque e com

medo. O fornecimento de informações precisas e compreensíveis e a provisão de suporte psicológico e de orientação a todos os membros da família tornam-se fundamentais neste momento de estresse (AZOULAY *et al.*, 2001; HARDICRE, 2003a; WAIDMAN e ELSEEN, 2004).

Cianciarullo (1997) afirma que a qualidade da assistência de enfermagem envolve tanto conhecimentos e habilidades, como crenças e valores individuais, profissionais e institucionais. Os conhecimentos e habilidades referem-se ao conjunto teórico e à capacidade de cuidar, enquanto as crenças e valores influenciam o padrão estabelecido para a assistência de enfermagem, isto é, a qualidade dos resultados desejados. Segundo a autora, na busca da qualidade da assistência, os enfermeiros sempre privilegiaram a tecnologia, relegando ao segundo plano a essência do cuidado prestado.

Priorizando a manutenção das funções vitais dos pacientes, os profissionais da UTI costumam deixar em segundo plano as necessidades que não oferecem risco imediato à vida do paciente, incluindo as de seus familiares. Mas o fato de não representar risco à vida não justifica a omissão no atendimento das necessidades de suporte psico-emocional dos pacientes e familiares. Os profissionais precisam associar a dimensão humana às suas habilidades técnicas para o cuidado, pois a melhoria da qualidade da assistência oferecida depende de ambas. A supervalorização de tecnologias implica em riscos aos usuários e comprometem a efetividade do sistema de saúde porque declina a dimensão humana envolvida no cuidado. A tecnologia é parte da evolução, mas deve ser usada como um meio, cujo fim é o bem-estar do ser humano.

Segundo Hickey e Lewandowski (1988), o enfermeiro que trabalha na UTI é o profissional da equipe de saúde mais freqüentemente citado como responsável pela satisfação das necessidades e pelo envolvimento dos familiares no cuidado do paciente criticamente enfermo. Hardicre (2003a) alerta que, além de obrigação profissional, o cuidado de parentes dos pacientes é um componente essencial do papel do enfermeiro da UTI.

A influência política e econômica sobre a organização dos hospitais brasileiros, aliada ao baixo poder de decisão do enfermeiro sobre a contratação de pessoal nas instituições de saúde resulta na deficiência quanti-qualitativa do quadro de pessoal de enfermagem na maioria dos hospitais. No entanto, isso não exime o enfermeiro da responsabilidade legal a ele conferida quanto à qualidade da assistência prestada (ROSAS, 2000; CAMPOS, 2004; KNOBEL *et al.*, 2005). Para Prakasamma *et al.* (1986), as restrições e problemas na disponibilidade de recursos não podem servir como desculpa para a baixa qualidade do atendimento prestado.

A humanização da assistência surge como um desafio para os enfermeiros diante da tendência à desumanização das demandas tecnológicas e econômicas (MATSUDA, SILVA e TISOLIN, 2003). Apesar das justificativas dos enfermeiros para o não atendimento de familiares, na opinião de Cembranelli (2002), o que falta é uma mudança na forma como os profissionais de saúde se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho - a vida, o sofrimento e a dor de um paciente fragilizado pela doença e sua família. Ele lembra que mudanças

no modo de se fazer a assistência nos hospitais exigem mudança de atitude e no modo como os profissionais vêem seus clientes.

Visando melhorar a qualidade da atenção ao cliente dos serviços de saúde, em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Essa proposta inclui a capacitação dos recursos humanos para o desenvolvimento de ações que valorizem a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde (BRASIL, 2001). Muitas instituições hospitalares já aderiram ao PNHAH, mas nem sempre os esforços para humanização da assistência contemplam a efetiva atenção que o profissional deve dispensar aos seus clientes - pacientes e familiares.

Promover saúde implica em lançar mão de técnicas que possibilitem mudanças e se fundamentem no fortalecimento das relações humanas. É essencial criar novas estratégias para o trabalho em saúde, que permitam o desenvolvimento de ações exeqüíveis e efetivas para os objetivos a que se propõem. Enfermeiros têm sido alertados para a necessidade de estender o foco de sua assistência à família do paciente (HICKEY e LEWANDOWSKI, 1988; OLIVEIRA, 1991; HARDICRE, 2003b; BARBOSA e RODRIGUES, 2004).

Embora não seja uma prática rotineira para todos os enfermeiros, o trabalho com grupos pode ser uma estratégia eficiente para o atendimento de diversas necessidades dos clientes. A tecnologia de grupo também é útil para o desenvolvimento de socialização, aprendizagem de auto-cuidado e oferecimento de suporte em situações de crise, dentre outras (MUNARI e ZAGO, 1997).

Este estudo investiga o uso da estratégia de grupo para o atendimento de enfermagem a familiares de pacientes internados em UTI, considerando que dar informações comuns e realizar as orientações necessárias para vários familiares ao mesmo tempo pode ser uma forma mais racional de o enfermeiro usar seu tempo e esforço. Para os familiares, a oportunidade de participar de um grupo de pessoas vivendo situações semelhantes pode permitir uma experiência pessoal de valor terapêutico, tanto pelo suporte recebido dos outros membros do grupo, como pela oportunidade de compartilhar sua própria experiência e dar suporte a outras pessoas (LOOMIS, 1979). Além disso, participar de um grupo de apoio pode aliviar os sentimentos de solidão e isolamento social e possibilitar troca de experiências e reflexão sobre si mesmo.

Durante a participação em grupos, as pessoas vivem muitas experiências significativas que podem mudar sua compreensão dos fatos da vida e ajudar na aquisição de atitudes mais saudáveis para o enfrentamento de problemas. Os mecanismos que possibilitam esse processo de mudança são chamados de fatores curativos ou terapêuticos e sua ocorrência no decorrer dos grupos permite avaliar a eficiência desses grupos em proporcionar experiências com valor terapêutico aos seus participantes (YALOM, 1975; VINOGRADOV e YALOM, 1992; YALOM e LESZCZ, 2006).

Assim, a proposta desta investigação é verificar se a tecnologia de grupos é uma estratégia útil para o acolhimento dos familiares dos pacientes internados em UTI, contribuindo para a sua satisfação com o serviço. Além de realizar a intervenção com o grupo, a pesquisa contém a descrição sistematizada

do atendimento, incluindo a avaliação de sua eficácia baseada na presença dos fatores terapêuticos descritos por Yalom (1975), identificados nos depoimentos dos familiares participantes.

Considerando que quem mais entende de suas necessidades é o próprio necessitado (DEMO, 1985) e que os profissionais podem avaliar apenas os aspectos técnicos da assistência (AZOULAY *et al.*, 2001), é pertinente que sejam os familiares a apontar o que precisam ou gostariam que fizessem por eles, bem como avaliar o aspecto humano do atendimento recebido.

2 OBJETIVOS

Considerando os aspectos abordados até então, os seguintes objetivos foram delimitados para essa investigação:

Objetivo geral:

Avaliar o uso da tecnologia de grupo como estratégia para o acolhimento da família de pacientes internados em UTI.

Objetivos específicos:

- Descrever o planejamento, organização e realização de encontros grupais para o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI;
- Descrever os principais temas abordados pelos familiares de pacientes internados em UTI nos encontros grupais realizados com eles;
- Identificar a ocorrência dos fatores curativos descritos por Yalom (1975) nas falas dos participantes durante os encontros do grupo;
- Avaliar a tecnologia de grupo como estratégia para o atendimento das necessidades de informação e suporte dos familiares de pacientes internados em UTI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A FAMÍLIA DO PACIENTE INTERNADO EM UTI

Por ser vista como uma ameaça à vida do paciente, de um modo geral, a doença crítica que leva a uma internação na UTI é um evento catastrófico que pode romper com o equilíbrio do sistema familiar, desestruturando todo o grupo. A intensidade de desequilíbrio para a unidade familiar depende de fatores como a idade do paciente ou o momento do ciclo de vida em que a enfermidade acontece, o diagnóstico e a natureza da doença, a estrutura do sistema familiar quando a crise irrompe, a posição do membro doente dentro da família e sua relação com ela (NORTHOUSE, 1980; BECK, 2001).

Segundo Oliveira (1991), a reação da família à internação de um parente na UTI parece ter alguma relação com a forma como se deu a admissão. Quando a internação é planejada os parentes aparentam menor ansiedade provavelmente pelo fato da família ter sido informada antecipadamente sobre sua ocorrência, finalidades, intervenções e mesmo o tempo de permanência na unidade. Nas internações inesperadas, os familiares reagem com maior nível de ansiedade e insegurança, talvez pelo fato de não terem tido tempo de se adaptar à nova situação e ou pela incerteza do prognóstico. Halm (1990) não encontrou associação entre o nível de ansiedade destes familiares e a natureza da admissão do paciente na UTI, mas verificou que a ansiedade dos familiares

depende do estado de seu parente criticamente enfermo.

As reações dos familiares nos primeiros dias das internações súbitas em UTI independem de sua idade, sexo, relacionamento com o paciente ou severidade da doença (LESKE e JIRICKA, 1998). Além do medo do desconhecido, choque e incredulidade, Halm (1990) afirma que outros estressores também podem influenciar o impacto inicial da doença crítica sobre os membros familiares, incluindo a falta de privacidade, o medo de incapacidade ou morte, que o paciente sofra muito e estranhe o ambiente de cuidados intensivos.

Auerbach *et al.* (2005) verificaram que, nos primeiros dias da admissão, os familiares de pacientes internados em UTI apresentam elevados níveis de estresse, com sintomas característicos de desordem de estresse agudo, confirmando que a hospitalização súbita de um parente é, de fato, um evento traumático para todos. Azoulay *et al.* (2002) afirmam que a ansiedade dos parentes decorre do simples fato de seu familiar estar em uma UTI e, portanto, as notícias obtidas com os profissionais da unidade, por mais dolorosas que sejam, não produzem aumento em seus níveis de ansiedade.

O impacto físico e emocional de ter um membro da família seriamente adoecido ainda costuma ser acompanhado pela imposição de novos papéis e demandas. O surgimento de doença em um integrante rompe com as inter-relações geradas pelo funcionamento das rotinas familiares e papéis específicos, mesmo que por curto espaço de tempo (WRIGHT e BELL, 2004). Para enfrentar o desafio do desempenho de novos papéis, os familiares precisam reorganizar suas

vidas, resultando em sobrecarga e enfraquecimento do sistema de suporte familiar. A vigência de um estresse severo e de longa duração pode afetar a habilidade da família para oferecer o apoio necessário ao doente ou fazer com que eles próprios desenvolvam dificuldades subseqüentes (NORTHOUSE, 1980).

Ao retirar os familiares do contato com sua rede social externa, a doença súbita intensifica seus sentimentos de ansiedade, pelo fato serem separados fisicamente do paciente ou ficarem fora de suas casas, distanciando-se do apoio habitual de seus amigos, vizinhos e parentes. Estas separações rompem a rotina familiar, provocando sentimentos de solidão ou perda de controle, pois a família passa a mobilizar todos os recursos disponíveis para enfrentar a doença crítica e hospitalização num esforço de restaurar seu equilíbrio (HALM, 1990).

Além disso, as visitas à UTI demandam um tempo considerável dos parentes e a rotina doméstica é interrompida pelas freqüentes idas ao hospital. Segundo Hardicre (2003a), os membros saudáveis da família podem abafar sua própria identidade, negligenciar suas necessidades pessoais e mostrar sinais de tensão. Lembra, também, que canalização de toda a sua energia para a pessoa doente pode prejudicar o compromisso com o trabalho e com outras pessoas da família.

As mudanças no funcionamento social rotineiro criam, nos membros familiares, a necessidade de recorrer a pessoas próximas para obter suporte. Halm (1990) comenta que, freqüentemente, o suporte é a única forma de ajuda que as pessoas usam no momento de crise, sendo necessitado de forma

intensiva em situações críticas como a doença. Mas as situações que exigem suporte intenso e continuado por longo prazo podem esgotar a rede de apoio social da família e, para as pessoas comuns, não é fácil oferecer o suporte necessário em situações estressantes.

Outros problemas com os quais a família costuma se defrontar são o cuidado com as crianças da casa, outras doenças, perda de rendimentos ou despesas médicas extraordinárias. É comum que eles resultem em mais tensão emocional além da financeira, especialmente quando a doença e recuperação são prolongadas (HALM, 1990; HARDICRE, 2003a).

Mesmo experimentando todos esses desafios e embora vivencie um tumulto emocional, os membros da família do paciente ainda são freqüentemente solicitados a representá-lo e participar com os profissionais de saúde de tomadas de decisões cruciais para o seu tratamento. Quando ele recupera a consciência, sua família torna-se sua fonte mais importante de suporte pessoal e de ligação com a equipe que cuida dele (AUERBACH *et al.*, 2005).

As percepções da família sobre doença têm um papel central na determinação do seu efeito sobre seus integrantes, dos padrões de enfrentamento que serão usados e das reações físicas e comportamentais que ocorrerão. A resposta da família à doença grave ou crônica pode ser um determinante significativo da recuperação do paciente, isto é, a família pode ou não acelerar este processo (WRIGHT e BELL, 2004). Por isso é tão importante que os enfermeiros e demais profissionais de saúde estabeleçam um bom relacionamento com os pacientes e suas famílias objetivando identificar seus

sentimentos, ansiedades e expectativas para poder ajudá-los na busca de recursos disponíveis para o enfrentamento da crise vivida. Compartilhar uma situação de crise com outras pessoas ajuda-nos a compreendê-la e, de certa forma, a tratá-la (BECK, 2001).

As necessidades dos familiares, embora comprovadas pela literatura e reconhecidas pelos enfermeiros (MOLTER, 1979; DALEY, 1984; GAGLIONE, 1984; NORRIS e GROVE, 1986; CHAVES e FABER, 1987; OLIVEIRA, 1991; VILA, 2001; BARBOSA *et al.*, 2002), costumam estar encobertas ou obscurecidas pelas necessidades do paciente, certamente mais urgentes por envolverem riscos imediatos.

Parece coerente que, no cenário de uma UTI, as expectativas sobre a atuação dos enfermeiros focalizem principalmente as habilidades técnicas para a execução de procedimentos complexos, manuseio de equipamentos sofisticados e cuidado eficiente ao paciente (BOEMER, ROSSI e NASTARI, 1989). Entretanto, para a família, a qualidade do cuidado inclui mais que o simples tratamento da doença do paciente (AZOULAY *et al.*, 2001). Muitas vezes, as necessidades assistenciais de pacientes e familiares vão além do cuidado ao corpo biológico. Eles podem precisar mais de quem os ouça e esclareça suas dúvidas, forneça as orientações necessárias, apóie e conforte do que de uma equipe de enfermagem tecnicamente eficiente (MELO e VALLE, 1995).

Os estudos de Molter (1979), Daley (1984), Leske (1986) e Price *et al.* (1991) distinguiram dez dimensões representando o tipo de cuidado e as facilidades que as famílias desejavam dos profissionais que cuidavam de seu

parente: ter esperança, ter suas perguntas respondidas honestamente, saber que seu parente está recebendo o melhor cuidado possível, estar seguro de que será comunicado em casa sobre qualquer alteração no estado do paciente, obter explicações em termos simples e ter respostas imediatas para suas questões, ter acesso ao paciente tanto quanto possível, ser informado pelo menos uma vez ao dia sobre o progresso do paciente, conhecer o prognóstico do paciente, ter um ambiente confortável no hospital destinado aos familiares e ter uma equipe profissional cordial e amigável.

Leske (2002) agrupou as necessidades dos familiares de pacientes criticamente enfermos em cinco áreas principais: **receber segurança**, refletindo a necessidade de manter ou redefinir a esperança sobre a evolução do paciente, cuja satisfação promove confiança, segurança e ausência de dúvidas; **permanecer perto do paciente**, espelhando o desejo de unir e conservar as relações familiares e cujo atendimento ajuda a família a se manter emocionalmente próxima e dar suporte ao enfermo; **receber informações**, concorrendo para o objetivo de compreender a situação do parente doente que, satisfeita, reduz os níveis de ansiedade dos familiares e promove um sentimento de controle, alicerçando-os na tomada de decisões sobre o paciente; **estar confortável**, resultante da necessidade de reduzir o estresse, já que quando se está bem acomodado, a energia é conservada e a ansiedade reduzida; e **ter suporte disponível**, refletindo a necessidade de ajuda, assistência ou socorro, e cuja satisfação auxilia o enfrentamento da ansiedade, aumenta os recursos familiares e mantém a resistência para dar o suporte necessário ao paciente.

Além das necessidades de informação terem sido identificadas nos estudos de Molter (1979), Daley (1984), Leske (1986), Oliveira (1991), Price *et al.* (1991), Victor *et al.* (2003) e Garcia e Faro (2004), os familiares investigados por Abbott *et al.* (2001) mostraram uma necessidade quase insaciável de receber informações médicas específicas – plano de tratamento, prognóstico e piora do quadro, com a maioria deles querendo sempre mais informação e nenhum referindo já ter o suficiente.

Auerbach *et al.* (2005) também verificaram que, nos primeiros dias de admissão do paciente na unidade, o conjunto mais proeminente de necessidades percebidas como não cuidadas eram as relativas à informação disponível: a clareza das explicações médicas sobre a condição do parente, conhecimento sobre os equipamentos usados e compreensão sobre o tratamento do paciente. Na opinião de Lilly *et al.* (2000), os familiares precisam compreender bem o diagnóstico, prognóstico e tratamento do paciente para poder participar das tomadas de decisões a seu respeito e responder por ele. Azoulay *et al.* (2000) consideram que a boa compreensão ajuda a família no enfrentamento do estresse psicológico associado à internação na UTI.

Além do acesso a informações sobre a condição médica de seu parente internado na UTI ser a necessidade mais premente dos familiares, a forma como essa informação é transmitida e o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre os membros da família e os profissionais de saúde são fatores cruciais para ajudar no ajustamento dos familiares à situação traumática (AUERBACH *et al.*, 2005). A certeza de que todo o possível está

sendo feito pelo paciente foi considerada por Abbott *et al.* (2001) como aspecto tranqüilizador para os familiares.

Na avaliação de Hickey (1990), parece que quanto maior o tempo de internação na UTI, em razão das condições instáveis do paciente, mais os familiares procuram informações honestas e freqüentes sobre o seu estado, progresso e prognóstico. Mais que isso, os parentes relataram necessitar de uma fonte segura onde eles possam buscar e receber as informações desejadas, seja por telefone, seja por contato diário com médicos e enfermeiros ou ambos.

Åstedt-Kurki *et al.* (1997) verificaram que, embora a doença crítica de um membro seja difícil para a família, ela também lhes dá resistência, pois muitos dos familiares que participaram de seu estudo referiram atitudes neutras ou aceitáveis e sentimentos de alívio, bem como de fé e crença em que seu parente estava recebendo ajuda na luta contra a doença. Em alguns casos, houve mesmo transição dos sentimentos negativos iniciais, como medo e angústia, passando pela neutralidade (sensação da missão cumprida), chegando finalmente, a sentimentos positivos, como a certeza de estarem fazendo o melhor pelo seu parente. No estudo de Auerbach *et al.* (2005), os familiares também demonstraram maior satisfação com o atendimento de suas necessidades depois de decorrido algum tempo (em média, 30 dias) da internação do paciente na UTI.

3.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES

Cuidar é importar-se com alguém, participar de seus momentos e dedicar-se a ajudá-lo no que for necessário. Cuidado significa solicitude, zelo, atenção para com o outro, e a atitude de cuidado pode provocar o sentido de responsabilidade, porque a pessoa que tem cuidado sente-se envolvida e afetivamente ligada ao outro. É um modo de ser que não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma tonalidade diferente, transformando a relação sujeito-objeto em sujeito-sujeito (BOFF, 1999). As diferentes maneiras de cuidar quase sempre representam a forma como pensamos o cuidar. Em outras palavras, cuidar é *“um processo cuja meta não é a cura e sim uma ação que, além de procedimentos técnicos e conhecimento, engloba atitudes e comportamentos”* (WALDOW, 2004, p. 12) que *“visem aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer”* (WALDOW, 1998, p. 129).

O ato de cuidar inclui a realização de ações específicas, a preocupação e a dedicação para com as pessoas que se concretizam no relacionamento, na interação humana (SOUZA, 2001). Em suma, o cuidado humano pressupõe um relacionamento interpessoal entre o cuidador o ser cuidado. Ele *“representa uma maneira de ser e de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual, por sua vez, inclui responsabilidade”* (WALDOW, 2004, p. 37). As formas de interagir e de cuidar mostram-se como interesse pelo outro e pelo seu bem-estar e a pessoa que cuida precisa perceber o outro, ouvindo-o e respeitando-o para poder ajudá-lo (SOUZA, 2001).

A capacidade exclusiva do ser humano de sentir, emocionar-se e de envolver-se com o outro lhe confere a possibilidade única de ajudar e trazer esperança a outro. Entretanto, para sentirmos o outro e nos envolvermos com ele, é preciso nos aproximar dele, conhecê-lo, participar de seu momento de vida. Assim, poderemos conhecer seus problemas, sentimentos e necessidades para planejar intervenções efetivas que o ajudem a enfrentar a situação vivida de maneira mais produtiva (BOFF, 1999).

O profissional de saúde que desenvolve atividade assistencial, além das ações e procedimentos técnicos, sempre estabelece relações interpessoais com as pessoas que atende (MARTINS, 2001). Portanto, seu trabalho se fundamenta nas relações humanas e esse relacionamento torna-se indispensável para o alcance dos propósitos da assistência de enfermagem, mas só se estabelece quando cada participante percebe o outro como ser único, indispensável (SILVA, 1996; THOMAS e CARVALHO, 1999).

Há algum tempo, cuidado de enfermagem significava ações e procedimentos desempenhados privilegiando-se instrumentos e materiais a serem usados em algum ponto ou área de um corpo qualquer, sem reconhecimento e, menos ainda, envolvimento com o ser cuidado. Na realidade, a enfermagem não cuidava, e sim realizava ações e procedimentos, centrando sua prática na realização de tarefas (WALDOW, 2004).

Atualmente, os significados atribuídos ao cuidar se relacionam mais com a área expressiva, sendo visível a redução de termos referentes à área instrumental. O cuidado passou a ser visto com uma nova perspectiva que

valoriza a totalidade do ser humano. Cuidar passou a significar mais do que simplesmente técnicas e procedimentos, incluindo também o interesse e carinho, embora nem todos os profissionais já estejam sensibilizados e ou preparados para essa nova realidade. Tanto os aspectos instrumentais (habilidades e conhecimento) quanto os expressivos (respeito e carinho) são indispensáveis ao cuidado e qualquer um que estiver ausente pode resultar em experiências traumáticas para os clientes (SOUZA, 2001; WALDOW, 2004).

Assim, o trabalho do enfermeiro depende tanto da qualidade técnica quanto da qualidade interacional (MARTINS, 2001). A preocupação com a qualidade técnica faz parte do que chamamos de conhecimentos e habilidades relativos à área técnica, enquanto que a qualidade interacional diz respeito à instrumentalização do profissional para reconhecer e lidar com aspectos emocionais da tarefa assistencial, isto é, o desenvolvimento de atitudes (BARBOSA *et al.*, 2002). Aos enfermeiros cabe a tarefa de mostrar a diferença entre o cuidado focado exclusivamente no corpo físico e aquele que ultrapassa este objetivo, tratando a pessoa como um ser que, além do corpo, também possui as dimensões psicológica, social e espiritual.

Embora pareça existir interesse dos enfermeiros em valorizar a interação com os clientes, essa proposta geralmente esbarra nas conseqüências de uma prática automática resultante da burocratização (ROSSI e CASAGRANDE, 2001). Estes profissionais acabam subutilizando seu potencial na realização de mais atividades administrativas do que de assistência e no desenvolvimento de atividades da competência de outros integrantes de sua

equipe (ALMEIDA *et al.*, 1997). No entanto, Schimith e Lima (2004) lembram que é a atividade clínica que possibilita o vínculo, bem como a responsabilização pelas necessidades dos clientes e o enfermeiro deve se aproximar destas atividades para que suas ações sejam resolutivas.

O desenvolvimento do conhecimento científico e o contínuo surgimento de novas tecnologias aprimoraram muito os métodos de diagnóstico e tratamento de doenças em detrimento do cuidado ao ser humano. Em unidades como as UTIs, ser profissionalmente competente passou a significar, para muitos, dominar novas técnicas, procedimentos de última geração e a aparelhagem sofisticada. Neste processo, o atendimento à pessoa foi sendo negligenciado, e as necessidades psicológicas, sociais e espirituais gradativamente eliminadas do vocabulário dos profissionais que atuam nessas unidades. Necessidades familiares, demonstradas na literatura e reconhecidas no discurso dos enfermeiros, embora nunca tenham sido muito consideradas na prática, passaram definitivamente para o último plano no rol de responsabilidades destes profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Em outros países, o cuidado à família já avançou. Em relação às normas para a visita dos internados, por exemplo, as que ainda são vigentes em muitas UTIs do Brasil já são referidas como obsoletas em outras realidades. A regra de limitar o horário de visitas a duas pessoas da família durante dez minutos em horários pré-determinados é citada por Harvey (1998) como coisa ultrapassada, que vigorou nos Estados Unidos até o final da década de 1980. A autora comenta que na década seguinte o cuidado da família do paciente já tinha

melhorado naquele país, mas ainda estava longe do ideal. Segundo Molter (1994), à mesma época, já havia ampla concordância quanto ao fato de que horário de visitas certamente não se aplica aos familiares, pois eles não são visitantes, e sim família.

Tanto a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) como a *American Association of Critical Care Nurses* (AACN) já incluíram o cuidado da família em sua visão, missão e valores (SCCM, 2001; AACN, 2002). Esta postura impõe um relacionamento colaborativo entre o profissional de cuidados críticos e a família do paciente, envolvendo confiança e o objetivo mútuo de querer o melhor para o paciente. Para isto, é necessária uma livre e rica troca de informações (HARVEY, 1998).

O forte apelo para a humanização da assistência hospitalar presente nos dias atuais seguramente favorecerá o desenvolvimento de uma prática do cuidado em seu sentido integral. Entretanto, mudar as atitudes em relação ao cuidado significa passar a considerá-lo como um valor, um modo de ser ao invés de um modo de fazer. Para que o conhecimento científico e as habilidades manuais adquiram caráter afetivo é necessário aliar sensibilidade à eficiência. A dimensão afetiva do cuidado refere-se à gentileza, amabilidade, compreensão, respeito e consideração expressos no relacionamento com outros e viáveis mesmo em unidades de alta complexidade e tecnologia avançada (WALDOW, 2004).

Para o profissional de saúde, a humanização da assistência é uma forma de oposição à violência simbólica representada pelo não reconhecimento

das demandas e expectativas dos usuários dos serviços (DESLANDES, 2004), uma oportunidade para resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, significado e valor de se trabalhar em uma organização de saúde (CEMBRANELLI, 2002). Não obstante, Martins (s/d, s/p) coloca que

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização.

A qualidade do contato humano é um dos pontos críticos no processo de humanização da assistência (CEMBRANELLI, 2002) e um dos aspectos mais importantes no relacionamento com os clientes é o da comunicação. Sem comunicação não há humanização; portanto, a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, pois *“as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com nossos semelhantes”* (BETTS, 2002, s/p.).

Cembranelli (2002) lembra que na construção de um serviço humanizado é preciso trocar velhos paradigmas por novos hábitos; exercer a criatividade, a reflexão coletiva, a participação democrática na busca de soluções que sejam úteis para cada realidade. Isso se aplica, especialmente, na forma de atender a família na UTI, pois embora os enfermeiros aceitem que os familiares apresentam necessidades específicas de atendimento, costumam indicar a falta de preparo pessoal / profissional como um dos motivos para a não atenção a esse grupo. Este aspecto é bastante citado em estudos sobre assistência à família e ajuda a explicar a reação dos enfermeiros no sentido de dirigir todo o seu tempo e

cuidado ao paciente (OLIVEIRA, 1991; VILA, 2001; BARBOSA *et al.*, 2002).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) surge como uma tentativa de melhorar a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde, sobretudo a respeito do relacionamento com os profissionais. Pouco adianta possuir tecnologia de ponta e primorosa estrutura física e organizacional se o fator humano e o relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento não forem de boa qualidade (BRASIL, 2001). A humanização da assistência exige mudança de atitude dos profissionais de saúde com relação ao modo de fazer a assistência. A literatura sobre o assunto é unânime sobre a necessidade de os enfermeiros ampliarem sua atuação, reconhecendo e assumindo que, junto com o doente sob seus cuidados, há uma família que também está sofrendo e exige assistência (HICKEY e LEWANDOWSKI, 1988; OLIVEIRA, 1991; HARDICRE, 2003b; BARBOSA e RODRIGUES, 2004).

Humanizar é oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento dos usuários do serviço (BRASIL, 2004b). Esses dois aspectos são considerados por Deslandes (2004) como indispensáveis para a qualidade da assistência, de modo que a ausência de qualquer um deles pode gerar estresse e conflito entre profissionais e usuários, desumanizando o atendimento.

De acordo com Silva Jr. (1998), o relacionamento entre a equipe e os usuários dos serviços de saúde definido pela solidariedade da equipe para com as demandas do usuário resulta em uma relação humanizada. Essa relação

fundamenta o acolhimento, entendido como um arranjo tecnológico que visa escutar todos os usuários, resolver os problemas e/ou referenciá-los (CARVALHO e CAMPOS, 2000). Escutar e responder às queixas, medos e expectativas do usuário, considerando a disponibilidade do serviço é parte importante do processo de acolhimento preconizado pela HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização - PNH) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a).

Camelo *et al.* (2000) complementam o conceito de acolhimento colocando-o como parte significativa do processo de melhoria da qualidade do atendimento, do qual o compromisso profissional e os direitos dos usuários são faces complementares e interdependentes.

Além do acolhimento, o documento base da PNH inclui dentre os parâmetros de adesão ao HumanizaSUS pelos serviços de atenção hospitalar, a existência de uma equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social e a garantia de visita aberta, tanto do acompanhante como de sua rede social, respeitando suas necessidades e a dinâmica de cada unidade hospitalar (BRASIL, 2004c).

3.2.1. Desafios na assistência aos familiares de pacientes internados em UTI

A tendência dos enfermeiros em considerar o indivíduo como o único alvo de seus cuidados precisa ser revista. Quando os enfermeiros assumem que o paciente faz parte de uma família e que o foco da atenção deve ser o conjunto

paciente-família, as implicações para a prática são numerosas. Eles podem usar o momento das visitas para conversar com a família para identificar seus momentos mais críticos e fornecer apoio, informação e segurança. Mesmo os encontros rápidos podem ser de grande valia. Ver o paciente em seu contexto familiar e observar a interação dos membros pode ajudar a compreender melhor o paciente e o impacto de sua doença sobre a família (NORTHOUSE, 1980).

Combinar trabalho com cuidado, que são complementares, é o grande desafio. As pessoas vivem escravizadas pelas estruturas do trabalho produtivo, despersonalizado e submetidas à lógica da máquina. É urgente resgatar o cuidado e esse resgate só poderá se dar por meio de uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho (BOFF, 1999). É preciso buscar o ser humano existente no sujeito de nosso cuidado, portador de necessidades, que se expõe, sofre e faz sofrer. Enquanto não reconhece os direitos de seus clientes como cidadãos, o enfermeiro os torna objetos, prejudicando a integralidade do atendimento (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Embora os familiares necessitem muito do suporte dos profissionais de saúde das UTIs, as respostas geralmente são menores que as expectativas. Segundo Grüdtner *et al.* (1999), alguns profissionais ainda orientam sua atuação pelo modelo biomédico, percebendo a família como intrusa, exigente e mais uma sobrecarga ao serviço; outros, sentindo-se despreparados técnica e emocionalmente e sem autonomia para lidar com pacientes e familiares, passam a evitar esse contato. Qualquer que seja o motivo, o paciente e sua família ficam sem o atendimento de suas necessidades de afeto, segurança e apoio, sendo

privados das informações e ignorados ou afastados das tomadas de decisão sobre o paciente. Rodgers (1983) alerta que as limitações no relacionamento com os profissionais da UTI resultam na dificuldade dos familiares em obter uma fonte consistente que complemente sua rede primária de suporte para aliviar sua ansiedade.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2000) também inclui, entre os deveres dos enfermeiros, prestar informações ao cliente e família sobre a assistência de enfermagem, bem como colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre seu estado de saúde e tratamento.

Há pelo menos duas razões para que a atenção à família seja uma parte importante das responsabilidades do enfermeiro. Primeiro, porque na UTI, os familiares lidam muito de perto com a possibilidade de morte do paciente, o que gera grande sofrimento. Mesmo pequenas alterações no estado do paciente podem fazer com que os sentimentos dos familiares oscilem entre a esperança e a desesperança. Segundo, porque pacientes criticamente enfermos são menos capazes de falar por si mesmos e tomar decisões, requerendo que algum familiar responda por ele. Paradoxalmente, eles são solicitados a participar quando estão menos capazes de responder, pois poucos familiares estão preparados para a função de parceiro ou representante informado. Os questionamentos e solicitações da equipe de saúde para que eles participem no processo de tomada de decisão sobre o paciente e seu tratamento exacerbam sua tensão emocional, aumentando também sua necessidade de suporte e cuidados (HARVEY, 1998).

A assistência à família é um dos aspectos mais aflitivos do trabalho do enfermeiro em UTI. Como os pacientes criticamente enfermos ocupam muito tempo da enfermagem, a avaliação das necessidades dos familiares pode tornar-se um dos maiores desafios para o enfermeiro, pois as necessidades variam de um membro da família para outro. Harvey (2004) enfatiza que a primeira obrigação dos enfermeiros, com certeza, é o cuidado ao paciente, mas a segunda é a família e deveria ser senso comum entre os enfermeiros a compreensão do cuidado aos familiares como uma parte natural do cuidado ao paciente crítico.

Para intervir apropriadamente com as famílias durante esse momento crítico, é essencial fazer uma avaliação rápida e cuidadosa de suas necessidades (STILLWELL, 1984), o que pode ser mais facilmente conseguido por meio de uma interação efetiva com os familiares (OLIVEIRA, 1991). Esta tarefa é particularmente delicada porque a atmosfera de crise e a intensidade das necessidades de ambas as partes tanto podem acelerar o desenvolvimento de relações entre as famílias e os profissionais que atuam na UTI, como também podem torná-las mais frágeis (HARVEY, 1998).

Conversar sobre doenças graves, dor, sofrimento e morte com sua equipe, com outros profissionais, com os pacientes e seus familiares não é fácil, tornando-se mesmo um desafio para o exercício profissional de enfermeiros, especialmente dos que trabalham em UTI (BECK, 2001). Muitas das dificuldades no relacionamento entre profissionais de saúde e usuário dos serviços resultam de problemas na comunicação, especialmente com relação ao que foi dito (ou não) e ao que foi entendido (ou não), uma vez que a ansiedade dos indivíduos

dificulta a sua compreensão dos fatos, podendo gerar distorções significativas no processo de comunicação interpessoal (MARTINS, 2001).

Os conflitos entre a equipe de saúde e a família, que só aumentam a aflição de ambas as partes, quase sempre são motivados pela falta de comunicação e a solução, quase invariavelmente, é a melhora na comunicação (HARVEY, 2004). Assim, a comunicação assume importante significado no processo de humanização da assistência e deveria ocupar um lugar mais relevante no cotidiano dos profissionais de saúde. A melhoria da qualidade do atendimento pressupõe um novo modelo de comunicação entre profissionais e clientes e, talvez, novas práticas de cuidado (DESLANDES, 2004), lembrando que a comunicação é o alicerce para a construção de uma relação terapêutica com a família do paciente (HARVEY, 1998).

O relacionamento entre os profissionais da UTI e a família do paciente desenvolve-se a partir da confiança e do estabelecimento do objetivo comum de desejar o que é melhor para o paciente. Isto envolve, por um lado, profissionais de saúde comprometidos em assumir total responsabilidade pela segurança dos pacientes sob seus cuidados e, por outro, familiares que possam ser solicitados a qualquer momento para tomar decisões sobre seu parente internado (AZOULAY *et al.*, 2001).

Cada família é única e, na mesma família, cada membro é singular. Suas necessidades não são sempre imediatamente demonstradas e nunca estão definitivamente definidas. É o processo de acolhimento, por meio da conversa com os familiares, que permite o conhecimento de suas necessidades (TEIXEIRA,

2005). Os enfermeiros não precisam adivinhar o que eles necessitam, basta lhes perguntar. Segundo Harvey (2004), a obtenção de informações adequadas sobre o que eles precisam vem do relacionamento estabelecido pelos enfermeiros com os familiares, da confiança que depositam nos profissionais e do tempo estes que gastam com os parentes ao lado do leito do paciente.

Stillwell (1984) verificou que, em geral, as intervenções de enfermagem ou não são executadas ou são baseadas apenas em necessidades familiares percebidas pelo enfermeiro ou estão em conflito com as regras da unidade. Muitas vezes, para atender normas, regras e pressões institucionais, os enfermeiros são compelidos a cuidar de modo contrário ao que gostariam (WALDOW, 2004). Segundo Nascimento e Martins (2000), na maioria das vezes, as ações dirigidas à família se restringem a atender questionamentos sobre rotinas administrativas e sobre as condições do paciente, com pouca ou nenhuma preocupação sobre as condições emocionais em que este familiar se encontra.

Em relação às normas para visita ao paciente em UTI, Harvey (2004) comenta que, embora tenham melhorado nas últimas décadas, na maioria das vezes elas continuam atendendo prioritariamente aos interesses do serviço e dos profissionais de saúde que nela atuam.

Trabalhar com pacientes graves e familiares angustiados e amedrontados costuma ser uma parte estressante do papel do enfermeiro de UTI (HARDICRE, 2003a). Oliveira (1991) destaca que a falta de preparo específico, a insegurança quanto à forma como é percebido e aceito por pacientes e familiares e o medo de envolver-se emocionalmente com o sofrimento podem influenciar a

interação que a equipe de enfermagem estabelece com sua clientela. Entretanto, quando o enfermeiro, além de tecnicamente competente, mostra-se uma pessoa capaz de desenvolver a empatia, a comunicação e a humildade como instrumentos de trabalho, certamente será capaz de estabelecer interação com os familiares de pacientes internados (BECK, 2001).

De modo geral, as interações enfermeiro-família têm sido descritas como limitadas, estressantes e pouco satisfatórias (GARDNER e STEWART, 1978; DUNKEL e EISENDRATH, 1983). Essa limitação decorre primariamente da alegada falta de tempo dos enfermeiros e do seu sentimento de inadequação ou falta de conhecimento sobre como lidar com a família (RODGERS, 1983; WARREN, 2002). No entanto, mesmo que seu tempo seja limitado e deva ser gasto criteriosamente, Harvey (2004) considera que despende algum tempo com os familiares é uma obrigação e até um privilégio dos profissionais de cuidados críticos, merecendo prioridade mesmo quando o relacionamento parece mais perturbador do que útil.

O comportamento e as características do paciente e família, incluindo idade, ocupação, raça, religião e aparência também podem influenciar suas interações com os enfermeiros. Algumas famílias podem precisar mais de assistência de enfermagem que outras. Dentre os fatores que parecem influenciar a necessidade de assistência de enfermagem pelos familiares incluem-se: a quantidade de estresse experimentada previamente pelos familiares, a intensidade dos estressores, bem como as habilidades e recursos de enfrentamento disponíveis (GARDNER e STEWART, 1978; LESKE e JIRICKA,

1998; LESKE, 2002).

Segundo Gardner e Stewart (1978), o comportamento “negativo” de alguns familiares, embora indique a necessidade de mais suporte, comumente resulta em menor envolvimento dos enfermeiros intensivistas. No estudo de Johnson *et al.* (1998), quanto mais grave o estado do paciente, maior o grau de satisfação com o atendimento de suas necessidades. Harvey (1998) comenta que, possivelmente, esta relação reflete a designação de enfermeiros mais experientes e capazes para cuidar dos pacientes mais graves ou a tendência de todos os profissionais em se tornarem mais cômicos das necessidades dos familiares de pacientes críticos.

Estudando a família do paciente criticamente enfermo pela perspectiva dos enfermeiros da UTI, Hickey e Lewandowski (1988) verificaram que mais de três quartos dos 226 profissionais entrevistados consideraram emocionalmente exaustivo o envolvimento com as famílias que precisam de suporte. Mas concordavam que tinham de envolver-se com elas, não obstante o custo disso para si mesmo. Cerca de 37% deles acreditavam não possuir o conhecimento necessário para satisfazer as necessidades psicológicas e emocionais das famílias e 38% afirmaram não ser realístico esperar que os enfermeiros desempenhassem esse papel.

Naquela investigação, os enfermeiros relataram desconforto ao se sentirem observados pelos familiares durante os cuidados e geralmente lhes pediam licença nesse momento. Hickey e Lewandowski (1988) verificaram que alguns fatores, isoladamente ou em conjunto, podem influenciar a interação entre

os enfermeiros da UTI e os familiares dos pacientes: sentimento de insegurança quanto ao seu papel, medo das críticas, falta de conhecimentos, necessidade de proteger a família e falta de tempo para explicações sobre o paciente.

Dunkel e Eisendrath (1983) afirmam que as expectativas irreais da família sobre o progresso do paciente, o medo dos parentes diante de procedimentos técnicos dolorosos e a pressão de colegas para que todos os profissionais se comportem de uma determinada forma contribuem para que a presença de familiares na UTI aumente o estresse da equipe.

Apesar das recomendações para que a família participe do cuidado ao paciente, os profissionais da UTI investigados por Jastremski (2000) apontam algumas razões que para não permitir que a participação dos familiares: necessidade de evitar que os parentes presenciem situações que possam chocá-los, respeito à privacidade dos outros pacientes, preocupação com infecção e o fato de não haver ninguém disponível para ficar com a família, além do sentimento de desconforto e estresse quando em presença dos familiares. Entretanto, a autora lembra que mandar a família sair da unidade na vigência de uma crise não é a melhor estratégia para satisfazer suas necessidades e deixá-la na sala de espera só aumenta sua ansiedade, ao mesmo tempo em que diminui sua confiança nos profissionais.

Hickey e Lewandowski (1988) observaram que as interações que requerem pequeno envolvimento emocional, como as explicações sobre equipamentos e procedimentos, são mais confortáveis para os enfermeiros intensivistas e, por isso, mais freqüentemente realizadas do que outras, como

discutir as formas de enfrentamento da situação pela família, que exigem mais envolvimento. Segundo Dunkel e Eisendrath (1983), saber menos sobre uma pessoa permite ao enfermeiro tratá-la mais como um problema clínico e adotar uma estratégia adaptativa que lhe possibilite continuar atuando no estressante ambiente de cuidados intensivos.

Apesar de os enfermeiros serem freqüentemente encorajados a não deixar seus sentimentos influenciarem no cuidado, para Hickey e Lewandowski (1988), esta não é uma expectativa realística. Entretanto, Martins (2001) lembra que o trabalho assistencial pode ser consideravelmente melhorado quando o profissional conhece tanto os motivos do comportamento do cliente como os efeitos que esse comportamento lhe provoca e as defesas que desencadeia.

Na UTI, costuma haver um enfermeiro para cada três ou quatro pacientes, o que favorece o estabelecimento de relações entre este profissional, o paciente e sua família. O relacionamento enfermeiro-família pode chegar a um nível interpessoal profundo em um tempo relativamente curto devido à natureza ameaçadora da crise (HARDICRE, 2003a). Assim, os enfermeiros têm uma oportunidade especial para o desenvolvimento de atividades de suporte que possam complementar a rede social primária da família (HALM, 1990). Contudo, Åstedt-Kurki, Paunonen e Lehti (1997) ponderam que, muitas vezes os membros da família têm dificuldade em efetivar essa interação por não saberem como abordar tais profissionais ou por medo deles.

Para ajudar a família a encontrar alternativas mais saudáveis para solução de seus problemas, o enfermeiro precisa prestar atenção nas respostas

dos familiares às questões apresentadas e a seus interesses, ajudando-os a expressar seus sentimentos e facilitando a obtenção de informações. O enfermeiro pode usar as informações sobre a doença, procedimentos terapêuticos e sobre o que a família pode fazer para se ajustar à doença como estratégia de suporte à família. Dessa forma, ele pode ajudar os familiares a desenvolver uma expectativa mais realística sobre a evolução do seu parente, ao mesmo tempo em que satisfaz suas necessidades (COHEN e LAZARUS, 1980).

Azoulay *et al.* (2001) lembram que a satisfação dos familiares favorece a interação com os profissionais da UTI, embora a essência da interação em si mesma possa ser mais importante do que a informação específica fornecida (COHEN e LAZARUS, 1980).

Johnson *et al.* (1998) observaram que a insatisfação dos parentes era mais evidente quando mais que dois médicos cuidavam do paciente e quando diferentes enfermeiros eram designados para sua assistência. Azoulay *et al.* (2001) também verificaram que os familiares preferem uma equipe profissional estruturada de forma que eles possam conhecer o papel específico de cada um, e que a satisfação familiar é maior quando o médico da família, que conhece bem a estrutura e o equilíbrio das relações dentro da família, se responsabiliza pela informação de seus membros. No estudo de Abbott *et al.* (2001), embora os familiares não tenham indicado o rodízio de médicos como afetando sua experiência na UTI, eles manifestaram o desejo de poder identificar quem é o médico responsável pelo paciente.

Uma das principais tarefas dos profissionais que atuam na UTI é

fornecer as informações apropriadas que os familiares precisam para participar na tomada de decisões sobre pacientes incapazes de responder por si mesmo. Entretanto, o simples oferecimento das informações não é suficiente; é preciso determinar em que medida as informações são bem compreendidas considerando as diferenças culturais de valores, percepções, expectativas quanto aos cuidados de saúde, expressões usadas e estilos de comportamento. Mesmo quando as pessoas falam o mesmo idioma que o profissional, elas podem ter um lapso na compreensão de significados obscuros que, combinado com termos médicos técnicos e não familiares, podem diminuir a satisfação desta necessidade (AZOULAY *et al.*, 2001; AZOULAY *et al.*, 2002).

Nesse sentido, vale ressaltar que, todos os estudos incluídos na revisão de Hickey (1990) sobre a satisfação das necessidades familiares, mostraram que a necessidade de falar com o médico pelo menos uma vez ao dia não havia sido satisfeita. Para os familiares, o médico é o profissional de mais difícil acesso no hospital, sendo que cerca de 25% dos sujeitos referiram vê-lo somente de passagem, não tendo oportunidade de falar com ele (ÅSTEDT-KURKI, PAUNONEN e LEHTI, 1997).

Hickey (1990) verificou que nos estudos de Molter (1979) e de Daley (1984) o médico foi identificado como o profissional mais importante para a satisfação de suas principais necessidades, e os enfermeiros indicados para o atendimento da maioria das outras necessidades. Também na investigação conduzida por Rodgers (1983), os enfermeiros foram apontados como os responsáveis pela satisfação da maioria das necessidades dos parentes,

incluindo nove das dez mais importantes.

O tipo de informação que os familiares geralmente solicitam dos enfermeiros é sobre a estabilidade de sinais vitais, nível de conforto e padrões de sono dos pacientes, não esperando deste profissional informações sobre prognóstico, diagnóstico ou planejamento terapêutico (DALEY, 1984). Isso não significa que os enfermeiros não podem ou não devem dar esse tipo de informação, nem deve sugerir que seu papel de ajudar os familiares a compreender ou interpretar esse tipo de informação não seja importante. O papel do enfermeiro na satisfação das necessidades de informação dos familiares inclui a avaliação destas necessidades e a garantia de que suas questões e interesses receberão atenção profissional. Além disso, o enfermeiro deverá estar ciente das informações dadas à família por outros profissionais e ajudar a esclarecer as dúvidas remanescentes (HENNEMAN e CARDIN, 2002).

Como era esperado, em virtude do conhecido papel de líder da equipe atribuído aos médicos, nos primeiros dias de admissão do paciente na UTI, o médico foi visto como mais dominador e controlador do que o enfermeiro assistencial pelos familiares que participaram da investigação conduzida por Auerbach *et al.* (2005). Os enfermeiros foram vistos como mais amigáveis e menos hostis, tanto nas primeiras horas da internação quanto depois, perto da alta da unidade. Segundo os autores, esse último achado pode refletir o fato de que, em contraste com os médicos, cujo contato com os familiares freqüentemente é rápido e limitado, os enfermeiros que cuidam do paciente permanecem em contato contínuo com eles e permanecem como fonte primária

de informações e suporte até o momento da alta.

Um dos preditores da satisfação familiar identificados por Azoulay *et al.* (2001) e ligado à atuação dos profissionais intensivistas foi o pouco tempo que os parentes têm para receber informações. Outros estudos confirmam que dedicar tempo suficiente à família ajuda no seu ajustamento ao estresse emocional produzido pela doença crítica de um dos integrantes (ATKINSON, STEWART e GARDNER, 1980; MEDLAND e FERRANS, 1998; AZOULAY *et al.*, 2000).

No estudo de Auerbach *et al.* (2005), o tipo de relacionamento interpessoal estabelecido com o médico do paciente, especialmente nos primeiros estágios da internação na UTI, foi fortemente associado com a satisfação dos familiares em relação ao atendimento de suas necessidades. De modo mais específico, eles respondiam mal quando percebiam o médico como controlador e pouco amigável. Para os autores, isso sugere que os membros da família do paciente desejam não somente se sentirem aceitos, próximos e apoiados pelo médico, como também sentir que podem participar, são incluídos e têm algum controle sobre as decisões terapêuticas.

Uma das formas de oferecer novas possibilidades à abordagem do cliente e de formar profissionais mais comprometidos com uma atenção mais integradora é investir no desenvolvimento do potencial da pessoa que habita o profissional, isto é, trabalhar o desenvolvimento de suas habilidades interpessoais (ESPERIDIÃO, MUNARI e STACCIARINI, 1999). Na opinião de Moscovici (2001), este aspecto é relevante na formação de qualquer profissional.

A maioria das intervenções de enfermagem dirigidas a familiares tem o

objetivo primário de melhorar a assistência ao paciente, dando condições à família para colaborar de forma mais eficaz no tratamento e reabilitação do paciente. Entretanto, recomenda-se que a assistência aos familiares não deve ser condicionada à sua capacidade de colaboração na assistência ao paciente, pois, de qualquer forma, toda vez que a família tiver suas necessidades atendidas isso acabará resultando também em melhoria na qualidade da assistência ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Enfim, o foco das intervenções de enfermagem deve ser a manutenção do funcionamento familiar, a prevenção de deterioração física ou psicológica adicional e a educação da família para promoção de uma adaptação mais normal à crise (LESKE e JIRICKA, 1998; LESKE, 2002).

3.2.2. Estratégias para atendimento aos familiares

Devido ao surgimento súbito da doença crítica, o estresse experimentado pela família não pode ser prevenido. Como as fontes de estresse são muitas, as famílias que enfrentam uma experiência de cuidado crítico precisam de tratamento especializado para modificar o estresse da incerteza sobre a situação, pois ele pode interferir com a habilidade da família de receber e compreender a informação, manter padrões adequados de funcionamento, usar suas habilidades eficazes para enfrentar a crise, e fornecer a suporte ao paciente (LESKE, 1998).

Os estudos sobre as necessidades dos familiares de pacientes

internados em UTI são abundantes na literatura, mas há poucos sobre estratégias para atendimento destas necessidades. No Brasil, a revisão feita por Oliveira *et al.* (2005) identificou quarenta artigos sobre necessidades dos familiares e/ou importância de assistência de enfermagem para a satisfação de suas necessidades e/ou abordagens teóricas sobre que intervenções de enfermagem são necessárias para essas famílias, e somente catorze publicações abordando intervenções de enfermagem para atender os familiares. Destes últimos, seis versavam sobre experiências práticas e oito faziam apenas referência teórica a experiências de assistência de enfermagem à família. A maioria das intervenções era dirigida a familiares de pacientes hospitalizados, sendo que apenas dois foram realizados na UTI e, nos dois, as intervenções foram apenas citadas no decorrer da abordagem do tema tratado.

As intervenções para a satisfação das necessidades familiares devem ser iniciadas no primeiro contato com os membros da família, estabelecendo-se uma relação mutuamente respeitosa, confiante, empática e colaborativa, cuja harmonia determinará a eficácia das intervenções futuras (LESKE, 2002). Oliveira (1991) também alerta para a importância do trabalho de orientação e apoio aos familiares, preparando-os para a visita ao seu parente e ajudando-os a encontrar alternativas para a utilização mais produtiva de seus mecanismos de enfrentamento da crise vivida. Salienta que, para ser capaz de oferecer suporte e conforto psicológico ao paciente, a família deve ter condições de fazê-lo, o que pressupõe sentir-se segura sobre o que está acontecendo e emocionalmente estável.

Segundo Jastremski (2000), algumas medidas que podem ajudar a clarear e reformular as atitudes dos profissionais da UTI sobre a presença da família na unidade incluem: discussões sobre mitos e realidade da visita e permanência dos parentes na UTI, depoimentos de pacientes e familiares que viveram outras situações de internação nestas unidades e o treinamento de papéis. A mesma autora lembra que também é importante considerar o desejo dos parentes de estar presente na UTI. Alguns podem não querer permanecer na unidade durante uma crise e é tão necessário respeitar sua vontade e dar-lhes suporte quanto para aqueles que desejam estar presentes mesmo nos momentos críticos.

Halm (1990) afirma que o desfecho de uma crise depende do acesso a recursos externos para solução do problema e também do momento em que se faz a intervenção. Recomenda que o suporte em grupo pode ser mais efetivo para reduzir a tensão no início da crise percebida pelo indivíduo, que pode não coincidir com o início da doença do paciente. A justificativa é de evitar que o familiar desenvolva formas de enfrentamento que podem resultar em maior desorganização comportamental. No suporte em grupo, os enfermeiros podem ajudar os parentes a redefinir seus problemas, avaliar se suas expectativas de recuperação do paciente são reais e mobilizar sistemas de suporte para enfrentar o evento da doença crítica (HALM, 1990).

Halm (1990) observou que os familiares de pacientes internados em UTI apresentavam uma redução significativa nos níveis de ansiedade após as sessões de suporte em grupo, possivelmente resultante do acesso que esses

familiares tiveram a intervenções externas durante a crise. Este efeito foi evidenciado pelas trocas interpessoais no grupo sobre novos métodos de enfrentamento da crise gerada pelo advento de uma doença crítica, bem como pelo rápido desenvolvimento de vínculos entre os membros do grupo que experimentavam sentimentos parecidos.

Analisando os encontros realizados com os familiares de pacientes internados na UTI para conversas entre a equipe e os familiares sobre o paciente e sua evolução, esclarecimento de dúvidas e discussão sobre as relações dos familiares com o paciente, Beck (2001) considerou a estratégia adequada para assistir esses familiares. Reuniões antes da alta dos pacientes da UTI, para dar informações, apoio e oportunidade para falarem sobre seus sentimentos também diminuíram significativamente a ansiedade dos familiares no estudo de Bokinskie (1992).

Reuniões têm sido sugeridas como estratégia para diminuir a ansiedade de transferência dos familiares. Ao promover relacionamento interpessoal em ambiente que favoreça a aprendizagem e a obtenção de informações baseadas nas necessidades individuais, as reuniões interdisciplinares podem ajudar a família a desenvolver habilidades de enfrentamento necessárias para a adaptação a uma unidade de internação. Membros familiares que não participam dessas reuniões freqüentemente recebem informações fragmentadas e inconsistentes sobre seu parente doente (BOKINSKIE, 1992). Auerbach *et al.* (2005) também recomendam reuniões conduzidas pelos médicos com os familiares dos pacientes, principalmente nos

primeiros dias de UTI, como uma abordagem promissora para a satisfação da família com o atendimento oferecido na unidade.

Geralmente as pessoas são capazes de lidar com os estressores dentro de seu nível adaptativo; entretanto, se os estressores se tornam muito intensos o enfermeiro deve intervir e ajudar a família a processar esse estímulo com uma resposta adaptativa, evitando a sua exaustão. A reunião é um método efetivo de capacitar o familiar a encontrar um meio de se adaptar à transferência de unidade (BOKINSKIE, 1992).

Auerbach *et al.* (2005) indicam algumas intervenções possíveis para aumentar o nível de satisfação das necessidades familiares. Uma delas é estimular o enfrentamento da realidade encorajando os parentes a participar no cuidado dos pacientes. À medida que a recuperação do paciente avança, os familiares podem ser incentivados a fazer uma reavaliação do acontecido, por exemplo, tentando identificar e enfatizar formas pelas quais a doença do paciente, embora traumática, pode ter ajudado os membros da família crescerem como pessoas enquanto enfrentavam a crise e como o próprio paciente pode ter aprendido e crescido com a experiência enquanto se recuperava. Como o enfermeiro da UTI geralmente é uma fonte central de suporte para os familiares, ele está em posição favorecida para ajudar seu ajustamento, estimulando a percepção deste lado positivo da experiência.

Investigando a efetividade das informações oferecidas a familiares de pacientes internados em UTI, Azoulay *et al.* (2002) criaram um folheto com informações para a família contendo informações gerais e um glossário com doze

termos técnicos comumente usados na terapia intensiva, que era entregue ao representante da família na primeira visita ao paciente, juntamente com a rotina que já era implementada na unidade antes do estudo (informações padronizadas, incluindo no mínimo um encontro por dia com o médico, informações sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento). Esse estudo verificou que o folheto melhorou significativamente a compreensão dos parentes dos pacientes e, entre os que demonstravam boa compreensão, o folheto aumentou o nível de satisfação. Os autores alertam para o fato de que familiares com melhor nível de compreensão podem se beneficiar mais dos esforços realizados pelos profissionais da UTI para satisfazer suas necessidades.

Receber informações foi uma importante fonte de suporte para os parentes de pacientes neurológicos internados na fase aguda da doença identificada no estudo de Åstedt-Kurki, Paunonen e Lehti (1997). O oferecimento de informações adequadas também foi associado com melhores resultados em termos da satisfação dos familiares com o atendimento recebido (MOLTER, 1979; JOHNSON *et al.*, 1998). No entanto, Jurkovich *et al.* (2000) verificaram que, junto com a clareza das informações, a característica mais importante no processo de receber notícias sobre o paciente, especialmente más notícias, era a atitude dos profissionais ao fazerem a comunicação, considerada mais importante mesmo que o conhecimento do profissional ou sua habilidade para responder às perguntas. Segundo esses autores, os membros familiares se sentiam mais comumente satisfeitos em suas necessidades quando os médicos se mostravam mais amigáveis e menos hostis.

De modo geral, o que se pôde observar é que muitas das experiências descritas na literatura são intervenções desenvolvidas com familiares, mas com o objetivo primário de melhorar a assistência aos pacientes. Isto é, os enfermeiros realizam algum tipo de assistência à família para que ela possa desempenhar seu papel de cuidadora (RESTA e BUDÓ, 2004) e colaborar mais efetivamente no tratamento / recuperação do paciente.

A maioria dessas intervenções também apresenta algum efeito terapêutico para os familiares, já que quase sempre incluem oferta de informações sobre a doença, tratamento e evolução do paciente, ensinam cuidados a serem desenvolvidos com o paciente após a alta hospitalar, permitem a permanência de acompanhantes e participação nos cuidados durante a hospitalização, entre outras. Mas, poucas vezes se identifica uma preocupação real com a pessoa do familiar por si só, com seu sofrimento pessoal e seus sentimentos de medo, angústia, tristeza e ameaças variadas. Lima *et al.* (1999) chegam a comentar que certas intervenções são usadas como forma de transmitir aos familiares a responsabilidade pela realização de tarefas anteriormente a cargo da equipe de enfermagem, que passa a não mais se sentir responsável pela sua execução.

A opção pela forma de abordagem dependerá do objetivo e contexto onde a intervenção será desenvolvida e da clientela alvo, além da disponibilidade quantitativa e qualitativa dos profissionais e da infra-estrutura física necessária para a sua realização. O importante é que as intervenções saiam do papel e do discurso e sejam efetivamente colocadas em prática, de maneira que os

familiares possam sentir-se assistidos e satisfeitos com o atendimento.

3.3 O GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA ASSISTÊNCIA

Por natureza, o homem é um ser gregário; nasce, vive e morre dentro de grupos sociais. A família é o primeiro grupo do qual a maioria dos seres humanos participa e, por isso, é a fonte primária de segurança, satisfação de necessidades, aprendizagem social e numerosas outras funções (WILSON, 1985; OSÓRIO, 1986; MUNARI e ZAGO, 1997).

O uso dos grupos como estratégia para assistência às pessoas é bem antigo. Uma das primeiras experiências com o uso do grupo para atendimento a pacientes hospitalizados foi realizada por Pratt, nos Estados Unidos, em 1905, com portadores de tuberculose que precisavam de informações e orientações sobre sua doença. Posteriormente, o mesmo procedimento foi estendido para assistência a pacientes com outras doenças, sempre partindo da premissa de que a convivência com outras pessoas com igual condição clínica poderia exercer influência benéfica sobre o tratamento do paciente (MUNARI e FUREGATO, 2003).

A partir dessas experiências, o contexto grupal foi se tornando mais uma opção para o atendimento de pessoas com variadas necessidades (LOOMIS, 1979; VINOGRADOV e YALOM, 1992; ZIMERMAN, 1993; MELLO FILHO, 1997). Na enfermagem brasileira, a década de 1980 marcou o início das publicações científicas sobre o uso de técnicas grupais em trabalhos realizados

por enfermeiros com uma clientela bastante variada, que foram se tornando mais significativas depois de 1994 (GODOY, 2004).

A chegada do novo século trouxe consigo a certeza de que, saindo da busca pelos espaços individuais no século passado, o século 21 será a era da grupalidade, e aprender a conviver é o desafio do novo milênio. Mais do que nunca, é preciso aprender a trabalhar em e com grupos, de forma menos empírica e mais embasada nos estudos que se sucedem sobre os fenômenos grupais (OSÓRIO, 2000; MUNARI e FUREGATO, 2003).

É fundamental que o profissional de saúde incorpore o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial, conhecendo os fenômenos psicológicos que nela atuam. Assim, se os profissionais de saúde e, em especial os enfermeiros, não se sentem em condições de oferecer o adequado atendimento para as necessidades familiares, é preciso encontrar formas viáveis de proporcionar o preparo específico exigido para esta tarefa (MARTINS, 2001). O cuidado centrado em uma filosofia humanística é uma nova postura profissional que colabora para diminuir a crise da fragmentação do ser humano, disseminada pela visão cartesiana do mundo (THOMAS e CARVALHO, 1999).

O grupo é definido por Osório (2000, p. 11) como “*um conjunto de pessoas em uma ação interativa com objetos compartilhados*”. Segundo Zimmerman (1993), um grupo se constitui em mais do que o mero somatório de indivíduos; é uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios, cujos integrantes têm uma tarefa e objetivos comuns, e cujo tamanho não deve colocar

em risco a comunicação entre os membros.

Em sua natureza, o homem “*estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações, na busca de apoio e ajuda*” (CAMPOS, 2000, p. 117). Assim, a tendência para a humanização dos serviços de saúde exige que, necessariamente, as relações interpessoais sejam repensadas e que o trabalho em grupo seja cada vez mais eficiente.

Andaló (2001, p. 135) afirma que, na atualidade, o conhecimento sobre grupos tem se tornado

[...] um instrumental valioso e até mesmo imprescindível, seja em termos de eficácia para atingir objetivos ou realizar tarefas (rendimento), seja para detectar lideranças, obter coesão, resolver conflitos e tensões, etc. Quer se tratem de grupos de trabalho, pedagógicos, institucionais, comunitários, de lazer, psicoterapêuticos ou de outra natureza, impõe-se a necessidade de ampliar o saber sobre essa área [...]

O contato com outras pessoas que vivem uma experiência semelhante ajuda os indivíduos a perceberem que eles não são os únicos a viverem uma situação de crise. Além disso, o grupo também permite que pessoas perto de resolver uma crise sirvam de exemplo ou modelo para outras que ainda se encontram em estágios preliminares. Indivíduos em estágios similares de enfrentamento também são úteis para fornecer suporte. Esse suporte mútuo freqüentemente se estende para além dos limites da sessão grupal, o que certamente melhora ainda mais a experiência do grupo (HALM, 1990).

O trabalho com grupos pode ser uma forma mais econômica de intervenção por atingir um grande número de clientes ao mesmo tempo, resultando no uso mais eficiente do tempo e energia dos enfermeiros.

Dependendo do tamanho do grupo, da natureza da atividade e do tipo de cliente, uma atividade pode ser realizada em um grupo de dez ou doze clientes com resultados provavelmente melhores, menor esforço e despendendo o mesmo tempo que seria necessário para realizar a mesma atividade de forma individual gastando cinco minutos com cada um. Entretanto, algumas vezes, as intervenções em grupo consomem mais energia do coordenador uma vez que há mais clientes e mais questões interacionais que requerem sua atenção. Por outro lado, a possibilidade de *feedback* é maior em um grupo do que se a mesma pessoa falasse individualmente com o enfermeiro (LOOMIS, 1979; VINOGRADOV e YALOM, 1992).

O tamanho ideal para um grupo está intimamente relacionado com o conjunto de fatores terapêuticos que o coordenador deseja oferecer aos seus integrantes e, em um grupo para compartilhar experiências, varia de quatro ou cinco até o máximo de 12, sendo considerado muito bom um número de seis a oito por permitir intercâmbio verbal entre todos os seus membros. O esquema de encontros uma vez por semana é comum para muitos tipos de grupo e também é indicado para os grupos de apoio (VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Existe uma variedade de tipos de grupos, classificados por diferentes critérios. Quanto aos seus objetivos, os grupos podem objetivar o oferecimento de suporte, a realização de tarefas, a socialização, a aprendizagem de novos comportamentos, o treinamento de relações humanas ou o oferecimento de psicoterapia (LOOMIS, 1979; MUNARI e FUREGATO, 2003).

No grupo de suporte emocional, o objetivo primário é apoiar e manter a

força existente, focalizando a confiança e reforço dos recursos ambientais e pessoais de seus integrantes. O benefício dos grupos que oferecem suporte reside no apoio mútuo e no compartilhamento de experiências entre pessoas que estão vivendo situações semelhantes. Tais grupos também possuem um potencial preventivo, já que evitam o desenvolvimento de padrões mal adaptados de enfrentamento e ajudam a manter o comportamento saudável de seus membros (LOOMIS, 1979).

Os grupos de apoio podem ajudar muito as pessoas que estão enfrentando crises vitais importantes e alterações no estilo de vida. Os participantes desse tipo de grupo freqüentemente se envolvem em discussões sobre questões mais profundas, existenciais, como o significado da vida, valores e expectativas pessoais e o rumo de suas vidas. Quem enfrenta eventos catastróficos da vida, como a ameaça de perda de um membro da família, experimenta importantes alterações nos papéis e relacionamentos sociais que podem mudar radicalmente sua vida e ter implicações sobre sua própria mortalidade. O grupo de apoio cria um ambiente (*setting*) em que seus integrantes podem compartilhar suas experiências e sentimentos com a certeza de que são profundamente compreendidos pelos outros participantes. As reuniões ajudam a combater o isolamento social, as discussões proporcionam um sentimento de universalidade e o grupo proporciona o apoio necessário aos seus membros (VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Quanto ao tipo de participantes, os grupos podem ser homogêneos, se congregam pessoas com alguma característica em comum (faixa etária, sexo,

profissão, diagnóstico médico, problema ou situação de vida etc.), ou heterogêneos (VINOGRADOV e YALOM, 1992; MUNARI e FUREGATO, 2003). Os grupos também podem ser fechados ou abertos. O grupo fechado não permite a entrada de novos membros, isto é, começa e termina com os mesmos participantes e, normalmente, não preenche as vagas resultantes da desistência de algum membro. Grupos abertos são mais flexíveis quanto à entrada de novos participantes em sua estrutura e os membros que já participaram de alguma sessão podem ou não voltar a fazer parte a qualquer momento que desejarem. Cada membro do grupo aberto determina seu próprio tempo de permanência (HEINEY e WELLS, 1989; VINOGRADOV e YALOM, 1992; CASTILHO, 1998; MALDONADO e CANELLA, 2003).

O tempo de vida de um grupo varia muito em função do tipo de grupo, seus objetivos e participantes. No caso dos grupos específicos para cuidados de saúde, os integrantes tanto podem ser pacientes hospitalizados como ambulatoriais. Os grupos para pacientes hospitalizados ou institucionalizados podem se manter indefinidamente, mesmo quando mudam seus elementos (por ex. grupos para pacientes diabéticos). Grupos de pacientes ambulatoriais podem existir por apenas uma sessão (para intervenção em crise) ou ter número indefinido de sessões, renovando sua composição pela substituição dos pacientes que encerram sua participação por novos membros (VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Mesmo sem objetivo psicoterápico, os grupos de cuidados em saúde terão sempre algum efeito terapêutico sobre seus participantes, já que a razão

para formar os grupos é satisfazer uma necessidade específica de saúde de seus membros e a literatura específica é enfática sobre os benefícios de uma pessoa compartilhar sua experiência com outras que estão vivendo situações semelhantes (LOOMIS, 1979). Além disso, “*grupos não terapêuticos podem atingir resultados semelhantes aos dos grupos terapêuticos*” (WOOD, 1990), ou seja, resultados terapêuticos podem acontecer em qualquer tipo de grupo, pela própria natureza gregária do ser humano e do seu potencial de ajuda (MUNARI e ZAGO, 1997),

No decorrer do grupo, seus participantes têm a oportunidade de experimentar certos mecanismos que os ajudam no processo de compreensão, adaptação e mudança de comportamentos. Esses mecanismos, chamados de fatores curativos ou terapêuticos, são referidos como mecanismos de mudança na psicoterapia de grupo e correspondem a eventos significantes no curso dos grupos identificados por muitos clientes e terapeutas. Eles foram inicialmente estudados em 1955, por Corsini e Rosemberg, que desenvolveram categorias de fatores curativos com base nos achados de cerca de 300 artigos sobre terapia de grupo (LOOMIS, 1979; BECHELLI e SANTOS, 2001, 2002). Esses fatores podem ser encontrados em todos os tipos de grupos, inclusive os de auto-ajuda e de suporte. A compreensão desses fatores é útil para entender como os grupos ajudam seus membros a mudar e o que acontece aos diferentes participantes dentro do mesmo grupo (YALOM, 1975; VINOGRADOV e YALOM, 1992; YALOM, 1995; YALOM e LESZCZ, 2006).

Yalom (1975) listou 12 fatores curativos testados junto a clientes e

terapeutas de grupos psicoterápicos, sendo que, posteriormente, 11 deles foram detalhados por Vinogradov e Yalom (1992), como se segue:

- **Instilação de esperança** – elemento importante em qualquer relacionamento grupal é a esperança de cura ou de que as coisas possam ser diferentes, oferecendo aos participantes um incentivo para permanecerem no grupo. Em qualquer tipo de grupo é comum encontrar outras pessoas experimentando sentimentos ou situações semelhantes e a troca dessas experiências alimentam a esperança de seus membros: “se outra pessoa passou por situações parecidas e suportou, talvez eu também possa fazê-lo”.
- **Universalidade** – fortemente relacionada à instilação de esperança, permite que os membros do grupo percebam não serem os únicos a viver um problema. Por meio do compartilhamento de experiências, os integrantes do grupo entendem que a situação e os sentimentos que estão vivenciando também são experimentados por outros membros, e que eles também estão buscando soluções. Muitas pessoas escondem sentimentos de culpa ou de inadequação, sendo um alívio descarregar esse peso e saber que outras pessoas no grupo estão abertas e disponíveis para compartilhar uma experiência comum.
- **Oferecimento de informações** – inclui todas as informações e orientações dadas pelo enfermeiro e outros membros do grupo. Mesmo que esse não seja o objetivo primário do grupo, boa quantidade de informação é compartilhada no decorrer do grupo. Embora o conhecimento cognitivo seja pré-requisito para mudanças no comportamento, ele sozinho não é suficiente para alterar a

conduta relacionada à saúde das pessoas. Quando as informações sobre práticas de saúde mental e física são compartilhadas no grupo, elas freqüentemente beneficiam a maioria dos participantes.

- Altruísmo – diz respeito ao fato de compartilhar uma parte de si mesmo com outros integrantes do grupo. O ambiente de grupo revela-se uma oportunidade para compartilhar informações, apoio, sentimentos e experiências. Quando o grupo é coeso e seus membros cuidam uns dos outros, é comum o estreitamento de laços por meio de telefonemas, visitas e ajuda mútua em momentos de crise ou necessidade. Há um benefício terapêutico no processo de ajudarem-se uns aos outros.
- Reedição corretiva do grupo familiar primário – como o grupo é formado por pessoas que podem ser vistas como irmãos e pelo líder que pode ser visto como uma figura paterna, os membros do grupo podem começar a interagir com outros integrantes ou com o líder da mesma forma como interagiam com seu grupo familiar primário em algum momento da vida, em uma reedição de vivências familiares anteriores. Além de serem revividos, esses conflitos familiares são recapitulados de forma corretiva. O líder e os membros do grupo devem reagir diferentemente da família, não permitindo que estes relacionamentos inibidores do crescimento se cristalizem, mas desafiando e encorajando o desenvolvimento de novos comportamentos dos participantes.
- Desenvolvimento de técnicas de socialização – mesmo que esse não seja o objetivo primário do grupo, a habilidade de se relacionar de forma direta, honesta e íntima com outras pessoas do grupo pode ser um ganho

secundário. Algumas pessoas experimentam o grupo como a oportunidade para fazer uma reflexão sobre si mesmas e suas relações. As habilidades adquiridas no grupo podem ser transferidas para outras relações íntimas ou sociais.

- Comportamento imitativo – no grupo, tanto o líder como os demais membros tornam-se modelos de comportamentos novos e mais saudáveis. A imitação pode ser o primeiro passo para a internalização de novos comportamentos e valores.
- Aprendizagem interpessoal – se sobrepõe a muitos dos outros fatores já citados. Como um representante da rede social em que vivemos, o grupo oferece aos seus participantes a oportunidade de experienciar situações semelhantes dentro e fora dele, dando-lhes a chance de realizar mudanças em seu comportamento pessoal, clarear as dificuldades, encontrar alternativas para enfrentar os problemas e experimentar novos comportamentos.
- Coesão – é um conceito amplo que inclui as relações dos membros com o coordenador, com os outros participantes e do grupo como um todo. Pode ser descrita como o resultado de todas as forças que atuam sobre cada participante para que ele permaneça no grupo. O mais importante nesse processo é manter as forças que garantem as características do grupo, com suas facilidades e dificuldades, seus valores, compromisso, confiança e vínculo interligando os membros do grupo e o coordenador.
- Catarse – ligada a outros processos do grupo, particularmente com a universalidade e a coesão, é citada por muitos clientes de terapia em grupo

como um importante aspecto de sua experiência no grupo. Significa a expressão das emoções e, sozinha, raramente produz mudança duradoura para o paciente, embora promova uma sensação de alívio. Para promover mudança, o paciente deve vivenciar intensamente suas emoções no grupo e passar pela catarse que geralmente acompanha a experiência emocional. Depois, precisa compreender o significado da catarse tanto no contexto do grupo como de sua vida fora dele.

- Fatores existenciais – são aqueles elementos no processo grupal que ajudam os elementos a lidarem com os pressupostos de nossa existência: morte, isolamento, liberdade e falta de significado. Durante a terapia, os pacientes começam a perceber que, por mais ajuda que recebam de outros membros do grupo, os maiores responsáveis pelo curso de suas vidas são eles próprios e, mesmo que estejam próximos a outros, ainda assim existe uma solidão própria da existência que não pode ser evitada. À medida em que aceitam essa condição, vão aprendendo a encarar suas limitações com mais coragem e humildade.

Vinogradov e Yalom (1992) referem que cada tipo de grupo pode se beneficiar de um conjunto diferente de fatores terapêuticos. Participantes de grupos de longa duração para pacientes não internados indicam, principalmente, a aprendizagem interpessoal, a catarse e o auto-conhecimento como os fatores curativos mais importantes em seu tratamento. Para pacientes internados, sobressaem-se a instilação de esperança e o fator existencial. Grupos de auto-ajuda têm um conjunto distinto de fatores terapêuticos mais úteis: universalidade,

orientação, altruísmo e coesão. Os grupos de apoio reduzem o medo, a ansiedade e o isolamento relativos a uma situação particular por meio da universalidade e aprendizagem por substituição.

O uso dos fatores terapêuticos também varia durante o curso do grupo, na medida em que mudam as necessidades e objetivos de seus integrantes. Mesmo em um único grupo, cada membro encontra um conjunto de fatores curativos dos quais mais se beneficia, conforme suas necessidades, habilidades e personalidade (YALOM, 1975; VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Como em toda intervenção terapêutica, no grupo, os clientes podem ou não se beneficiar dela. Embora haja muitos estudos sobre a definição dos benefícios das intervenções de enfermagem, Loomis (1979) afirma que só mais recentemente é que os enfermeiros pesquisadores começaram a focalizar mais especificamente sobre as medidas desses resultados. Sempre que algum benefício transparecer durante o processo terapêutico, ele resultará em um resultado benéfico.

O resultado esperado do grupo varia com o objetivo dos clientes. No caso dos grupos de suporte, geralmente esse resultado é a manutenção do estado emocional ou de um comportamento saudável, o que exige o oferecimento de suporte pelo grupo para a conservação da força emocional e comportamentos existentes. Outro resultado, essencial nos grupos que lidam com cuidados de saúde, pode ser a aprendizagem, obtida por meio de conhecimentos ou informações. O grupo ainda pode ensinar os clientes sobre si mesmos e suas relações com outras pessoas. Um terceiro tipo de resultado esperado dos grupos

é a mudança de comportamento, mais comum nos grupos de psicoterapia e mais difícil de avaliar, já que nem sempre fica claro se a mudança foi um resultado direto ou indireto da experiência no grupo (LOOMIS, 1979).

O modelo para avaliação de grupos proposto por Loomis (1979) começa com os objetivos do grupo, que devem ser estabelecidos pela avaliação das necessidades de seus clientes. A autora recomenda que os fatores terapêuticos sejam considerados na avaliação do processo grupal, já que eles ajudam a explicar como as pessoas mudam nos grupos. Embora eles tenham sido inicialmente indicados para processos de grupos psicoterápicos, eles podem estar presentes, total ou parcialmente, também em outros tipos de grupo, sendo mais ou menos evidentes conforme os objetivos. Como também não há argumentação científica conhecida que contra-indique seu uso fora do contexto de grupos psicoterápicos e nem recomendações sobre outras formas sistematizadas de realizar a avaliação do processo nesses outros tipos de grupo, pressupõe-se a sua utilidade / validade como forma de avaliação sistematizada do trabalho com diferentes grupos sem objetivo psicoterápico.

Na situação de ter um membro familiar doente, especialmente quando percebem uma ameaça à sua vida, o suporte que os familiares necessitam freqüentemente se traduz em ter alguém que os ouça e em quem possam confiar. Esse tipo de ajuda ou apoio é conhecido como suporte social. Ele pode ser definido como as interações com membros familiares, amigos e profissionais de saúde que transmitem informações, estima, ajuda prática ou emocional e coragem. Estas comunicações podem melhorar as estratégias de enfrentamento,

diminuir o impacto de situações estressantes e promover saúde e comportamentos saudáveis positivos (JOHNSTON, MACISAAC e RANKIN, 2002).

Cobb (1976) conceitua suporte social como uma forma de relacionamento grupal onde prevalecem as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a comunicação franca e precisa entre as pessoas, resultando em um sentimento de coesão e apoio para o enfrentamento da realidade que age como fator moderador do estresse. Segundo este autor, o suporte social leva o indivíduo a acreditar que é cuidado, amado e valorizado. Ele realça a importância do cuidado afetivo nas atividades de suporte, destacando que os cuidados de natureza material, por si só, não constituem suporte social.

Campos (2000) afirma que não pode haver suporte se não houver encontro e que constância, carinho, cuidado e comunicação representam a base dos grupos de suporte. O grupo de suporte fornece esse apoio emocional, reforçando mecanismos consistentes de enfrentamento da crise já conhecidos, ensinando novos e proporcionando um clima de compartilhamento e aceitação. Em outras palavras, estes grupos servem para reforçar ou fortalecer os recursos pessoais e ambientais que ajudam a mudar ou prevenir padrões mal-adaptados de enfrentamento e manter comportamentos saudáveis (Johnson, 1982, citado por WILSON, 1985; VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Segundo Campos (2000), os grupos de suporte são excelente recurso terapêutico coadjuvante para lidar com pessoas que vivem situações de crise, tendo como objetivos promover coesão e apoio, elevando sua auto-estima e autoconfiança. Por isso, são muito apropriados para enfermeiros trabalharem com

clientes que estão passando pelo estresse relacionado a doenças, sejam os próprios pacientes ou seus familiares e amigos (WILSON, 1985).

Entidades dinâmicas e complexas, os grupos de suporte apresentam desafios constantes mesmo para os terapeutas mais experientes. A organização e manutenção de grupos de suporte podem parecer assustadoras para enfermeiros com pouca experiência em processo grupal. Contudo, estes profissionais estão se envolvendo cada vez mais com a organização de grupos (HEINEY e WELLS, 1989).

Os grupos de suporte são diferentes dos grupos de auto-ajuda ou de ajuda mútua porque, por definição, estes últimos não usam profissionais no papel de coordenador, embora eles possam estar presentes nos encontros para fornecer informações ou prover recursos. Geralmente os enfermeiros participam desses grupos como consultores ou *experts*, mas não como líderes, ou seja, eles não intervêm no processo do grupo (WILSON, 1985; HEINEY e WELLS, 1989; MUNARI e ZAGO, 1997).

Os grupos de apoio ou suporte consistem em um sistema de ajuda social extra-familiar (MUNARI e ZAGO, 1997). Geralmente são coordenados por um profissional de saúde, freqüentemente enfermeiro, que facilita as interações entre os membros, e são essas interações que realmente conduzem o trabalho do grupo no sentido de seus objetivos. O oferecimento de informações sobre saúde pelo coordenador, um profissional com formação na área de saúde, ajuda a aliviar a ansiedade dos participantes, o que aumenta a efetividade do processo de suporte (WILSON, 1985).

O coordenador deve valer-se da semelhança entre as situações vividas pelos membros para favorecer a universalidade e coesão, contribuindo para combater os sentimentos de solidão e inutilidade, comuns nos indivíduos que se imaginam a única pessoa do mundo com aquele problema. A principal constatação dos membros desses grupos é que eles podem ser mais ajudados por quem já viveu ou está vivendo uma experiência como a sua, do que por aqueles que nunca passaram por ela (VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Heiney e Wells (1989) apresentam as etapas para o desenvolvimento de um grupo de suporte, lembrando que o estágio inicial deve ser um cuidadoso planejamento pelo coordenador do grupo, que ajudará a garantir o seu sucesso.

O **planejamento** inclui a definição do foco do grupo e sua organização. Na definição do foco, a etapa crítica é o estabelecimento claro da proposta do grupo que servirá como guia para o coordenador e para o grupo, direcionando os objetivos e atividades e minimizando confusões e problemas. Os objetivos emergem da proposta e especificam o que o coordenador espera dos participantes. Objetivos claramente definidos delineiam o tipo de grupo a ser formado, explicitam sua finalidade para os potenciais membros e minimizam mal-entendidos sobre o foco do grupo. Um objetivo típico dos grupos de suporte é diminuir o isolamento social de seus membros. A definição dos objetivos determinará o tipo de grupo a ser formado (HEINEY e WELLS, 1989).

Os grupos abertos, onde os participantes variam a cada encontro, necessitam de mais atividades por parte do líder para sua manutenção, pois o processo grupal muda quando entram novos participantes ou antigos o deixam.

Usualmente, o grupo volta ao estado de sentir menos confiança e coesão, e o coordenador deverá despende mais tempo no início de cada sessão para ajudar os participantes a se conhecerem, estabelecendo um clima de segurança e pertença (HEINEY e WELLS, 1989).

No trabalho de **organização do grupo**, pode ser necessário realizar uma entrevista individual, orientações em grupo ou atividades de socialização (YALOM, 1975) antes que os indivíduos participem da primeira sessão. Tais estratégias diminuem a ansiedade sobre a sua participação, ajudam na compreensão sobre a finalidade do grupo e estabelecem comportamentos grupais positivos, facilitando as interações dos participantes quando a sessão começa (HEINEY e WELLS, 1989).

A maioria das estratégias de coordenação de grupo visando a sua manutenção ocorre dentro das sessões grupais. As principais são: o estabelecimento do grupo como uma entidade psicológica, isto é, ele deve ser mais que um simples ajuntamento de pessoas; a estruturação do grupo; o monitoramento e promoção de fases de desenvolvimento do grupo; e a identificação e direção do processo grupal (YALOM e LESZCZ, 2006).

As estratégias tradicionais de grupo incluem os conceitos de ambiente (*setting*) e o contrato. O ambiente do grupo reforça o clima de cordialidade e proximidade. É importante que o coordenador mantenha um horário e assegure um local para os encontros, que esteja disponível, seja de tamanho adequado e proporcione conforto, privacidade e liberdade, sem intervenções indesejadas. Cadeiras dispostas em círculo sem mobílias obstruindo são melhores para que

todos os participantes possam se ver e para que eles se sintam envolvidos e fazendo parte do todo (HEINEY e WELLS, 1989; VINOGRADOV e YALOM, 1992).

O contrato do grupo é um acordo entre o coordenador e seus membros, bem como entre os próprios participantes. Ele define os comportamentos aceitáveis no grupo e pode servir para desencorajar condutas inadequadas. Em grupos abertos o coordenador deve revisar o contrato a cada sessão, lembrando os participantes de cada item. As regras estabelecidas pelo grupo devem ser colocadas em lugar visível ou impressas em um folheto para todos os membros (HEINEY e WELLS, 1989; CASTILHO, 1998; MOTA e MUNARI, 2006).

Alguns fatores podem dificultar o trabalho com grupos em instituições de saúde. Um deles é encontrar uma ou duas horas de tempo em que todos os participantes estejam livres de outras atividades para o encontro. Outro é encontrar uma sala com tamanho e privacidade adequados para o trabalho. A arrumação de uma sala improvisada, dispendo o mobiliário de forma a facilitar o trabalho e, ao final do grupo, retomar a disposição inicial dos móveis, também pode tomar muito tempo do coordenador (LOOMIS, 1979).

Particularmente em grupos abertos, o coordenador necessitará familiarizar os novos membros com o funcionamento do grupo. Como não há uma primeira sessão para todos juntos, a apresentação dos participantes e exposição das regras estabelecidas para o grupo devem se repetir a cada encontro, inclusive com orientação sobre a participação no grupo e exposição resumida das

metas grupais e do progresso do grupo em direção a tais metas (HEINEY e WELLS, 1989; MALDONADO e CANELLA, 2003).

Outro aspecto a ser considerado são os interesses e expectativas da instituição onde o enfermeiro trabalha. O posicionamento da instituição quanto ao tempo gasto para a assistência a clientes em grupos é determinante para o sucesso da intervenção. Há tantos problemas que devem ser solucionados no processo de formar e manter um grupo, que o total apoio institucional é essencial à viabilidade do grupo. Um sistema que não apóia essa estratégia de atendimento pode resultar em baixa efetividade das intervenções em grupo e em experiência negativa para os profissionais envolvidos. De forma ideal, as necessidades dos clientes, a utilidade do grupo para satisfazer estas necessidades, os objetivos do coordenador e as expectativas do sistema precisam convergir para que se obtenha um bom resultado (LOOMIS, 1979; WILSON, 1985).

Segundo Vinogradov e Yalom (1992), o uso da estratégia grupal para educação e suporte a pacientes com determinados diagnósticos médicos e condições específicas e a familiares é abundante na área da saúde. A abordagem grupal facilita o cuidado do emocional, permitindo a diminuição do desconforto experimentado durante o processo de doença (RIBEIRO e MUNARI, 1998). Para Munari e Zago (1997) e Muniz e Taunay (2000) é exatamente esse o propósito de grupos que propõem apoio aos sujeitos em uma dada situação de fragilidade da sua saúde, por favorecerem a manifestação de sentimentos, a compreensão e aceitação da doença e de todo o processo que a acompanha.

No Brasil, a utilização da abordagem grupal como tecnologia de

assistência de enfermagem tornou-se mais evidente a partir do início da década de 1990 (GODOY, 2004). Porém, na opinião de Mello Filho (2000), a possibilidade de tirar proveito da condição grupal, reunindo os pacientes para ouvir queixas e sugestões, dar informações sobre saúde e discutir problemas comuns, ainda é muito pouco empregada pela equipe de saúde.

Na revisão da produção científica brasileira sobre o uso do grupo no trabalho do enfermeiro, Godoy (2004) verificou que apenas 37 (24,5%) dos 151 artigos publicados entre os anos de 1980 e 2003 tratavam do grupo como recurso para a assistência de enfermagem. Destes, onze (7,3%) descreviam atividades com grupos de caráter informativo e educação em saúde, treze (8,6%) eram sobre o trabalho com grupos de reabilitação e apoio emocional a pessoas portadoras de determinadas patologias ou necessidades e outros treze (8,6%) relatavam atendimentos de grupos de pacientes específicos, como os para diabéticos, hipertensos, gestantes e obesos, dentre muitos, para a manutenção de programas de saúde,

Apontando as dificuldades vividas pelo enfermeiro na assistência destinada a grupos de pacientes em situação de reabilitação, Munari e Rodrigues (1997) colocam como fundamental a busca do profissional pela formação específica para esse trabalho, haja vista a complexidade do processo de cuidar em saúde, vista sob uma ótica ampliada para além do paradigma biológico. Todas as vantagens do trabalho com grupos podem se converter em desvantagens quando o coordenador não tem conhecimento e ou habilidade suficientes para conduzir o trabalho (LOOMIS, 1979). Além disso, lidar adequadamente com a

expressão de emoções e sentimentos por parte dos participantes do grupo é uma habilidade que exige preparo específico do coordenador (MUNARI e ZAGO, 1997).

Assim, é mister buscarmos cada vez mais aprofundar e conhecer os meandros do trabalho grupal para que, por meio dele, o impacto de nossas intervenções não seja apenas empírico, mas fundamentado nos conceitos que amparam essa tecnologia. O aprendizado da vida em grupo quer seja como membro dele, como coordenador ou líder de um grupo de pessoas ou de um serviço inteiro parece indispensável a qualquer profissional, em particular, aqueles da área de saúde.

A caracterização dos movimentos grupais presentes nas atividades assistenciais e específicos para clientela diferenciadas é fundamental para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde tenham clareza das necessidades específicas de cada clientela, proporcionando maior segurança no planejamento do enquadre grupal adequado a cada uma delas (ZIMERMAN *et al.*, 1997; MELLO FILHO *et al.*, 2000).

Na Enfermagem brasileira, o investimento no estudo de grupos, seus movimentos e natureza ainda são restritos a aspectos técnicos, embora vários deles demonstrem a importância de melhor utilizarmos essa tecnologia na assistência, ensino e pesquisa. Estudos como os de Sant'Ana e Ferriani (2000), Wall (2001), Munari e Rodrigues (2003) e Oliveira *et al.* (2003), por exemplo, indicam avanço na busca do desenvolvimento desse conhecimento tão importante ao desempenho do profissional enfermeiro.

O impacto das experiências realizadas na abordagem dos clientes em grupo em várias situações tem sido cada vez mais reconhecido pelos estudiosos do tema e também para os participantes desses grupos. Muitos estudos mostram os resultados de um trabalho que privilegia o acolhimento das pessoas em um clima amistoso e propício ao crescimento (MUNARI e RODRIGUES, 1997; PELZER e FERNANDES, 1997; SHIMIZU e GUITIERREZ, 1997; CONTEL e VILLAS-BOAS, 1999; MELLO FILHO *et al.*, 2000; GOODWIN *et al.*, 2001; ROSSI e CASAGRANDE, 2001; SCHIER, 2001; WALL, 2001; COSTA, 2002; ARMSTRONG, WILKS e MELVILLE, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2003). Os autores destacam a importância de que essas intervenções sejam feitas com responsabilidade e com técnicas adequadas, contidas às situações.

Porém, antes de decidir-se pelo uso da tecnologia de grupo para a abordagem de seus clientes, o enfermeiro precisa pensar em algumas questões. A primeira é saber quais são as necessidades de seus clientes. Para responder a esta pergunta, a melhor forma é investigar junto ao próprio cliente. É importante que tanto o enfermeiro quanto o cliente tenham a mesma compreensão sobre o que o cliente necessita: suporte, socialização, cumprimento de uma tarefa, aprendizagem de um comportamento, treinamento de relações humanas ou psicoterapia. Outra questão é saber se estas necessidades podem ser satisfeitas em um grupo, embora isso seja possível na maioria das vezes em que enfermeiro e cliente estão inclinados ao uso da intervenção em grupo (LOOMIS, 1979).

Também é importante que o enfermeiro estabeleça e avalie seus objetivos ao propor o trabalho com grupos. Ademais, ele deve determinar que

necessidades está tentando satisfazer e quais são seus objetivos ao formar o grupo, pesar vantagens e desvantagens e se pode contar com uma supervisão para o trabalho. (LOOMIS, 1979).

O enfermeiro coordenador precisa sentir-se confortável no trabalho com grupos, bem como com a expressão de sentimentos como raiva, medo e ansiedade. Não basta juntar um certo número de pessoas com problemas comuns; o líder do grupo precisa fornecer a estrutura e guiar o processo que ocorre no grupo. Neste sentido, o grupo será tão bom quanto o for sua coordenação (LOOMIS, 1979; WILSON, 1985).

No papel de fundador, o coordenador do grupo é o ponto de referência primário, funcionando como eixo norteador para os demais membros que, inicialmente, se relacionam uns com os outros por meio de seu relacionamento comum com o líder e, posteriormente, com os objetivos e estrutura que ele escolheu para o grupo (VINOGRADOV e YALOM, 1992).

Não é teoricamente válido esperar que as intervenções em grupo produzam efeitos benéficos e duradouros no estado de ansiedade, e sim uma melhora temporária no estado psicológico dos familiares, ajudando-os a desenvolver redes de suporte que possam ser mobilizadas em situações futuras (HALM, 1990). Contudo, a avaliação da satisfação com o grupo é considerada um indicador mais apropriado da efetividade de grupos de suporte e de auto-ajuda do que as formas tradicionais de avaliação de efetividade (PERKINS, LAFUZE e VAN DUSEN, 1995).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, abordando o acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI e a interface da utilização do trabalho grupal como estratégia para oferecer assistência de enfermagem. O foco principal dos estudos descritivos é o desejo de conhecer as características de certo fenômeno, e seu propósito é o de observar, descrever e explorar aspectos do fenômeno observado (TRIVIÑOS, 1987; POLIT e HUNGLER, 1995). Segundo Denzin e Lincoln (2005), os estudos de caso são uma escolha do que será estudado, ou seja, são definidos pelo interesse em um caso em particular. Estudos descritivos do tipo estudo de caso objetivam aprofundar a descrição de determinada realidade; os resultados são válidos apenas para o caso estudado, mas podem permitir formular hipóteses para o encaminhamento de outros estudos (TRIVIÑOS, 1987). A opção pelo referido caminho foi realizada considerando sua adequação ao objeto de estudo e aos objetivos desta investigação.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas UTIs Clínica e Cirúrgica do Hospital das

Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), levando em conta o envolvimento da pesquisadora com as equipes profissionais dessas UTIs e o compromisso de colaborar para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem oferecida nessas unidades justificam a escolha desse campo.

Essas duas UTIs atendem pacientes adultos graves e de alto risco, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem oito a nove leitos cada. As admissões ocorrem de forma direta - pacientes provenientes do pronto atendimento ou de outras instituições de saúde, ou por transferência interna – pacientes que já estavam internados em outras unidades do hospital.

Teoricamente, a UTI Clínica deveria receber apenas pacientes portadores de enfermidades clínicas, enquanto a UTI Cirúrgica estaria primariamente destinada ao cuidado pós-operatório de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos extensos ou complicados. Entretanto, para atender a demanda por vagas nas UTIs, é comum que uma delas receba pacientes que, *a priori*, deveriam ser admitidos na outra.

4.3 POPULAÇÃO

Foi constituída por familiares adultos (18 anos ou mais) dos pacientes internados nas UTIs do referido hospital no período estudado e que se dispuseram a participar das atividades propostas. Para esse fim, adotou-se a recomendação de Wright e Leahey (2002), para quem a definição mais aplicável em trabalhos clínicos é que família é quem seus membros dizem que são.

A participação dos familiares foi condicionada à assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que incluía a permissão para gravação e uso das informações obtidas no grupo, mediante garantia de sigilo absoluto quanto à identidade dos participantes. Vale destacar que a inclusão dos sujeitos no estudo era voluntária e não vinculada a benefícios de qualquer ordem para os participantes e a proposta foi de atender qualquer pessoa que comparecesse ao local dos encontros no horário marcado, mesmo que o atendimento não pudesse ser incluído na investigação.

4.4 TRABALHO DE CAMPO

Cuidados Éticos: A investigação foi concebida com base nos cuidados éticos necessários para pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Tanto a Direção do hospital como as Gerências de Enfermagem das duas UTIs já haviam autorizado a sua realização e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG, Protocolo Nº 107/04 (Anexo A).

Criação do Grupo: Considerando que não havia nenhum trabalho com grupos de familiares em desenvolvimento nas UTIs estudadas, o trabalho de campo começou pelo planejamento detalhado de criação e funcionamento de um grupo de suporte destinado ao atendimento de familiares de pacientes internados, que foi denominado Grupo de Apoio a Familiares (GRAF).

O GRAF foi planejado como um grupo de informações e suporte do tipo

aberto, considerando a rotatividade de pacientes em unidades como a UTI, a alternância dos visitantes de um mesmo paciente e a frequência dos encontros do grupo, que dificultavam a participação do mesmo familiar em várias reuniões grupais. Seu objetivo era contribuir para o acolhimento dos familiares de pacientes da UTI no hospital, oferecendo-lhes informações e suporte como cuidado de enfermagem.

O grupo foi coordenado pela pesquisadora e por uma coordenadora auxiliar com experiência em trabalho com grupos. Todo o processo de criação e realização do GRAF foi supervisionado por uma enfermeira especialista em Dinâmica de Grupo, que orientava as coordenadoras no trabalho de planejamento, execução e avaliação da intervenção.

Como nenhuma das duas UTIs possuía um espaço que pudesse ser usado para os encontros do grupo, o local escolhido para esse fim foi uma sala de aula localizada no corredor que liga as duas UTIs, para facilitar o acesso dos participantes. A autorização para uso da sala foi solicitada por escrito ao Departamento responsável, sendo prontamente atendida.

Divulgação do atendimento: Uma vez que a pesquisadora não integra a equipe de enfermagem de nenhuma das duas unidades, foi necessário reforçar sua proximidade com as equipes de enfermagem das duas UTIs para divulgar o início do trabalho, solicitando colaboração no sentido de orientar os visitantes a respeito e convidá-los para participar do grupo. O atendimento também foi divulgado por meio de cartazes afixados dentro das unidades, em seus corredores de acesso e na portaria de entrada dos visitantes. Paralelamente,

as coordenadoras do grupo realizavam uma abordagem pessoal aos familiares que compareciam para a visita dos pacientes internados nas UTIs informando sobre o grupo e suas finalidades e entregando-lhes um convite impresso com indicações sobre os encontros.

Planejamento das sessões do grupo: Seguindo as recomendações de Castilho (1998) sobre o tempo mínimo de uma hora para as sessões dos grupos de orientação, o GRAF foi planejado para dez sessões com duração de sessenta minutos, devendo ocorrer três vezes por semana (segundas, quartas e sextas-feiras) com todos os visitantes / familiares de pacientes que quisessem participar.

O horário planejado para os encontros foi o das 18:30 às 19:30 horas, tendo em conta diferentes aspectos: necessidade de facilitar a participação dos familiares no grupo, estabelecendo um horário próximo a um dos períodos de visita às UTIs para realizar as sessões; indisponibilidade de espaço físico adequado para a realização de um grupo no horário próximo à visita vespertina (14:00 às 14:30 horas); possibilitar a participação de familiares que trabalham em horário comercial (8:00 às 18:00 horas); e não atrasar o horário de retorno ao lar, visto que muitos utilizavam o transporte coletivo como meio de se locomover.

Coleta dos dados: Os dados foram obtidos no período compreendido entre dezembro/2005 e abril/2006. A primeira sessão do GRAF aconteceu em dezembro de 2005, com a função de testar o atendimento. Considerando satisfatório o resultado desse primeiro encontro, os encontros seguintes foram agendados para janeiro e fevereiro de 2006. Foram incluídos no estudo somente

os encontros do grupo que contavam com a presença de pelo menos três familiares / visitantes, não importando se pertenciam à mesma família.

As sessões do GRAF foram registradas por gravação digital e ou anotações em diário de campo. Uma das coordenadoras se responsabilizava pela tarefa de liderar o grupo, enquanto a outra cuidava de registrar os acontecimentos significativos da sessão no diário de campo, de forma a enriquecer a posterior transcrição das gravações. Ao final de cada encontro, as coordenadoras discutiam suas impressões e percepções sobre os fatos ocorridos e fenômenos observados e, de modo consensual, preenchiam um *check list* (Apêndice B) identificando os fatores terapêuticos observados na participação de cada familiar.

O *check list* foi elaborado com base no *Q-sort* de fatores curativos ou terapêuticos de Yalom (1975, p. 65-70) para ajudar na identificação de alguns parâmetros indicativos da efetividade do grupo como elemento terapêutico para seus integrantes. Esse instrumento incluía todos os fatores terapêuticos contidos na relação de Yalom (1975), com exceção de dois (*reedição corretiva do grupo familiar primário* e *catarse*) cuja ocorrência é mais comum em grupos de psicoterapia do que em grupos informativos. As expressões apresentadas por Yalom para indicar a ocorrência de cada fator terapêutico foram traduzidas para o português pela própria pesquisadora. Cumpre destacar que, como não era objetivo do estudo, essa tradução não foi submetida à validação de especialistas.

Além dos registros grupais, a coleta de dados incluiu uma entrevista individual com alguns familiares participantes do GRAF, objetivando avaliar a utilidade do grupo para ajudá-los a enfrentar a crise vivida durante a estadia de

seu parente na UTI. Foram convidados para esta etapa familiares que compareceram a pelo menos uma sessão do grupo, que foram localizados posteriormente e aceitaram participar. A entrevista, do tipo semi-estruturada, foi norteada por roteiro específico (Apêndice C), construído com base no referencial teórico e nos objetivos desta pesquisa.

Considerando o interesse em obter uma perspectiva qualitativa da avaliação, o roteiro continha, além da identificação do sujeito, algumas questões abertas sobre sua opinião quanto à participação no grupo e uma solicitação para descrição de um fato ou fenômeno considerado pelo familiar como o mais importante ou significativo em sua experiência no grupo. A última parte do roteiro incluía uma lista com as expressões usadas para identificar os fatores terapêuticos, semelhante à do *check list* empregado pela coordenação do grupo, para que os familiares apontassem aqueles identificados como tendo ocorrido consigo. Porém, no roteiro das entrevistas, a linguagem usada nas expressões para ajudar na identificação dos fatores terapêuticos foi simplificada para melhor adequação à população alvo.

À medida que os familiares eram localizados e se dispunham a colaborar, as entrevistas foram agendadas para os meses de março e abril de 2006, em dia e horário combinado para atender aos interesses do familiar. Com a anuência do familiar, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. O encerramento da fase de entrevista ocorreu quando se constatou a saturação dos resultados obtidos, totalizando oito familiares entrevistados (BARDIN, 1979).

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a transcrição das gravações das sessões conjugadas com as anotações do diário de campo, os registros de todos os encontros foram submetidos a uma leitura exaustiva pela pesquisadora, com a finalidade de identificar os fatos e fenômenos relativos a cada uma das três etapas de cada sessão. Posteriormente, etapas correspondentes das diferentes sessões foram comparadas, buscando identificar padrões comuns e particularidades para análise e descrição da intervenção.

O mesmo procedimento foi adotado em relação às transcrições das entrevistas com os familiares. Após leitura repetida, os depoimentos desses participantes foram categorizados e descritos segundo os temas a que se referiam: percepção sobre sua participação no grupo, avaliação do GRAF como estratégia para o cuidado de enfermagem à família do paciente e sua importância para os familiares de pacientes internados em UTI.

A etapa seguinte foi a análise e descrição dos fatores terapêuticos registrados pela coordenação do grupo no *check list* de cada sessão, relacionando-os com os registros da participação dos familiares nos encontros. Finalmente, os fatores terapêuticos identificados pelos entrevistados foram analisados e comparados com aqueles observados pelas coordenadoras do grupo.

Na apresentação dos resultados, foram atribuídos nomes fictícios a

familiares e pacientes para evitar qualquer chance de reconhecimento, atendendo ao compromisso de sigilo contido no TCLE. Depoimentos pessoais e registros do diário de campo ilustram a análise dos fatos ocorridos, fundamentada nas interações interpessoais e na participação dos familiares e analisados a partir da significação que estes atribuem aos seus atos (MINAYO, 2000). As expressões usadas pelos familiares em seus relatos foram mantidas na íntegra, para maior fidedignidade e melhor apreensão de seu conteúdo pelos leitores. Os depoimentos apresentados no texto foram retirados das anotações no diário de campo e das gravações dos encontros e das entrevistas realizadas, sendo que as falas extraídas dos registros do diário de campo são identificadas pela sigla “DC” após o nome do participante.

Os resultados foram analisados com enfoque qualitativo baseado no referencial teórico do estudo para possibilitar uma compreensão particular e profunda do fenômeno investigado (BOGDAN e BIKLEN, 1984) e são apresentados de forma descritiva. Alguns dados quantitativos foram usados para melhor compreensão de aspectos relacionados aos participantes do estudo e à ocorrência dos fatores terapêuticos no grupo. Entretanto, esses dados foram empregados fundamentalmente para apoiar a análise qualitativa, não sendo necessário o emprego de tratamento estatístico.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados na seqüência em que foram analisados, começando pela apresentação dos familiares que participaram do GRAF e alguns aspectos de seu envolvimento com o grupo. Segue-se a descrição da intervenção, abrangendo desde o planejamento até a realização do GRAF, em suas três etapas: acolhida dos participantes, informações e orientações aos membros do grupo e avaliação do encontro. Por fim, a tecnologia de grupo como estratégia para atendimento das necessidades de informação e suporte dos familiares é avaliada tanto pelos participantes do GRAF como pela identificação e descrição dos fatores terapêuticos observados nos encontros do grupo.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES E SEU ENVOLVIMENTO COM O GRUPO

Foram realizados quatorze encontros do GRAF, dos quais quatro foram descartados por não atenderem ao critério de no mínimo três participantes. Embora a primeira sessão tenha sido realizada com a intenção de testar a estratégia quanto ao planejamento e execução, também foi incluída no estudo considerando o êxito da atividade. O Gráfico 1 ilustra o número de familiares

presentes em cada encontro.

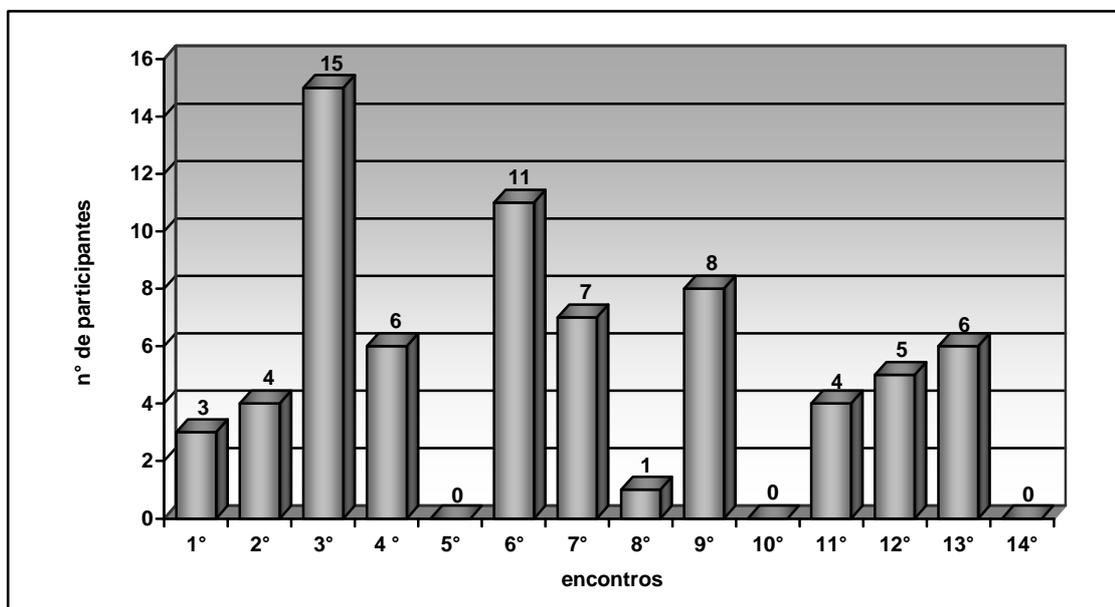


Gráfico 1: Número de participantes por encontro do GRAF.

Nos dez encontros estudados houve uma média de 6,9 participantes por sessão, tendo este número variado de três a quinze. Embora o planejamento previsse sessenta minutos de duração para cada sessão, muitas vezes elas tiveram que sofrer uma redução de dez a quinze minutos no tempo disponível porque os participantes se atrasavam para chegar ao local e a coordenação cuidava para não prejudicar o tempo de visita aos pacientes.

Após as dez sessões previstas para a coleta dos dados, os encontros do GRAF foram suspensos, todos os cartazes retirados e as instâncias envolvidas no desenvolvimento da atividade comunicadas sobre o seu encerramento. Mesmo estando concluída a coleta dos dados, as coordenadoras ainda compareceram ao local onde o grupo acontecia no primeiro dia subsequente ao 10º encontro, no

mesmo horário, para garantir atendimento a algum familiar que, desinformado sobre o término do grupo, por ventura, aparecesse. No entanto, conforme demonstra o Gráfico 1, nenhum familiar compareceu neste dia.

Um total de 51 familiares de dezessete pacientes participou dos encontros do GRAF, sendo que a maioria (43 – 84,3%) deles participou de uma única sessão do grupo, cinco (9,8%) participaram de duas e apenas três (5,9%) participaram de cinco ou mais encontros. Dos dezessete pacientes cujos familiares participaram de alguma sessão do GRAF, onze (64,7%) estavam internados na UTI Cirúrgica e seis (35,3%) na UTI Clínica. Os familiares com maior número de participações foram aqueles cujos parentes ficaram mais tempo internados em uma das duas unidades investigadas e pertenciam a famílias com muitos de seus membros envolvidos e vivenciando a internação do ente querido.

O Sr. Pedro ficou internado com problemas respiratórios graves, vindo a falecer no oitavo dia de internação na unidade. De sua família, treze pessoas participaram de um ou mais encontros do grupo, sendo quatro filhos(as), quatro netos(as), três genros/noras, um sobrinho e a esposa. Dois de seus filhos participaram de dois encontros e, mais tarde, durante a entrevista para avaliação das reuniões das quais havia participado, após o falecimento do pai, o filho revelou que só não compareceu a mais encontros porque o horário de realização do grupo coincidia com seu horário de escola e ele não podia faltar a tantas aulas.

Outra participante de dois encontros do GRAF foi a sobrinha do Sr. Onofre, que também foi a óbito cerca de dez dias após a internação na terapia intensiva. É interessante destacar que a segunda participação de sua sobrinha no

grupo ocorreu alguns dias após a morte do paciente, quando ela afirmou que tinha voltado à reunião por ter gostado muito do primeiro encontro.

Dona Maria ficou internada por duas semanas, com câncer de vesícula biliar e seu estado era considerado muito grave durante todo o tempo. Nove membros de sua família participaram do grupo: o pai, três irmãs, três cunhados, o sogro e uma amiga. Duas das irmãs freqüentaram duas reuniões do grupo, seu sogro participou de cinco e seu pai e a outra irmã compareceram a seis encontros, com participação expressiva.

Todos os demais participantes compareceram uma única vez aos encontros do GRAF, embora tenham avaliado positivamente a experiência vivida ao final da reunião. Interessa destacar que quase todos os pacientes desses familiares tinham passado por uma cirurgia de grande porte ou que envolvia maior risco para o paciente, ficando internados apenas no período do pós-operatório imediato, geralmente de 24 a 72 horas. Assim, muitas vezes o familiar participava de um encontro e, no dia do próximo, seu parente já havia recebido alta da UTI e ele não era informado sobre o grupo.

A maioria (32 - 62,7%) dos 51 familiares participantes era do sexo feminino. Os familiares em maior número foram os filhos dos pacientes (11 - 21,6%), seguidos pelos irmãos (9 - 17,6%) e pelos parceiros do paciente (8 - 15,7%). Os outros 23 eram pais, netos, genros/noras, amigos, cunhados, sobrinhos e sogro.

5.2 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO

5.2.1 Planejamento do Grupo de Apoio aos Familiares

O planejamento é uma etapa essencial para o sucesso do trabalho com grupos (YALOM, 1975; 1979; VINOGRADOV e YALOM, 1992; CASTILHO, 1998; OSÓRIO, 2000; MUNARI e FUREGATO, 2003; YALOM e LESZCZ, 2006). O projeto do GRAF começou pela delimitação de seu objetivo: oferecer suporte aos familiares dos pacientes internados nas duas UTIs que funcionariam como campo para este estudo. Para isso, a proposta era oferecer um espaço onde os familiares pudessem interagir com outros participantes vivendo situações semelhantes em um ambiente favorável à troca de experiências e esclarecimento de dúvidas quanto à situação do parente internado, de modo a diminuir seu isolamento social. A intenção era garantir aos familiares um lugar onde eles tivessem quem os ouvisse e em quem pudessem confiar (HEINEY e WELLS, 1989).

Como a pesquisadora não integra a equipe de enfermagem de nenhuma das duas unidades e estava distanciada das equipes profissionais que atuam nas UTIs, a primeira providência foi reiniciar os contatos com as duas gerências de enfermagem para comunicar o início da coleta de dados e confirmar sua anuência com o desenvolvimento da estratégia proposta. Esse processo foi fácil e promissor. Após serem informadas sobre o início da fase de implementação do GRAF e que a atividade estaria sob a coordenação da pesquisadora e de uma auxiliar de pesquisa, as Gerentes de Enfermagem se

prontificaram a colaborar no que fosse necessário.

Uma semana antes do início das atividades do GRAF, as coordenadoras do grupo passaram a freqüentar as duas unidades, nos diferentes turnos de serviço, para garantir maior proximidade com as equipes de enfermagem. Nestas oportunidades, as coordenadoras se apresentavam aos membros da equipe de enfermagem que estavam em serviço, informando-os sobre o grupo que iriam iniciar e solicitavam sua colaboração no sentido de orientar os visitantes a respeito e convidá-los para participar.

A divulgação do atendimento entre os familiares dos pacientes foi realizada por cartazes afixados em diferentes locais nas duas UTIs. Um dos cartazes, dirigido aos enfermeiros da unidade, continha informações sobre a finalidade do GRAF, bem como os dias da semana, local e horário dos encontros, sendo foi colocado um no posto de enfermagem, um na área para preparo de medicação e outro no quarto de repouso. O cartaz destinado aos visitantes da UTI continha as mesmas informações sobre o grupo e incluía um convite para participar dos encontros, indicando os dias da semana, local e horário de realização. Estes últimos foram afixados no *hall* onde os visitantes aguardam para entrar na unidade, na porta de entrada da UTI e nas áreas de internação dos pacientes.

Também foi confeccionado um convite para participação impresso no tamanho de cartão de visita, contendo uma frase de chamada para o grupo e informações sobre dias, local e horário de realização dos encontros. Esse convite era entregue pelas pesquisadoras aos visitantes que compareciam às unidades

para a visita aos pacientes. Uma caixa com esses convites individuais foi deixada sobre o balcão do posto de enfermagem para que a equipe de enfermagem os distribuísse a outros visitantes. Foi solicitada a colaboração desta equipe no sentido de reforçar verbalmente o convite sempre que tivessem contato com algum membro da família dos pacientes.

Ao mesmo tempo em que investiam na aproximação com as equipes de enfermagem, as coordenadoras também se dedicavam a estabelecer os primeiros contatos com os familiares dos pacientes internados. Sempre que possível, compareciam às unidades nos horários de visita e participavam desse momento, juntamente com o responsável pela visita. Enquanto os visitantes permaneciam no *hall* de entrada aguardando autorização para entrar na unidade, as coordenadoras do grupo se apresentavam, davam explicações sobre a pesquisa e o grupo e convidavam a todos para participar, entregando-lhes o convite impresso. Quando eles entravam na UTI, os acompanhavam até o leito de seu parente, davam as orientações necessárias e se colocavam à disposição para eventuais necessidades, mantendo-se um pouco afastadas para permitir-lhes privacidade.

Foi solicitada da Diretoria Administrativa do HC, ocupada por uma enfermeira, permissão para a entrada dos familiares nas dependências do hospital fora do horário de visitas para participar dos encontros. A Diretora enviou memorando à portaria de visitantes autorizando o acesso dos visitantes nos dias e horários previstos para realização dos encontros. Em uma visita ao local, as coordenadoras do grupo aproveitaram para se apresentar aos funcionários,

começando um relacionamento que se mostrou importante para o êxito da atividade. À oportunidade, explicaram o trabalho que seria desenvolvido, deram orientações e solicitaram sua colaboração no sentido de divulgar e encaminhar os familiares interessados ao local de realização dos encontros. Também colocaram no recinto, em local visível a todos os visitantes, vários cartazes divulgando a atividade.

Paralelamente aos trâmites administrativos e burocráticos para estabelecer o GRAF como uma atividade regular da instituição, iniciou-se o planejamento das sessões do grupo. Elas foram programadas para acontecer em três etapas básicas, na seguinte seqüência: acolhida / apresentação dos participantes; informações e orientações; e encerramento / avaliação do encontro. O tempo de duração programado para cada etapa foi de aproximadamente quinze minutos para a primeira, trinta para a segunda e quinze para a última.

O planejamento previa o uso de técnicas variadas nas etapas de acolhida / apresentação dos membros e de encerramento / avaliação do encontro, de forma que os encontros não se tornassem repetitivos e enfadonhos para os familiares que participassem de mais de uma sessão. Para tanto, foram providenciados os recursos necessários ao desenvolvimento das diferentes técnicas, incluindo: sucatório, recortes de revistas com figuras de pessoas em diferentes situações, paisagens, ambientes e objetos variados, cartões de papel cartaz colorido, tiras de cartolina branca, pequenos círculos de cartolina branca, filipetas de cartolina branca impressas com os nomes de sentimentos positivos e negativos, pincéis atômicos, canetas esferográficas, marcadores coloridos e

apagador para quadro branco; fita crepe e lenços de papel. Também foi planejado o uso de um sistema de som ambiente, com músicas orquestradas e tranquilas para tornar o ambiente mais aconchegante e ajudar no relaxamento dos participantes.

Para a etapa de informações e orientações, a técnica programada foi a exposição verbal, com estímulo à participação de todos que desejassem. Nesta etapa, a proposta era abordar os temas que emergissem durante a apresentação / acolhida dos participantes ou que fossem sugeridos por um deles e aceitos pelos demais.

A fase de planejamento do grupo não apresentou dificuldades significativas. Como o hospital faz parte do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde e o projeto tinha a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do próprio hospital e das gerências de enfermagem das duas unidades envolvidas, a iniciativa foi acatada pela Diretoria Administrativa e bem recebida pela equipe de profissionais das duas UTIs. Tanto médicos como enfermeiros foram unânimes em afirmar a necessidade de instituir alguma forma de atendimento aos familiares dos pacientes e se mostraram favoráveis ao trabalho proposto.

5.2.2 Realização do GRAF

A primeira sessão do grupo foi realizada em dezembro de 2005, com o objetivo primário de funcionar como teste para a coleta dos dados propriamente dita. Compareceram três familiares de pacientes da UTI Clínica, sendo duas

senhoras da família da mesma paciente. O encontro foi bastante produtivo e aconteceu conforme o que havia sido previsto, confirmando a adequação do planejamento, o que permitiu a sua inclusão nos resultados do estudo.

Na primeira quinzena de janeiro, foram retomadas as visitas às duas unidades para reaproximação das coordenadoras com as equipes e maior dedicação à divulgação do GRAF entre os visitantes das UTIs. Os encontros foram reiniciados em janeiro e, a partir daí, ocorreram todas as segundas, quartas e sextas-feiras, encerrando-se em fevereiro.

Cada coordenadora responsabilizou-se prioritariamente por uma das UTIs. Comparecia à unidade nos diferentes turnos para inteirar-se sobre a condição dos pacientes internados, estreitar relações com a equipe de enfermagem a fim de conseguir sua colaboração na divulgação do GRAF entre os visitantes, e aproximar-se dos visitantes para informá-los sobre o grupo e convidá-los para participar.

Nas segundas, quartas e sextas-feiras, as coordenadoras compareciam no hospital no horário vespertino de visita, reforçando o convite para a sessão que ocorreria às 18:30 horas. Mais tarde, uma hora antes do horário de início da sessão, voltavam à unidade para verificar o estado de cada paciente, passavam na portaria de entrada dos visitantes para confirmar a realização do grupo e depois se dirigiam ao local do encontro (cerca de 30 minutos antes do início) para organização do *setting*.

O coordenador deve cuidar para que o local dos encontros esteja sempre disponível no horário previsto, seja de tamanho adequado e proporcione

conforto, privacidade e liberdade, sem intervenções indesejadas (HEINEY e WELLS, 1989; VINOGRADOV e YALOM, 1992; MUNARI e FUREGATO, 2003).

Também fizeram parte desta etapa do trabalho as providências relacionadas ao preparo do local para realização dos encontros do grupo, considerando que esta é uma etapa importante no planejamento do grupo (CASTILHO, 1998). Cabe ao coordenador cuidar para que ele esteja sempre disponível no horário previsto, seja de tamanho adequado e proporcione conforto, privacidade e liberdade, sem intervenções indesejadas (HEINEY e WELLS, 1989; VINOGRADOV e YALOM, 1992; MUNARI e FUREGATO, 2003).

A pesquisadora foi instruída sobre o local onde ficavam guardadas as chaves da sala e as condições de uso, que incluíam voltar a mobília para a mesma disposição inicial, de forma que o local pudesse ser usado no dia seguinte como sala de aula, sem qualquer atraso.

A sala quadrada de 30 m² tinha cerca de 30 carteiras, uma mesa pequena, quadro de giz e quadro branco e era equipada com ar refrigerado e iluminação artificial, já que era desprovida de janela. As carteiras eram colocadas em círculo e o material necessário ao desenvolvimento das atividades planejadas para o encontro arrumado em local apropriado e de fácil acesso. A disposição das cadeiras em círculo sem outras mobílias atrapalhando é uma estratégia que possibilita a todos os participantes a visão dos outros membros do grupo, de modo que as pessoas sintam-se envolvidas e fazendo parte do todo (HEINEY e WELLS, 1989; VINOGRADOV e YALOM, 1992; MUNARI e FUREGATO, 2003; COREY e COREY, 2006). O círculo cria um espaço psicológico e representa uma

delimitação da área de atuação do grupo, permitindo a visibilidade de todos os participantes e facilitando a interação entre eles (CASTILHO, 1998).

1ª Fase – Acolhida e apresentação dos participantes

As coordenadoras do grupo esperavam pelos participantes na própria sala onde o encontro seria realizado, recebendo cada familiar na porta, dando-lhes boas-vindas e convidando-os a se sentarem no círculo. Constatando a presença de pelo menos três participantes, começavam a sessão explicando sobre a pesquisa, seus objetivos e o grupo como fonte dos dados. Em seguida, distribuíam cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os presentes e faziam a leitura em voz alta, respondendo às questões e esclarecendo dúvidas por ventura expressas. Era assegurado o direito de participação mesmo àqueles que não quisessem assinar o TCLE. Após a assinatura do documento, iniciava-se a atividade de acolhida aos participantes.

Como se tratava de um grupo aberto e, portanto, não havendo uma primeira sessão para todos juntos, sempre que um novo membro participava pela primeira vez do GRAF, as coordenadoras tinham o cuidado de familiarizá-lo com o grupo. Nestas ocasiões, comuns à maioria das sessões realizadas, apresentavam os objetivos do grupo, suas regras de funcionamento e davam orientações sobre sua participação nos encontros (HEINEY e WELLS, 1989; MALDONADO e CANELLA, 2003).

Assim, em todas as sessões, o acolhimento tinha início com a renovação do contrato do grupo, que, segundo Castilho (1998), é um contrato

psicológico para o desenvolvimento das atividades grupais. Esse contrato é um acordo entre o coordenador e seus membros, bem como entre os próprios participantes que define os comportamentos aceitáveis no grupo e desencoraja condutas inadequadas. Em grupos abertos o coordenador deve revisar o contrato a cada sessão, lembrando os participantes de cada item. Se o grupo pretende ter uma duração mais longa, as regras estabelecidas para o seu funcionamento devem ser colocadas em lugar visível ou impressas em um folheto para todos os membros (HEINEY e WELLS, 1989; COREY e COREY, 2006).

Em todas as sessões do GRAF a apresentação das regras previstas no contrato do grupo abria as atividades de acolhimento aos participantes. As coordenadoras propunham as regras básicas e as submetiam à aprovação dos participantes, dando-lhes inclusive liberdade para recusar ou alterar alguma regra apresentada e sugerir outras não incluídas entre as primeiras. As regras básicas apresentadas pelas coordenadoras do grupo incluíam:

- Todos os presentes tinham a mesma importância e direito de participar da forma que desejasse, falando ou apenas ouvindo;
- O grupo era um espaço privativo aos seus participantes e sem qualquer obrigação para com a instituição no sentido de que seus membros poderiam falar sobre quaisquer coisas, inclusive fazer críticas ao atendimento recebido e ou equipe profissional, sem receio de alguma represália por isso;
- Todos os membros do grupo se comprometiam em não falar sobre os assuntos tratados, comportamento dos participantes ou qualquer outro acontecimento da sessão fora daquele *setting*;

- O grupo tinha horário estabelecido para começar e terminar e especialmente o horário de término seria respeitado para não prejudicar o tempo de visita aos pacientes;
- No grupo, todos os participantes tinham liberdade para falar o que quisessem e expor sentimentos de qualquer natureza sem embaraço. Todos deviam sentir-se à vontade para manifestar suas emoções da maneira que necessitassem ou pudessem, inclusive chorando.

Antes de iniciar as apresentações dos membros, as coordenadoras pediam sua permissão para registrar o encontro em gravador digital, ao que nenhum dos participantes das dez sessões fez objeção. Em seguida, as coordenadoras propunham e explicavam a técnica planejada para a sessão. Se ela fosse aceita pelos participantes e não apresentasse qualquer problema que contra-indicasse seu uso, os familiares eram solicitados a se apresentar aos demais presentes, dizendo seu nome e quem tinha vindo visitar e finalizassem sua apresentação contando como estavam chegando ao grupo naquele dia.

Foram usadas as seguintes técnicas de acolhimento:

- Sucata – os objetos de um sucatário eram espalhados sobre a mesa e os participantes eram orientados a escolher aquele cujo significado mais se aproximasse do que estavam sentindo no momento ou que os ajudasse a expressar como estavam chegando ao grupo naquele dia. Depois que todos escolhiam o seu objeto, voltavam a sentar-se e cada um era convidado a se apresentar, dizer que paciente veio visitar, porque havia escolhido aquele objeto e o que aquilo estava representando para ele naquele momento. Esta

técnica foi usada em dois encontros.

- Cartões coloridos – cinco cartões de cada cor eram aleatoriamente dispostos sobre a mesa para que os integrantes do grupo escolhessem aquele que mais se assemelhasse ao seu estado de espírito e ou sentimentos no momento. Escolhido o cartão, os participantes contavam o motivo que os levava a optar por aquela cor e como estavam se sentindo naquele dia. Foram usados para apresentação dos membros em duas sessões.
- Filipetas de sentimentos – as filipetas com os nomes de sentimentos positivos e negativos eram afixadas com fita crepe no quadro branco, distribuídas de forma aleatória e misturadas. Os familiares eram convidados a observar todas elas e escolher aquela com o sentimento que mais se assemelhava ao modo como estavam se sentindo no momento. Esta técnica foi usada uma vez.
- Círculos de cartolina branca – usados para apresentação dos membros do grupo uma vez. Cada participante recebeu um círculo e foi orientado a desenhar sua face naquele papel, expressando seus sentimentos mais proeminentes naquela hora. A seguir, cada um se apresentou e falou sobre o que tinha desenhado, destacando os sentimentos expressos no papel.
- Expressão verbal – usada para a apresentação dos membros quatro encontros. As coordenadoras solicitavam dos presentes que dissessem, em poucas palavras, como estavam chegando do grupo naquele dia.

Dentre estas técnicas, a mais freqüentemente usada foi a expressão verbal, por ser de mais fácil manejo, especialmente nos encontros em que poucos

participantes estavam presentes no início da sessão e outros iam chegando em momentos diferentes. Além disso, não requer o uso de nenhum recurso material e todos podem se expressar da forma como melhor lhes aprouver, inclusive calando-se.

Embora na avaliação das coordenadoras a técnica de usar sucata para apresentação dos familiares tenha sido usada de forma produtiva nos dois encontros, durante a entrevista posteriormente realizada uma participante da primeira sessão confessou não ter gostado por entender que dificilmente um objeto pode expressar sentimentos tão profundos como os que ela estava apresentando naquele momento.

Os cartões coloridos tiveram boa aceitação por parte dos integrantes do grupo e a técnica mostrou-se útil para ajudar as pessoas a expressarem seus sentimentos. No entanto, no penúltimo encontro um dos participantes referiu não ter conseguido escolher um cartão para mostrar como estava se sentindo ao final da sessão porque estava “*sem cor*” e não havia cartões brancos entre os disponíveis. Este episódio demonstrou ser indispensável considerar a questão da polaridade branco-preto no preparo da técnica, onde o preto possa significar o auge de sentimentos negativos (luto pela perda / ameaça de perda) e o branco represente a neutralidade ou ausência de cor, neste caso, o vazio de sentimentos.

A técnica de desenhar seu rosto em círculos de papel branco também foi bem aceita pelos participantes, embora tenha causado certo tumulto quando eles foram informados sobre o que deviam fazer. Muitos entenderam que seria preciso saber desenhar para realizar o que havia sido solicitado e manifestaram

acanhamento por não possuírem tal habilidade. Depois de esclarecidos que bastava fazer alguns traços, como fossem capazes, apenas para mostrar o principal sentimento que traziam para o grupo e que a única finalidade dos desenhos seria ajudar cada a falar um pouco a respeito de si mesmo é que as pessoas ficaram mais à vontade para aderir à técnica. Durante a entrevista realizada dias depois com uma das familiares que participou deste encontro, ela elogiou a estratégia e disse tê-la considerado bastante adequada para a finalidade com que foi usada.

A técnica das filipetas com palavras expressando sentimentos foi bastante produtiva, sendo usada na apresentação dos participantes e ao final do encontro, para avaliação da atividade grupal. Os familiares não apresentaram quaisquer dúvidas sobre seus sentimentos, mas muitos deles precisaram de mais que uma palavra para expressar tudo o que sentiam. Embora houvesse três cópias de todas as palavras, elas não foram suficientes para todos os que gostariam de ter escolhido a palavra “fé”. Esse sentimento é muito forte em todos os familiares, tendo aparecido em todos os encontros como sua principal fonte de alento e coragem para enfrentar a situação. É o ponto onde a maioria se apóia nos momentos mais difíceis ou quando suas esperanças começam a se desvanecer.

A escolha das técnicas a serem usadas para o acolhimento e apresentação dos participantes foi feita considerando o tipo de grupo, os participantes (número e características), os objetivos tanto do grupo quanto da técnica em si, o tempo disponível para aplicação da técnica e os recursos

materiais disponíveis, incluindo o local das sessões. O GRAF era um grupo aberto, cujos participantes só eram conhecidos no momento em que o encontro acontecia, constituído por pessoas vivendo um momento de crise (ter um parente internado em UTI), muitas das quais poderiam não estar dispostas a participar de técnicas envolvendo música, dança, contato corporal, dramatização e outras formas de expressão corporal.

De acordo com o planejamento, a apresentação dos participantes teria duração de quinze minutos, mas, em função do atraso dos familiares para chegarem ao local do grupo, nem sempre havia disponibilidade de todo o tempo planejado para cada etapa do encontro. Portanto, o planejamento sempre previa o uso de técnicas fáceis de serem aplicadas, que não exigissem muitas habilidades manuais, intelectuais, recursos materiais e tempo para sua aplicação. Da mesma forma, considerando que toda sessão poderia ter algum familiar que estava participando pela primeira vez do grupo e podia se sentir pouco à vontade para, logo no início da sessão, executar alguma atividade em conjunto com pessoas ainda desconhecidas, procurou-se selecionar técnicas que permitissem a participação individual dos participantes.

Neste processo de escolha, o coordenador do grupo deve se lembrar que a técnica não pode ser uma finalidade em si mesma, mas um meio para ajudar a alcançar os objetivos e necessidades do grupo e nunca a necessidade do coordenador (CASTILHO, 1998). O trabalho com grupos requer, além do conhecimento da teoria e das técnicas, a habilidade para diagnosticar situações e selecionar a técnica adequada para cada grupo e para as funções a que se

destina (BLEGER, 1987). Diante da multiplicidade de técnicas de variadas tendências, é preciso considerar que *“a técnica, tomada isoladamente e descontextualizada, leva à banalização e ao tecnicismo”* (ANDALÓ, 2006, p. 88). Segundo Castilho (1998, p. 123), *“a técnica utilizada como um instrumento mecânico não se presta senão para a manipulação da situação (...) não faz surgir nem nascer, ou crescer (...) um novo momento do grupo”*.

Em todas as sessões, as atividades de acolhimento terminavam com as coordenadoras fazendo o resgate do que havia sido abordado pelos presentes, destacando as experiências e sentimentos compartilhados e que havia de comuns em seus depoimentos iniciais. Em qualquer tipo de grupo, esta fase de processamento é importante para permitir aos participantes a compreensão do vivido. Esta etapa é um momento de reflexão, em que o grupo tem a oportunidade de superar o nível emocional da vivência, conseguindo pensar criticamente sobre o que fez e sentiu. Ao coordenador do grupo cabe a tarefa de elaborar teoricamente os fenômenos ocorridos, devolvendo-os ao grupo para ampliar sua compreensão (ANDALÓ, 2006).

No momento de se apresentarem aos demais membros do grupo, muitos familiares referiam sentimentos positivos, como alegria, felicidade, satisfação e alívio, freqüentemente em decorrência do recebimento de notícias sobre a melhora de seu parente internado. Alguns mencionaram esperança, conforto, confiança, tranquilidade e otimismo por acreditarem que o paciente estava recebendo bom atendimento e pela confiança no tratamento e equipe médica. Esses sentimentos transpareceram em muitos relatos:

“... eu tava assim [mostra a carinha chorando] no primeiro dia e hoje eu tô assim [sorri] (Sônia)

“... tô com esperança, confiante no tratamento. (...) Eu fiquei muito otimista hoje com o que o médico falou pra mim, que houve melhora...” (Dionízio)

“Eu (...) tô muito otimista depois de ontem, né?” (Neusa)

“Eu peguei a palavra confiança porque (...) a gente tem que ter confiança, porque os médicos daqui são bons e tenta fazer o possível e o impossível... Dentro da medicina, o que eles pode fazer eles faz.” (Isabela)

“Paz, alegria... mais confortável.” (Marcos)

“Estamos na expectativa... Então, esse azul é como se fosse alívio, né? Depois de muitos dias, a gente pode é... respirar aliviado, né?” (Eunice)

Felizes pela boa evolução do esposo, pai, avô e sogro, respectivamente. (Telma, Cristina, Roberto, Arlene, Ilza - DC)

Outras vezes, embora afirmassem estar bem, suas falas deixavam claro que assim era como que eles gostariam de se sentir, transparecendo em seu discurso a esperança de momentos que os fizessem se sentir melhores do que realmente estavam naquele momento:

“Escolhi alegria... eu preciso de alegria!” (José)

“Eu tô muito bem. (...) eu espero sair dessa bem, né?” (Gilberto)

“Até... ontem, tava era assim, meio nublado ainda, né? Começou aparecer uma luz no fim do túnel, né, de alegria, né? (...) Eu tô sentindo assim, cada vez... azul... até chegar no verde e tá tudo em ordem, né?” (Paulo)

“Eu peguei a palavra conforto, que eu tô precisando é de conforto e... também segurança, né... que ela vai ficar boa. (...) então, eu peguei segurança e conforto... conforto é porque eu tô precisando, segurança é porque eu tô segura que ela vai sair dessa!” (Eugênia)

Alguns participantes tiveram dificuldade em definir seus sentimentos naquele momento, mesmo porque eles mesclavam medo e ansiedade com esperança e confiança em melhores momentos:

“Essa aqui é a minha figura [mostra o desenho], um pouquinho

derrubada, porque tô passando com dor no coração. Mas, no momento, eu tô satisfeito (...) tô satisfeito porque tá em boas mãos, com médicos eficientes, com toda a equipe que dá assistência... tô muito satisfeito, tenho fé no tratamento. (...) tô satisfeito de tá aqui..." (Marcos)

"Eu tô me sentindo assim [mostra um fio enrolado], muito enrolada mesmo! Eu não tô conseguindo nada, (...) eu não dou conta, assim, de conviver (...) É muito difícil! Eles [o pessoal do hospital] trata a gente bem, muito bem, com muita educação... eu tô feliz por isso" (Elina)

[mostrando um desenho com uma carinha sorrindo] *"Triste, mas eu tenho certeza que Deus tá cuidando dela..."* (Neusa)

Em alguns casos, a tristeza pela situação experimentada foi o sentimento predominante e claramente expresso em seus depoimentos:

"Eu tô... muito triste... [chora]." (Sônia)

"Ah, eu tô triste, né, de vê minha esposa... [cala-se, com um nó na garganta] do jeito que ela tá..." (Mauro)

"Enquanto minha irmã tiver aqui, não tem jeito de ficar boa, não... não tem como! [chora]" (Aurora)

"Minha carinha tá um pouco triste, um pouco chorosa (...) a gente não deixa de tá preocupada." (Mariana)

Independentemente do número de participantes em cada sessão e de participações de cada familiar no GRAF, alguns sentimentos apareceram em todos os encontros: medo, fé e esperança de serem agraciados com as bênçãos de Deus para a recuperação de seu parente. O medo foi sempre um sentimento presente em todos os relatos, expressado como medo da(s) perda(s), do desconhecido e de ser confrontado com a verdade sobre o estado do paciente, especialmente quando as perspectivas não eram boas:

Medo a cada ligação recebida: *"É um desespero!"* (Elisa - DC)

"Eu venho todos os dias, no horário da visita, mas não tenho coragem de entrar... porque eu não quero ver minha irmã naquela situação, cheia de tubos e... debilitada daquele jeito." (Vanda)

"Eu tô sentindo quase tudo, né, de ver o véio daquele jeito lá... e

*praticamente não tô sabendo direito que que aconteceu com ele...
Os médico me falou, mas tô angustiada, não sei como está o meu
esposo..." (Luana)*

O medo de perder a pessoa amada se justifica tanto pela dor da perda em si como pelas conseqüências disso na família: impacto financeiro, alterações nas rotinas familiares e nos papéis desempenhados por cada um no grupo (WRIGHT e BELL, 2004).

Junto com o medo e talvez em decorrência dele, a fé apareceu em quase todas as falas de forma intensa. Conscientes da própria impotência diante da situação, resta aos familiares usar suas crenças espirituais / religiosas para evitar o desespero (KROLL e SHEEHAN, 1989). De acordo com Holland *et al.* (1999), as crenças espirituais e a religião ajudam as pessoas no enfrentamento das situações críticas, especialmente quando elas envolvem ameaças à própria vida ou à vida de alguém querido.

As necessidades relacionadas a um Ser Supremo também foram identificadas por Taylor (2003) entre familiares de pacientes com câncer, incluindo as necessidades de ficar bem com Deus, de reconhecer que Ele está no controle da vida do paciente, de acreditar no poder divino de cura, de sentir que um Ser Superior está cuidando de si mesmo e do paciente e de saber que a situação de seu parente está nas mãos de Deus, entre outras. No presente estudo, a necessidade premente de acreditar que algo ou alguém maior e mais poderoso pudesse livrá-los daquela situação angustiante também foi manifestada pelos familiares:

"Eu oro, peço a Deus por ela toda hora, todo minuto... para devolver a saúde para minha irmã. (...) tenho fé em Deus que, na próxima reunião esse rosto aqui vai tá diferente... eu confio nEle..."

no próximo, eu vou tá sorrindo... Eu tenho fé em Deus que minha irmã vai sair dessa, tá saindo..." (Sônia)

"Eu tenho certeza que Deus tá cuidando dela..." (Neusa)

"A gente tá um pouco preocupada... mas (...) ele tá na mão de Deus, então a gente tem que tá confiante, mas a gente não deixa de tá preocupada." (Mariana)

Embora manifestassem confiança nos médicos responsáveis pelo cuidado ao paciente, os familiares se apegavam a Deus, crendo em seu poder sobrenatural, pedindo-lhe pela pessoa doente, sempre no sentido de recuperá-la da doença para trazê-la de volta ao convívio familiar. Afirmavam confiar em Sua bondade e poder e, apesar de em suas preces, dizerem *"seja feita a Sua vontade"*, sempre esperavam que Ele atendesse à vontade deles mesmos, que, invariavelmente, era a de que seu familiar se recuperasse:

"... você não tem condições de fazer nada, né? Nada... Tá tudo nas mãos dos médicos... e de Deus." (Isabela - Entrevista)

"Se Deus quiser, ela vai responder ao tratamento..." (Neusa)

"Deus ouviu, né, o que eu pedi pra Ele, minha irmã hoje fez a cirurgia, e ela tá passando bem... O médico falou que o estado dela é grave, mas mudou, né? Reagiu bem, o médico veio até a gente muito feliz, falando que o nosso Deus é muito forte, que era só Deus mesmo pra ter feito a mudança que fez nela. E se Deus ajudar, ela vai melhorar mais ainda!" (Sônia)

"Ele tem o dom de fazer uma cura... porque a gente fica desesperado... a vida dela... Deus é que sabe, né?" (Dionízio)

Algumas pessoas chegaram a falar que se sentiam pouco à vontade por apresentarem sentimentos contraditórios ao que diziam em suas orações. Enquanto afirmavam confiar que Deus faria o melhor por seu parente internado, sempre esperavam que esse "melhor" fosse o que eles próprios julgavam ser bom. E, em alguns casos, estabeleciam o que era bom pensando muito em si mesmos, pois, em alguns casos, a condição do paciente não deixava muitas

dúvidas sobre que qualidade de vida ele teria caso sobrevivesse.

No entanto, não havia qualquer traço de egoísmo em suas falas, que evidenciavam mais o desespero. Em certas ocasiões, confrontados com a verdade sobre o estado do paciente, alguns familiares afirmavam saber que não havia muita esperança de recuperação, mas esperavam que um milagre acontecesse. E se sentiam quase na obrigação de pensar assim, pois consideravam inadmissível pedir pelo fim da vida de alguém querido. Desejavam finalizar o sofrimento do paciente, mas queriam que isso significasse a sua melhora e não sua morte:

“A fé já ressuscitou quem a gente não esperava...” (Marcos)

De acordo com Taylor (2003), à semelhança dos pacientes que enfrentam doenças graves, seus familiares também experimentam necessidades espirituais importantes. De fato, é comum que os componentes espirituais se tornem mais evidentes nas pessoas que experimentam situações envolvendo perdas, incertezas e ameaças à sua integridade física e ou psicológica (KAYE e ROBINSON, 1994; HALSTEAD e HULL, 2001). Neste estudo, os familiares confirmaram que a espiritualidade é um componente importante no enfrentamento da crise, o que requer avaliação e cuidados dos enfermeiros.

Embora o papel dos enfermeiros como prestadores de cuidado espiritual seja questionado (VAN LEEUWEN *et al.*, 2006), a maioria dos enfermeiros reconhece a importância e os efeitos positivos do suporte espiritual aos familiares (KUUPPELOMAKI, 2002). Porém, mesmo que a essência do cuidado espiritual seja constituída pelas atividades básicas do cuidado, como a

presença, a disponibilidade para ouvir e o respeito, van Leewen *et al.* (2006) consideram que tais aspectos ainda não são suficientemente contemplados na prática de muitos enfermeiros, constituindo apenas uma parte de sua competência profissional.

Puchalski (2001) refere que os valores espirituais são os recursos mais usados pelas pessoas que enfrentam o desafio de uma doença séria para ajudá-las a enfrentar e ou compreender a doença e ou perdas relacionadas e, segundo Abbott *et al.* (2001), muitos familiares citam a fé ou a espiritualidade como um aspecto significativo e tranquilizador de sua permanência no hospital. Por isso, a atenção aos aspectos espirituais e a decisão de intervir não devem ser uma simples coincidência, dependentes de uma escolha pessoal destes profissionais (VAN LEEUWEN *et al.*, 2006), pois ignorar os aspectos espirituais envolvidos na vivência de uma crise pode impedir que os familiares encontrem uma resposta adequada ao sofrimento (KROLL e SHEEHAN, 1989).

Outro aspecto evidenciado pelos participantes do GRAF durante a fase de acolhimento e apresentação foi o transtorno que a hospitalização de um parente gera na rotina de vida de todos os familiares. Muitos dos participantes manifestavam o cansaço resultante de noites mal dormidas, acúmulo de funções para suprir aquelas anteriormente desempenhadas pelo paciente, prejuízo no desempenho profissional em decorrência do estresse e angústia, dificuldade em conciliar o horário de trabalho com os horários de visita à UTI, desgaste físico e financeiro provocado pelas constantes idas ao hospital, descuido com a própria saúde, sobrecarga por ter que aparentar uma força que não tinham para dar

suporte ao paciente e mesmo a outros membros da família. Estas questões também foram relatadas por Meijs (1989), Abbott *et al.* (2001) e Hardicre (2003b).

Somando-se a todas essas dificuldades, os familiares que residiam em outras cidades enfrentavam os desafios de ausentar-se de suas casas, incluindo custos financeiros, hospedagem, deslocamento em uma cidade pouco familiar ou desconhecida, faltas ao trabalho e não cumprimento de outras tarefas da rotina doméstica, além da privação do suporte habitual de sua rede social – parentes e amigos, confirmando os achados de Quinn, Ford e Mazzawy (1981).

Esta dificuldade foi relatada por familiares de dois pacientes. No primeiro caso, a participante era funcionária de um abrigo para idosos em um município do interior do estado e estava acompanhando uma senhora internada na UTI Clínica. Referiu ter muito carinho pela paciente e, por isso, não queria deixá-la sozinha. Como não tinha parentes na cidade, ela ficava o dia todo nas dependências do hospital, em locais onde sua presença não fosse questionada. Queixou-se da inexistência de um espaço físico no hospital destinado a familiares e visitantes, com acomodações adequadas, onde eles pudessem permanecer enquanto aguardam notícias ou o horário de visitas.

A mesma queixa foi reforçada pela mãe de outra paciente, também residente fora de Goiânia e que estava na cidade hospedada na casa de amigos. Porém, como a casa era muito distante do hospital, ela e o neto, filho da paciente, vinham para o hospital de manhã e ficavam nos arredores aguardando os acontecimentos, retornando somente após o horário noturno de visita à UTI. Considerando que algumas vezes ela já havia sido chamada na UTI fora do

horário de visitas para autorizar algum tratamento ou levar algo para a paciente, preferia permanecer por perto para eventuais necessidades.

Embora fosse portadora de diabetes e necessitasse de insulino-terapia e dieta especial, ficava à disposição para cuidar da filha em detrimento da própria saúde. Parou de trabalhar a fim de trazer a filha para tratar em Goiânia e os rendimentos de seu marido não eram suficientes para a demanda. Assim, além do enorme cansaço físico, que acentuava o estresse emocional vivido, tinha que conviver com restrições financeiras que limitavam até mesmo os gastos com transporte coletivo e alimentação enquanto estava no hospital.

Os transtornos resultantes da hospitalização de um membro da família em UTI, que geralmente o separa fisicamente dos outros familiares, alterando a rotina diária de todos foram bem descritos por Halm (1990) e Hardicre (2003b), entre outros estudiosos. As autoras comentam o fato de os familiares serem obrigados a se afastarem de suas casas, que aumenta sua ansiedade e provoca sentimentos de solidão por distanciá-los do suporte usual de seus amigos, vizinhos e parentes. Também fazem referência às dificuldades financeiras resultantes da perda de rendimentos ou aumento nas despesas com gastos médicos extraordinários, da suspensão do trabalho e ou manutenção de um membro familiar fora de casa, que geralmente podem esgotar os recursos financeiros da família, resultando em mais tensão emocional, particularmente se a doença e recuperação são prolongadas.

Como o GRAF era um grupo aberto, onde os membros variavam a cada encontro, a etapa de acolhimento dos participantes mostrou-se fundamental

para que eles percebessem o grupo como um ambiente favorável à expressão e compartilhamento desses sentimentos e dificuldades apresentados. Especialmente nos grupos abertos, a coordenação precisa destinar um tempo no início das sessões para ajudar os participantes a se conhecerem e estabelecer um clima de segurança e pertença (HEINEY e WELLS, 1989; CASTILHO, 1998). De acordo com Heiney e Wells (1989), sempre que entra um novo membro, o processo grupal muda; os participantes podem sentir menos confiança e o espírito de coesão pode ficar ameaçado. Independentemente da técnica escolhida, a acolhida e apresentação dos participantes no início de cada sessão favorece o estabelecimento de relações entre aqueles que estão chegando ao grupo naquele dia e os que já participaram de outra(s) sessão(ões) pois permite o reconhecimento de sentimentos e experiências comuns.

No que se refere aos familiares que participaram do GRAF, apesar de muitos deles já se conhecerem dos corredores e dependências do hospital, quase nunca haviam conversado de forma mais pessoal e nem tinham se falado sobre aspectos particulares de suas experiências. Ao se encontrarem no grupo, muitos já sabiam os nomes uns dos outros e que paciente cada um tinha vindo visitar, algumas vezes até dispensando as apresentações. Não obstante, ainda não se consideravam um grupo e, de modo geral, todos chegavam sem saber ao certo o que iria acontecer no encontro, o que iam fazer e o que era esperado deles.

Assim, a etapa de acolhimento foi fundamental para o estabelecimento do grupo enquanto entidade psicológica que, segundo Yalom (1975), é mais do que o simples agrupamento de pessoas. Heiney e Wells (1989) recomendam

também que o(s) coordenador(es) sempre se refira(m) ao grupo pelo seu nome ou como “o grupo”, de modo que ele seja percebido como algo que existe de fato. No GRAF, à medida que os participantes eram informados sobre o grupo, suas finalidades e regras de funcionamento e se apresentavam como pessoas vivendo experiências semelhantes, começavam a sentir mais segurança para falar sobre o que estavam vivendo e sentindo, porque passavam a se perceber como parte daquele grupo e aceitos pelos demais integrantes. Na opinião de Vinogradov e Yalom (1992), o ambiente do grupo reforça o clima de cordialidade e proximidade.

2ª Fase – Informações e orientações

Embora o planejamento previsse uma fase do grupo voltada para o esclarecimento de dúvidas e oferecimento de informações/orientações solicitadas pelos participantes, poucas vezes essas atividades foram realizadas em um momento bem delimitado. Frequentemente, mesmo na fase de apresentação, os participantes solicitavam explicações sobre alguma coisa que não tinham compreendido bem ou sobre algum aspecto desconhecido do assunto em discussão. Considerando que as informações poderiam ser mais bem assimiladas pelos familiares quando eles demonstravam necessidade delas, a coordenação do grupo cuidava para que elas fossem discutidas assim que fosse possível.

Como não era objetivo do grupo dar informações sobre o estado do paciente, os assuntos giravam em torno de informações sobre a UTI, alguma doença sobre a qual eles tinham dúvidas e formas de enfrentamento da situação, dentre outros.

O Quadro 1 descreve os temas trazidos pelos participantes durante os encontros do GRAF e a forma como foram trabalhados. Seguindo as orientações de Wright e Leahey (2005), as coordenadoras do GRAF evitavam dar conselhos, procurando sempre incentivar a participação de outros membros do grupo na conversa, compartilhando seus conhecimentos e experiências relativas ao tema em pauta. Desta forma, era possível corrigir os erros de interpretação e compreensão de todos a respeito do assunto e, paralelamente, introduzir novos conhecimentos relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças / complicações e formas de enfrentamento da crise.

Quadro 1 – Apresentação dos temas indicados pelos participantes para discussão na fase de informações, orientação e suporte das sessões do GRAF.

TEMA	ABORDAGEM
<p>1. Desconhecimento sobre a UTI, suas finalidades e funcionamento.</p> <p><i>“Eu não consigo entender porque que meu pai teve de vim pra UTI.. pra que que serve a UTI...”</i> (Roberto)</p> <p><i>“Mas quando tá lá é porque ainda tem chance, não é? O doutor falou...”</i> (Neusa)</p> <p><i>“Você tem uma noção do que é uma UTI (...) porque a pessoa quando vai pra uma UTI, o estado dela já não é muito bom.”</i> (Elisabete)</p> <p><i>“A gente fica um pouco assustada, né, porque nunca passou por isso, né, mas... coisas da vida... eu tô um pouco assustada!”</i> (Márcia)</p> <p><i>“Lá dentro... tem médico lá?”</i> (Sônia)</p> <p><i>“Porque que os paciente fica sem roupa na UTI? Não faz mal, por causa do ar condicionado ficar ligado direto?”</i> (Vanda)</p> <p><i>“A gente fica achando que lá é o último lugar... Eu assustei demais da conta quando eu soube que a minha nora foi pra UTI. Porque (...) eu nunca tive na família pessoa que foi pra uma UTI.”</i> (Marcos)</p>	<p>Coordenadoras do grupo – esclarecem as dúvidas, procurando tranquilizar os familiares quanto ao que é uma UTI, suas finalidades e forma de funcionamento, corrigindo conceitos emitidos pelos participantes.</p> <p>Participantes – contam experiências pessoais com parentes e amigos que estiveram internados em UTI e se recuperaram.</p>
<p>2. Experiências negativas anteriores com familiares internados, em UTI e em outras unidades.</p> <p><i>“Meu pai teve um problema pulmonar, trombose pulmonar e isso não foi uma boa experiência (...)E eu acho que é um momento tão difícil, tão difícil que pela própria dor que você tá sentindo ao ver seu ente querido lá, você já fica meio sem ação. Então, eu acho que podia ser mais... mais humano, né? Eu lembro que meu pai... foi uma impotência tão grande que até hoje, isso já tem mais de quatro anos, eu ainda tenho aquela imagem na minha mente, e eu não sei como lidar com isso, entendeu? (...) ficou uma imagem muito dolorida. (...) Eu que fico assustada, acho.”</i> (Eunice)</p>	<p>Coordenadoras – tranquilizam os participantes quanto às condições das UTIs para tratar os pacientes e sobre a qualificação da equipe de profissionais. Referem que comportamentos pouco cordiais por parte dos profissionais não devem ser considerados como regra e sim exceção.</p>

TEMA	ABORDAGEM
<p><i>"Tem pessoas que faz um curso e não gosta de hospital, faz porque quer ganhar dinheiro. Ele não dá valor a profissão, trabalha sem amor e, quando faz isso sem amor, não presta! (...) eu tive internado uma época e tinha duas enfermeira. Uma era um doce... Tinha uma que era um... [faz um gesto de negação com a cabeça]. (...) O cara que trabalha na profissão e tem amor, ele faz com carinho e é bem feito!" (Dionízio)</i></p>	<p>Participantes – relatam experiências positivas de outras internações em UTI. Elogiam o pessoal, afirmando confiar nos profissionais e no tratamento dos pacientes.</p>
<p>3. Informações sobre o paciente – dúvidas sobre as informações transmitidas pelos médicos e queixas quanto às notícias obtidas por telefone.</p> <p><i>"... praticamente não tô sabendo direito que que aconteceu com ele (...) tô angustiada, não sei como está o meu esposo. (...) eu tô achando que tá tendo muito pouca informação (...) a gente pergunta o médico e ele só fala assim: 'Tá indo, tá bom, acho que agora deu certo...' Então, eu acho que tá faltando mais um pouco de comunicação dos médico com os familiar dele" (Luana)</i></p> <p><i>"Eu nem preciso de entrar, eu só quero saber notícia dela, eu quero que me passa notícia verdadeira, porque a coisa mais ruim que tem é você ligar, aí o cara pega o boletim, vê lá: 'Ah, tá assim, assim, assim' (...) Porque sempre é assim, informação por telefone é... cruel (...) notícia por telefone é muito ruim o jeito que fala." (Sônia)</i></p> <p><i>"Às vezes, a forma das pessoas falar que não fica bem, sabe? (...) eu perguntei 'qual é o estado dela?', ele leu o boletim que tava escrito (...) a gente não sabe o que significa isso... aí, não tem aquela idéia de como que tá". (Elisabete)</i></p>	<p>Coordenadoras – reiteram que é direito dos familiares estarem esclarecidos sobre as condições do paciente. Referem compreender a insatisfação dos familiares com esta forma de receberem notícias. Informam que as notícias obtidas por telefone sobre o estado dos pacientes geralmente são transmitidas por funcionários que não receberam treinamento para isso e apenas lêem o que está escrito no boletim informativo.</p>
<p>4. Explicações pouco claras sobre o estado do paciente – dificuldade em compreender o significado dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, problemas para interpretar o que está acontecendo com o paciente.</p> <p><i>"A gente agora tá preocupada com a pressão dela, que abaixou e parece que os rim também tá... meio parado. A gente tá preocupado!" (Neusa)</i></p> <p><i>"E o problema que deu no pulmão dela, o que que é? (...) Porque que ela fica agitada? (...) Ela tava evacuando sangue domingo... Será por que?" (Sônia)</i></p> <p><i>"... tá preocupando é que ela tá fazendo xixi pouquinho... A pressão dela parece que deu uma aumentada, né? Porque que dá pressão baixa? (...) tá tendo problema, assim, no pulmão dela? Ela tá sabendo tudo que tá acontecendo? Então ela não tá no coma? (...) eu acho que é tudo de ruim nela tá saindo pelas fezes [referindo-se à perda de sangue pelas fezes], entende? Eu pedi muito a Deus que tirasse toda ruindade que tivesse nela. (...) Eu não fiquei triste, eu fiquei foi feliz." (Aurora)</i></p>	<p>Coordenadoras – tentam esclarecer as dúvidas explicando o que desejam saber e orientando os participantes do grupo sobre seu direito a informações detalhadas sobre o que está acontecendo com o paciente.</p>
<p>5. Como agir quando estiver com o paciente.</p> <p><i>"A gente tenta ser forte, mas se encontra fraco pra passar fortaleza pra pessoa que tá lá dentro... E não adianta a gente entrar lá choroso, triste, porque a pessoa que tá lá, tá esperando a gente chegar com uma cara de mais esperança (...) e a gente chega derrubadinho... aí, eles ficam mais derrubados quando a gente sai". (Luana)</i></p> <p><i>"A gente pode contaminar o paciente se chegar perto dele muito suado?" (Roberto)</i></p> <p><i>"Eu vejo o pessoal lá na UTI, (...) chorando (...) em cima do paciente (...) ele fica mais triste ainda, né? Então, mesmo que o coração esteja cortando, tem que sorrir, falar que vai melhorar, que vai sair dessa..." (Isabela)</i></p> <p><i>"O médico (...) falou assim que a madrinha (...) tá numa situação muito delicada, é grave. (...) quanto menos visita ela puder receber, pra ela vai ser melhor, (...) que uma bactéria que tá lá na esquina é perigoso correr e entrar, né?" (Sônia)</i></p>	<p>Coordenadoras – orientam que os familiares podem tocar o paciente, falar com ele, segurar sua mão, beijá-lo, etc.. Reafirmam seus direitos enquanto familiares do paciente.</p>

TEMA	ABORDAGEM
<p>“E se ela abrir o olho? Eu morro de medo!...” (Neusa)</p> <p>“Você não sabe se pode por a mão, se não pode por a mão... Naquela angústia de você ver o seu ente querido, você não sabe que atitude tomar... você tem até medo!” (Eunice)</p> <p>“Eu tô um pouco assim, perdida (...) eu tô um pouco sem saber como que eu vou encontrar quando eu entrar lá...” (Elisabete)</p>	
<p>6. Sobrecarga emocional e física para alguns membros da família do paciente.</p> <p>“Faz dias que a gente tá lutando com meu pai... (...) quando ele tava internado noutra hospital, eu e minha irmã revezava pra cuidar dele. (...) aqui, nós não pode ficar. (...) Mas eu tô cansado!... tô cansado demais!... [chora] Porque, além de tudo, eu que sou o esteio da minha família... tudo é em cima de mim, eu que tenho que decidir tudo... Eu não sei se eu vou dar conta de agüentar isso tudo, não.” (Roberto)</p> <p>“Dói demais... eu já não tô suportando mais... Parece que eu fico confusa, choro... sinto até dor no corpo. (...) quando tem alguém doente, eu não tenho alegria pra nada... Me dá uma tristeza... dor de cabeça...” (Cristina)</p> <p>“A gente tem a mente (...) cansada... a mente da gente vira um bagaço!... A gente não sabe o que que faz da vida... Eu amanheço o dia, vou pro trabalho, mas é lascado! (...) ninguém vê o seu coração. (...) A minha mulher tá cansando de vim aqui. (...) porque a gente trabalha, né, então a vida não pode parar pra gente ficar com eles. (...) isso aí é uma coisa que dói muito. (...) a gente fica apertado, mas... tem que ter aquela força... Eu não gosto de lamentar... eu seguro por dentro, mas não lamento mesmo! A gente as vez sofre, chora, mas lamentar é muito ruim!” (Dionízio)</p> <p>“Essa dor também não passa de um dia pro outro não, igual da noite pro dia. Ela é... freqüente. (...) precisa saber conviver com essa dor...” (Régis)</p> <p>“Eu e meu pai já passamos por situações muito críticas. (...) a gente vai passando por essa experiência dolorosa, bem assim, uma em cima da outra...” (Eugênia)</p> <p>“Eu tô sem dormir, não consegui comer... então... [chora]. (...) É difícil, né, nunca passei por isso, nunca tive um parente na UTI...” (Elisabete)</p> <p>“Meu marido falou pra mim (...) que tá difícil conviver comigo...” (Aurora)</p> <p>“... é muito doído! Só quem vive mesmo! (...) tô cansada de vê ela naquela situação, de vê a nossa família sendo... de ter que deixar ela aqui. (...) eu fico cansada de ver o sofrimento dela porque (...) ela tá sofrendo tanto por fora e por dentro, de saber que ela tá nesse estado e todo mundo aqui fora tão angustiada... (Sônia)</p> <p>“... o peito tá explodindo... tá sentindo uma coisa! (...) eu sou a pedra principal... o esteio deles nesse momento. Não é... não é que eu sou poderoso, mas em todos os sentidos... marca muito, viu? Então, é difícil pra gente, é difícil, mas eu me obrigo a fazer, porque será pior se eu largar...” (Marcos)</p>	<p>Coordenadoras – conversam com eles a respeito do assunto, demonstrando compreender o peso que estão carregando. Falam sobre diferentes modos de enfrentamento de crises e a necessidade de encontrar mecanismos saudáveis de lidar com elas. Comentam que em situações de crise, cada membro da família faz aquilo que pode, sendo útil estabelecer seus próprios limites e reconhecer que estão fazendo o melhor possível, mesmo que isso não seja tudo aquilo que gostariam de poder fazer.</p>
<p>7. Medo da morte e dificuldade em aceitar as coisas da vida</p> <p>“Hoje, eu sei que a gente tá aqui nessa vida é de passagem, ninguém é eterno aqui, apesar de que ninguém aceita. (...) eles falava que meu tio não tinha mais pulmão, mas você fica naquela esperança... É difícil! (...) a vida continua (...) depois que eu perdi minha mãe, eu mudei! Eu vi que a gente tem que ter força, tem que lutar! (...) encarar as dores da vida com mais realidade. Ficar no desespero é pior” (Isabela)</p> <p>“A gente tem passar os problema é como Deus manda (...) O que Ele manda pra gente é... o que a gente merece. (...) desde o dia que começa a gerar, já tem aquela... certeza dos trabalhos que vai passar. Porque (...) os trabalho que nós tem que passar... um passa mais do que o outro, ele merece, o outro passa menos, ele merece da mesma forma (...). A vida da gente nunca é de um jeito só... é cheia de altos e baixos. (...) a gente tem que ter a força, né, pra enfrentar... o que Deus marca, né? (...) a gente não pode desesperar (...)</p>	<p>Coordenadoras – conversam sobre a vida e as coisas que a gente julga injustas, difíceis e indesejáveis. Reforçam a morte como um evento inevitável para todos e como uma possibilidade quando a pessoa tem uma doença grave ou de risco, como os pacientes da UTI, mas que não devem fazer disso um pensamento fixo ou se culpar por pensar nisto.</p>

TEMA	ABORDAGEM
<p><i>a vida é preciosa e tem gente que joga ela fora...</i>" (Dionízio)</p> <p><i>"Deus sabe que eu dou conta desse fardo, mas se ele [o esposo internado] se for, vai ser uma perda muito grande pra mim..."</i> (Melissa)</p> <p><i>"Eu nunca pensei que eu ia passar por esse momento tão difícil, viu? (...) Tem hora que a gente tá torcendo pelo melhor e ele não acontece..."</i> (Aurora)</p> <p><i>"Ninguém aceita a morte numa boa... sabemos que ela existe e uma hora vai acontecer, mas não aceitamos".</i> (Joana)</p>	
<p>8. Desinformação sobre os aparelhos ligados ao paciente (bomba de infusão contínua, respirador mecânico), tubos e sondas instalados e suas finalidades.</p> <p><i>"Se a pressão dela subir, ela sai do oxigênio [respirador]? O que que esse oxigênio tá fazendo? (...) as vez é o aparelho [tubo orotraqueal] que machuca..."</i> (Aurora)</p> <p><i>"Eu (...) assustei foi quando o médico falou assim, que eles usa um aparelhinho pra colocar uma droga pra pressão pra ela ficar mais alta... Aí eu fiquei pensando... que aparelho é esse?"</i> (Sônia)</p>	<p>Coordenadoras – informam nomes e finalidades dos equipamentos, esclarecem a função dos tubos e sondas questionados, quando são usados e quando são retirados e dão outras orientações.</p>
<p>9. Autorização para levar um fisioterapeuta para cuidar do paciente que está precisando de um e o hospital não dispõe deste profissional.</p> <p><i>"Eu gostaria de saber como é que a gente faz pra conseguir trazer um fisioterapeuta pro paciente, porque meu tio tá precisando de um, mas o pessoal da UTI diz que agora eles tá tudo de férias e não tem ninguém pra atender ele. E a minha filha é fisioterapeuta e ela tem um amigo que faz essa parte... da respiração... Aí, eu queria saber se eu posso pedir pra ele vim aqui olhar meu tio..."</i> (Isabela)</p>	<p>Coordenadoras – orientam o familiar a procurar informações mais detalhadas com o médico e enfermeira da UTI, explicando a situação.</p>
<p>10. Medo de pegar infecção na UTI e levá-la para casa.</p> <p><i>"Até que ponto numa UTI você transmite ou... problema de infecção? (...) em termos assim do visitante... porque um dia eu vi a mãe de uma enfermeira falando assim 'Nossa, eu venho aqui na UTI... toda vez que eu venho eu chego em casa e tenho que tirar toda a roupa e lavar!'... eu não sei desses cuidados..."</i> (Isabela)</p>	<p>Coordenadoras – informam que a lavagem cuidadosa das mãos antes e após tocar o paciente e o ato de vestir um avental durante o encontro ajudam bastante a prevenir infecção tanto para paciente quanto para o visitante.</p>
<p>11. Problemas de saúde: pressão alta, infecção generalizada, coma, diabetes.</p> <p><i>"Uma pessoa igual eu, a minha pressão normal é de 9 a 10 por 7... eu acho que é uma pessoa normal, né? (...) Diz que sal levanta muito a pressão, né?"</i> (Dionízio)</p> <p><i>"E que que dá a pressão alta? Que que a gente sente? E a baixa?"</i> (Aurora)</p> <p><i>"Infecção generalizada... geralmente quando a pessoa... quando ataca, né, geralmente é três ou na hora, é três, quatro dias depois. A minha tia foi praticamente foi doze, dezesseis dias depois... isso pode ser normal?"</i> (Elisabete)</p> <p><i>"Isso [diabete] é hereditário, né, de família? Mas (...) pressão alta ela não tinha, é consequência da diabete?"</i> (Vilmar)</p>	<p>Coordenadoras – fornecem todas as informações sobre as doenças, tratamento e cuidados, reforçando os aspectos da prevenção tanto da própria patologia quanto de suas possíveis complicações.</p>
<p>12. Dificuldade por não morar na cidade e ter que ficar no hospital o dia todo, sem acomodações adequadas.</p> <p><i>"... vim de Rio Verde, fico o dia todo no hospital e sinto muito solitária"</i> (Elisa)</p> <p><i>"Eu tô encontrando uma dificuldade enorme, porque (...) eu não conheço nada aqui, nada! (...) eu venho pra cá de manhã cedo, eu fico aqui o dia inteiro, porque a hora que dá a visita das duas [horas] eu quero vê como que ela tá... (...) Eu tomo a minha insulina de manhã, no café da manhã. (...) tem</i></p>	<p>Coordenadoras – mostram compreender as dificuldades experimentadas e orientam os familiares a buscar ajuda do Serviço Social do hospital.</p>

TEMA	ABORDAGEM
<i>dia que a gente compra um almoço, às vezes eu almoço, (...) às vezes nós só comemos a tarde.. (...) nós fica aqui no pátio, vai lá pra fora... fica assim, andando, até... Agora, a hora que termina a visita, né, a gente vai, dá um jeito de ir embora... Amanhã cedo, a mesma rotina de novo!... Não tá fácil. (...) Uma noite, ela tava ruim, eu fiquei do lado de dentro e ele pousou do lado de fora... ele pousou, não, né, ele passou a noite lá fora, ali na recepção do pronto socorro, ali... Mas foi cruel... um frio, né? (...) Foi muito triste, mas infelizmente nós não teve outra opção..." (Elina)</i>	

Este quadro mostra de que forma a necessidade de informações e orientações dos familiares chega à coordenação do grupo. Percebe-se que os temas não fogem muito daqueles mais comuns em uma unidade de cuidados intensivos e conhecidos pelos profissionais; porém, exigem que os coordenadores do grupo estejam preparados para fazer uma abordagem adequada ao momento vivido pelos participantes e às suas necessidades.

É importante considerar que, muitas vezes, embora as informações já tenham sido dadas, elas podem não ter sido assimiladas pelos familiares por terem sido oferecidas em um momento no qual a tensão e angústia obscureciam sua capacidade de compreensão ou pelo uso de termos técnicos desconhecidos usados para explicar o que estava acontecendo com o paciente e o que estava sendo feito por ele (DALEY, 1984; AZOULAY *et al.*, 2001; AZOULAY *et al.*, 2002).

O tempo dedicado pela equipe médica para os contatos com familiares visando o oferecimento de informações sobre o paciente costuma ser restrito, limitando-se a alguns minutos diários. Além disso, os encontros comumente ocorrem na porta da unidade, com os participantes de pé, podendo transmitir aos familiares, uma mensagem de que o contato precisa ser rápido, pois o profissional tem pouco tempo disponível. Neste contexto, torna-se difícil estabelecer um clima de acolhimento e os familiares podem sentir-se pouco à vontade para solicitar

maiores esclarecimentos sobre o que não compreenderam bem ou sobre outras coisas que desejam saber. A inexistência de um local específico para as conversas com os profissionais, com um mínimo de privacidade, pode exigir muito esforço dos familiares para conter suas manifestações emocionais, contribuindo também para dificultar a compreensão sobre o que está sendo informado.

Wright e Leahey (2005) consideram que, em situações de crise, quando a família encontra-se esmagada pelo peso da situação, os familiares podem se beneficiar de conselhos claros e diretos do enfermeiro que, em função de sua experiência profissional e conhecimentos, podem trazer calma e ajudar a restabelecer o equilíbrio no momento. Porém, recomendam que, especialmente nos primeiros contatos com a família, o enfermeiro se ocupe mais em perguntar do que em fazer afirmações ou dar conselhos. Isso leva a pessoa a explorar e refletir sobre o significado que ela própria atribui ao sofrimento, e essa reflexão pode contribuir para o surgimento de novos pensamentos, idéias ou soluções sobre o que pode ajudar a família a lidar melhor com a situação.

Além de proporcionar uma valiosa oportunidade para desenvolver ações de educação em saúde junto aos familiares, o oferecimento das informações e orientações solicitadas, por si só, exerce um efeito terapêutico sobre os participantes do grupo, tanto por satisfazer suas necessidades de informações específicas e pontuais, como por criar um ambiente propício para o esclarecimento de dúvidas e obtenção das orientações necessárias. Por fim, para os familiares, o simples fato de contar com profissionais interessados em suas necessidades, dispostos a ouvi-los e dispensando-lhes atenção, por si só, já

constitui um significativo elemento de suporte disponível.

Todos esses aspectos, juntos, configuram um dos princípios básicos do acolhimento, que é direcionar a atuação dos profissionais para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários do serviço (RAMOS e LIMA, 2003), por meio de uma relação humanizada (MERHY, 1994). O acolhimento é visto pelo Ministério da Saúde como uma forma de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, uma postura ética que se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de resposta do serviço, complementada pelo encaminhamento daquilo que não se pode responder de imediato (BRASIL, 2001). Em outras palavras, o acolhimento implica responsabilidade pelos usuários, ouvindo suas queixas, preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004c).

A fase de informações e orientações aos participantes do grupo foi uma oportunidade para os familiares esclarecerem suas dúvidas relativas a saúde, à UTI, às informações médicas recebidas e não compreendidas claramente e para receber suporte emocional. No GRAF, eles tinham chance de fazer todas as perguntas desejadas e satisfazer suas necessidades de informações sobre diversos temas, contribuindo para que se sentissem acolhidos pelo serviço. Para os enfermeiros, esta fase constituiu-se em uma estratégia útil para a realização de atividades de educação em saúde junto às famílias dos pacientes, na busca da promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa atividade pode minimizar o sofrimento da família que enfrenta o

desconhecido e teme as possíveis perdas. A compreensão sobre a situação contribui para que o desfecho da doença do seu familiar, se negativo, possa ser aceito com menos desespero e sem desestruturar tanto o equilíbrio familiar.

3ª Fase – Encerramento e avaliação do encontro

As avaliações no contexto do processo grupal são importantes para que os participantes sintam seu próprio processo de evolução e tenham consciência do seu caminhar (CASTILHO, 1998). Neste tipo de grupo de apoio, em que a participação dos familiares pode se resumir a uma reunião, a avaliação do encontro ajuda os participantes a julgar em que a sua participação no grupo contribuiu para ajudá-lo naquele momento. Por isso, todas as sessões do GRAF eram encerradas com as coordenadoras solicitando que os participantes contassem de que forma estavam saindo do encontro naquele dia, considerando como haviam chegado e analisando a influência do grupo sobre o resultado final.

Embora o tempo previsto para a realização desta etapa fosse de quinze minutos, em muitos dos encontros, a demora dos participantes para chegar ao local do grupo atrasava seu início e, conseqüentemente, todas as demais etapas tinham que ter sua duração encurtada para cumprir o horário de encerramento. Portanto, mesmo tendo planejado o uso de variadas técnicas e recursos materiais para ajudar os participantes a se expressarem no momento da avaliação da atividade, na maioria das vezes (seis), a etapa de encerramento e avaliação do encontro teve que ser feita apenas verbalmente, por demandar menor tempo.

Houve três encontros nos quais, encerrada a fase de informações e orientações, as coordenadoras verificaram que ainda havia tempo disponível para realizar esta última etapa do encontro conforme o planejamento e usaram a técnica dos cartões coloridos em dois deles, a de filipetas com nomes de sentimentos em um e a de recortes de revista em outro. As duas primeiras foram realizadas da mesma forma como descritas na fase de acolhida e apresentação dos participantes, exceto pelo fato de que, na fase de encerramento e avaliação, os familiares eram solicitados a usar o material para descrever como estavam saindo do grupo naquele dia. Na técnica dos recortes de revista, figuras variadas de pessoas em diferentes situações, paisagens e outros lugares, objetos e animais foram afixadas no quadro branco e os familiares orientados a escolher aquela que fizesse mais sentido para mostrar como estavam saindo daquele encontro.

Independentemente da técnica usada, a avaliação dos familiares sobre sua participação no grupo foi bastante positiva, indicando que a atividade foi útil para ajudá-los naquele momento. Todos consideraram importante participar pelo fato de ter com quem conversar, de receber apoio e suporte, não só das coordenadoras, como de outros membros do grupo, de sentir que tem alguém que se preocupa com eles e perceber que não são os únicos a enfrentar dificuldades, conforme demonstram em seus depoimentos:

“Eu vim desconfortada... acho que aqui eu busquei um pouco de conforto.” (Eugênia)

“Foi bom pra ver que todo mundo aqui está passando pelas mesmas dificuldades, está frágil...” (Mariana)

“Eu vou sair daqui cheia de esperança! (...) se tem alguém que tá preocupado em querer mudar a UTI, quer dizer que... né, pode acontecer alguma coisa boa!” (Eunice)

“Achei bom, porque aqui a gente tá se tornando uma grande família, né?” (Luana)

“Gostei (...) do momento aqui (...) é muito importante esse suporte aqui agora pra acalmar a gente um pouco, porque... quando você chega e vai direto pra UTI, é difícil, né? Muito bom!” (Márcia)

“Eu tô saindo daqui mais ou menos otimista, (...) porque... a hora que a gente sabe as notícias, é muito confortável pra gente. (...) A gente... tá no ruim... e tem muitas palavra que alivia a gente (...) a gente fica satisfeito pelo apoio que vocês tá dando pra gente aí. (...) A gente tem hora que... precisa de umas palavra assim, de... aliviar o cérebro da gente, né?” (Dionízio)

“Gostei muito. (...) a gente nunca se sente sozinho, né, tem muita gente igual... a gente pensa um coisa e quando a gente chega vê que tem gente igual... Então tem alguém pra nos orientar, né, pra nos ajudar nas hora... pra nos fortalecer... o nosso organismo mesmo, né, então... Se fosse outras pessoas, nem num tava preocupada com nós... mas, graças a Deus, tem vocês, né, pra nos ajudar nesse momento... e vocês tá ajudando!” (Maristela)

“Quero agradecer essa recepção aqui que vocês tão fazendo pra nós... meu recurso é pouco, mas meu coração é enorme. (...) Esse momento aqui é mais uma emoção que eu tenho... de vocês abrir essa sessão pra gente poder participar, porque... a cultura é pouca, mas o peito tá explodindo... tá sentindo uma coisa. (...) Eu fiquei muito satisfeito e agradecido pelo atendimento recebido. Essa reunião de vocês abriu um espaço pra nos ajudar, me despertou mais coisa que eu ainda não tinha conhecimento... passei a tomar conhecimento. (...) É excelente... uma beleza! Eu vejo umas palavra tão boa, (...) bate papo com a gente, depor, queixar... é agradável. (...) Eu saio satisfeito da recepção e animado com o que vai vim... Tá bom, viu?” (Marcos)

Não houve referência a qualquer aspecto negativo da intervenção realizada por nenhum dos participantes. Às vezes, um ou outro familiar demonstrou que sua participação não tinha tido um efeito tão positivo sobre seu estado de espírito, embora não tenham feito avaliação negativa do encontro em si. Em um dos encontros, tendo as coordenadoras solicitado que cada um escolhesse um cartão colorido para contar como estava do saindo do grupo, o pai de uma paciente que estava grave ficou um tempo olhando para os cartões dispostos sobre a mesa, como se estivesse indeciso sobre que cor escolher. Ao ser perguntado, revelou:

“Eu não tô pensando... eu tô é... sem cor...” (Dionízio)

Em outro dia, a irmã da mesma paciente, que já havia participado de muitas outras sessões, confessou:

“Eu tô saindo cansada, ainda, de vim aqui... tô cansada de vê ela naquela situação, de vê a nossa família sendo... de ter que deixar ela aqui...” (Sônia)

De qualquer forma, esse fechamento da atividade mostrou-se valioso para ajudar os participantes a perceberem que não eram os únicos a enfrentar a situação de ameaça de incapacidade e ou perda de um parente querido, contribuindo de forma significativa para o estabelecimento da coesão grupal.

5.3 AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA DE GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA ACOLHIMENTO A FAMILIARES

A avaliação da tecnologia de grupo como estratégia para o acolhimento dos familiares de pacientes internados em UTI foi operacionalizada de duas formas: uma, sobre a opinião dos participantes do grupo relativa ao atendimento recebido, e outra, sobre os fatores terapêuticos identificados pela coordenação do grupo, nos registros do diário de campo e gravações das sessões, e pelos familiares, nas entrevistas realizadas.

Três dos familiares entrevistados participaram de uma única sessão do grupo, dois deles estiveram presentes em dois encontros, um participou de cinco reuniões e os outros dois compareceram a seis sessões. As entrevistas

começavam com a identificação do familiar seguida por cinco perguntas abertas, onde o familiar podia expressar livremente seus pensamentos, impressões e sentimentos, bem como criticar e dar sugestões sobre a estratégia usada. No final, o entrevistado era solicitado a indicar, na lista de expressões indicativas dos diversos fatores terapêuticos de Yalom (1975), aqueles que ele identificava como percebidos pela sua participação no grupo.

5.3.1 Avaliação do GRAF pelos participantes

Para avaliação de sua participação no grupo, os familiares foram solicitados a falar um pouco sobre como tinha sido freqüentar o(s) encontro(s), bem como dar sua opinião sobre o uso do GRAF como estratégia para o cuidado de enfermagem e sua importância para os familiares.

Percepção sobre a participação no GRAF

Os familiares foram unânimes em afirmar os benefícios alcançados pela sua participação no(s) encontro(s) do GRAF. Em seus testemunhos, transparece a percepção do grupo como uma oportunidade para apoio mútuo e compartilhamento de experiências entre pessoas que estão vivendo situações semelhantes, relatada por Loomis (1979). Além de se referirem ao grupo como significativa fonte de apoio e suporte, seus depoimentos também expressam o valor das informações recebidas nos encontros, confirmando que o objetivo principal do GRAF, de contribuir para a satisfação das necessidades dos

familiares de pacientes internados em UTI, foi atingido. Todos esses aspectos parecem ter favorecido a sensação de acolhimento manifestada por muitos:

“Eu gostei demais (...) porque a gente fica tão desesperado, perdido, né? (...) achei bom... a gente achar alguém pra conversar, falar as coisa. (...) parece que a gente ficava (...), a vontade pra falar da gente... chorar, quando tinha vontade... tudo! (...) A gente fica muito (...) apertado (...) o coração da gente... As vez a gente não quer ficar falando os problema na casa da gente, né? (...) Quando acabava a reunião, parece que a gente tava (...) mais leve, né? (...) Tinha dia que não, a hora que acabava parece que era pior, porque (...) entrar... vê a madrinha naquela situação, né? [chora] (...) Você sabe que os problema não acabou, né, mas... é bom demais quando a gente conversa com alguém (...) falar como que é, como que tá, né? É bom!...” (Sônia)

“... eu não sabia nada, assim, de... de UTI. (...) Foi através dessas reuniões foi que eu fui começando a entender o que que era uma UTI.” (Roberto)

“... eu achei ótimo! (...) ali você consegue (...) fazer perguntas, sanar muitas dúvidas (...) no horário de visita é muito rápido, muita gente para os médicos explicar, às vezes você não tem uma oportunidade de questionar tudo aquilo que você tem vontade. É importante porque pode ajudar a tirar um pouco das angústias... Porque (...) a família que fica acho que é pior do que quem tá na UTI, entendeu? Porque você não tem condições de fazer, né? Nada... tá tudo nas mãos dos médicos... e de Deus.” (Isabela)

“Eu achei bão demais! (...) a gente fica perdido, né, sem rumo, sem... sem saber o que que tá acontecendo direito, né? Quando eu fui na reunião... a primeira (...) cheguei dos mais ressabiado (...), sem jeito, né, não sabia o que que era aquilo, pra que que ia servir... como que eu tinha que fazer... Eu gostei muito!... Da primeira vez, (...) eu saí de lá tão (...) parece que mais leve, mais aliviado. (...) você sabe que não é aquilo que vai resolver seu problema, né, mas... é bão demais achar alguém pra você conversar... alguém... que você pode falar, perguntar... e ficar sabendo das coisa, né?” (Dionízio)

“... fica fácil de entender mais coisa, tem gente competente pra passar pra gente, explicar os horários, tudo... Então, eu fiquei muito satisfeito (...) pela recepção, pelo amor que vocês mostraram pra gente, não só de mim, mas todos que participou. (...) aquela pessoa amorosa que é a sua colega! Excelente, viu? (...) nós embarcamos junto aqui (...) até dentro do ônibus de viagem ela me tratou bem, me conheceu como se fosse lá no trabalho, viu?” (Marcos)

Houve apenas uma entrevistada que, embora tenha finalizado seu relato afirmando ter gostado de participar do GRAF, referiu alguma decepção por

achar que as pessoas do grupo não haviam se colocado por inteiro em suas participações, deixando a desejar:

“... eu não sei se é porque eu participei de uma só, mas eu achei que ficou muito a desejar (...) Várias pessoas estavam ali, né, inclusive eu, eu sei que ficou assim... não a desejar (...) do conteúdo... A desejar das pessoas mesmo que estavam participando. Acho que (...) poderia ter acontecido mais... as pessoas se abrir mais. (...) Acho que poderia ter aberto mais, né? (...) Então, foi essa a impressão que eu tinha, mas pra mim, eu achei bom, achei gratificante.” (Mariana)

No estudo de Halm (1990), os familiares também perceberam os benefícios da participação em sessões de grupo de suporte, incluindo o compartilhamento com outras pessoas em situação parecida, aumento da esperança, redução da ansiedade e aprendizagem de novas formas de enfrentamento da crise vivida. Sabo *et al.* (1989) afirmam que os grupos de apoio podem ajudar os familiares a explorar estratégias alternativas para enfrentar a situação e promover uma melhor compreensão da doença crítica e emoções relacionadas bem como facilitar o desenvolvimento de redes sociais de apoio.

De acordo com van Horn, Fleury e Moore (2002), o funcionamento familiar é complexo e pode requerer intervenções mais intensivas e duradouras. Para serem mais efetivas, os autores sugerem promoção de intervenções em todos os estágios da doença, específicas às necessidades do indivíduo e família. Por isso, eles sustentam que os programas para oferecer suporte aos familiares têm maiores chances de obter e manter o sucesso na redução dos níveis de ansiedade, quando há mais que uma intervenção. Assim, recomenda-se que, ao instituir grupos de suporte para atendimento de familiares de pacientes, os profissionais realizem sessões com regularidade, de forma que, sempre que

sentirem necessidade, os familiares saibam que o serviço está disponível.

Grupos de suporte podem ser uma estratégia valiosa para que pacientes e familiares aprendam sobre seus problemas, conheçam experiências semelhantes às suas e observem como outras famílias lidam com elas (VAN HORN, FLEURY e MOORE, 2002). No estudo realizado por Oliveira *et al.* (2003), a técnica do grupo de apoio foi muito útil no atendimento a familiares de transplantados de medula óssea, fazendo com que eles se sentissem acolhidos. Isso aumentava sua sensibilidade às necessidades emocionais dos pacientes.

Os grupos de suporte têm sido empregados para ajudar pacientes e familiares no enfrentamento de doenças, especialmente aquelas que envolvem riscos de perdas e ou mudanças no funcionamento pessoal e familiar. Nessa situação, o trabalho com grupos de familiares não é fácil, mas pode revelar-se uma boa oportunidade para desconstruir mitos e preconceitos e para a elaboração dos afetos mobilizados pelo processo de adoecer (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Compartilhar experiências pode ajudar pacientes e familiares fornecendo informações, trabalhando incertezas decorrentes da redefinição de papéis e padrões de relacionamentos e diminuindo ansiedades (CHAVES e FABER, 1987; SABO *et al.*, 1989; HALM, 1990).

O GRAF como estratégia para o cuidado de enfermagem à família do paciente e sua importância para os familiares

Todos os entrevistados afirmaram sentir que o grupo era uma boa forma de assistência de enfermagem aos familiares, confirmando que esta pode

ser uma estratégia valiosa para o enfermeiro intensivista aproximar-se da família dos pacientes, dispensar atenção às suas necessidades e humanizar esse relacionamento. Quando perguntados se sua participação no GRAF fez com eles se sentissem atendidos pela enfermagem, eles responderam:

“... sim, porque a gente quase não conversa com as enfermeira na hora da visita, né, elas nem fica por lá. (...) No dia que tinha reunião antes, na hora que a gente entrava (...) ficava mais... tranqüila, né, pra ver minha irmã... mais fácil... Sabe, nessas hora, parece que a gente tem tanta coisa pra perguntar... tanta coisa que você quer saber, mas... E ao mesmo tempo, a gente parece que não sabe nem perguntar. (...) Depois que sai daqui é que a gente lembra. (...) E a reunião... na hora lá, aparece muitos assunto que interessa pra gente, né, mesmo... as vez a gente não tá nem lembrando, mas quando alguém fala, você... ‘Puxa, isso é importante! Ainda bem que ela perguntou...’” (Sônia)

“Eu acho que sim (...) De qualquer jeito é bom... né? Escutar aquelas coisas que as pessoas tava falando... Não era notícia da minha irmã, mas aliviou um pouco o aperto no peito, né? Ajudou a passar aquele resto de tempo que tinha até poder conversar com os médico dela (...) E tinha meu pai também, né, que eu tinha que ajudar, porque ele tava desesperado... Aí, nós vim na reunião ajudou ele também a enfrentar... aquela dor que a gente tava sentindo...” (Eugênia)

“Ah, fez sim! (...) Porque lá na reunião, a gente (...) sabe que tem com quem conversar, alguém pra perguntar o que a gente não sabe, pra escutar o que a gente quer falar, né? As pessoa que tá lá, tá porque quer, porque tá no mesmo barco que a gente, né? Então, fica mais fácil de... por pra fora as agonia da gente... você sabe que as pessoa de lá quase tudo tá sentindo a mesma coisa que você... E as enfermeira... no caso, vocês duas, tava com a gente... a gente via que podia confiar, que vocês... vocês tava sentindo com a gente também, tava... tava ali, pro que der e vier... É bão saber que pode confiar, que não precisa de ter vergonha... de poder chorar se tiver vontade...” (Dionízio)

“Senti que sim. (...) a gente fica tão fragilizado quando tem um parente como estava a minha irmã que quando você recebe alguma atenção, seja de quem for, fica mais aliviado, com esperança.” (Vanda)

“Sim, é uma forma muito boa de... que fizeram de dar assistência pra família...” (Roberto)

Mesmo que não haja um grupo formalmente constituído e coordenado por profissional de saúde, os familiares de pacientes da UTI freqüentemente citam

a camaradagem empática que surge naturalmente entre os visitantes, tanto na sala de espera como em outras dependências do hospital, enquanto eles aguardam por notícias ou para entrar na UTI. Como eles compartilham suas experiências, acabam formando um grupo de suporte espontâneo para trocar informações úteis a todos e dar suporte mútuo (ABBOTT *et al.*, 2001). Esta constatação confirma a utilidade e validade da estratégia grupal na provisão dos cuidados de suporte e orientações a esse grupo de clientes, valendo-se da tendência natural de agrupamento das pessoas que passam por experiências semelhantes, para introduzir o cuidado profissional necessário.

Quanto ao significado dessa intervenção para os familiares dos pacientes internados em UTI, todos os entrevistados concordaram que era importante, havendo mesmo recomendação para que o grupo não acabasse:

“... pra mim, isso é super importante! Porque (...) dá uma força pra gente na hora que a gente tá mais fraco... dá uma luz, você começa a entender um pouco o que que tá acontecendo, como que tá... até pra dar força pra gente escutar as notícia do parente da gente...” (Eugênia)

“... pelo menos pra mim, isso foi importante demais! No fim, eu já tava achando ruim o dia que não tinha reunião ou que não dava pra mim chegar aqui a tempo de participar. (...) quando você acha um lugar onde (...) a gente sente bem (...) aí, é bão, né?” (Dionízio)

“Sim, é muito importante! Eu espero que... vocês... continue é... fazendo essas... é... reuniões, porque... é... é uma ajuda pra família pegar e... agüentar, assim, certas coisa que acontece. (...) aconteceu comigo (...) eu não acreditava que eu ia perder meu pai, mas perdi, e foi uma ajuda assim... bastante pra mim. Eu sofri, tô sofrendo, mas foi uma ajuda assim, que... não diminui [o sofrimento], mas ajuda bastante a gente passar por ele” (Roberto)

“Considero importante e admiro muito (...) no momento aliviava pela atenção que vocês prestavam à gente... procurava animar (...) porque eu acho que o aflito precisa é dessa parte, viu, porque o aflito encontrar outro aflito, como é que fica, né?” (Marcos)

“Eu acho sim (...) Se não tiver ninguém pra conversar, eu acho que (...) a gente até explode... É sofrido demais! (...)” (Sônia)

“É importante porque pode ajudar a tirar um pouco das angústias... Porque, para (...) a família (...) acho que é pior do que quem tá na UTI (...) Porque você não tem condições de fazer nada, né? Nada...” (Isabela)

Percebe-se em suas falas, que, em decorrência do sofrimento, desespero, impotência frente à situação do doente, medo, ansiedade e angústia pelo futuro incerto, os familiares ficam muito carentes de atenção e valorizam e apreciam qualquer tentativa de dar-lhes tranquilidade e conforto (ABBOTT *et al.*, 2001). Assim, qualquer que seja a estratégia escolhida pelos profissionais, o mais importante para estas pessoas é receber algum tipo de atendimento para suas necessidades. O GRAF foi a estratégia adotada neste estudo para oferecer uma assistência de enfermagem a estes familiares que os fizesse sentir que tinha alguém que se preocupava com eles e se dispunha a falar com eles, ouvi-los, dar-lhes a atenção desejada. Assim como outras estratégias possíveis, a tecnologia de grupo mostrou-se uma boa forma de intervenção, muito bem-vinda pela família dos pacientes porque lhes proporcionou o acolhimento esperado.

5.3.2 Presença de fatores terapêuticos no GRAF

A avaliação dos fatores terapêuticos na atividade grupal é fundamental para identificar os mecanismos do processo de mudança dos participantes. Segundo Yalom e Leszcz (2006), esse processo é complexo e resulta da interação de experiências humanas, que são os fatores terapêuticos. Para os autores, esses fatores são interdependentes e a identificação dos que estão envolvidos na mudança dos membros do grupo ajuda o coordenador a escolher as estratégias indicadas para promover uma experiência de grupo mais produtiva.

8- Comportamento imitativo										
9- Aprendizagem interpessoal										

Embora o processo de mudança nos grupos de terapia geralmente inclua todo o conjunto de fatores terapêuticos, os identificados pela coordenação do GRAF (instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informações, coesão do grupo e fatores existenciais) são os que costumam ser observados em qualquer grupo, enquanto os outros são mais comuns em grupos com objetivos psicoterápicos (YALOM, 1975; YALOM e LESZCZ, 2006).

Universalidade e aprendizagem (oferecimento de informações) são confirmados por Vinogradov e Yalom (1992) como os fatores terapêuticos mais comumente observados em grupos de apoio por ajudarem a diminuir o medo, ansiedade e isolamento relativos a uma situação particular. Nos grupos de auto-ajuda, eles destacam universalidade, orientação e coesão como os fatores terapêuticos mais freqüentes. Não obstante, Yalom e Lesczc (2006) lembram que o processo terapêutico envolvido nos grupos é muito complexo e permite inúmeras maneiras de mudança por meio da experiência, de modo que nenhum sistema ou conjunto de fatores terapêuticos pode explicar todo o processo.

É comum os participantes chegarem ao grupo sentindo que são os únicos com aquele tipo de problema, que seus problemas são mais graves do que os de outras pessoas e que só eles têm sentimentos e ou pensamentos pouco aceitáveis. Com certeza, o problema de cada um pode, realmente, ser vivenciado como o mais importante e grave para ele naquele momento, mas sua participação no grupo pode mostrar que essa experiência não é exclusiva dele.

A **universalidade** é experimentada pela pessoa que, ao ouvir outros participantes revelarem problemas e dificuldades semelhantes aos seus, percebe, com certo alívio, que não é a única com aquele tipo de problema. Segundo Yalom (1975), a universalidade está presente nas expressões indicativas de que a participação no grupo permitiu à pessoa perceber que ela está na mesma situação que outros, que outras pessoas têm as mesmas fontes e motivos de infelicidade e que ela não é muito diferente das outras. No GRAF, esse fator terapêutico foi identificado nas seguintes declarações:

“Pude ver que não é só nós que passamos dificuldades.” (Tiago)

“O grupo é importante por isso (...) você vê que não é só você que tá passando por isso, várias pessoas estão na mesma situação.”
(Vanda)

“Todo mundo de nomes e setores diferentes, mas com os mesmos problemas e as mesmas dificuldades...”(Luana)

“Foi bom pra ver que todo mundo aqui está passando pelas mesmas dificuldades, está frágil...” (Mariana)

“Achei muito importante, porque aqui a gente vê muita gente que está vivendo a mesma situação, o que a gente tá passando a gente vê outro que tá passando também...” (Gilberto)

“Tá ali é porque tá sofrendo a mesma dor, tá com os mesmos problemas, né?” (Dionízio)

“A gente pensa um coisa e quando a gente chega, vê que tem gente igual...” (Maristela)

“Quando eu vi aquelas pessoas lá, tudo sofrendo igual eu... não que eu tava achando bom elas tá sofrendo, mas, assim... parece que a gente fica mais aliviada de vê que não é só a gente, né? (...) aliviou um pouco o aperto no peito, né?” (Eugênia – Entrevista)

Para os participantes do grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais, descrito por Guanaes e Japur (2001), as experiências relacionadas à universalidade também foram as mais freqüentemente apontadas. No estudo de Armstrong, Wilks e Melville (2003), esse foi um dos fatores curativos mais freqüentemente citados, juntamente com orientação e coesão grupal.

O **oferecimento de informações** inclui a instrução didática, o aconselhamento, as sugestões e as orientações da coordenação ou de outros membros do grupo. Em geral, os participantes do grupo aprendem muito, mesmo que o processo educacional não seja explícito e desde que ele aconteça em um ambiente de colaboração e parceria, ao invés de prescrição e subordinação. Nos grupos especializados (para pessoas que têm algum transtorno específico ou que enfrentam alguma situação de crise, como o GRAF), além do apoio mútuo, é importante oferecer informações explícitas sobre os temas envolvidos e corrigir concepções erradas ou reações auto-destrutivas (YALOM e LESZCZ, 2006).

Alguns depoimentos de participantes do GRAF confirmaram a utilidade do grupo para a transmissão de informações e orientações:

“Aquele dia que a vossa excelência explicou que UTI não é fim do mundo, que a UTI é o lugar mais favorável pros médico cuidar, que tem mais condição de ajudar foi... aliviei um pouco e continua aliviando. Essa reunião de vocês (...) me despertou mais coisa que eu ainda não tinha conhecimento (...) Desde que a minha nora entrou aqui, eu ainda era neutro em certos conhecimentos de hospital e hoje eu tenho.” (Marcos)

“O grupo é importante por isso (...) você troca experiências, idéias...” (Vanda)

“... foi bom tá lá naquela reunião, porque a gente fica sabendo de coisa que não ia saber se não fosse lá, ou se não perguntasse pra alguém lá da UTI... Mas as enfermeiras de lá é muito ocupada, né, quando a gente encontra com elas, a gente aproveita pra perguntar as coisas que a gente precisa mais de perguntar... e essas coisas vão ficando pra depois...” (Vanda - Entrevista)

“Conversar faz bem demais, né, ajuda, né... a gente aprende muita coisa.” (Paulo)

“... tem alguém pra nos orientar, né, pra nos ajudar...” (Maristela)

Solicita orientação sobre como proceder para levar um fisioterapeuta para cuidar do tio internado. (Isabela - **DC**)

Chegou triste, sem entender o que era uma UTI, mas está saindo mais feliz e entendendo melhor o que é a UTI e porque o avô está internado lá. (Angela - **DC**)

Sai entendendo um pouco mais do que não sabia, esclareceu muitas de suas dúvidas. (Renato - **DC**)

Para os familiares de pacientes psiquiátricos que freqüentaram o grupo de apoio desenvolvido por Contel e Villas-Boas (1999), o oferecimento de informações também foi um fator terapêutico evidenciado, com a troca sincera de informações entre familiares funcionando como uma primeira tentativa para a solução de problemas no grupo. No grupo para pais de adolescentes com comportamento desajustado descrito por Armstrong, Wilks e Melville (2003), os participantes relataram benefícios práticos advindos das informações e soluções compartilhadas baseadas no que tinha funcionado para outros membros.

A **coesão** não é apenas mais um fator terapêutico, é uma condição para que outros fatores funcionem de maneira ótima (YALOM e LESZCZ, 2006). O bom desenvolvimento do processo terapêutico fundamenta-se no estabelecimento da coesão grupal, favorecida pela composição homogênea do grupo (VINOGRADOV e YALOM, 1992; KLEIN, 1996).

A coesão refere-se à atração que os participantes têm pelo grupo e pelos outros membros. É o resultado das várias forças que atuam sobre todos os membros para que eles permaneçam no grupo. Em um grupo com acentuada coesão, os participantes se sentem pertencendo ao conjunto e experimentam afeto e conforto; valorizam o grupo se sentem que são valorizados, aceitos e amparados pelos outros membros. Sentindo-se aceitos e entendidos, os participantes se sentirão mais livres para expressarem quaisquer sentimentos (YALOM e LESZCZ, 2006).

Os participantes do GRAF indicaram a presença deste fator terapêutico realçando a importância de não se sentirem sozinhos em sua experiência e de sentir que faziam parte de um grupo constituído por outras pessoas em quem podiam confiar, como se fosse a sua família:

“Eu tô sentindo muito favorecida de estar com vocês aqui... é como se fosse alguém da minha própria família...” (Elina)

“O grupo é importante por isso (...) você (...) não sente sozinho...” (Vanda)

“A gente tá se tornando uma grande família, né?”(Luana)

“A gente sabe que aqui todo mundo é amigo e sabe exatamente o que você tá sentindo... A gente fala e sabe que os outro entende o que que você tá falando...” (Paulo)

“... ali você sente que é tudo amigo... ninguém tá ali pra bisbilhotar... pra ficar fuxicando sua vida (...) Tô sentindo que a gente tá virando uma família só, né... uma grande família...” (Dionízio)

“A gente nunca se sente sozinho, né?” (Maristela)

De acordo com Yalom e Leszcz (2006, p. 63), na coesão grupal, o importante não é apenas a descoberta de que outras pessoas têm os mesmos problemas, mas *“o compartilhamento afetivo do mundo interior do indivíduo e a aceitação dos outros”*.

Os **fatores existenciais** estão relacionados com as questões existenciais da condição humana que colocam a pessoa frente a frente com a própria mortalidade e responsabilidade diante da vida, bem como com a busca pelo significado da vida. Eles podem ser identificados por expressões indicativas do reconhecimento de que a vida, às vezes, é injusta e que não há como escapar da morte e de algumas dores da vida. Os fatores existenciais também estão presentes quando, independentemente da orientação e suporte recebidos, eles

expressam que a plena responsabilidade pela condução de suas vidas e que há um limite para a ajuda recebida de outros, além do qual eles devem seguir sozinhos (YALOM, 1975; YALOM e LESZCZ, 2006).

Goodwin *et al.* (2001) referem que os membros de grupos de apoio ou suporte podem ter benefícios psicológicos, emocionais e até mesmo físicos com o apoio recebido dos participantes para um envolvimento significativo nos desafios da vida. Os depoimentos dos participantes do GRAF denotam alguns desses aspectos dos fatores existenciais, relacionados às verdades da vida, manifestando a aceitação das dificuldades vividas como uma parte inerente à condição humana e a necessidade de não se deixar abater pela dor e tristeza:

“Isso é coisa da vida, né? (...) Não é por causa das coisa que a gente enfrenta na vida da gente que a gente vai ficar triste, né?”
(Maristela)

“Você vê que... além do sofrimento de doença, você vê que você pode jogar esse conhecimento em outras áreas, né, e saber que... as dificuldades existem.” (Isabela)

“A gente não pode desesperar, porque a vida é preciosa e tem gente que joga ela fora. (...) A vida não pode parar (...) porque a vida é assim mesmo! (...) A gente tem passar os problemas é como Deus manda, não é a gente... não tem direito não... O que Ele manda pra gente é... o que a gente merece. Isso é sorte mesmo, uma sina da pessoa. (...) Desde o dia que começa a gerar, já tem aquela... certeza dos trabalhos que vai passar. Porque (...) os trabalho que nós temos que passar... Um passa mais do que o outro, ele merece, o outro passa menos, ele merece da mesma forma. Nós merecemos aquilo. Do momento que nós somos humano, cada um tem a sua dor mais funda...”
(Dionízio)

Yalom (1975) coloca que as manifestações relacionadas à **esperança** costumam ser identificadas por expressões, tais como ver outras pessoas vivendo situação semelhante e que estão melhores, saber ou ver que outras pessoas resolveram problemas semelhantes, ver que outros participantes melhoraram ou

saber que o grupo já ajudou outras pessoas com problemas iguais. Mas, segundo Yalom e Leszcz (2006), a esperança pode assumir formas variáveis de acordo com a situação vivenciada, tornando-se esperança de conforto, de dignidade ou de redução do desconforto.

Nas falas dos membros do GRAF, a esperança esteve relacionada também aos benefícios da simples participação no grupo, representados pela oportunidade de ter alguém disposto a ouvi-los e poder falar sobre o que lhes afligia ou, em outras palavras, por se sentirem acolhidos:

“Eu vim desconfortada... acho que aqui eu busquei um pouco de conforto.” (Eugênia)

“... a gente fica tão fragilizado quando tem um parente como estava a minha irmã que quando você recebe alguma atenção, seja de quem for, fica mais aliviado, com esperança. O grupo é importante por isso...” (Vanda)

“Aquela moça [Sônia] (...) foi tão boa comigo... Só dela falar (...) que ela também já tinha passado por aquilo, já tinha visto sua irmã ser levada pra UTI... que já tinha sentido a mesma coisa que eu tava sentindo naquela hora... Aquilo ali foi um... foi um remédio na hora que eu tava precisando... Parece (...) que quando você vê que alguém que também tava sentindo ruim daquele tanto... porque parece que você vai morrer... Então, alguém que passou aquilo também, do mesmo jeitinho e tá ali, viva... sobreviveu, né?” (Eugênia)

“A primeira reunião que teve aqui... elas [as coordenadoras] podem ver a diferença da primeira... Eu cheguei aqui muito amargurada, derrubada, tava até mais que ela [Eugênia] aqui... Pra mim, eu acho até que tava mais...” (Sônia)

“Eu vou sair daqui cheia de esperança.” (Eunice)

“Eu (...) participo das reuniões aqui, desde que eu descobri, e pretendo dar seqüência até enquanto eu puder, né? (...) Eu saio satisfeito da recepção e animado com o que vai vim...” (Marcos)

“Hoje é a primeira vez que (...) eu participo da reunião e eu tô sentindo muito bem e é graças a vocês duas, que vão dar mais força pra gente aí! Eu tô saindo bem mais animado...” (Régis)

Em qualquer grupo, a instilação e a manutenção da esperança são fundamentais para incentivar a pessoa a permanecer no grupo para receber ajuda. Pensando nesta possibilidade, o coordenador pode usar estratégias que o ajudem na tarefa de aumentar a crença e confiança dos participantes na efetividade do grupo. É importante reforçar expectativas positivas, corrigir preconceitos negativos, dar explicações sobre o poder do grupo para ajudar as pessoas e incentivar o testemunho de participantes mais antigos ou que já freqüentaram outras sessões sobre sua melhora (YALOM e LESZCZ, 2006).

Além disso, como os grupos geralmente integram pessoas em diferentes estágios de enfrentamento, o contato com membros que melhoraram em função de sua participação no grupo funciona como uma fonte de esperança.

Nenhum dos outros fatores que faziam parte do instrumento de registro do grupo (desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, altruísmo e aprendizagem interpessoal) foi identificado pelas coordenadoras do GRAF nos encontros realizados. Esse resultado pode ter relação direta com o tipo de grupo, uma vez que eles foram descritos por Yalom (1979) e Yalom e Leszcz (2006) para o contexto psicoterápico e o GRAF não era estruturado para esse enquadre, embora tenha sido possível observar seus efeitos terapêuticos.

Não obstante, algum tempo depois de findo o grupo, os familiares entrevistados revelaram ter percebido outros fatores além daqueles observados pelas coordenadoras do GRAF, como mostra o Quadro 3. Essa diferença entre os fatores terapêuticos identificados pelos participantes do grupo como importantes em seu processo de mudança e aqueles observados pelos coordenadores do

grupo também foi verificada por Feifel e Eells (1963) e Bloch e Reibstein (1980).

Observa-se, no Quadro 3, que instilação de esperança, universalidade e coesão do grupo foram fatores curativos identificados por oito dos participantes, enquanto fatores existenciais foram percebidos por sete, oferecimento de informações por seis, altruísmo e aprendizagem interpessoal por cinco, desenvolvimento de técnicas de socialização e comportamento imitativo por quatro dos familiares entrevistados.

Quadro 3 - Fatores terapêuticos identificados pelos familiares participantes do GRAF.

FATORES TERAPÊUTICOS	FAMILIARES							
	Marcos	Roberto	Isabela	Vanda	Mariana	Eugênia	Dionízio	Sônia
1- Instilação de esperança	X	X	X	X	X	X	X	X
2- Universalidade	X	X	X	X	X	X	X	X
3- Oferecimento de informações	X	X	X	X			X	X
4- Coesão do grupo	X	X	X	X	X	X	X	X
5- Fatores existenciais	X	X		X	X	X	X	X
6- Altruísmo	X	X		X	X		X	
7- Desenvolvimento de técnicas de socialização	X	X		X	X			
8- Comportamento imitativo	X	X			X		X	
9- Aprendizagem interpessoal	X	X	X	X	X			

Em relação à universalidade, houve concordância entre participantes e coordenadoras do grupo sobre sua presença em todas as sessões, confirmando o quanto a experiência de encontrar outras pessoas com os mesmos problemas pode fazer bem a estes familiares. Oferecimento de informações, fatores existenciais e coesão do grupo foram fatores terapêuticos percebidos de forma semelhante, tanto pelos familiares como pela coordenação.

Merece destaque o fato de todos identificarem a presença da instilação de esperança, enquanto a coordenação do grupo tenha observado esse fator terapêutico em apenas metade das sessões realizadas. Considerando que a presença dos fatores terapêuticos pelas coordenadoras do grupo era baseada nos depoimentos dos participantes, a não expressão dos familiares relativa à esperança de ajuda recebida do grupo pode ter atrapalhado a identificação deste fator terapêutico pela coordenação algumas vezes. No entanto, isso mostra que, embora os participantes não tenham expressado, o grupo cumpriu o objetivo de ajudá-los a enfrentar a situação.

Altruísmo, comportamento imitativo, desenvolvimento de técnicas de socialização e aprendizagem interpessoal foram fatores terapêuticos percebidos por mais da metade dos familiares e não observados pela coordenação. Uma das explicações para o fato de os participantes identificarem mais fatores curativos nas sessões do que as coordenadoras do grupo pode estar nos achados de Shaffer e Dreyer (1982). Esses autores verificaram que, algum tempo depois da conclusão do trabalho grupal, os membros de um grupo podem mostrar-se mais aptos para avaliar sua experiência no grupo, apresentando maior discernimento para indicar os aspectos úteis e prejudiciais envolvidos no processo.

O Quadro 3 também mostra diferença entre as percepções dos vários participantes sobre os fatores terapêuticos identificados, o que, de acordo com Vinogradov e Yalom (1992), ocorre em função de algumas forças modificadoras, como o tipo de grupo e as diferenças individuais entre os participantes. Essa constatação permite compreender algumas possibilidades e limites dos grupos, a

partir das vivências terapêuticas e não-terapêuticas de seus participantes (GUANAES e JAPUR, 2001).

Porém, é preciso considerar que os participantes de um grupo podem perceber diferentemente a influência dos fatores terapêuticos no seu processo de mudança, já que a mesma experiência pode ser percebida e experimentada diferentemente (importante, sem significado ou prejudicial) por cada um dos membros. Por isso, essa avaliação deve ser valorizada, pois representa a experiência vivida individualmente (YALOM e LESZCZ, 2006).

Por outro lado, nas entrevistas, observou-se que a linguagem usada por Yalom (1975) para exemplificar a expressão de cada fator terapêutico na fala dos participantes foi pouco compreensível para os membros do GRAF, talvez pelo seu baixo nível de escolaridade. Vale ressaltar que, considerando o perfil da população alvo, a construção do instrumento no qual os familiares deveriam identificar os fatores terapêuticos percebidos (Apêndice C), baseado no de Yalom (1975), já tinha sido realizada tentando empregar termos e expressões mais simplificados e adequados a esta clientela, para evitar constrangimentos e erros de interpretação. No entanto, esse cuidado não se mostrou suficiente, uma vez que todos os familiares entrevistados solicitaram esclarecimentos adicionais sobre seu significado durante o preenchimento do formulário.

Tendo em conta que as informações obtidas por meio de questionários preenchidos pelos participantes do grupo, embora facilitem a obtenção das informações, podem ignorar alguns aspectos da experiência das pessoas, Yalom e Leszcz (2006) recomendam ouvir o relato da experiência do participante, que

permite uma compreensão mais significativa do processo vivenciado por cada um. Jones, Joy e Trevino (2003) também sugerem que o uso de entrevistas qualitativas junto com métodos quantitativos pode permitir a emergência de novos fatores considerados terapêuticos pelos participantes de um grupo e não incluídos no instrumento usado para a coleta dos dados. Butler e Fuhrman (1983) consideram a informação obtida dos participantes do grupo como mais importante do que as observações dos terapeutas ou coordenadores do grupo.

Assim, ao final das entrevistas, os familiares foram solicitados a descrever um fato ocorrido durante sua participação no GRAF que fosse lembrado como o mais importante. Eles relataram fatos relacionados com a solidariedade, alívio da angústia e sentimento de acolhimento, e a diversos fatores terapêuticos, como coesão, oferecimento de informações, universalidade, instilação de esperança, fatores existenciais e até o comportamento imitativo:

“Eu senti assim, muita solidariedade das outra pessoa que estava com gente na UTI. Porque o dia que o tio Onofre mesmo faleceu, duas pessoas daquelas da reunião me encontrou lá, me ofereceu ajuda, tentou me ajudar, porque eu estava sozinha no hospital... Então, eu achei assim, que as pessoas se unem mais.” (Isabela)

“Eu lembro do dia que eu cheguei chorando e fiquei chorando a reunião inteira (...) você sentou perto de mim... segurou minha mão. (...) Aquilo foi uma coisa muito boa... Aquele dia eu tava arrasada! (...) Parecia que o mundo tava desabando em cima de mim... (...) na hora que eu cheguei, parece que aquele lugar ali tava mais quentinho (...) Eu tava chorando e não fiquei com vergonha de tá chorando... parece que era (...) era ali que era o lugar de chorar, sabe? Porque você sabe que chorar não adianta, não resolve o problema, mas... parece que na hora que você chora, você solta... tira um peso a mais que você tava carregando! Esse negócio de poder ficar a vontade, de poder chorar sossegado... poder fazer essas coisa que a gente não gosta... não quer fazer em casa, né, pra não desesperar todo mundo... isso foi bom demais! Parecia que ali era outra casa da gente!” (Sônia)

“... o que fez mais bem pra mim foi mesmo a... é a gente poder falar o que tem vontade, né, sem precisar ter vergonha... Também

é bom ouvir as outras pessoas falando das coisas dela... a gente aproveita muita coisa!” (Dionízio)

“Um senhor (...) que tava lá (...).falou que... que a mãe tava na UTI (...) mas que ele havia colocado ela na... na presença de Deus. (...) ele tava esperando o que Deus tava reservando, né, que ele sabia que a equipe de médico que tava cuidando dela era uma excelente equipe, que o que acontecesse daquele momento pra frente, ele ia acatar, né? (...) Aquilo ali pra mim eu achei muito importante.” (Mariana)

“Eu lembro do tanto que eu tava preocupada da minha irmã estar com pneumonia e sem roupa naquele lugar gelado... Aí, vocês explicaram como que era, falou porque que tinha que ser assim, né... não sei, eu saí de lá mais leve um pouco, parece que... sei lá, menos culpa... Porque a gente sabe que não depende da gente, né, mas... parece que acha que tinha que fazer alguma coisa.” (Vanda)

“... o que eu achei bom foi de achar mais gente na mesma situação... e disposta a te ajudar, que entendia o que eu tava sentindo...” (Eugênia)

Além dos fatores terapêuticos descritos por Yalom (1975), muitos participantes se referiram ao GRAF como uma oportunidade para poder falar sobre o que estavam sentindo sabendo que outras pessoas os escutariam e sem receio de sofrer repreensões ou rejeição, já que muitas dos outros participantes também tinham sentimentos semelhantes aos seus. Isso lhes proporcionava um sentimento de alívio, muitas vezes manifesto em seus depoimentos:

“A gente fica satisfeito pelo apoio que vocês tá dando pra gente aí. A gente tem hora que... precisa de umas palavras assim, de... aliviar o cérebro da gente, né? (...) A gente... tá no ruim... e tem muitas palavras que alivia a gente...” (Dionízio)

“... eu saí de lá tão (...) mais leve, mais aliviado. Porque você sabe que não é aquilo que vai resolver seu problema, né, mas... é bom demais achar alguém pra você conversar (...) que você pode falar, perguntar... e ficar sabendo das coisas, né? (...) lá na reunião (...) a gente sabe que tem com quem conversar, (...) pra escutar o que a gente quer falar, né?” (Dionízio – Entrevista)

“... eu tava precisando de chorar um pouco... desabafar, né?” (Eugênia – Entrevista)

“Tem alguém (...) pra nos ajudar (...) pra nos fortalecer... o nosso organismo mesmo, né? (...) graças a Deus, tem vocês, né, pra nos ajudar nesse momento... e vocês tá ajudando!” (Maristela)

“Gostei também do momento aqui, mais tranqüila também, agora, e é muito importante esse suporte aqui agora pra acalmar a gente um pouco.” (Márcia)

“... a hora que a gente tá na reunião, a gente... extravasa um pouco da tristeza, né? Pensa noutras coisa... escuta as pessoa... Ajuda muito!...” (Sônia)

Gostou muito de participar. Sai mais aliviado e tranqüilo. É a segunda vez que participa e que está saindo mais aliviado por ter falado o que sentia. (Roberto - **DC**)

Sai mais alegre e aliviada por ter conseguido se abrir um pouco. (Isabela - **DC**)

O GRAF mostrou-se terapêutico por favorecer a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudaram os familiares no enfrentamento da crise vivida, concordando com as colocações de Vinogradov e Yalom (1992). Este estudo ainda identificou outros mecanismos de ajuda não incluídos na lista de fatores terapêuticos representados pelo apoio, espaço de escuta e oportunidade de compartilhar sentimentos e pensamentos encontrados no grupo.

Schiff e Bargal (2000) sugerem instilação de esperança, universalidade, suporte, ensino e aprendizagem de métodos de enfrentamento e comunicação de conhecimentos empíricos como características de ajuda relacionadas com a satisfação dos participantes com grupos de suporte e de auto-ajuda. Os familiares que participaram do grupo de suporte no estudo de Halm (1990) destacaram, dentre os muitos benefícios percebidos, o compartilhamento com outras pessoas em situação similar, confiança, redução da ansiedade e aprendizagem de novos métodos de enfrentamento.

No grupo de apoio multifamiliar descrito por Contel e Villas-Boas (1999), os familiares também se emocionavam ao falar sobre os transtornos provocados pela doença no funcionamento familiar, choravam e mostravam

desalento por não saber o que fazer e como ajudar. Falar com emoção sobre o doente e a doença provocou um grande sentimento de alívio para os participantes. O mesmo resultado foi notado por Guanaes e Japur (2001) no grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais, onde os participantes se beneficiaram mais da criação de um espaço de escuta e da possibilidade de livre expressão e exposição pessoal, do que dos outros fatores terapêuticos considerados típicos em grupos de apoio.

Para os pais de adolescentes com comportamento inadequado que participaram do grupo desenvolvido por Armstrong, Wilks e Melville (2003), receber sugestões ou conselhos de outros membros do grupo foi considerado útil, mas a principal medida terapêutica experimentada pelos participantes foi o suporte resultante da interação entre os membros do grupo. Na opinião desses pais, embora a experiência e expressão emocional sejam necessárias, precisam estar combinadas com algum tipo de aprendizagem cognitiva para o sucesso do resultado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação teve como objetivo avaliar o uso da tecnologia de grupo como estratégia para o acolhimento da família de pacientes internados em UTI. O cumprimento dessa meta foi viabilizado por meio da análise do processo grupal, de entrevistas com participantes e da identificação dos fatores terapêuticos descritos por Yalom (1975). O resultado da avaliação, tanto pela coordenação do grupo quanto por seus participantes, foi positivo, indicando que a tecnologia foi adequada para a satisfação das necessidades familiares de informações e suporte para o enfrentamento da crise vivida.

Considerando que a preocupação dos enfermeiros brasileiros em buscar maior fundamentação para a realização de trabalho com grupos ainda é recente (MUNARI e FUREGATO, 2003; GODOY, 2004), o estudo incluiu a descrição da trajetória percorrida no planejamento e implementação do GRAF. Essa descrição não teve a pretensão de constituir-se em guia, e sim facilitar o trabalho dos profissionais, especialmente enfermeiros, interessados em realizar intervenções semelhantes para assistência aos familiares e outros clientes. O detalhamento de cada etapa do trabalho de realização do grupo, apresentando as ferramentas básicas, facilidades e entraves encontrados na implementação da tecnologia de grupo revelou que a sistematização do atendimento é fundamental para o sucesso da intervenção.

O tempo destinado ao atendimento dos familiares usando a tecnologia de grupo, considerando o preparo e realização dos encontros, girou em torno de noventa minutos. Como a literatura indica que, para grupos de suporte, é suficiente realizar uma sessão por semana (VINOGRADOV e YALOM, 1992), considerou-se que isso torna possível sua implementação mesmo em serviços onde os profissionais disponham de pouco tempo para essa atividade. Do mesmo modo, a análise dos temas que emergiram nas falas dos participantes do GRAF mostrou que os interesses dos familiares dos pacientes fazem parte do corpo de conhecimentos próprios dos profissionais que atuam em UTI, não requerendo preparo adicional para sua abordagem. Esses interesses focalizaram principalmente: o ambiente da UTI, explicações técnicas recebidas, modo de agir diante do paciente, reações e dificuldades familiares, infecção hospitalar, promoção da saúde e prevenção de doenças. Esse foi considerado um aspecto facilitador para o desenvolvimento deste trabalho.

Com base nos registros das sessões, a coordenação do GRAF observou a presença dos seguintes fatores terapêuticos: universalidade, oferecimento de informações, coesão, fatores existenciais e instilação de esperança. Entretanto, os participantes entrevistados referiram que, além destes, também puderam identificar altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo e aprendizagem interpessoal.

A presença da maioria dos fatores terapêuticos identificados pela coordenação nas sessões do grupo e na avaliação dos familiares entrevistados indica a efetividade do GRAF como estratégia de intervenção para o atendimento

das necessidades da família dos pacientes internados. O valor terapêutico dos grupos de suporte está na possibilidade de favorecer a atuação de determinados fatores terapêuticos que ajudam seus membros no enfrentamento da crise vivida (VINOGRADOV e YALOM, 1992). Os benefícios do GRAF para os familiares parecem ter sido consequência tanto das vivências terapêuticas possibilitadas pelo compartilhamento de experiências com outras pessoas em situações similares, como do suporte recebido dos profissionais e dos outros membros do grupo que os ajudam no enfrentamento da ameaça de perda, entre outros aspectos.

Os resultados dessa investigação também identificaram a presença de outros mecanismos de ajuda não incluídos na lista dos fatores terapêuticos de Yalom (1975), representados pelo apoio, espaço de escuta e oportunidade de compartilhar sentimentos e pensamentos encontrados no grupo. Muitos participantes apontaram efeitos positivos do GRAF decorrentes do simples fato de proporcionar-lhes uma oportunidade para falar sobre seus sentimentos, medos e preocupações sabendo que seriam escutados. Isso foi relatado por alguns familiares como capaz de resultar em grande alívio de sua angústia.

Essa pretende ser outra contribuição desse estudo já que, como os fatores terapêuticos foram descritos por Yalom (1975) para compreensão do processo de mudança dos participantes de grupos com objetivo psicoterápico, sua presença no GRAF sugere que eles também podem ser úteis para explicar como membros dos grupos de suporte se beneficiam dos encontros. Entretanto, são necessárias investigações adicionais para identificar os fatores terapêuticos

mais freqüentes neste tipo de grupo, de que forma eles podem ser percebidos e outros possíveis mecanismos de ajuda não incluídos na relação de Yalom.

Como não foi pretensão desse estudo validar um instrumento para identificação dos fatores terapêuticos e nem fazer uma avaliação quantitativa de sua ocorrência, sugere-se a realização de outros estudos, com grupos de estrutura semelhante à do GRAF com o objetivo de propor um instrumento de avaliação específico para grupos dessa natureza.

Na perspectiva do processo de acolhimento, que implica busca do conhecimento das necessidades dos usuários do serviço e do melhor modo de satisfazê-las, o GRAF cumpriu seu objetivo de contribuir para que os familiares se sentissem acolhidos na UTI. No grupo, a família dos pacientes encontrou receptividade e espaço para dirimir dúvidas, possibilidade para ter informações e orientações necessárias, receber e oferecer suporte emocional e trocar experiências com outros familiares. Entretanto, é preciso lembrar que o acolhimento não poder ser reduzido a uma única intervenção nem ser responsabilidade de um único profissional ou categoria profissional. Por isso, o GRAF foi considerado útil como uma das estratégias que fazem parte do processo de acolhimento dos familiares na UTI que, embora efetiva para a satisfação de algumas de suas necessidades, não contempla todas elas, exigindo intervenções complementares.

Apesar de bem apreciado pela administração do hospital, dos benefícios relatados por familiares e profissionais e do pequeno tempo gasto com cada reunião, o GRAF não foi incorporado à rotina dos profissionais das UTIs. Os

profissionais foram convidados para integrar o grupo e a Gerente de Enfermagem da UTI Clínica compareceu a um encontro. Embora nenhum outro profissional das UTIs tenha participado dos encontros do grupo, dois enfermeiros da UTI Cirúrgica comentaram informalmente que os familiares participantes do GRAF mostravam-se mais tranquilos nas visitas aos pacientes, parecendo mais seguros para o encontro com seu parente. Ainda que a avaliação da efetividade da intervenção pelos profissionais das UTIs não tenha sido objeto desse estudo, esse aspecto merece investigações futuras para melhor explicação, já que, segundo Loomis (1979), a avaliação dos profissionais que convivem com os participantes do grupo sobre seu comportamento após a participação nas atividades grupais, pode ser um dos critérios de avaliação da resolutividade do trabalho com grupos.

A falta de adesão dos profissionais do serviço ao GRAF pode ser compreendida tanto pela perspectiva da “falta de tempo” e “sobrecarga de serviço”, como também, e principalmente, pela limitação técnica e de formação para a execução dessa atividade. Além de interesse pela técnica, o uso da tecnologia de grupo como estratégia para intervenções de enfermagem exige um preparo especializado para essa finalidade. É necessária a aquisição de conhecimentos sobre dinâmica de grupo, mas isso não deve ser encarado como um empecilho para a realização do trabalho. A coordenação de grupos é uma habilidade que pode ser aprendida e treinada a partir de uma qualificação básica sobre dinâmica de grupo, contando com parcerias e supervisão especializadas e usando avaliações sistemáticas para descobrir limites, possibilidades e especificidades de cada grupo. Além disso, embora o trabalho grupal não faça parte da grade curricular na maioria das escolas de enfermagem do país

(MUNARI *et al.*, 2005), o enfermeiro tem acesso a cursos de formação específica nessa temática.

Os depoimentos dos participantes do GRAF revelam a sua carência de atenção profissional, enfatizando a necessidade de se incluir a família do paciente como cliente da equipe de saúde, à semelhança da pessoa hospitalizada, e de consolidar a prática de intervenções humanizadas dirigidas para assistência de enfermagem aos familiares dos pacientes internados em UTI. A alegação de que o que a família mais precisa é de informações sobre a condição de saúde do paciente e que estas são da competência dos médicos não justifica a falta de envolvimento dos enfermeiros no cuidado ao familiar. A atribuição de exclusividade para o médico na satisfação das necessidades familiares de informações contribui para a vinculação destes usuários a um único membro da equipe, sobrecarregando essa categoria e isentando as demais da sua parcela de responsabilidade profissional no atendimento da família. Isso reforça a atitude dos enfermeiros de evitar o contato próximo com esses familiares, como aparece em alguns depoimentos neste estudo, sobre o que acontece quando eles entram na UTI para visitar os pacientes.

Na busca pela qualidade da assistência oferecida, os profissionais de saúde precisam refletir sobre sua responsabilidade na assistência à família e a incorporação dessa nova filosofia ao trabalho na UTI. Isso demanda uma modificação na atitude dos profissionais, já que o aprendizado da humanização passa, antes de tudo, por uma mudança na visão que o profissional tem do mundo (MARTINS, 2001; ESPERIDIÃO e MUNARI, 2004; WALDOW, 2004). Essa

nova perspectiva do atendimento hospitalar humanizado requer uma práxis voltada para a valorização da comunicação e das relações humanas como ferramentas básicas para os profissionais de saúde (DESLANDES, 2004). Isso foi confirmado nessa investigação, pela observação de que a satisfação dos familiares depende menos de habilidades relativas aos conhecimentos técnicos especializados em UTI e mais da competência interacional do enfermeiro.

Os esforços no sentido da construção de uma nova filosofia para os cuidados em saúde podem ser estimulados por iniciativas, tanto institucionais quanto individuais, de qualificação profissional. Neste sentido, vale lembrar que, até algum tempo atrás, a formação da maioria dos profissionais de saúde não privilegiava a humanização do atendimento e tampouco oferecia oportunidades para seu aprendizado. Portanto, julgar intencional ou negligente a prática de alguns profissionais de não atender a família é um raciocínio simplista, que despreza outros aspectos necessários à compreensão do problema.

A busca de soluções para o problema da humanização do atendimento precisa considerar que a construção de um cuidado responsável, comprometido e humano não pode privilegiar nem a tecnologia nem o fator humano, pois ambos ocupam a mesma posição em termos de importância no corpo de conhecimentos e competências dos profissionais de saúde (DESLANDES, 2004). Além disso, atribuir aos avanços tecnológicos a responsabilidade pela desumanização da assistência ofusca o inegável caráter humano das tecnologias e ignora que muitas das dificuldades da humanização podem ser solucionadas com o auxílio dos recursos tecnológicos (TEIXEIRA, 2005). Também é essencial considerar as

condições de trabalho dos profissionais em saúde e o incentivo para que sua perspectiva de atendimento seja diferenciada, pois “*humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência*” (DESLANDES, 2004, p. 13).

Assim, a mudança esperada na melhoria do atendimento em saúde com vistas à atenção humanizada tem estreita relação com alguns fatores essenciais ao desenvolvimento desse processo. Esse trabalho destaca dois deles: primeiro, o papel da academia na formação de profissionais sensibilizados para esse olhar, por meio do oferecimento de oportunidades para o aprendizado dentro dessa perspectiva. Outro é a mudança da cultura organizacional dos serviços de saúde, priorizando a melhoria da qualidade e a humanização da assistência, por meio da promoção de oportunidades para a qualificação permanente dos profissionais e da opção por um modelo de gestão participativa e compartilhada que valorize o profissional e seu potencial, isto é, investindo no capital humano.

A estratégia de grupo de suporte como recurso terapêutico mostrou-se capaz de colaborar para a construção dessa prática assistencial humanizada, acolhedora e de promover o respeito às pessoas, possibilitando a superação do olhar historicamente centrado no paciente. Considerando os benefícios dessa tecnologia, recomenda-se aos enfermeiros refletir sobre a reorganização de sua prática e a possibilidade de inclusão da tecnologia de grupo como estratégia de atendimento às necessidades dos familiares.

REFERÊNCIAS*

- AACN. *Mission, vision and values*. Aliso Viejo, Columbia: American Association of Critical-Care Nurses, 2002. Disponível em: <https://www.aacn.org/AACN/Memship.nsf/5c946d1e3eaebb03882566c60078065a/7eda4030b16280f28825680a0071c4a8?OpenDocument>. Acesso em: Jan 24 2005.
- ABBOTT, K. H. *et al.* Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med*, v.29, n.1, Jan, p.197-201. 2001.
- ALMEIDA, M. C. P. *et al.* O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. In: ALMEIDA, M. C. P. e ROCHA, S. M. M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p.31-112.
- ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupo. *Psicol USP*, v.12, n.1, p.135-152. 2001.
- _____. *Mediação grupal: uma leitura histórico-cultural*. São Paulo: Ágora. 2006.
- ARMSTRONG, H. A., WILKS, C. e MELVILLE, C. Evaluation of the parent group experience. What helps and what hinders. *Int J Adolesc Med Health*, v.15, n.1, Jan-Mar, p.31-37. 2003.
- ÁSTEDT-KURKI, P., PAUNONEN, M. e LEHTI, K. Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. *J Adv Nurs*, v.25, n.5, May, p.908-914. 1997.
- ATKINSON, J. H. J., STEWART, N. e GARDNER, D. The family meeting in critical care settings. *J Trauma*, v.20, n.1, Jan, p.43-46. 1980.
- AUERBACH, S. M. *et al.* Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care*, v.14, n.3, May, p.202-210. 2005.
- AZOULAY, E. *et al.* Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*, v.28, n.8, Aug, p.3044-3049. 2000.
- _____. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med*, v.165, n.4, Feb 15, p.438-442. 2002.
- _____. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*, v.163, n.1, Jan, p.135-139. 2001.
- BARBOSA, E. C. V. e RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Sci Health Sci*, v.26, n.1, Jan-Jun, p.205-212. 2004.
- BARBOSA, E. M. A. *et al.* A família do paciente em UTI: cliente da enfermagem? *Rev Bras Terap Intens*, v.14, n. Supl I, p.69. 2002.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1979.
- BECHELLI, L. P. e SANTOS, M. A. *Psicoterapia de grupo: noções básicas*. Ribeirão Preto: Legis Summa. 2001.

* Elaboradas de acordo com a NBR 6023 / 2002.

_____. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev Latino-am Enf*, v.10, n.3, May-Jun, p.383-391. 2002.

BECK, C. L. C. O processo de viver, adoecer e morrer: vivências com familiares de pacientes internados em terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*, v.10, n.3, Set-Dez, p.118-137. 2001.

BETTS, J. *Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar*. São Paulo: Portal HumanizaSUS, 2002. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: Fev 14 2004.

BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes. 1987.

BLOCH, S. e REIBSTEIN, J. Perceptions by patients and therapists of therapeutic factors in group psychotherapy. *Br J Psychiatry*, v.137, Sep, p.274-278. 1980.

BOEMER, M. R., ROSSI, L. R. e NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidades de terapia intensiva - análise de depoimentos. *Rev Gaucha Enf*, v.10, n.2, p.8-14. 1989.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes. 1999.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação*. Lisboa: Porto Editora. 1984.

BOKINSKIE, J. C. Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nurs*, v.24, n.3, Jun, p.129-133. 1992.

BRASIL. *Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996*: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: Nov 15 2005.

_____. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*: Resolução n. 240/00. Conselho Federal de Enfermagem, 2000. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/novoportal/section_int.asp?InfoID=128&EditionSectionID=15&SectionParentID=>>. Acesso em: Nov 15 2005.

_____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 2001. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/114.pdf>>. Acesso em: Ago 26 2005.

_____. *HumanizaSUS - Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/05_0050_FL.pdf>. Acesso em: Mai 14 2005.

_____. *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf>. Acesso em: Mai 20 2004.

_____. *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0816_M.pdf>. Acesso em: Fev 14 2005.

- BUTLER, T. e FUHRIMAN, A. Level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, v.33, n.4, Oct, p.489-505. 1983.
- CAMELO, S. H. H. *et al.* Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enf*, v.8, n.4, Ago, p.30-37. 2000.
- CAMPOS, E. P. Grupos de suporte. In: MELLO FILHO, J. *et al.* *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: ArtMed, 2000. p.117-130.
- CAMPOS, L. F. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto-SP*. Dissertação (Mestrado). 2004. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 94 p.
- CARVALHO, S. R. e CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*, v.16, n.2, p.507-515. 2000.
- CASTILHO, A. *Dinâmica do trabalho de grupo*. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1998.
- CEMBRANELLI, F. Por que um programa de humanização nos hospitais? 2002. Disponível em: <<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=116&Texto=cembranelli>>. Acesso em: Set 2 2002.
- CHAVES, C. W. e FABER, L. Effects of an education-orientation program on family members who visit their significant other in the intensive care unit. *Heart Lung*, v.16, n.1, p.92-99. 1987.
- CIANCIARULLO, T. I. *C & Q: teoria e prática em auditoria de cuidados*. São Paulo: Ícone. 1997.
- COBB, S. Presidential address - 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, v.38, n.5, Sep-Oct, p.300-314. 1976.
- COHEN, F. e LAZARUS, R. S. Coping with the stresses of illness. In: STONE, G. C., COHEN, F. e ADLER, N. E. *Health psychology: a handbook*. San Francisco: Jossey-Bass, 1980. p.217-254.
- CONTEL, J. O. B. e VILLAS-BOAS, M. A. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Rev Bras Psiquiatr*, v.21, n.4, Dec, p.225-230. 1999.
- COREY, G. e COREY, M. S. *Groups: process and practice*. Belmont: Thomson Brooks/Cole. 2006.
- COSTA, K. S. *Envelhecimento e obesidade: o grupo de controle de peso com estratégia no processo de educação em saúde*. Monografia (Graduação). 2002. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.
- DALEY, L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung*, v.13, May, p.231-237. 1984.
- DEMO, P. *Ciências sociais e qualidade*. São Paulo: Almed. 1985.
- DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. *The SAGE handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publ. Inc., 2005.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.7-14. 2004.
- DUNKEL, J. e EISENDRATH, S. Families in the intensive care unit: their effect on staff. *Heart Lung*, v.12, n.3, May, p.258-261. 1983.

- ESPERIDIÃO, E. e MUNARI, D. B. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. *Rev Esc Enferm USP*, v.38, n.3, p.332-340. 2004.
- ESPERIDIÃO, E., MUNARI, D. B. e STACCIARINI, J. M. R. *Desenvolvendo pessoas: a importância do auto conhecimento para a formação do enfermeiro*. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 51 e Congresso Panamericano de Enfermeira, 10. Anais. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. 43 p.
- FEIFEL, H. e EELLS, J. Patients and therapists assess the same psychotherapy. *J Consult Psychol*, v.27, Aug, p.310-318. 1963.
- GAGLIONE, M. K. Assessing and intervening with families of CCU patients. *Nurs Clin North Am*, v.19, n.3, Sep, p.427-432. 1984.
- GARCIA, P. C. e FARO, A. C. M. Necessidades e expectativas de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva de ortopedia. *Rev Paul Enf*, v.23, n.1, p.57-64. 2004.
- GARDNER, D. e STEWART, N. Staff involvement with families of patients in critical-care units. *Heart Lung*, v.7, p.105-110. 1978.
- GODOY, M. T. H. *Análise da produção científica sobre a utilização de atividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003*. Dissertação (Mestrado). 2004. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004. 125 p.
- GOMES, A. M. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo: EPU. 1988.
- GOODWIN, P. J. *et al*. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, v.345, n.24, Dec 13, p.1719-1726. 2001.
- GRÜDTNER, D. I. *et al*. Compreendendo e trabalhando a interação entre família e equipe assistencial no hospital: uma forma de prevenção da violência institucional. *Texto Contexto Enferm*, v.8, n.2, Mai-Ago, p.364-368. 1999.
- GUANAES, C. e JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Rev Bras Psiquiatr*, v.23, n.3, Set, p.134-140. 2001.
- HALM, M. A. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung*, v.19, n.1, p.62-71. 1990.
- HALSTEAD, M. T. e Hull, M. Struggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncol Nurs Forum*, v.28, n.10, Nov-Dec, p.1534-1544. 2001.
- HARDICRE, J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nurs Times*, v.99, n.27, Jul 8-14, p.26-27. 2003a.
- _____. Nurses' experiences of caring for the relatives of patients in ICU. *Nurs Times*, v.99, n.29, Jul 22-28, p.34-37. 2003b.
- HARVEY, M. Volunteers in the critical care waiting room. *Anaheim, CA: Society of Critical Care Medicine*, p.79-80. 1993.
- HARVEY, M. A. Evolving toward - but not to - meeting family needs. *Crit Care Med*, v.26, n.2, Feb, p.206-207. 1998.
- _____. Evidence-based approach to family care in the intensive care unit: why can't we just be decent? *Crit Care Med*, v.32, n.9, Sep, p.1975-1976. 2004.

- HEINEY, S. P. e WELLS, L. M. Strategies for organizing and maintaining successful support groups. *Oncol Nurs Forum*, v.16, n.6, Nov-Dec, p.803-809. 1989.
- HENNEMAN, E. A. e CARDIN, S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse*, v.22, n.6, Dec, p.12-19. 2002.
- HICKEY, M. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart Lung*, v.19, n.4, Jul, p.401-415. 1990.
- HICKEY, M. e LEWANDOWSKI, L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung*, v.17, n.6 Pt 1, Nov, p.670-676. 1988.
- HOLLAND, J. C. *et al.* The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*, v.8, n.1, Jan-Feb, p.14-26. 1999.
- JASTREMSKI, C. A. *Should families be present in critical care?* New York: 2000. Disponível em: <<http://www.nurses.com/content/news/article.asp?docid={107fe39a-2dad-11d4-8c3d-009027de0829}>>. Acesso em: Jul 11 2005.
- JOHNSON, D. *et al.* Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*, v.26, n.2, Feb, p.266-271. 1998.
- JOHNSTON, G., MACISAAC, M. e RANKIN, E. *Social support framework*. Nova Scotia: Gynaecological Cancer Screening Program, 2002. Disponível em: <<http://cancercares.ns.ca/media/documents/PAPSCREEN.PDF>>. Acesso em: Nov 8 2005.
- JONES, L., JOY, V. J. S. e TREVINO, L. *Facilitating factors of effective group supervision*. Hawaii International Conference on Education. Honolulu, Hawaii, USA. Jan 7-10, 2003. 25 p. Disponível em: <http://www.hiceducation.org/Edu_Proceedings/Lesley%20Jones2.pdf>. Acesso em: Out 30 2006.
- JURKOVICH, G. J. *et al.* Giving bad news: the family perspective. *J Trauma*, v.48, n.5, May, p.865-870; discussion 870-873. 2000.
- KAYE, J. e ROBINSON, K. M. Spirituality among caregivers. *Image J Nurs Sch*, v.26, n.3, Fall, p.218-221. 1994.
- KLEIN, R. K. Psicoterapia de grupo a curto prazo. In: KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. *Compêndio de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.215-225.
- KNOBEL, E. *et al.* *Qualidade e custo em terapia intensiva*. São Paulo: Centro de Estudos em Fisioterapia Respiratória, 2005. Disponível em: <http://www.cefir.com.br/artigos/vm_adulto/aplicada/170.doc>. Acesso em: Jan 25 2005.
- KROLL, J. e SHEEHAN, W. Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *Am J Psychiatry*, v.146, n.1, Jan, p.67-72. 1989.
- KUUPPELOMAKI, M. Spiritual support for families of patients with cancer: a pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nurs*, v.25, n.3, Jun, p.209-218. 2002.
- LESKE, J. S. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung*, v.15, n.2, Mar, p.189-193. 1986.
- _____. Treatment for family members in crisis after critical injury. *AACN Clin Issues*, v.9, n.1, Feb, p.129-139. 1998.
- _____. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse*, v.22, n.6, Dec, p.61-65. 2002.

LESKE, J. S. e JIRICKA, M. K. Impact of family demands and family strengths and capabilities on family well-being and adaptation after critical injury. *Am J Crit Care*, v.7, n.5, Sep, p.383-392. 1998.

LILLY, C. M. *et al.* An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med*, v.109, n.6, Oct 15, p.469-475. 2000.

LIMA, R. A. G., ROCHA, S. M. M. e SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev Latino-am Enf*, v.7, n.2, Abr, p.33-39. 1999.

LOOMIS, M. E. *Group process for nurses*. St. Louis: C. V. Mosby Company. 1979.

LYNN-McHALE, D. J. e BELLINGER, A. Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses' perceptions. *Heart Lung*, v.17, n.4, Jul, p.447-453. 1988.

MALDONADO, M. T. e CANELLA, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores. 2003.

MARTINS, M. C. F. N. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

_____. *Humanização na saúde*. s/d. Disponível em:
<<http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>>. Acesso em: Feb 14 2004.

MATSUDA, L. M., SILVA, N. d. e TISOLIN, A. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta Sci Health Sci*, v.25, n.2, Jul-Dez, p.163-170. 2003.

MEDLAND, J. J. e FERRANS, C. E. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *Am J Crit Care*, v.7, n.1, Jan, p.24-29. 1998.

MEIJS, C. A. Care of the family of the ICU patient. *Crit Care Nurse*, v.9, n.8, Sep, p.42-44. 1989.

MELLO FILHO, J. Grupoterapia com pacientes somáticos: 25 anos de experiência. In: ZIMMERMAN, D. E. *et al.* *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.185-204.

_____. Histórico e evolução da psicoterapia de grupo. In: MELLO FILHO, J. *et al.* *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.29-62.

MELLO FILHO, J. *et al.* *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 2000.

MELO, L. L. e VALLE, E. R. M. Apoio emocional oferecido pela equipe de enfermagem à criança portadora de câncer e à sua família. *Rev Bras Enferm*, v.48, n.1, Jan-Mar, p.93-102. 1995.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-160.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO. 2000.

MOLTER, N. C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, v.8, Mar-Apr, p.332-339. 1979.

- _____. Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs*, v.13, n.1, Jan-Feb, p.2-3. 1994.
- MOSCOVICI, F. *A organização por trás do espelho*. Rio de Janeiro: José Olympio. 2001.
- MOTA, K. A. M. B. e MUNARI, D. B. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. *Rev Eletr Enf*. v.8, n.1, p. 150-161. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/atualizacao.htm>. Acesso em: Nov 01 2006.
- MUNARI, D. B. e FUREGATO, A. R. *Enfermagem e grupos*. Goiânia: AB Editora. 2003.
- MUNARI, D. B. et al. O ensino da temática de grupo nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil. *Rev Gaucha Enf*, v.26, n.1, p.220-230. 2005.
- MUNARI, D. B. e RODRIGUES, A. R. F. Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. *Rev Esc Enferm USP*, v.31, n.2, p.237-250. 1997.
- MUNARI, D. B. e ZAGO, M. M. F. Grupos de apoio/suporte e grupos de auto-ajuda: aspectos conceituais e operacionais, semelhanças e diferenças. *Rev Enferm UERJ*, v.5, n.1, Mai, p.359-366. 1997.
- MUNIZ, J. R. e TAUNAY, M. S. E. Grupos de enfermagem no hospital geral. In: MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- NASCIMENTO, E. R. P. e MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. *Nursing*, v.3, n.29, Out, p.26-30. 2000.
- NORRIS, L. O. N. e GROVE, S. K. Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adults patients. *Heart Lung*, v.15, n.2, Mar, p.194-199. 1986.
- NORTHOUSE, L. L. Who supports the support system? *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv*, v.18, n.5, May, p.11-15. 1980.
- OLIVEIRA, E. A. et al. Grupo de apoio ao familiar do transplantado de medula óssea. *Rev SPAGESP*, v.4, n.4, p.52-62. 2003.
- OLIVEIRA, L. M. A. C. *Assistência de enfermagem à família na UTI: uma abordagem sobre o atendimento de suas necessidades*. Dissertação (Mestrado). 1991. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.
- OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Análise da produção científica brasileira sobre intervenções de enfermagem com a família de pacientes internados em terapia intensiva. *Acta Sci Health Sci*, v.27, n.2, Jul-Dec, p.93-102. 2005.
- OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1986.
- _____. *Grupos: teorias e práticas - acessando a era da grupalidade*. Porto Alegre: Artmed. 2000.
- PELZER, M. T. e FERNANDES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. *Texto Contexto Enferm*, v.6, n.2, Mai-Ago, p.339-344. 1997.
- PERKINS, D. V., LAFUZE, J. E. e VAN DUSEN, C. Social climate correlates of effectiveness in alliance for mentally ill groups. In: LAVOIE, F., BORKMAN, T. e GIDRON, B. *Self-help and mutual aid groups: International and multicultural perspectives*. New York: Haworth, 1995. p.263-277.
- POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: ArtMed. 1995.

- PRAKASAMMA, M. *et al.* Quality nursing care: myth or reality? *Nurs J India*, v.77, n.2, Feb, p.51-4. 1986.
- PRICE, D. M. *et al.* Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart Lung*, v.20, n.2, Mar, p.183-188. 1991.
- PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*, v.14, n.4, Oct, p.352-357. 2001.
- QUINN, A., FORD, J. e MAZZAWY, M. Families and feelings: a time for sharing. *J Neurosurg Nurs*, v.13, n.4, Aug, p.217-218. 1981.
- RAMOS, D. D. e LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.1, Jan-Fev, p.27-34. 2003.
- RESTA, D. G. e BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Sci Health Sci*, v.26, n.1, Jan-Jun, p.53-60. 2004.
- RIBEIRO, V. e MUNARI, D. B. Saúde mental em clientes cirúrgicos: o desenvolvimento de ações de enfermagem através de grupo de suporte/apoio. *Rev Bras Enferm*, v.51, n.1, Jan-Mar, p.147-164. 1998.
- RODGERS, C. Needs of relatives of cardiac surgery patients during the critical care phase. *Focus Crit Care*, v.10, n.5, Oct, p.50-55. 1983.
- ROSAS, C. F. *Avaliação dos serviços de terapia intensiva no Estado de São Paulo: 1997-1998*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Departamento de Fiscalização. 2000.
- ROSSI, L. A. e CASAGRANDE, L. D. R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001. p.41-62.
- SABO, K. A. *et al.* ICU family support group sessions: family members' perceived benefits. *Appl Nurs Res*, v.2, n.2, May, p.82-89. 1989.
- SANT'ANA, S. C. e FERRIANI, M. G. C. O trabalho de grupo: reflexões do cotidiano, relato de experiência. *Rev Latino-am Enf*, v.8, n.3, Jul, p.97-101. 2000.
- SCCM. *Activities: Critical Care Workforce Partnership Position Statement*. Des Plaines, Illinois: Society of Critical Care Medicine, 2001. Disponível em: <http://www.sccm.org/public_affairs/advocacy_activities/workforce_issues.asp>. Acesso em: Jan 24 2005.
- SCHAFFER, J. B. e DREYER, S. F. Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. *Am J Psychiatry*, v.139, n.1, Jan 1, p.127-128. 1982.
- SCHIER, J. *"Grupo aqui e agora": uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante*. Tese (Doutorado). 2001. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- SCHIFF, M. e BARGAL, D. Helping characteristics of self-help and support groups: their contribution to participants' subjective well-being. *Small Group Research*, v.31, n.3, Jun, p.275-304. 2000.
- SCHIMITH, M. D. e LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, Nov-Dez, p.1487-1494. 2004.

- SHIMIZU, H. E. e GUITIERREZ, B. A. O. Participação de enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. *Rev Esc Enferm USP*, v.31, n.2, Ago, p.251-258. 1997.
- SILVA, A. L. A. C. *et al.* Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Rev Enferm UERJ*, v.11, n.1, Jan-Abr, p.18-24. 2003.
- SILVA Jr., A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec. 1998.
- SILVA, M. J. P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Gente. 1996.
- SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001. p.29-39.
- STILLWELL, S. B. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive care unit. *Heart Lung*, v.13, n.3, May, p.238-242. 1984.
- TAYLOR, E. J. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs*, v.26, n.4, Aug, p.260-266. 2003.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.585-597. 2005.
- THOMAS, C. T. e CARVALHO, V. L. *O cuidado ao término de uma caminhada*. Santa Maria: Pallotti. 1999.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. 1987.
- VAN HORN, E., FLEURY, J. e MOORE, S. Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event: an integrative literature review. *Heart Lung*, v.31, n.3, May-Jun, p.186-198. 2002.
- VAN LEEUWEN, R. *et al.* Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs*, v.15, n.7, Jul, p.875-884. 2006.
- VICTOR, A. C. S. *et al.* Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta Sci Health Sci*, v.25, n.2, Jul-Dez, p.199-206. 2003.
- VILA, V. S. C. *O significado do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido*. Dissertação (Mestrado). 2001. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- VINOGRADOV, S. e YALOM, I. D. *Manual de psicoterapia de grupo*. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
- WAIMAN, M. A. P. e ELSEN, I. Família e necessidades. revendo estudos. *Acta Sci Health Sci*, v.26, n.1, Jan-Jun, p.147-157. 2004.
- WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato. 1998.
- _____. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes. 2004.

WALL, M. L. *Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos*. Goiânia: AB Editora. 2001.

WARREN, N. A. Critical care family members' satisfaction with bereavement experiences. *Crit Care Nurs Q*, v.25, n.2, Aug, p.54-60. 2002.

WILSON, M. *Group theory/process for nursing practice*. Bowie: Brady Communications Co. 1985.

WOOD, J. K. *Pequenos grupos centrados na pessoa: mais que terapia*. Campinas: Campinas: PCSG 1990.

WRIGHT, L. M. e BELL, J. M. Retrospective - Nurses, families, and illness: a new combination [Editorial]. *J Fam Nurs*, v.10, n.1, Feb, p.3-11. 2004.

WRIGHT, L. M. e LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. Trad. Silvia M. Spada. São Paulo: Roca. 2002.

_____. The three most common errors in family nursing: how to avoid or sidestep. *J Fam Nurs*, v.11, n.2, May, p.90-101. 2005.

YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. 1975.

_____. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books. 1995.

YALOM, I. D. e LESZCZ, M. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed. 2006.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1993.

ZIMERMAN, D. E. *et al. Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: ArtMed. 1997.

ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 107/04

Goiânia, 11/11/2004

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Profª Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira

TÍTULO: "A tecnologia do grupo como estratégia para intervenções de enfermagem junto a familiares de pacientes internados em UTI"

Área Temática: Grupo III

Patrocinador:

Número do Estudo do Patrocinador:

Data da versão do Estudo:

Data da Versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Local de Realização: HC/UFG – UTI Clínica e UTI Cirúrgica

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal **analisou** e **aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ **Não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
 Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada **“Uso da tecnologia de grupo como estratégia para assistência de enfermagem a familiares de pacientes internados em UTI”**, sob a responsabilidade da Prof^a Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira, residente à rua T-48^a, nº 40, Apto 302, Setor Oeste, Goiânia-Go, telefone 252-1745.

Trata-se de uma pesquisa para elaboração de uma Tese de Doutorado, desenvolvida sob a orientação da Prof^a Dr^a. Denize Bouttelet Munari, docente Titular da Faculdade de Enfermagem da UFG. Os objetivos do estudo são: Desenvolver, testar e descrever vivência grupal com familiares de pacientes internados em UTI e avaliar a utilização da tecnologia de grupo como recurso para a assistência de enfermagem à família de pacientes internados em UTI.

Você está sendo convidado(a) a participar de um grupo com outros familiares de pacientes internados na UTI, sob a coordenação da autora e/ou da orientadora da pesquisa e uma auxiliar de pesquisa, para receber orientações e outras informações dos profissionais da UTI, bem como trocar experiências com os demais participantes. Posteriormente, você poderá ser procurado(a) pela pesquisadora para uma entrevista individual, em local, data e hora previamente combinados, para preencher um formulário contendo perguntas sobre sua identificação pessoal e sentimentos experimentados no grupo e para falar sobre o que achou de participar da(s) sessão(ões) em grupo. A entrevista poderá ser gravada ou não dependendo do seu consentimento.

Garantimos que você não sentirá nenhum desconforto e caso se sinta constrangido ou desconfortável, será liberado imediatamente, podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento sem sofrer qualquer penalidade. Também será garantido sigilo quanto ao seu nome e demais dados pessoais que possam identificá-lo(a).

Entre os benefícios esperados desta pesquisa está a possibilidade de encontrar novas formas de atendimento à família dos pacientes internados em UTI, melhorando a assistência oferecida e humanizando a assistência aos clientes.

Se concordar em participar da pesquisa, peço o favor de assinar esse documento.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da referida pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora LIZETE MALAGONI DE A. C. OLIVEIRA sobre a pesquisa e seus objetivos, os procedimentos envolvidos, bem como possíveis riscos e benefícios decorrentes dessa participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Local e data _____

Nome do participante _____

Assinatura _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da direção em participar.

Testemunhas:

Nome _____ Assinatura _____

Nome _____ Assinatura _____

Goiânia, ___ / ___ / 2005.

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira
Pesquisadora

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PARTICIPANTES DO GRUPO DE INFORMAÇÃO AOS FAMILIARES

IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: _____
- Sexo: () Fem () Masc
- Idade: _____
- Grau de parentesco com o paciente: _____
- Tempo de permanência do paciente na UTI: _____

1. De quantos encontros do Grupo de Informação e Apoio da UTI você participou? ____
2. Como foi para você participar desse grupo?
3. Participar desse(s) encontro(s) fez você se sentir assistido pelos enfermeiros da UTI?
4. Você considera importante para a família do paciente internado em UTI receber esse tipo de ajuda dos enfermeiros? Por que?
5. Você se lembra de algum acontecimento durante a(s) sessão(ões) que você participou e que você considera que foi importante para ajudá-lo(a) a enfrentar a situação? Poderia descrever o que aconteceu?
6. Leia as alternativas a seguir e marque um X naquelas que incluem alguma experiência que você teve durante sua participação no grupo:
 - a() Durante a sua participação no grupo, você sentiu esperança de melhorar sua situação por ter visto outras pessoas que estavam vivendo situação parecida com a sua e estavam melhores que você, ou por ter ficado sabendo ou ter visto que outras pessoas resolveram problemas semelhantes aos seus, por ter visto que outros participantes melhoraram, ou que o grupo tinha ajudado outras pessoas com problemas iguais aos seus.
 - b() Participar do grupo ajudou você a ver que não era a única pessoa com o seu tipo de problema, ou que você estava vivendo a mesma situação que outras pessoas, ou que havia outras pessoas com alguns dos mesmos sentimentos e pensamentos ruins que você, ou que outras pessoas tinham os mesmos motivos de infelicidade ou confusão que você, ou que você não era muito diferente das outras pessoas.
 - c() Participar do grupo ajudou você a conseguir informações ou orientações sobre um assunto de saúde sobre o qual você queria saber, ou alguém no grupo (profissionais e ou outros membros) lhe deu sugestões ou conselhos sobre alguma coisa que você devia fazer, ou sobre um problema que você tinha.
 - d() Você sentiu que pertencia e era aceito pelo grupo, ou teve oportunidade para manter contato com outras pessoas, ou não se sentiu sozinho por muito tempo, ou sentiu que pertencia a um grupo de pessoas que o compreendiam e aceitavam.
 - e() A sua participação no grupo ajudou a compreender ou reconhecer que, às vezes, a vida é injusta, ou que não há como escapar da morte e de algumas dores da vida, ou que não importa quantas pessoas estejam perto de você, você deverá enfrentar a vida sozinho, ou que é você quem deve assumir a responsabilidade final pela forma como conduz sua vida.
 - f() Durante sua participação no grupo você teve oportunidade de ajudar outras pessoas que estavam passando por situação parecida com a sua e isso lhe deu satisfação, ou você colocou as necessidades dos outros à frente das suas, ou se esqueceu de você mesmo para tentar ajudar os outros, sentiu que ajudou alguém ou foi importante em sua vida.
 - g() O grupo lhe ensinou sobre o tipo de impressão que você provoca nos outros, ou sobre como você se relaciona com os outros, ou alguém do grupo lhe disse o que pensava de você, ou indicou alguma coisa que você faz (hábitos, atitudes ou comportamento) que incomoda as pessoas.
 - h() Você sentiu vontade de ser ou de agir como alguém que você conheceu no grupo, porque ela lhe pareceu mais tranqüila e mais ajustada que você, ou sentiu coragem para falar sobre alguma coisa da qual você tinha medo de falar depois de ver outra pessoa do grupo fazendo a mesma coisa.
 - i() O fato de ter participado do grupo ajudou você a melhorar sua habilidade em estar com as pessoas, ou a sentir confiança no grupo e em outras pessoas, ou a aprender como se aproximar de outras pessoas, ou a resolver suas dificuldades com alguém do grupo em particular.

APÊNDICE D

REGISTRO DAS SESSÕES DO GRAF

DATA: 13/12/2005

Início: 18:30 h

Participantes:

Carmem (irmã de Conceição - UTICI)

Vanda (irmã de Conceição - UTICI)

Elisa (irmã de Ana – UTICI)

A reunião teve início com cerca de 10 minutos de atraso por problemas na iluminação da sala. Coord. 1 e Coord. 2 se apresentam como pesquisadoras e agradecem a presença dos familiares. Coord. 1 faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar e solicita assinatura do TCLE. A seguir, pede permissão para gravar a reunião [**No momento da transcrição, a pesquisadora verifica que a qualidade da gravação ficou muito prejudicada, impossibilitando a compreensão. Assim, o registro a seguir foi feito com base nas anotações feitas pelas coordenadoras durante a sessão.**]

Abrindo as atividades do grupo, Coord. 2 fala sobre o motivo da disposição das cadeiras em círculo para facilitar o contato de todos e propõe o contrato do grupo: o grupo tem horário para começar e terminar, cada um pode falar sobre o que desejar sem temer censura ou rejeição, o atendimento a celular deve ser feito fora da sala, os participantes não devem comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo. As três participantes concordam com as regras propostas e mostram-se muito solícitas e disponíveis para participar da pesquisa.

Coord. 2 propõe que cada participante se apresente aos outros usando os objetos do sucatório espalhados sobre a mesa. Pede que cada participante escolha o objeto que achar melhor para expressar como está chegando ao grupo.

Vanda – demorou-se em frente à sucata, indecisa. Teve dificuldade de se definir e preferiu não escolher qualquer objeto, referindo que nenhum deles podia expressar o que estava sentindo no momento e que achava melhor falar sobre si mesma.

Coord. 2 – pediu que ela, então, iniciasse a atividade falando a todos como estava se sentindo.

Vanda – contou que sente medo e angústia, mas também tem esperança de ouvir notícias boas dos médicos sobre a irmã. Disse que todos os dias, a primeira coisa que faz é pedir a uma das suas filhas que ligue no hospital para saber notícias dela. *“Eu venho todos os dias, no horário da visita, mas não tenho coragem de entrar... porque eu não quero ver minha irmã naquela situação, cheia de tubos e... debilitada daquele jeito”*. Permanece do lado de fora e só participa na hora em que o médico reúne os familiares para dar informações sobre os pacientes. Fica esperando terminarem as visitas para falar com o médico e saber como a irmã está passando.

Carmem – escolheu um telefone. Conta que sente angústia e medo... A cada toque do telefone em sua casa sente medo de ser notícia ruim. Sua vida tem girado em torno da irmã doente [*enche os olhos de lágrimas*]. Liga para os amigos e também tem recebido muitas ligações, sendo isso que tem a ajudado passar esses dias.

Vanda – interfere para contar que tiveram uma experiência recente com a doença e morte de um irmão e, apenas 8 dias depois, a morte do marido de Carmem. Isso fez com que as 3 irmãs, incluindo a que está internada, se unissem mais e, agora, as 2 [*Vanda e Carmem*] sentem muito a ausência de Conceição.

Carmem – conta que faz parte de um grupo da 3ª idade e isso a tem ajudado muito.

Edinália – rapidamente escolheu um coração. Falou que o coração representava uma fase de mais alívio em que se encontrava, por causa da melhora da irmã, mas que ainda sente medo a cada ligação recebida... *“É um desespero!”* Mas entregou tudo nas mãos de Deus, pois sabe que *“ninguém vai antes da hora e ninguém nasceu para ficar pra semente”*. Tem uma religião e isso a consola.

Coord. 1 e Coord. 2 – fazem o processamento do material apresentado pelas participantes, identificando sentimentos de medo, angústia e esperança comuns às três.

Coord. 2 - reitera os objetivos do grupo como espaço para atendimento das necessidades familiares e pergunta sobre o que gostariam de conversar.

Edinália – contou que veio de Rio Verde, fica o dia todo no hospital e sente-se muito solitária. Relatou que achou bastante desagradável uma experiência que teve no banco de sangue, quando pediu a um doador presente que, caso não estivesse ali para fazer a doação para um paciente específico, doasse em nome de sua irmã, pois ela tinha que arranjar doadores para ela e não estava conseguindo. Foi repreendida pela atendente do banco e ficou muito chateada, pois acha que não estava fazendo nada errado uma vez que não estava tirando doador de ninguém.

Carmem – acha tudo bom.

Vanda – elogia a humanidade do segurança que faz o encaminhamento dos visitantes da UTIM para a visita aos parentes. Também elogia as informações dadas pelos médicos da UTI. Conta que todos os dias vem para conversar com os médicos, que lhe dão atenção e esperança; refere já ter criado vínculos [*“pegou amizade”*] com todos da UTI e sabe que eles estão fazendo tudo que a ciência pode oferecer. Diz que prefere vir para ouvir pessoalmente as notícias, pois considera a notícia dada por telefone muito fria e impessoal, destituída de calor humano, sem afeto. Fala que reza muito, pedindo a Deus uma nova chance para a irmã, mas fica em um dilema interno sempre que, na oração, diz *“Seja feita a*

Vossa vontade!”, pois, na verdade, torce para que seja feita a própria vontade. Diz também que ultimamente tem se esforçado para aceitar a morte da irmã, se essa for a vontade d’Ele. Encontra apoio quando conversa com as pessoas.

Edinália – também diz achar tudo bom no hospital. Elogia os médicos e o atendimento dado.

Carmem – pergunta por que os pacientes da UTI ficam sem roupa. Questiona se não faz mal, por causa do ar condicionado ligado direto, mesmo com a irmã estando com pneumonia.

Coord. 1 – explica, enfatizando que o fato de estar despido facilita a prestação de cuidados pelos funcionários, a troca de roupa quando necessária, o exame médico freqüente, mudança de decúbito, etc. Destaca que algumas vezes é preciso manter o paciente com pouca roupa para ajudar na regulação da temperatura corporal, além de ser difícil manter o controle sobre roupas variadas na UTI, bem como dispor de muita roupa para todos os pacientes pois há necessidade de trocas freqüentes.

Como os presentes se mostram satisfeitos e esclarecidos com essas informações, Coord. 1 e Coord. 2 pedem que eles expressem como estão saindo do grupo.

Edinália – de cabeça erguida

Carmem – bem, sem dúvida!

Vanda – melhor... Diz que é muito bom ter alguém pra conversar.

Coord. 1 agradece a todos, reforçando a importância da participação de cada um que compareceu e concordou em compartilhar seus sentimentos com os outros. Lembra a todos do contrato do grupo e convida para as próximas reuniões, destacando os dias, horário e local em que elas acontecem e se despede dos participantes.

DATA: 18/01/2006

Início: 18:35 h (5 minutos de atraso por dificuldade dos participantes em encontrar o local)

Participantes:

Renato (sobrinho do Sr. Pedro - UTIC)

Ângela (neta do Sr. Pedro - UTIC)

Roberto (filho do Sr. Pedro - UTIC)

Isabela (sobrinha do Sr. Onofre – UTIC)

Coord. 1 e Coord. 2 – se apresentam como pesquisadoras. Coord. 1 faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar, distribui o TCLE, faz uma leitura conjunta com eles e solicita a assinatura de quem aceita participar. Todos os participantes aceitam participar da pesquisa. A seguir, pede permissão para gravar a reunião, o que foi aceito por todos. **[Novamente, na hora de transcrever a sessão, devido à má qualidade da gravação, o registro foi feito com base nas anotações feitas pelas coordenadoras durante a sessão].**

Coord. 2 – propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, a liberdade de todos para se expressarem como e sobre o que desejarem, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo. A seguir, propõe que cada participante se apresente aos demais, dizendo quem é e como está chegando ao grupo.

Roberto – conta a história da doença do pai, a peregrinação pelo Hospital São Lucas, Liga de Hipertensão do HC e, finalmente, UTI cirúrgica. Relata que, antes, alternava o cuidado do pai com sua irmã, que cuidava dele durante o dia e ele durante as noites para que a irmã descansasse. Diz que gostou do atendimento do HC, mas não consegue entender porque o pai teve que ir para a UTI, para que serve uma UTI... Relata que tem sido o estio de sua família e sente-se cansado, sobrecarregado (*chora*), não sabe se “*vai dar conta de passar por essa situação*”.

Isabela – conta que é só ela que cuida do tio internado e é como se ele fosse seu pai. Relata que já passou pela experiência de estar hospitalizada na UTI de um hospital particular e que acha aqui muito melhor. Fala sobre o desconforto de estar internada em uma unidade onde as pessoas não respeitam o ambiente, fazendo barulho excessivo e contínuo, atrapalhando o repouso dos pacientes.

Todos os participantes concordam que o hospital (*HC*) e o pessoal que trabalha aqui são muito bons, melhores que em outras instituições.

Ângela – começa a falar, mas interrompe por causa do choro.

Renato – não quis falar.

Coord. 2 – reforça que o grupo é um espaço onde os familiares podem se sentir à vontade para falar sobre o que desejarem, expondo seus sentimentos, medos e dúvidas sem preocupação, pois o que for dito ali permanecerá entre os participantes.

Coord. 1 – lembrando as dúvidas manifestadas por Roberto, faz uma explanação sobre o que é UTI, suas finalidades, objetivos e forma de funcionamento, corrigindo conceitos emitidos pelos participantes. Reforça que o objetivo da unidade é a recuperação de pacientes graves ou de alto risco e que ela não é um lugar para onde os médicos mandam os pacientes sem chance de sarar.

Isabela – pede ajuda sobre como proceder para levar um fisioterapeuta respiratório para cuidar do tio na UTI, pois ele está precisando de um e os do hospital encontram-se de férias escolares, não havendo nenhum disponível para atender na UTI.

Coord. 1 – orienta que ela faça essa solicitação diretamente com a enfermeira da UTI, explicando a situação, sua facilidade em conseguir o profissional, já que sua filha também é fisioterapeuta e insistindo para que ela se posicione, enfatizando que este deve ser um direito dos pacientes e sua família.

O grupo mostrou-se bastante coeso e aberto para ouvir e falar de si mesmo. Os participantes consideraram que este espaço é importante para os familiares poderem falar sobre suas angústias e dúvidas, uma vez que isso nem sempre é possível em casa ou na UTI.

Coord. 2 – fazendo o encerramento do encontro, pede que os participantes pensem um pouco e digam como chegaram e como estão saindo, para ver até que ponto o grupo ajudou a cada um.

Renato – diz que chegou cabisbaixo e está saindo entendendo um pouco mais do que não sabia, que esclareceu muitas

de suas dúvidas.

Roberto – chegou assustado, mas gostou muito de participar. Sai mais aliviado e tranqüilo.

Ângela – chegou triste, sem entender o que era uma UTI, mas está saindo mais feliz e entendendo melhor o que é a UTI e porque o avô está internado lá.

Isabela – chegou preocupada, triste, angustiada; sai mais alegre e aliviada por ter conseguido se abrir um pouco.

Coord. 2 – faz o processamento do grupo, recordando os principais temas tratados no encontro e os sentimentos expressados pelos presentes. Faz a leitura do texto “Pipoca”, de autoria de Rubem Alves, agradece a todos pela presença e participação no encontro.

Coord. 1 – apresenta seus agradecimentos pela colaboração de todos e convida os presentes para os próximos encontros do grupo. Lembra a todos do contrato do grupo e despede-se dos presentes. A reunião encerrou-se às 19:40 h.

DATA: 20/01/2006

Início: 18:35 h

Participantes:

Leonel (filho do Sr. Pedro - UTIC)

Ilza (nora do Sr. Pedro - UTIC)

Dóris (filha de Nair - UTIC)

Roberto (filho Sr. Pedro - UTIC)

Fernando (filho Sr. Pedro - UTIC)

Nilda (irmã de Noel - UTIC)

Arlene (neta do Sr. Pedro - UTIC)

Jomar (neto do Sr. Pedro - UTIC)

Dilma (filha de Noel - UTIC)

Cristina (filha do Sr. Pedro - UTIC)

Mônica (nora do Sr. Pedro - UTIC)

Miriam (filha de Cibele – UTIC)

Telma (esposa Sr. Pedro - UTIC)

Carlos (esposo de Nair - UTIC)

Belinda (irmã de Cibele – UTIC)

Coord. 1 e Coord. 2 – se apresentam como pesquisadoras. Coord. 1 faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar, lê o TCLE e solicita sua assinatura pelos participantes. A seguir, pede permissão para gravar a reunião. Todos os participantes aceitam participar da pesquisa e permitem a gravação. [**O gravador queima ao ser conectado na tomada e o encontro passa a ser registrado somente por escrito pelas coordenadoras. As luzes da sala e o ar condicionado se desligam e o grupo precisa trocar de sala antes de começar.**]

Coord. 2 - propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, a liberdade para cada participante falar sobre o que quiser, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo.

Apesar de terem planejado fazer a apresentação dos participantes usando a técnica de papel em branco para que cada um escrevesse como está chegando ao grupo, durante a leitura e assinatura do TCLE, as coordenadoras perceberam que alguns dos familiares presentes tinham dificuldade para ler e escrever e poderiam ficar constrangidos. Assim, propuseram que as apresentações fossem feitas verbalmente pelos participantes, dizendo o que cada um estava sentindo ao chegar ao grupo.

Cristina – feliz pela boa evolução do pai.

Roberto – feliz com a melhora do pai.

Arlene – feliz pela melhora do avô.

Telma – feliz pelo esposo ter melhorado.

Ilza – feliz.

Fernando – contente por saber que o pai está recebendo um bom atendimento.

Mônica – disposição e curiosidade.

Jomar – esperança e fé.

Leonel – diz que está contente, mas tem medo de hospital, de gente morta e que perdeu um pouco desse medo há algum tempo, quando sua esposa esteve internada por vários dias aqui, no HC, e ele era obrigado a vir e até entrar sozinho no hospital para trazer-lhe roupas e alimentos.

Coord. 1 e Coord. 2 - explicam que o grupo é um espaço dedicado aos familiares, para que eles possam falar sobre o que quiserem, expor seus sentimentos, medos e dúvidas sem preocupação, pois o que for dito ali, permanecerá entre os participantes.

Roberto – pede orientação sobre a possibilidade de os visitantes transmitirem infecção aos pacientes durante a visita, contanto que hoje tinha estado na UTI na hora das visitas mas não entrou porque estava muito suado e teve receio de levar infecção (“contaminar”) para o pai. Apesar disso, falou com o médico no final das visitas e ficou mais aliviado com as notícias recebidas.

Coord. 1 – explica que a sudorese, por si só, não oferece risco de contaminação para o paciente, pois o visitante deve lavar as mãos antes de entrar na UTI e vestir uma roupa específica sobre a sua antes de se aproximar do paciente. Além disso, o familiar geralmente só encosta sua mão no paciente e, algumas vezes, o beija, e que quase não é possível abraçar o paciente acamado para encostar sua roupa na dele. Realça a importância da visita e do contato com o paciente não apenas para o visitante, mas também para o familiar.

Durante a fala de Coord. 1, chegaram os outros participantes que foram acolhidos por Coord. 2 e acomodados nas cadeiras. Após uma breve explicação sobre a pesquisa, o grupo, seus objetivos e finalidades, eles foram convidados a fazer uma breve apresentação de si mesmos, dizendo aos demais participantes quem eram e como estavam chegando ao grupo.

Carlos – refere estar chegando bem.

Dóris – com esperança.

M^a Raimunda – impressionada, mas com fé; está mais alegre.

Dilma – com certeza de que o pai vai ficar bom.

Miriam – apreensiva.

Belinda – angustiada, mas aceita que “seja feita a Vossa vontade”.

O grupo mostrou-se bastante coeso e disposto tanto a ouvir como a falar sobre si mesmo. Os participantes consideraram o espaço importante para os familiares poderem falar sobre suas angústias e dúvidas, uma vez que isso nem sempre é possível em casa ou na UTI. Evidenciaram o medo de perder seu parente internado, a necessidade de apoio e a importância da fé para enfrentar a situação.

Coord. 2 – faz o processamento desses sentimentos, falando sobre como deve ser difícil a experiência que todos estão vivendo, a necessidade de entendermos e aceitarmos que todos nós vamos morrer um dia e que isso não deve ser visto como o fim de tudo, pois os que ficam continuam vivos e precisam continuar sua vida. Reforça a fé como elemento que fortalece aqueles que crêem em Deus e diz que os que não acreditam devem buscar outras formas de ajuda para enfrentar a crise.

Devido ao fato de já serem 19:45 h, as coordenadoras optam por não fazer uma avaliação individual da atividade com os participantes, pedindo que alguém dissesse como estava saindo do grupo.

Roberto – elogia a atividade, diz que já é a segunda vez que participa e que está saindo mais aliviado por ter falado o que sentia.

Os outros participantes concordam com sua avaliação e agradecem pela oportunidade de terem participado, considerando que a atividade deve continuar sendo realizada uma vez que ajuda muito a família nesta hora difícil.

Coord. 1 – apresenta seus agradecimentos pela colaboração de todos e convida os presentes para os próximos encontros do grupo. Lembra a todos do contrato do grupo e despede-se dos presentes. A reunião encerrou-se às 19:50 h.

DATA: 23/01/2006

Início: 18:40 h

Participantes:

Cristina (filha do Sr. Pedro - UTIC)	Janete (nora do Sr. Pedro - UTIC)	Tiago (genro do Sr. Nivaldo - UTIC)
Cláudia (neta Sr. Pedro - UTIC)	Melissa (esposa Sr. Osvaldo - UTIC)	Joana (filha do Sr. Nivaldo - UTIC)

Coord. 1 e Coord. 2 se apresentam como pesquisadoras. Coord. 1 faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar, lê o TCLE e solicita sua assinatura pelos participantes. Todos os participantes aceitam participar da pesquisa. [**A sessão foi registrada por escrito pelas coordenadoras, pois não havia um gravador disponível no momento**].

Abrindo as atividades do grupo, Coord. 2 propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo.

Conforme o planejado, as coordenadoras propõem fazer a apresentação dos participantes usando a técnica de cartões coloridos para que cada um escolha uma cor que mais represente como está chegando ao grupo. Os participantes concordam com essa proposta e se levantam para ir até a mesa escolher seu cartão. Em seguida, as coordenadoras solicitam que cada um se apresente e diga por que escolheu aquela cor para expressar como estava chegando ao grupo naquele dia.

Melissa – cartão verde – significando esperança. Diz que sente uma dor, um aperto no coração, angústia. Sabe que o problema do marido é sério e grave. Fala que Deus sabe que ela dá conta desse fardo, mas que, se seu esposo “se for”, vai ser uma perda muito grande para ela. Entretanto, confia que “Deus proverá” e isso lhe dá força.

Todos concordam sobre o quanto é difícil ter uma pessoa querida doente grave e falam, de forma unânime, que Deus é a força com que podem contar.

Joana – cartão amarelo forte – esperança. Ninguém aceita a morte numa boa... sabemos que ela existe e uma hora vai acontecer, mas não aceitamos.

Cristina – cartão verde – esperança. Dói demais, já não estou suportando... Fico meio confusa, choro... sinto até dor no corpo. Porque gosto demais da minha família e quando tem alguém doente, eu não tenho alegria para nada... Dá uma tristeza... dor de cabeça...

Melissa – mesmo que eu não queira, na hora da doença, eu me fecho.

Janete – cartão verde - esperança.

Cláudia – cartão verde - esperança.

Tiago – cartão verde - esperança.

Coord. 1 e Coord. 2 - falam sobre o grupo enquanto oportunidade para que os familiares possam falar sobre seus sentimentos, angústias, medos e dúvidas sem preocupação, enfatizando que o que for dito ali, permanecerá entre os participantes. Fazem o processamento da atividade, destacando o valor da família para todos os presentes e a importância da união para enfrentar as situações difíceis da vida. Lembram que a morte faz parte da vida e ninguém deve colocar sobre si a responsabilidade pela recuperação do paciente, e que cada um faz somente o que pode para colaborar, não devendo exigir de si mesmo mais do que pode dar. Referem que não deve haver cobrança por parte dos familiares quanto ao quanto cada um está fazendo, pois certamente, todos estão afetados em um grau próprio para cada um e são capazes de contribuir de formas diferentes. Destacam que mesmo daqueles que parecem não estar fazendo nada, contribuindo em nada para a situação, não adianta ficar cobrando atitudes, pois se eles não quiserem colaborar não será a cobrança dos parentes que fará com que eles colaborem. Além disso, quem cobra fica mais estressado ainda, pois além da preocupação com o paciente, ainda se ocupa em ficar checando o que cada um fez ou deixou de fazer. Porém, de modo geral, em uma situação grave como esta, de ter um parente internado em uma UTI, geralmente todos os familiares são afetados e se dispõem a dar a sua colaboração, da forma como podem e que esta união em torno do mesmo objetivo é fundamental para dar apoio e suporte ao grupo familiar como um todo.

Após esta fala, as coordenadoras abrem a palavra aos participantes para que eles possam expressar outras formas de pensar ou dúvidas que ainda tenham sobre algum tema de seu interesse. Como nenhum deles quer falar nada, Coord. 2 inicia a avaliação do encontro, solicitando que cada participante diga, em poucas palavras, como está saindo do grupo.

Melissa – bem... mais aliviada.

Janete – é bom falar... a gente desabafa, fica mais leve...

Cristina – mais animada.

Cláudia – com mais esperança.

Joana – com o coração apertado por saber que está chegando a hora de ver o pai na UTI.

Tiago – pude ver que não é só nós que passamos dificuldades.

Todos os participantes fizeram uma avaliação positiva da utilidade do grupo para os familiares, reforçando que ele deve continuar existindo como uma forma de apoio para os parentes dos pacientes, para que eles possam falar sobre seus medos, ter com quem conversar e poder ver que outras pessoas também estão passando pela mesma situação que eles.

Coord. 1 – apresenta seus agradecimentos pela colaboração de todos e convida os presentes para os próximos encontros do grupo. Lembra a todos do contrato do grupo e despede-se dos presentes. A reunião encerrou-se às 19:40 h.

DATA: 27/01/2006

Início:18:40 h

Participantes:

Luana (esposa de Batista - UTIC)

Neusa (irmã de Maria – UTIC)

Márcia (filha de Alberto – UTIC)

Mariana (filha de Batista – UTIC)

Tônia (vizinha de Maria – UTIC)

Maristela (esposa de Alberto – UTIC)

Gilberto (pai de Ricardo – UTIC)

Jonas (sogro de Maria – UTIC)

Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Jonas (cunhado de Maria – UTIC)

Sônia (irmã de Maria – UTIC)

Após esclarecimentos sobre a pesquisa, assinatura do TCLE e apresentação do contrato do grupo, as coordenadoras pedem permissão para gravar o encontro, o que foi aceito por todos. Coord. 2 propõe uma atividade para apresentação dos participantes distribuindo aos participantes um círculo de papel branco e canetinhas coloridas ou lápis de cor para que cada um colocasse no papel uma representação de como estava chegando ao grupo hoje. Enquanto isso, chegaram outros três participantes, que foram rapidamente informados sobre a pesquisa e sobre a atividade em andamento para que também pudessem participar. Quando todos já haviam terminado, começou a apresentação:

Jonas – [carinha rindo] eu vim aqui hoje, pra essa reunião com minha família pra ver se Deus ajuda, né, que chegar as notícias ela tá boa, né? A carinha... pra mim ela tá boa, eu tô me sentindo bem.

Tônia – sou vizinha da Maria, gosto muito deles... e tô aqui pra compartilhar a dor do outro... porque gosto muito da Maria.

Sônia – eu tô... muito triste... [chora]. Eu oro, peço a Deus por ela toda hora, todo minuto... para devolver a saúde pra minha irmã porque antes dela vir pra UTI, falou que estava com medo de ir pra lá. Eu tô com medo... Então eu tô com essa carinha hoje, mas tenho fé em Deus que, na próxima reunião esse rosto aqui vai tá diferente... eu confio nEle... no próximo eu vou tá sorrindo...

Luana – Ah! Eu tô sentindo quase tudo, né, de ver o véio daquele jeito lá... e praticamente não tô sabendo direito que que aconteceu com ele... os médico me falou, mas tô angustiada, não sei como está o meu esposo...

Mariana – Minha carinha tá um pouco triste, um pouco chorosa, porque... por causa desse pobrema, né, porque meu pai fez já 3 vezes a mesma cirurgia e tá tendo rejeição, então a gente tá um pouco preocupada... mas antes dele tá nas mãos dos médicos, ele tá na mão de Deus, então a gente tem que tá confiante, mas a gente não deixa de tá preocupada.

Gilberto – eu tô bem. Eu tô com o meu filho internado aí, mas eu tô muito bem. Graças a Deus, eu espero sair dessa bem, né?

Neusa – [carinha sorrindo] triste, mas eu tenho certeza que Deus tá cuidando dela...

Jonas – essa aqui é a minha figura, um pouquinho derrubada, porque tô passando com dor no coração. Mas, no momento, eu tô satisfeito. Mas eu digo que tô passando porque tô com a minha nora internada, mas tô satisfeito porque tá em boas mãos, com médicos eficientes, com toda a equipe que dá assistência... tô muito satisfeito, tenho fé no tratamento, tenho muito que agradecer... Quero agradecer essa recepção aqui que vocês tão fazendo pra nós... meu recurso é pouco, mas meu coração é enorme. No momento tô satisfeito de tá aqui.

Márcia – eu tô visitando meu pai Abenair... meu rosto hoje... um pouco na expectativa, um pouco assustado... Graças a Deus foi bem a cirurgia... A gente fica um pouco assustada, né, porque nunca passou por isso, né, mas... coisas da vida... eu tô um pouco assustada!

Maristela – isso é coisa da vida, né, a gente tem que confiar em Deus e nas pessoas que... que tá lá junto, né? Tem pessoas, né, que... que pode, né fazer... quando não faz é porque não deu conta de fazer, né? Então, eu confio em Deus e no pessoal aqui, né? A gente... não é por causa das coisa que a gente enfrenta na vida da gente que a gente vai ficar triste, né? Então... vamos correr atrás, vamos pedir, né? O governo tá aí pra nos ajudar, né, porque nós não... já pensou se nós for fazer uma cirurgia dessas do meu esposo, né? Nós não dá conta! Então a gente tem o apoio total, né, do... do hospital, né, de todo mundo, né, a gente... fica na expectativa, né, que tá tudo bem, que podem cuidar de seu marido... Com esperança.

Dionízio – eu confio em Deus, gosto muito da medicação... tô com esperança, confiante no tratamento que que tá sendo feito pra minha filha, que ela tá recebendo... E... outra coisa, Deus é que dá força pra gente, porque se Ele tem o dom de fazer uma cura... porque a gente fica desesperado... a vida dela... Deus é que sabe, né?

Coord. 2 – mostra a semelhança entre os sentimentos manifestados por todos, enfatizando medo, dúvida, insegurança e a angústia por ter alguém querido internado em uma UTI. Esclarece que o objetivo do grupo não é dar conselhos, e sim conversar sobre o que estão sentindo.

Coord. 1 – fala sobre a semelhança entre os sentimentos manifestados pelos participantes.

Neste momento, chegam mais três familiares e, pelo adiantado da hora e da reunião, são convidados a entrar e sentar. Como não tinham participado desde o início, ficam mais calados, ouvindo os outros participantes.

Coord. 2 – verificando as horas, informa ao grupo que faltam apenas 5 minutos para começar o horário de visita. Conclui o processamento da atividade, falando sobre a mensagem que o grupo deixou para cada um: a fé. Relembra uma

participante do 1º encontro, que relatou seu dilema ao rezar o Pai Nosso, no momento em que a oração diz “seja feita a Vossa vontade” e que às vezes, a nossa vontade é diferente da Dele. Pede que Coord. 1 fale um pouco sobre o que é a UTI, e para o que ela serve.

Coord. 1 - informa que a unidade é destinada ao cuidado intensivo de pacientes que precisam de observação e cuidados o tempo todo. Orienta a todos sobre a necessidade de modificar sua impressão sobre a UTI: ao invés de imaginar a UTI como um lugar para onde vão os pacientes que estão morrendo, saiam dali pensando que o paciente vai para a UTI exatamente para tentar livrá-lo do risco de morte, ou seja, receber todos os cuidados e tratamentos disponíveis para ajudar na sua recuperação. Informa também que todos os recursos necessários são usados, mas que, infelizmente, não eles não fazem milagres, que só podem ser feitos por Deus. Sugere a todos que, mesmo se não for possível evitar a morte, que eles se sintam mais confortados por saber que tudo que era possível foi feito pelo seu parente.

Coord. 2 – propõe avaliação do encontro, pedindo que cada um diga, em uma palavra, como está saindo do grupo hoje.

Tônia – pra mim, é um momento de alegria. Gostei da palestra, do carinho, do apoio... de ter participado aqui. Vamos confiar no Todo Poderoso! Eu não fui lá, mas pelo jeito, os médico, as enfermeira tão fazendo de tudo pra manter a saúde da Maria. Então, não é falta de apoio, não é falta de remédio...

Sônia – [não quis falar].

Jonas – eu gostei da palestra. A gente sai até mais aliviado, né?

Luana – achei bom, porque aqui a gente tá se tornando uma grande família, né? Todo mundo de nomes e setores diferentes, mas com os mesmos problemas e as mesmas dificuldades... porque é nessa hora que a gente vê o tanto que a gente é frágil. Por mais que a gente tenta ser forte, a gente se encontra fraco pra passar fortaleza pra pessoa que tá lá dentro, e não adianta a gente entrar lá choroso, triste, porque a pessoa que tá lá, tá esperando a gente chegar com uma cara de mais esperança, esperançosa, e a gente chega derrubadinho... e aí eles fica mais derrubado quando a gente sai. Agora, quanto ao atendimento lá dentro, no caso do meu marido, eu tô achando que tá tendo muito pouca informação, porque ele já passou 3 dias, 3 cirurgia... refez a mesma cirurgia já duas vezes... e a gente pergunta o médico e ele só fala assim: “*Tá indo, tá bom, acho que agora deu certo...*” Então, eu acho que tá faltando mais um pouco de comunicação dos médico com os familiar dele.

Mariana – foi bom pra ver que todo mundo aqui está passando pelas mesmas dificuldades, está frágil... mas acho que está faltando um pouco de informações sobre meu pai. O médico dá poucas informações e sem objetividade.

Coord. 1 – orienta para que ela peça ao médico que explique melhor o que está acontecendo com seu pai, pois é direito da família ser informada sobre o estado do paciente.

Gilberto – eu também achei muito importante, porque aqui a gente vê muita gente que está vivendo a mesma situação, o que a gente tá passando a gente vê outro que tá passando também... mas com fé em Deus, nós chega lá... É muito importante, porque conversa com a gente, explica pra gente... E eu tô pedindo a Deus, não é só pra mim, é pra todos aqui, e com fé em Deus, vai dar tudo certo!

Neusa – [não quis falar].

Jonas – eu acho que esse momento aqui é mais uma emoção que eu tenho... de vocês abrir essa sessão pra gente poder participar, porque... a cultura é pouca, mas o peito tá explodindo... tá sentindo uma coisa... Eu fiquei muito satisfeito e agradecido pelo atendimento recebido, embora uma dor... mas não aqui, aqui eu tô satisfeito... a gente tem dois coração...

Márcia – gostei também do momento aqui, mais tranqüila também, agora, e é muito importante esse suporte aqui agora pra acalmar a gente um pouco, porque... quando você chega e vai direto pra UTI, é difícil, né? Muito bom!

Maristela – eu também gostei muito, porque... a gente nunca se sente sozinho, né, tem muita gente igual... a gente pensa um coisa e quando a gente chega vê que tem gente igual... Então tem alguém pra nos orientar, né, pra nos ajudar nas hora... pra nos fortalecer... o nosso organismo mesmo, né, então... se fosse outras pessoas, nem num tava preocupada com nós... mas, graças a Deus, tem vocês, né, pra nos ajudar nesse momento... e vocês tá ajudando!

Dionízio – eu fiquei muito satisfeito [chora]...

Coord. 2 – pede que todos se levantem, fechem os olhos, façam o ar entrar no peito pelo nariz e soltem pela boca e repitam isso algumas vezes. Depois esfreguem uma mão na outra para gerar energia e, quando ela contar 3, que cada um coloque suas mãos no local do corpo onde eles acham que está mais necessitado de saúde e sintam a energia positiva entrar no corpo.

Coord. 1 e Coord. 2 - agradecem a todos, lembrando o dia, horário e local das reuniões e se despedem dos participantes. Coord. 2 vai acompanhar os visitantes até a UTIC e Coord. 1 vai até a UTIM para informar enfermeiro e auxiliares de enfermagem sobre o pequeno atraso na entrada dos visitantes e pedir que o horário de visita não seja penalizado por isso.

DATA: 30/01/2006

Início: 18:30 h

Participantes:

João (amigo de Feliciano - UTIC)

Neusa (irmã de Maria – UTIC)

Rui (cunhado de Maria – UTIC)

Joaquim (esposo Feliciano - UTIC)

Sônia (irmã de Maria – UTIC)

Aurora (irmã de Maria – UTIC)

Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Coord. 1 faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar e solicita assinatura do TCLE. A seguir, pede permissão para gravar a reunião. Abrindo as atividades do grupo, Coord. 1 propõe que sejam feitas as apresentações de cada um dos presentes. **Coord. 2** propõe que cada um diga seu nome e diga, em poucas palavras “como estou chegando no grupo hoje”.

• **João** – eu tô aqui pela primeira vez, é... na reunião aqui, porque eu nem sabia... é...eu tô aqui pra aprender e entender um pouquinho... Tá tudo bem, graças a Deus, tô tranqüilo!

Joaquim – eu tô aqui, participando dessa reunião, minha esposa tá internada na UTI... Pra ver se... conversar, tal...

Sônia – eu sou a Sônia, né, vocês já me conhece... igual no primeiro dia, né, que eu tava assim [mostra a carinha chorosa

que havia desenhado no encontro anterior], né, e eu falei que no próximo dia eu ia tá assim [mostra um sorriso), né? Então, Deus ouviu, né, o que eu pedi pra Ele, minha irmã hoje fez a cirurgia, e ela tá passando bem... O médico falou que o estado dela é grave, mas mudou, né? Reagiu bem, o médico veio até a gente muito feliz, falando que o nosso Deus é muito forte, que era só Deus mesmo pra ter feito a mudança que fez nela. E se Deus ajudar, ela vai melhorar mais ainda! Mas eu queria mostrar que eu tava assim [mostra a carinha chorando] no primeiro dia e hoje eu tô assim [sorri]

Rui – é a 1ª vez que eu estou aqui junto com vocês... a Sônia me falou que isso é pro doutorado de vocês, né, e isso é muito bom... Eu sou bacharel também, em teologia, e... é muito bom o que vocês estão fazendo aqui, porque realmente quase não há divulgação entre o familiar, no caso, e o hospital, né, pra que nós possamos, juntos, chegar em algo pra reanimar a família, no caso, né, porque realmente a família fica muito abatida, né, com o problema da irmã dela [Sônia – sua esposa e irmã da paciente], e eu tô sempre falando com ela, incentivando ela, incentivando eles porque... nós sabemos que há um Deus que realmente é o que zela por cada um de nós, né? Porque pra Deus nada é impossível e nós crê nEle e com certeza Ele tá aí pra fazer a diferença e é o que Ele vai fazer na vida da Maria

Coord. 1 – e o senhor, Sr. Dionízio?

Dionízio – eu tô muito otimista porque... antes de ontem, eu não falei nada, mas eu fiquei muito abatido por ela! Hoje já deu uma leve... o médico falou que hoje tá melhor... e eu peço a Deus que ajude não só ela, mas a todos que tá aí, né, eu peço pra todos! E... eu fiquei muito otimista hoje com o que o médico falou pra mim que houve melhora... a gente tem muito que agradecer a medicina e Deus.

Coord. 1 – e você [olhando para Aurora]? Você é irmã, também?

Aurora – [balança positivamente a cabeça]

Coord. 1 – quer falar?

Aurora – [chora – não consegue falar]

Coord. 1 – pode ficar à vontade... não precisa de... Você quer falar, Neusa? Deixe ela se recuperar um pouco.

Neusa – eu também tô muito otimista depois de ontem, né... não, depois de sexta-feira, porque eu todos os dias tava vindo aqui pra saber o boletim dela com meu e minha mãe. Aí, quando foi sexta-feira, a gente teve uma surpresa muito grande...

Coord. 1 – sexta?

Neusa – não, sábado pela manhã... a gente fez uma oração muito forte sexta e quando foi sábado pela manhã já tava a urina dela normal. Falei: *“Mãe, isso aí já é um bom sinal! Vamos aguardar que vai vim melhores sinais agora”*. Aí, foi... só foi melhorando o caso dela... Foi a pressão melhorando, foi a febre que acabou... Aí, eu fiquei muito feliz! Graças a Deus!

Sônia – e ela tá passando bem?

Coord. 1 – eu estive lá na UTI agora, mas ela ainda estava meio anestesiada, querendo abrir o olho... voltando da anestesia.

Neusa – A gente agora tá preocupada com a pressão dela, que abaixou e parece que os rim também tava... né, meio parado. Então, a gente tá preocupado!

Coord. 1 – é, não resta dúvida que é uma situação muito delicada...

Neusa – é...

Coord. 1 – é como vocês falaram, ela continua grave, mas ela parece que começa a mostrar sinais de que está respondendo ao tratamento...

Neusa – Se Deus quiser, ela vai responder ao tratamento... A gente tá muito feliz! E a reunião tem ajudado bastante a gente!

Coord. 1 – que bom!

Coord. 2 – foi bom, então?

Neusa – [balança a cabeça afirmativamente] apesar que a gente tava muito triste o primeiro dia, né?

Coord. 1 – mas é assim mesmo... Quando a gente está triste, às vezes até ela é mais importante, porque a gente precisa de falar com alguém, né?

Neusa – o meu esposo não veio porque ele ficou com as crianças. Tem muita criança pra ele olhar... nossos filho tudo aqui [olha para as outras irmãs presente, indicando que ele ficou tomando conta das crianças de todas elas].

Aurora – a chorona, né? [ri].

Coord. 1 – mas aqui é o lugar certo para chorar... pode ficar à vontade!

Aurora – Eu sou Aurora, vim vê se ela tá melhor, porque... [choro].

Coord. 1 – a emoção é muita, né?

Aurora – Porque eu vi ela antes da cirurgia, sabe, e o médico falou pra mim... Agora, depois da cirurgia, ela tá melhorando... Pensei *“Ela entrou de um jeito e saiu de outro”*. Até mesmo o médico falou pra mim *“Olha, Dona Maria...”*, falou pra minha mãe, *“Ela entrou de um jeito e saiu melhor...”* Até pra sair, ela não saiu correndo igual da outra vez, saiu andando pelo corredor, calminha.

Dionízio – a gente toma um susto... mas, graças a Deus... a gente é uma família, é... é uns dando força pros outros... Mas assim, muito...

Coord. 1 – então, o coraçãozinho do senhor já está treinado, né?

Dionízio – meu coração não tá treinado, ele tá assim, abatido, né?

Coord. 1 – vai cansando...

Dionízio – eu não tenho inimizade com ninguém, né? Pra mim, todo mundo é meu irmão... Ainda sempre falo, eu, de tanta confiança que eu tenho em Deus... tem gente que... Eu gosto da amizade e de união.

Coord. 2 – isso mostra que o senhor é muito bom, né? Isso mostra pra gente que o senhor é uma pessoa muito nobre, muito generosa! E o senhor traz outra coisa pra gente, que é a questão da família, né, da importância que a gente dá...

Dionízio – eu só sinto que eu não ter leitura, estudo...

Coord. 2 – mas teve outra coisa que a gente não aprende em escola nenhuma...

Dionízio – não tem nada a ver com estudo.

Neusa – meu pai fazia reuniões com a gente, na mesa, tinha uma mesa oval, assim, sentava assim, reunia... até os treze ano fazia essas reunião... Falava sobre a família, o que tava errado, o que tava certo...

Coord. 1 – então, essas coisas que o senhor aprendeu, só a vida ensina, nenhuma escola ensina. O senhor aprendeu mais do que muita gente que vai na escola...

Dionízio – isso é porque a gente... caça jeito de saber alguma coisa a mais, né?

Coord. 1 – essa é a grande sabedoria da vida!

Dionízio – eu, de coração, vim aqui é um remédio bom demais pra gente!... Mas eu creio muito em Cristo, em Deus, muito! Minha fé é viva e tudo que eu peço a Ele, ele me dá. E não é correndo, porque Deus dá as coisa pra gente não é correndo, porque se correr, Ele não dá não.

Aurora – eu sou igual meu pai...

Dionízio – esse negócio de... pegou, isso aqui é meu, não! Ele dá conforme a gente merece! O castigo dEle é perfeito. Ele dá coisa boa e dá aquelas coisa pra experimentar a gente, pra gente ter fé em Deus. Porque a fé que manda tudo. Então, se não tem fé, aí...

Coord. 2 – olha o quanto que foi rico esse momento! A gente falou de várias coisas, coisas demais! Primeiro chegam aqueles dois ali [João e Joaquim – familiares de Feliciano], pela primeira vez, querendo saber, né, ter um conhecimento. Aí, já ganhou muito aqui, não é?

Joaquim – é... já sim.

Coord. 2 – estão passando por momentos diferentes, não é, são pessoas diferentes, mas que estão vivenciando uma mesma situação, que é de ter alguém internado. E aí a gente vê que assim, que a forma como ele está enfrentando é a mesma que o outro está, né? Às vezes, eu estou abatido e outro também está. Dentro da própria família, ou não. Porque, às vezes, um está mais abatido e o outro mais fortalecido e vai ajudando os outros a enfrentar esse momento. Outra coisa que a gente falou foi sobre fé. Vocês trouxeram aqui que é muito importante, nesse momento, independente da religião que você compartilha...

Dionízio – não, religião é... toda religião é religião.

Coord. 2 – eu estou falando é isso, Sr. Dionízio. E tem que pode estar nesse grupo e será bem vindo da mesma forma que os outros, mesmo que não acredite, que não acredite em Deus, em Jesus, em fé... Mas, independente disso, eles também serão atendidos da mesma forma... O importante é a gente pensar que são diferentes pessoas, né, passando pela situação que a gente. Por exemplo, vocês [olhando para a família de Maria], encontraram na fé uma forma de fortalecer, né? E isso ajuda? Ajuda muito!

Coord. 1 – qualquer que seja a forma que a gente encontre para ganhar forças nesses momentos de dificuldade, isso é importante! E a gente encontra essa força de muitas maneiras. O que a gente propõe aqui, hoje, é exatamente isso, é uma forma de ajudar vocês. O que a gente pode fazer para ajudar vocês é oferecer o nosso ouvido, não é, e um pouco do nosso conhecimento.

Aurora – eu posso te contar um sonho que eu tive com a minha irmã? Foi no dia que ela passou mal e foi pra UTI, sabe? Eu não dormi de noite; eu pouquinho de sono que eu tive foi de manhãzinha, e eu sonhei com ela. Minha mãe tava na porta da cozinha, fazendo não sei o que, e na porta da cozinha tinha um monte de pedra, sabe. Ela falou assim “*Aurora, você que tem muita fé, você vai pegar aquela pedra ali e vai fazer uma oração junto dessa pedra e vai pôr essa pedra em cima da minha operação que eu vou ficar em pé*”. Desse jeito pra mim, sabe? Aí, eu acordei, fiquei assim lembrando “*Que pedra é essa que ela mandou eu pegar?*” Eu não sabia que pedra era, sabe? Eu fiquei com aquela imagem... [chora].

Coord. 1 – pode chorar, Aurora, não se preocupe, não.

- **Joaquim** – no meu modo de ver, se levar pro lado da bíblia, a bíblia chamava uma pedra se chama pedra angular. Essa pedra angular se chama Jesus.

Aurora – [mostrando uma imagem de santo na mão] pois é, e eu tô com essa imagem lá em casa. Aí, ontem eu peguei nela e lembrei. Parece do mesmo tamanho que eu vi no sonho, o mesmo peso, sabe? Aí, a minha irmã tava com a pressão baixa... Assim, eu penso que na minha fé, porque todo mundo participou, né?

Coord. 1 – claro...

Aurora – pedindo a Deus, né? O dia que a minha irmã tava aqui, tava... eu vim cá vê ela, ela tava toda inchada, com a pressão baixa, não tava urinando... Eu vim, eu queria por em cima da operação, mas não podia [chora]... Eu fui, chamei Deus, sabe, pedi que Nossa Senhora desse... a saúde pra ela. Quando foi no outro dia, ela amanheceu fazendo xixi normal e a pressão dela tinha aumentado. Eu acho que foi isso, foi a minha fé! Ela veio no meu sonho, avisando, sabe? Por causa desse aqui, ó [mostra a imagem de santo que ela tem na mão], por causa desse aqui. Ela me deu esse aqui por causa que eu tenho muita fé em Deus, quando eu tivesse passando por dificuldade era pra mim orar, sabe? Eu acho isso...

Coord. 1 – então, independente do tipo de religião que a gente professe, independente do tipo de fé que a gente tem, o mais importante é passar uma energia positiva para a pessoa que está doente. E quando a gente fala em energia positiva, a gente está falando da presença, do segurar na mão, falar ao seu ouvido... A gente não sabe se está ouvindo, mas se ela estiver, vai fazer tão bem para a pessoa!. E, às vezes, a gente tem receio, né, o familiar tem muito essa coisa assim, de chegar perto... tem tanto aparelho, tanto tubo, tanto fio ligado que tem medo até de encostar... Não tenham medo não, cheguem perto, junto, ponham a mão nela...

Neusa – mas e se ela abrir o olho? Eu morro de medo...

Coord. 1 – não precisa! Se ela abrir o olho é sinal que... ela vai achar bom demais! Não tenha medo! Ela precisa muito, com certeza! Significa que ela está percebendo sua presença e talvez até a ouça. Isso vai lhe fazer um bem enorme! O paciente precisa saber que ainda é querido pela sua família. A gente percebe o quanto as famílias são unidas nesse momento de dor, como isso fortalece a família, une as pessoas da família. Algumas vezes acontece até de alguns membros que eram brigadas e, num momento de dor, assim, fazem as pazes, voltam a conversar e isso é uma coisa boa! É preciso a gente pensar que todo mal tem um bem associado e a gente precisa aprender a ver esse lado das coisas e explorar isso.

Sônia – isso que você falou aí de gente que tava brigado e depois... Na minha casa, na minha família tinha... Com essa enfermidade da minha irmã, a gente pôde ver, né? Ela [indicando Aurora] mais uma sobrinha minha e a mãe dela voltaram a conversar. Porque elas não conversava mais. Tinha mais ou menos... um ano...

Aurora – ih! Tem muito tempo...

Sônia – uns três a quatro anos, acho. Então, elas encerraram mesmo a conversa...

Aurora – não, eu não tenho raiva dela! O negócio, igual eu falo, não tô justificando não... Às vezes eles pensa que eu tô justificando, mas não estou!

Sônia – aí, acontece essas coisa, né, aí acabaram de unir...

Aurora – ela brigou com a família, eu não sei porque, ela virou a cara pra mim. Aí, no dia que a Maria ficou passando mal, eu vi a angústia dela, né, aí eu pensei assim “*Não é justo eu ficar calada, sabendo que a minha irmã tá do jeito que tá*”. Aí, eu fui lá, chamei ela e falei pra ela... falei “*Ó, você não tá conversando comigo, mas eu vim aqui te falar como é que tá a Maria*”. Aí, ela foi conversar comigo, falou “*Não, vamos ter fé em Deus, que ela ia sair dessa...*” foi assim! Eu fiz a minha parte.

Coord. 1 – isso acontece muito, porque a dor une as pessoas.

Sônia – mas aí que tá, quebrou o aço, né, que tava...

Rui – mas aí, ela [Aurora] colocou em prática algo que eu creio que todo ser humano tinha que ter: se chama humildade...

Aurora – é, porque eu vi que ela não chegava em mim porque ela tava com vergonha. Ela ficava de longe assim, olhando pra mim e querendo chegar, né? Aí, eu falei “*Não, eu vou lá falar com ela, porque não é justo eu tá sabendo...*”, porque ela tava angustiada, até chorar ela chorou, que eu fiquei sabendo!

Sônia – sabe, ela gosta muito da madrinha...

Aurora – aí, eu peguei eu cheguei nela e falei o que que tava acontecendo com a Maria, “*Nós vamos juntar aqui e pedir a Deus pra Maria melhorar*”, né?

Coord. 2 – da mesma forma, como tem católico, evangélico... nesses momentos, a gente não tem que fazer distinção, preconceito, desunião... pelo contrário, tem que haver união

Coord. 1 – até porque, a gente percebe que em cada família, cada um faz alguma coisa, cada um pode dar de si uma coisa diferente. Precisamos tentar enxergar o que as outras pessoas estão fazendo; não adianta cobrar das pessoas o que elas não podem dar, ou que elas façam o mesmo que você, porque cada um é um, cada um sofre de um jeito e sabe reagir à dor do seu jeito, e uns dão força pros outros nos momentos e das formas mais variadas. Enquanto um vem ao hospital e toma a frente, decide e tudo, tem alguém que fica em casa para ela poder vir pro hospital. Enquanto ela vem pro hospital, tem outro que faz a comida, tem outro que lava a roupa, tem outro que vai pro banco pagar as contas... Cada um faz uma coisa! E tem alguns que não dão conta de fazer nada!... Mas, às vezes, ficam junto. Uns preferem fazer as tarefas da casa e cuidar da família, mas não gostam ou não dão conta de cuidar do doente. Então, cada um participa do seu jeito, de forma a ajudar a família como um todo a sair desse momento de sufoco, porque ninguém suporta ficar muito tempo nesse sofrimento sem encontrar um jeito de aliviar um pouco a angústia, nem que seja chorando, ou conversando entre si. Essas coisas são muito importantes! Quando a gente encontra outras pessoas que estão passando as mesmas dificuldades, a gente vê que não é só a gente! As vezes a gente vê o problema da gente tão grande que acha que somos só nós que estamos passando aquela dificuldade... E não é! Então, quando a gente propõe reunir vocês aqui é tentando dar um espaço para que possam trocar informações e experiências. Um escutando o outro contar o que já passou, ou que está passando e o que fez para conseguir sobreviver até o momento... isso pode ajudar alguém que está começando agora.

Neusa – essa reunião é só pra gente da UTI?

Coord. 1 – é, no momento é. Porque a gente não pode fazer um grupo com todo mundo do hospital, porque senão, a gente teria que fazer em um auditório e aí não é grupo, porque a gente não teria como fazer para cada um falar um pouquinho sobre o que está passando e como está se sentindo... E a gente escolheu o pessoal da UTI porque a gente trabalha nesta área há muito tempo e porque quando o paciente está na UTI, a família geralmente fica mais angustiada ainda do que quando está na clínica!

Aurora – só de falar que tá na UTI já pensa que tá...

Coord. 1 – porque que essa palavra “UTI” provoca tanto medo em vocês?

Aurora – eu penso que... tá na hora de... Deus me livre!... da minha irmã ir embora...

Coord. 1 – a UTI é relacionada com a idéia de morte?

Joaquim – é assim, né... porque quando vai prá lá, né?... tá... Às vez falta ar, falta alguma coisa, né, depende do aparelho, né, mas eu acho que ainda não chegou o fim, não.

Coord. 2 – eu acho que não, porque lá é pra quem precisa dos aparelhos.

Joaquim – pra movimentar, né, dá uma melhorada pra sair... Eu acho assim.

Coord. 2 – mas...

Joaquim – quando chega a falar que foi pra UTI, a gente pensa assim “*Nossa! Tá com uma coisa muito terrível!*”

Aurora – mas quando tá lá é porque ainda tem chance, não é? O doutor falou...

Coord. 1 – a gente até falou isso da outra vez...

Joaquim – A gente fica achando que lá é o último lugar...

Coord. 1 – eu sempre falo isso por conta dessa idéia errada que a gente tem. Porque a UTI foi criada não para ser um local de morte, mas para ser um local de vida! Muita gente morre na UTI, sim, porque as pessoas que vão para lá estão muito doentes ou estão com um risco grande de ficar muito doente, mas não porque lá é o lugar de morrer! Lá é um lugar onde a gente tenta diminuir o risco de morte mais do que em qualquer outro lugar; a gente põe o paciente que está muito doente lá exatamente para que ele receba todo o cuidado e todo o tratamento que precisa para tentar ver se ele não morre! Quando ele está na UTI, tem médico perto 24 horas por dia, que chega do lado do paciente em poucos segundos. Na clínica ou na enfermaria também tem médico o dia todo, mas a clínica é muito maior, tem muito mais pacientes, quando você precisa, às vezes o médico está atendendo outro paciente longe e demora mais para chegar perto... Então, as

peessoas que precisam de cuidado o tempo todo não podem ficar na clínica, pois nem o enfermeiro nem o médico podem ficar do lado dele o tempo todo, já que têm muitos outros pacientes dos quais também têm que cuidar. Assim, procurem pensar na UTI como um lugar onde a gente vai para tentar viver... a gente faz tudo para que o paciente viva, mas tudo o que é possível! Nenhum médico conhecido, infelizmente, ainda foi dotado com o poder do milagre; isso só pode ser feito por um Ser superior, não está em nossas mãos! Mas, fiquem certos de que lá na UTI eles estão recebendo o melhor cuidado e o melhor tratamento disponível para o caso. A tentativa é de não morrer! Vamos tirar essa coisa de morte da cabeça. A morte é possível, sim, pois a gente sabe que o paciente está grave. Um paciente que não respira sozinho, não está urinando bem, ou que precisou fazer uma grande cirurgia, tudo isso é um risco de morte, sim, mas não significa a morte decretada. A gente precisa lembrar disso! Ter esperança, pensamento positivo, passar uma energia positiva para o doente, chegar lá com vibrações boas, com sentimentos bons...

Aurora – ontem que eu tive aqui pra ver ela... eu achei ela bem melhor... ela tava bem mais desinchada, tava dormindo mais sossegada, sabe? Agora, é igual minha mãe falou, tá preocupando é que ela tá fazendo xixi pouquinho, isso que todo mundo tá preocupando...

Sônia – eu penso assim, foi porque ela fez cirurgia hoje, mexeu tudinho nela...

Aurora – tem isso também, né?

Sônia – não sei... aí, abalou um pouco, né? Mas eu creio que quando for a noite, ela vai tá urinando bem, a pressão dela vai tá... Eu também assustei foi quando o médico falou assim, que eles usa um aparelhinho pra jogar uma droga na pressão pra pressão ficar mais alta... Aí eu fiquei pensando... que aparelho é esse?

Coord. 1 – chama bomba de infusão. É um soro como os outros com remédios dentro que é ligado na veia e aquele tubinho por onde o soro corre passa dentro da máquina, da bomba, pra ter certeza de que vai entrar sempre exatamente aquele tanto que o médico prescreveu, porque quem controla a velocidade com que o soro entra na veia é aquela máquina e não aquela latinha ou rodinha de plástico que a gente vê muito e que quem controla é a enfermeira, mas que qualquer coisa, qualquer movimento mais brusco ou qualquer pessoa que chegar perto do paciente pode alterar a velocidade. Toda vez que a gente faz uma cirurgia grande, como ela, a pressão costuma cair, porque a gente perde muito sangue e líquidos durante a operação, e como fica pouco sangue circulando, a pressão cai. E toda vez que a pressão abaixa muito, o rim urina menos, porque fica pouco sangue passando por ele para ser filtrado e virar urina. Então, a gente precisa dar muito soro, às vezes sangue, e às vezes, nem isso consegue manter a pressão boa. Por isso que a gente tem que usar medicamentos pra ajudar. Mas essas drogas são perigosas, precisam ser dadas com cuidado, na dose exata necessária para manter a pressão no normal; então precisam ser dadas com a ajuda dessa bomba: quando a pressão está baixa, a gente põe para correr mais rápido um pouco, quando ela sobe muito, a gente diminui o remédio... e assim vai tentando controlar. Se o rim não sofreu nenhuma lesão, à medida que a pressão volta ao normal, o rim também volta a funcionar. Eu não estou dizendo que vai ser assim. Vejam bem, se o rim não sofreu nenhuma lesão... Mas eu não posso esperar que um paciente com uma pressão muito baixa urine. Inclusive, a gente usa o volume da urina para ver que tanto de pressão, que tanto de sangue que está passando pelo rim. Quando está urinando pouco, a gente fica alerta, porque o paciente pode estar precisando receber líquidos... Então, pode ser por esse motivo, mas eu não sei se foi.

Dionizio – foi isso que eu falei hoje, da pressão dela tá baixa...

Coord. 1 – deve ter sangrado um pouco na cirurgia... perde muito líquido, também...

Aurora – é... nós ficou preocupado, porque ela ficou sem fazer xixi porque... ficou muito perturbada por dentro, sabe, deu febre nela...

Coord. 1 – é um motivo de preocupação sim... Mas pode ter outra explicação...

Aurora – hoje a gente não tá sabendo se deu febre nela...

Coord. 1 – eu não vi hoje, não sei.

Sônia – hoje, graças a Deus, não teve febre.

Dionizio – uma pessoa igual eu, a minha pressão normal é de 9 a 10 por 7... eu acho que é uma pessoa normal, né?

Coord. 1 – para o senhor, essa é a pressão normal. Existem estudos que consideram pressão alta quando a mínima é maior que 9. Então, abaixo disso, se a pessoa não está se sentindo mal, a gente considera normal. Agora, se a gente pensar em uma pessoa que tem pressão de 15 por 9 ou 10 sempre, e de repente ela ficar com pressão de 10 por 7 ou 6, a gente precisa observar bem de perto, porque para ela, aquilo é uma pressão baixa.

Aurora - e que que dá a pressão alta? Que que a gente sente?

Coord. 1 – o mal da pressão alta é que, na maioria das vezes, ela é silenciosa, a pessoa nunca desconfia que a pressão está alta. Algumas vezes, quando ela está muito alta, a pessoa sente dor na nuca, às vezes zumbido no ouvido e... agitação, você põe a mão no pulso ou no pescoço, o coração está batendo forte, um batimento cheio... Mas o grande problema da pressão alta é que ela é silenciosa, por isso a gente precisa ir com regularidade ao posto de saúde ou na farmácia, para medir e, se ela estiver meio alta, ir ao médico... é o melhor jeito!

Aurora – e a baixa?

Coord. 1 – a baixa também acaba sendo prejudicial, porque, de um certo ponto para baixo, significa que você não está tendo sangue suficiente circulando para levar oxigênio para os lugares que precisam muito, como por exemplo, o cérebro. Então, você fica tonta, dá suadeira, às vezes a boca seca, pode ter sensação de que vai desmaiar, o coração dispara... dá batadeira... Porque o coração tenta bater mais rápido para ver se leva mais sangue para esses lugares... ele percebe que está faltando sangue no cérebro...

Aurora – igual a minha... a minha é baixa.

Coord. 1 – todas essas coisas sempre é bom a gente procurar o médico... se a gente tem dúvida, deve procurar um médico ou um enfermeiro no posto de saúde, pedir para medir sua pressão e ver se precisa de tratamento. E quando a gente tem a pressão alta uma vez, não pode mais se descuidar, mesmo que ela volte ao normal, nunca mais a gente pode parar, esquecer de ir ao médico, porque a qualquer hora ela pode aumentar e causar danos. A pressão alta, se não for controlada, pode provocar derrame e uma série de complicações.

Coord. 2 – e é importante também, vocês, como filhas, no caso, estejam monitorando também.

Coord. 1 – sempre pedir para alguém medir para ver como está. E depois de certa idade, é bom ficar esperto, porque mil

coisas podem acontecer...

Coord. 2 – alguém tem mais alguma dúvida?

Coord. 1 – gostariam de falar mais alguma coisa, saber ou perguntar alguma coisa?

Todos acenam negativamente com a cabeça.

Dionízio - diz que sal levanta muito a pressão, né?

Coord. 1 – sal é um veneno!... Dizem que a gente deveria tirar o sal da comida.

Aurora – nossa! Meu pai vive pondo sal na comida.

Coord. 1 – o Sr tem muita sorte! Comida boa é bem temperada, não é? Mas... principalmente quando a gente tem hipertensos na família... isso é um risco altíssimo!

Dionízio – eu num gosto passado... eu gosto mais chegado, mas num pode passar...

Coord. 1 – a gente pode fazer uma tentativa de colocar menos sal e usar limão, orégano na comida para modificar um pouco o sabor e a gente sentir menos falta do sal.

Sônia – eu faço isso...

Coord. 2 – porque dizem que nosso paladar, assim, a parte da nossa boca que sente o gosto dos alimentos, leva apenas 2 meses para se acostumar...

Coord. 1 – e quando o senhor se acostumar e depois provar uma comida com um pouquinho a mais de sal, vai sentir que ela está quase cortando de tanto sal... Quando a gente sabe, ou seja, o médico já fez o diagnóstico de um doença chamada hipotensão, que é a pressão baixa, nesses casos, se você começa a sentir fraqueza, suar frio, ter batedeira, poderá colocar uma pitadinha de sal na língua, que ajuda. Mas isso é muito arriscado, porque se você estiver se sentindo mal por outro motivo que não pressão baixa, o sal vai é atrapalhar a situação... A pressão alta também dá batedeira, a gente sente o coração batendo no pescoço, parece que quer sair pela boca, dor de cabeça... Então, a gente precisa ter certeza que não tem pressão alta antes de usar o sal. É melhor usar outra estratégia.

Coord. 2 – então... eu gostaria de deixar algumas coisas para todos pensarem sobre esse momento pelo qual estão passando: sobre a UTI, o que é e para que serve... Durante a nossa vida, a gente tem que pensar que desde o dia em que nascemos, a gente está morrendo um pouquinho a cada dia, e que a gente tem que ter qualidade de vida e de morte, não é? Que a morte não é uma coisa que a gente tem que esconder, evitar... mas tentar enfrentar esse momento... Não estou falando que vai morrer agora... mas quando isso acontecer, enfrentá-la com serenidade... pensando que essa também é uma etapa da nossa vida... Então, é pra gente ir pensando, aos poucos... Como eu me relaciono, porque eu fico assim tão nervoso... Lembrar que nossas reações são percebidas por todos...

Constatando que já serem 19:30 horas e que o horário de visitas às UTIs já vai começar, Coord. 1 propõe fazer o encerramento e a avaliação do encontro.

Aurora – eu nunca pensei que eu ia passar por esse momento tão difícil, viu?... foi difícil mesmo, viu... muito difícil!

Coord. 2 – bem, então para a gente encerrar nosso encontro de hoje, eu queria pedir que vocês se levantassem, chegassem perto e observassem aquelas gravuras que a gente espalhou no quadro, e cada um escolhesse uma delas que melhor ilustre como vocês estão saindo daqui hoje.

João - eu peguei esse aqui, porque eu achei que... um momento assim... o pessoal na montanha, né, é um motivo de alegria e eu espero que todos esteja igual a eles, todos que estão, assim, numa situação complicada... sair todos daqui!

Joaquim – eu peguei esse aqui, porque tenho fé que ela sai daqui, entendeu, boa... pra casa...

Dionízio – eu saio daqui muito alegre. Tô sentindo que a gente tá virando uma família só, né... uma grande família...

Neusa – eu escolhi essa aqui porque tô saindo tranqüila, com mais tranqüilidade... e quando a minha irmã sair da UTI, ela vai sair assim, tranqüila e andando, né? Certeza...

Sônia [família] – eu tô saindo muito feliz, né? Uma família muito bonita, passeando... isso aí que eu quero pra minha irmã quando sair daqui...

Rui [criança] – eu escolhi essa criança aqui porque criança é símbolo de corrida, que não tem maldade e que pensa em um futuro melhor, que pode crescer e ser alguém na vida, com muito trabalho e muita dedicação.

Aurora [coração] – esse coração que eu peguei aqui é uma esperança, que eu tenho, que minha irmã, sabe, sai dessa! Eu tô saindo desse jeito... com mais esperança, mais fé... que eu tenho fé que ela sai dessa!

Coord. 2 – isso mostrou que a gente tem muitas coisas em comum.

Coord. 1 agradece a todos, reforçando a importância da participação de cada um que compareceu e aceitou compartilhar a dor que está sentindo, o sofrimento e a angústia de vocês com a gente. Isso significa que vocês confiaram na gente. Lembra a todos do contrato do grupo e convida para as próximas reuniões, destacando os dias, horário e local em que elas acontecem e se despede dos participantes.

DATA: dia 01/02/2006

Início: 18:30 h

Participantes:

Marcos (sogro de Maria - UTIC)

Eugênia (irmã Vilma – UTIC)

Diana (amiga Onofre – UTICI – falecido)

Régis (cunhado de Maria – UTIC)

José (pai de Vilma – UTIC)

Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Isabela (sobrinha Onofre – UTICI –

Sônia (irmã de Maria – UTIC)

falecido)

Coord. 1 e Coord. 2 – se apresentam.

Coord. 1 – faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar, faz a leitura do TCLE e solicita a assinatura dos que aceitam participar. A seguir, pede permissão para gravar a reunião.

Coord. 2 – propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo. Sugere que sejam feitas as apresentações de cada um dos presentes usando a técnica de filipetas escritas com diferentes sentimentos para que cada um escolha aquele que melhor expresse como está chegando ao grupo.

Eugênia – hoje eu tô um pouco desconfortada, né, mas eu peguei a palavra conforto, que eu tô precisando é de conforto e... também segurança, né... que ela vai ficar boa... Tá difícil... [chora] Então, eu peguei segurança e conforto... conforto é porque eu tô precisando, segurança é porque eu tô segura que ela vai sair dessa!

Dionizio – esperança, fé confiança... em Deus e toda a minha família

Sônia – eu sou Sônia, minha irmã também tá internada na UTI. O estado dela também é delicado... grave também, mas a gente tem que ter esperança. Eu escolhi alegria porque eu tô com alegria dentro de mim. A primeira reunião que teve aqui... elas [Coord. 1 e Coord. 2] pode ver a diferença da primeira... Eu cheguei aqui muito amargurada, derrubada, tava até mais que ela [Eugênia] aqui... Pra mim, eu acho até que tava mais, mas pra você [dirigindo-se à Eugênia], tá sentindo a dor... quem sente que sabe... cada um que sabe o que tá passando. Mas Deus... eu pus tudo na mão d'Ele, com fé você vai sair dessa... A gente ainda tá saindo... O dia que a minha irmã entrou aqui na UTI o médico não deu muita esperança pra nós, não. Ele falou assim: "*Vocês vão orar, porque só pra Deus*". Mas a gente tá resistente, com esperança, com confiança... segura na mão de Deus que Ele é o nosso Pai, grande, poderoso... abaixo d'Ele, o Espírito Santo, Jesus e os anjo também... além de tudo, o hospital, né, os médico, os amigo da gente, né? Aí, eu escolhi alegria, porque eu tenho certeza que desse momento pra cá, nós vamos ter só alegria, porque eu tenho fé em Deus que minha irmã vai sair dessa, tá saindo... e esperança, é igual eu falei, todos nós temos que ter esperança...

Isabela – eu vim numa única reunião, depois viajei. Peguei a palavra confiança porque, na reunião que eu vim, eu também me encontrava muito angustiada, até eu disse a eles aqui que eu tava me encontrando assim, sozinha [chora]... Agora, o meu caso é um pouco diferente de vocês aqui, porque meu tio já tava assim, superdebilitado, idoso, já praticamente não tinha mais pulmão... inclusive eu peguei a palavra confiança porque eu tô confiando que, com esse trabalho de vocês, essa vontade de vocês crescer... Porque, inclusive falei pra minha sobrinha Diana aqui, você não pode fazer um curso e ficar só na teoria da faculdade. Você tem que continuar crescendo. E eu vim aqui justamente pra... porque meu tio não está mais neste mundo, ele foi a óbito. Mas, mesmo não estando... eu falei "*Eu vou!*" E se algum dia vocês precisarem pro trabalho de vocês, pode me ligar, eu venho... se vocês precisarem de uma ajudazinha, pode me ligar... Mas a gente tem que ter confiança, porque os médicos daqui são bons e tenta fazer o possível e o impossível... Dentro da medicina, o que eles pode fazer eles faz. A outra parte é igual você fala mesmo, só Deus. Hoje, eu sei que a gente tá aqui nessa vida é de passagem, ninguém é eterno aqui, apesar de que ninguém aceita... Igual meu tio, eles falava que ele não tinha mais pulmão... Mas você fica naquela esperança... "*Quem sabe ele ainda volta pra casa... um mês, não é agora...*" É difícil, mas você não pode perder as esperança.

Joaquim – eu escolhi isso aqui [fé], porque eu já tenho exemplo da fé... a fé já ressuscitou quem a gente não esperava... a fé viva no coração. Eu ainda continuo com meu coração doído, mas aliviou 50% de acordo com as provação que nós passou aqui. A fé ninguém derruba, a fé é o que mais eleva o pensamento...

Diana – eu vim mais para acompanhar a tia Isabela e para conhecer, porque eu acabei de me formar em enfermagem e pra conhecer como é que tá sendo o grupo, né, porque eu acho bem interessante esse trabalho com grupo... E eu escolhi duas palavras: angústia e confiança. Angústia porque eu tô passando por uma nova etapa da minha vida... que eu saio da faculdade e vou procurar um emprego e... conseguir acompanhar e fazer aquilo bem, né, fazer... uma boa assistência. E confiança porque, apesar de não ter encontrado ainda, eu acho que eu vou conseguir e conseguir executar bem a minha atividade, né?

José – eu quero agradecer muito a Deus por essa oportunidade aqui, nessa reunião com as senhoras... escolhi alegria... eu preciso de alegria!

Régis – minha cunhada tá internada aqui, mas eu espero que ela vai recuperar bem, como já tá recuperando... Hoje é a primeira vez que eu venho, que eu participo da reunião e eu tô sentindo muito bem e é graças a vocês duas, que vão dar mais força pra gente aí! Escolhi certeza.

Coord. 2 – contando as palavras que vocês escolheram, a gente vê que confiança, fé, esperança...

Sônia – fé não apareceu mais porque não tinha.

Coord. 2 - e não teve mais porque cada palavra só tinha 3, não é? E a fé é comum a todo mundo aqui, não é? Pelo que cada um falou, a gente percebe que a fé estava presente na fala de todos.

Coord. 1 – esse é um sentimento comum pra gente, não é?

Coord. 2 – hoje nós nos reunimos, então, com diversos sentimentos de chegada, não é? Tem fé, tem confiança, esperança... tem insegurança e a segurança, né? Precisando de esperança, de alegria... de certeza de que as coisas vão melhorar, de confiança nesse trabalho, nas pessoas... e tem a Diana que veio aqui mostrando pra gente a possibilidade de trabalho... E eu penso que a Diana também está passando por um luto, que é o de sair da escola e entrar no mercado de trabalho, não é? E você, Isabela, veio tão... numa situação diferente de todo mundo aqui...

Isabela – eu vinha na reunião e a Diana chegou lá em casa. Eu falei: "*Vamos!*" aí, ela se pôs prontinha pra vir comigo... Eu tava achando tão esquisito entrar aqui no hospital!... mas eu vinha, porque eu trouxe também uns remédio que eu quero doar, né?

Coord. 2 – e você pode contribuir muito com a gente, porque você mostra como é... as possibilidades que tem, não é? Que a vida continua, não é?

Isabela – a vida continua... Quando eu perdi minha mãe, eu achei que minha vida ia acabar ali. Antes eu... gente, eu ia num velório, eu morria de chorar... mais que os próprios familiares. Pra mim, eu... tudo era motivo de choro, de desespero. Aí, depois que eu perdi a minha mãe, que eu vi que não é motivo, que a vida continua... eu chorava de medo de passar por aquela situação... eu não chorava de dor, eu chorava de medo de passar por aquela situação de velório. Aí, depois que eu perdi minha mãe, eu mudei! Eu vi que a gente tem que ter força, tem que lutar...

Coord. 1 – encarar as dores da vida...

Isabela – encarar as dores da vida com mais realidade. Ficar no desespero é pior. Eu vejo o pessoal lá na UTI, o pessoal... as vezes chorando... deita em cima do paciente chorando... o paciente já tá debilitado lá numa cama, a família ainda vai chorar em cima... ele fica mais triste ainda, né? Então, mesmo que o coração teja cortando, tem que sorrir, falar que vai

melhorar, que vai sair dessa...

Dionízio – isso aí é uma coisa que dói muito... eu já perdi o pai. Na minha família, mais próximo, foi só isso. Agora, a minha esposa precisa de muito apoio, porque eles era 9 irmão, só resta duas: ela e a outra. Pai, mãe, tio... já foi tudo! Só tem eu e ela agora, e a família, que tem muitos filhos... nós tem uma união, uma amizade lascada, mas...

Coord. 1 – é aquilo que a gente já falou, não é, como a gente não é eterno, um dia vai chegar nossa hora... mas isso não significa que Deus não gosta da gente.

Dionízio – a gente não pode desesperar, porque a vida é preciosa e tem gente que joga ela fora...

Coord. 2 – a Sônia trouxe uma coisa muito importante pro grupo hoje que é o seguinte: cada um sabe o tanto da sua dor... que é individual mesmo, não tem como eu comparar... Cada um que sabe o que passa!

Coord. 1 – e para cada um, aquela dor é a dor máxima que ela está sentindo naquela hora... maior que as outras. Mesmo que outras pessoas não achem que ela seja tão grande... Então, a gente precisa aprender a respeitar e entender que cada um tem um jeito próprio de sofrer, de sentir, de confiar...

Dionízio – eu não gosto de lamentar... eu seguro por dentro, mas não lamento mesmo! A gente as vez sofre, chora, mas lamentar é muito ruim!

Coord. 2 – no caso, a gente tem que entender que... Não significa que o Sr tem que agüentar tudo isso sozinho, sem conversar nada com ninguém, não é? Você pode conversar isso com outras pessoas, mas... eu entendi que o Sr falou assim... não ficar lamentando, ficar reclamando, né?

Dionízio – é ruim... tem gente que gosta de lamentar... eu perdi uma irmã, não gosto de lamentar... perdeu, perdeu! perdi um emprego... Eu não gosto nem que os outro lamenta comigo...

Coord. 2 – mas quando se trata de uma irmã, um amigo... aí, já é diferente, não é? É diferente eu perder um irmão de perder uma casa, o emprego... É superdiferente! Não tem nem comparação! Então, a gente entende e respeita a dor de cada um aqui... Não somos insensíveis a essa dor. E a gente entende também que... esse momento necessita de cuidados, tanto para vocês como para quem está lá dentro. Vocês também precisam de cuidados...

Régis – e essa dor também não passa de um dia pro outro não, igual da noite pro dia. Ela é... freqüente. E a pessoa também precisa saber conviver com essa dor, porque ela é...

Coord. 1 – saber conviver, não é? Isso significa que a gente precisa procurar formas de conseguir passar por esse momento que a gente não como evitar sem morrer também! Porque sua vida continua... você tem outras pessoas que precisam de você, que dependem de você. Ao mesmo tempo que a gente tem que dar assistência para a pessoa que está doente aqui, a gente tem outras coisas pra fazer, não é? Então, cada um tem uma parcela para contribuir para esse momento ficar menos difícil pra todos. A gente nem fala em ficar fácil, porque não é fácil, não tem jeito de ficar fácil, mas existem maneiras de a gente conseguir passar por isso sofrendo, mas sofrendo menos... Dividir a dor é uma forma de sofrer menos, e a gente está aqui com essa proposta, de dividir com vocês esse momento difícil. O que a gente pode dar em troca? A gente pode dar o nosso ouvido para ouvir vocês, a nossa solidariedade, a nossa vontade de colaborar e a nossa disposição de fazer por vocês aquilo que necessitam e que a gente for capaz neste momento.

Coord. 2 – lembrando que esta atividade aqui é grupal, o conforto vem de todos os lados, não é?

Dionízio – é a união que faz a força, né?

Coord. 1 – e aquilo que a Sônia falou para a Eugênia, sobre como ela também já esteve mal, ruim, e como ela melhorou... É bom para a Eugênia ver que tem alguém que passou pela mesma dor e está conseguindo, de alguma forma, sobreviver a ela, sem se deixar abater. É bom a gente ver alguém que passou os problemas que a gente está passando agora e que já está um pouquinho melhor do que a gente, não é isso? E esse grupo tem esse propósito também. Quem já está um pouco adiante, tem alguma coisa para contribuir com quem está começando agora, porque ela já passou pela mesma coisa que você está passando. E assim, a gente vai promovendo essa troca de experiência, vai permitindo esse compartilhar sentimentos... a gente divide os sentimentos bons ou ruins, de forma que eles fiquem mais leves pra gente. Tem alguma coisa sobre o que vocês gostariam de falar um pouco mais, ou alguma pergunta, algum esclarecimento, alguma dúvida que a gente pudesse trabalhar aqui, neste momento? Alguém quer fazer alguma pergunta? Você, Eugênia, que sua irmã entrou hoje na UTI... você tem alguma experiência com UTI? Já passou por isso antes?

Eugênia – já...

Coord. 1 – com ela mesmo?

Eugênia – com ela... ela já ficou ruim já, mas... ficou só no hospital... Teve meu avô... muita gente querida a gente já perdeu [chorando]... Então... tá tudo assim, muito próximo, muito perto! Eu também tenho a minha irmã que tem o mesmo problema da outra [Lupus], também já deu um susto muito grande... Até ela tá lá embaixo, esperando dar o horário pra... pra ela subir. Então... eu e meu pai já passamos por situações muito críticas... Então, quando a gente veio visitar ela, a gente tinha esperança de levar pra casa, né? Quando dava uma melhorada, a gente sempre... fica "Amanhã tá de alta"... Então ela hoje... a gente tem um pouco de medo quando dá uma recaída rápida, porque ontem o quadro dela era um e hoje de manhã tinha que tá melhor... Ontem eu fui trabalhar... passei o dia todo aqui, saí daqui já era sete da noite porque... Eu tenho duas filhas, uma de dez anos e uma de seis... Elas tão em casa só e eu saio pra trabalhar... Hoje trabalhei só meio período, porque não posso faltar totalmente no serviço. Cheguei, assustei com a melhora dela... Quando olhei o rosto, parecia que não tava... não tava como ontem. Então, quando eu vi essa melhora rápida e a recaída... não foi um quadro bom! Eu conversei com ela, brinquei com ela... ela comeu uma maçã, porque eu perguntei e eles falou que tudo de fruta ela pode comer... Ela desceu o corpo [chora] e foi escorregando e... começou a dormir de novo. Aí, os médico veio, olhou a pressão dela, tava 17 por 11. Aí levou ela rapidamente pra maternidade pra ver se era realmente uma gravidez mesmo... Os médico lá tornou medir a pressão dela, continuava muito alta... Aí a junta médica da reumatologia que tá acompanhando ela, porque ela tem o problema da Lupus, né, aí conversou, conversou com ela e ela num... num respondeu mais. Aí trouxe pra UTI... A enfermeira falou que ela voltou a responder de novo, voltou muito lento mas... mas voltou a responder. Então, dentro da gente, por mais que a gente fica com aquela fé, com aquela confiança, mas volta as experiência que já estão... muito forte... Essas melhora rápida, de uma hora pra outra, assim... Minha avó mesmo, ficou lúcida, conheceu nós tudo, melhorou... Depois entrou em coma. Meu avô também. Meu pai foi visitar, deixou no hospital muito ruim, voltou pra visitar, chegou lá tava ótimo, conversando... ia descer pro quarto... Então, essas melhora repentina deixa a gente mais com medo, mais... Então a gente vai passando por essas experiência doloMaria, bem assim, uma em cima da outra... Só dela ter entrado na UTI, o estado dela não é bom... Então, todo mundo sabe o que que é uma UTI... o

médico sentou lá fora, ficou conversando comigo, que... o que eles pudesse fazer, podia ter certeza que eles ia fazer e que se fosse preciso, ia tirar o neném... se fosse necessário, não ia ficar sem fazer, porque ela não... Então a gente tem esperança, sabe, porque ela já teve num quadro assim, bem crítico e conseguiu sair, né, ela vai... ela vai sair.

Coord. 1 – e o Sr, queria falar alguma coisa, Sr. Joaquim?

Joaquim – eu quero falar sobre essa marca que ela falou da UTI. Eu assustei demais da conta quando eu soube que a minha nora foi pra UTI. Porque... a realidade... eu tive essa felicidade até essa data de 25 de janeiro, quando ela foi. Eu nunca tive na família pessoa que foi pra uma UTI... nunca chegou... do lado dos meus pais, do lado dos meus avós, da minha mãe... Então eu assustei demais da conta... Aquele dia que a vossa excelência explicou que UTI não é fim do mundo, que a UTI é o lugar mais favorável pros médico cuidar, que tem mais condição de ajudar foi... aliviei um pouco e continua aliviando, mas... tenho fé em Deus, por isso escolhi essa aqui [*a palavra fé*] que Deus vai levar minha nora pra casa... Tenho fé em Deus... com essa reunião de vocês, abriu um espaço pra nos ajudar, me despertou mais coisa que eu ainda não tinha conhecimento... passei a tomar conhecimento. É mais um ponto pra levar pra casa, pra esperar o dia de amanhã... eu sei que tá na mão dos médico... que através de Deus, os médico... Tem que ter fé, tem que ter fé! Então eu penso que a minha nora vai pra casa, se Deus quiser...

Coord. 1 – então, Eugênia, eu queria te falar isso. Eu percebo que, pra você, a idéia de UTI está muito associada com morte, não é? Infelizmente, nas experiências que você teve, o desfecho foi ruim, mas eu queria falar isso que o Sr Joaquim falou. Quando o paciente vai pra UTI... Ninguém vai pra UTI porque está bem; vai porque está precisando de muito cuidado, sim. Mas a UTI... Ele não vai pra lá pra morrer, ele vai pra lá para ser cuidado mais de perto do que na clínica. Se houver uma chance pra ela sair dessa, a UTI é o lugar mais favorável para isso acontecer, porque é um lugar onde a gente fica cuidando do paciente o tempo todo, tem gente ao lado dele 24 horas por dia, o médico está ao alcance, é só chamar, ele vem na hora, ele fica só dentro da UTI, tem enfermeiro formado 24 horas por dia, tem o pessoal auxiliar e técnico de enfermagem que fica cuidando e qualquer coisa chama o enfermeiro, chama o médico... É claro que a UTI não faz milagre... o que está ao alcance dos homens e da nossa medicina é feito lá, mas o destino de cada um pertence a Deus... Deus é que sabe se está na hora ou não de ela ir. Mas eu queria que você saísse daqui hoje um pouco mais aliviada porque... talvez por ser enfermeira de UTI, quando alguém da minha família está na UTI, eu fico até mais tranqüila de pensar que lá eu tenho certeza de que ele vai ser bem cuidado. Então, procure pensar nisso... Quem sabe essa será uma experiência que vai te mostrar isso... E, se não der certo também, pelo menos você vai ter a certeza de ter feito todo o possível. A UTI não é o fim do mundo, é um lugar impessoal, onde a gente não pode ficar do lado da pessoa que a gente ama, mas é para não atrapalhar o cuidado, não é? E, aqui, vocês tenham a certeza de que é uma das melhores UTIs de Goiânia. É uma UTI onde tem profissionais qualificados, os recursos necessários, remédios, exames e tudo que precisa e que estiver ao alcance dos profissionais vocês tenham a certeza de que vai ser feito, está bom?

• **Sônia** – lá dentro... tem médico lá?

Coord. 1 – direto! 24 horas por dia

Sônia – não, porque hoje, quando a gente teve aqui, a médica chamou a gente, né, e perguntou se a minha irmã era casada. Porque o horário dele [o marido] vim aqui... não combina o horário de visita... Aí, perguntou se ela é mãe, a gente falou que sim, que ela tem as duas filhinha, e se ela era casada, o marido dela... Então a gente explicou as condições dele, trabalhando, em período de experiência no serviço, né? Aí, ela pediu que ele viesse na hora da visita a tarde, conversar com o médico. Falei assim que as vezes não tem condição de fazer visita nesse horário. Ela falou assim que se ele viesse a noite, hoje, o médico que tivesse lá dentro poderia dar... conversar com ele...

Coord. 1 – quando vocês entrarem, procurem saber quem é a enfermeira que está lá e expliquem isso pra ela. Bom, para não atrasar muito o horário de visita de vocês, a gente vai encerrar. Mas, antes, gostaríamos de ver se alguém gostaria de trocar a palavra escolhida no início do grupo para dizer como é que vocês estão saindo daqui hoje, ou seja, você chegou com esse sentimento que você escolheu no início e está saindo como?

Sônia – eu não queria trocar, eu queria aumentar mais uma.

Coord. 1 – pode aumentar. Se alguém quiser ir lá e pegar mais alguma... Só pra vocês dizerem se mudou alguma coisa participar dessa reunião.

Isabela – até que ponto numa UTI você transmite ou... problema de infecção?

Coord. 1 – esse ponto é muito controverso! Existe muita coisa na literatura que comprova que a entrada de visitantes não aumenta a infecção, desde que esses visitantes sejam bem orientados a lavar a mão antes e depois de tocar o paciente, e outras coisas. Mas... o problema da visita mais restrita é por causa dos cuidados. A gente já teve muitos casos em que o visitante de um paciente está lá e aquele paciente ou outro passa mal e precisa de algum procedimento rápido e a pessoa também se sente mal, exigindo que ela também seja atendida. Então, além de acudir o doente, você tem que atender o familiar também, tirando tempo dos profissionais que estão cuidando do doente. Por isso que a gente evita um pouco. A gente põe os horários de visita nos horários em que a gente faz menos procedimentos, tem menos coisas para fazer com os pacientes, para dar um tempo para os visitantes. Mas não se pode dar tempo demais porque a qualquer momento pode acontecer, porque a gente tem pacientes graves na UTI e nós não podemos retardar o cuidado porque tem visita lá dentro. Em termos de infecção, alguns dizem que aumenta, mas nos estudos que tenho lido diz que se o visitante for bem orientado e a UTI tiver as condições para receber, não há aumento de infecção, não.

Isabela – em termos assim do visitante...

Coord. 1 – Depende... se o seu paciente tiver uma doença contagiosa, aí sim, né?

Isabela – não, porque um dia eu vi a mãe de uma enfermeira falando assim "*Nossa, eu venho aqui na UTI... toda vez que eu venho eu chego em casa e tenho que tirar toda a roupa e lavar!*". Aí, eu falei assim "*Ah, mas isso não é possível que você vem na UTI, por exemplo, a noite...*" por exemplo, eu não sei desses cuidados...

Coord. 1 – não, eu chego em casa e a primeira coisa que faço é lavar minhas mãos até o cotovelo, mesmo que eu nem tenha ido na UTI. Eu acho que toda vez que a gente chega da rua, de modo geral, é assim que a gente tem que fazer.

Isabela – não, aí sim. Agora, tirar a roupa, lavar a roupa separado...

Coord. 1 – só se tiver espirrado alguma coisa em você. Quem está cuidando lá o tempo todo, tem que pôr outra roupa...

Coord. 2 – quem trabalha lá, né?

Régis – a higiene não depende do local que é, né, depende do...

Coord. 1 – claro! Quando a gente anda de ônibus... quer um lugar mais sujo do que um ônibus, onde todo mundo pega com todo tipo de mão? Então... é lavar as mãos... toda vez que a gente chega perto do doente e quando sai de perto dele, porque no hospital tem uns bichos mais resistentes do que na rua... isso é verdade! Mas, desde que você venha com os cuidados adequados, não tem esse perigo, não.

Coord. 2 – alguém gostaria de fazer mais alguma pergunta?

Sônia – hoje na hora da visita, quando a gente chegou aqui, né, desde de manhã... Mas eu tô com fé, esperança e confiança, né, não só pra mim, mas pra todos que estão aqui, né, numa situação difícil... porque não é brincadeira... é muito doído! Só quem vive mesmo... O médico chamou a gente... Hoje ele explicou direitinho, mesmo... falou o verbo mesmo. Ele até falou assim que a madrinha, eu chamo ela de madrinha, né, que a madrinha tá numa situação muito delicada, é grave... ele num falou gravíssima, graças a Deus ela não falou essa palavra, ela falou grave... Então, ela tá na condição muito delicada... então, quanto menos visita ela puder receber, pra ela vai ser melhor, porque ela tá num... delicadeza, porque ela tá assim... foi uma cirurgia muito delicada, uma cirurgia de 13 horas a primeira cirurgia, a segunda cirurgia foi quase 4 horas, né, então a segunda foi bem melhor... e ele falou assim que ela tá tão delicadinha que uma bactéria que tá lá na esquina é perigoso correr e entrar, né? Mas graças a Deus, eu nem preciso de entrar, eu só quero saber notícia dela, eu quero que me passa notícia verdadeira, porque a coisa mais ruim que tem é você ligar, aí o cara pega o boletim, vê lá: “Ah, tá assim, assim, assim...”

Coord. 1 – de uma forma muito impessoal, não é?

Sônia – eu falo assim: “Não, per aí, fala devagar porque eu não estou entendendo... eu não entendo isso. Fala um por um, pra mim poder entender e ouvir direito.” Porque sempre é assim, informação por telefone é... cruel... tanto que meu pai e minha mãe num pegam por telefone, o Seu Joaquim também, ele não pega por telefone, vem aqui na portaria. Quer dizer... notícia por telefone é muito ruim o jeito que fala. Aí, a médica conversou muito com a gente, só que... ela falou que pai, mãe e irmão não é a mesma coisa que marido, que marido não é parente, já que... não é uma carne só, né? Então, a gente tá... esperando...

Coord. 1 – e você, Eugênia, como é que está saindo daqui hoje?

Eugênia – eu vim desconfortada... acho que aqui eu busquei um pouco de conforto.

Coord. 1 – tá ótimo! Só isso?

Eugênia – é...

Coord. 1 – Sr. Dionízio, quer falar como é que o senhor está saindo daqui hoje?

Dionízio – uai, eu tô saindo daqui mais ou menos otimista, né, porque... a hora que a gente sabe as notícias, é muito confortável pra gente, então a gente fica assim, mais... contente. Eu... é igual aquilo que eu falei, num sou lamentador, eu sou um sofredor. Não faço lamentar, mas eu tô sofrendo!

Coord. 1 – e o Sr? Quer falar?

José – eu tô bem... foi bom...

Coord. 1 – Sr Régis, quer falar como o Sr está saindo daqui hoje?

Régis – uai, eu tô saindo bem mais animado... a gente chega assim, numa reunião, na expectativa do que vai ouvir das pessoas, do que vão dizer, né, mas foi muito bom, a gente vai com fé em Deus, né, Deus recupera a todos que estão aqui, né, dos familiares nosso que estão aqui, né, assim... eu tô nervoso.

Isabela – eu gosto... eu gosto de reuniões, essa reunião daqui eu acho ela... eu gostei da outra vez, falei: “*Eu vou voltar*”. Você vê que... além do sofrimento de doença, você vê que você pode jogar esse conhecimento em outras áreas, né, e saber que... as dificuldades existe e... Cada vez... você pensa que a gente tem fé, mas cada vez... buscar mais fé, mais esperança.

Diana – eu gostei muito da reunião, assim... acho que pra mim, eu tô saindo daqui com mais força... Acho que quando a gente vê o trabalho de outros profissionais, de outras pessoas, você... assim... eu adquiri muito mais coisa pra... por pensar que eu também posso ser capaz de prestar uma assistência qualificada... E a gente vê que dá resultado, né, com os familiares... a gente vê que eles chegam de uma forma e saem realmente mais aliviados.

Coord. 1 – agradece a todos, reforçando a importância da participação de cada um que compareceu e aceitou compartilhar a dor que está sentindo, o sofrimento e a angústia de vocês com a gente. Isso significa que vocês confiaram na gente. Lembra a todos do contrato do grupo e convida para as próximas reuniões, destacando os dias, horário e local em que elas acontecem e se despede dos participantes.

Régis – um momento... nós estamos todos aqui, acho que... nós somos todos cristãos, né, temos fé... então, nós vamos levantar e fazer uma oração, pelo menos um Pai Nosso...

Todos se levantam e, de mãos dadas, rezam o Pai Nosso. Ao final, os familiares saem para a visita aos parentes.

DATA: 06/02/2006

O encontro teve início às 18:45 h, com os seguintes participantes:

Sônia (irmã de Maria – UTIC)

Marcos (sogro de Maria – UTIC)

Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Elisabete (sobrinha de Marcela - UTIC)

Aurora (irmã de Maria – UTIC)

Pela primeira vez, a gerente de enfermagem da UTIM compareceu ao grupo para participar. Ela chegou às 18:30 horas, mas os primeiros participantes só chegaram às 18:50 horas. O encontro começou apenas com as presenças de Sônia, Dionízio e Aurora, todos da mesma família, que já tinham conhecimento da pesquisa e já haviam concordado em participar assinando o TCLE. Como os participantes se conheciam, foi dispensada a apresentação e a reunião teve início com as coordenadoras perguntando a eles como eles estavam desde o último encontro.

Dionízio – a gente fica assim... meio partido, né, mas, com Deus, a gente vai mantendo e tomando força, né? É... a vida é assim mesmo! A vida da gente nunca é de um jeito só... é cheia de altos e baixos. A gente ora sempre pra melhor, né? A gente nunca deve de... comparação: deitar e despreocupar de certo tipo de coisa, né?

Aurora – enquanto minha irmã tiver aqui, não tem jeito de ficar boa, não... não tem como! [chora]

Coord. 1 – hoje eu trouxe um lencinho de papel para quem precisar [oferece à Aurora]

Dionízio – é... a gente tem que ter a força, né, pra enfrentar os... o que Deus marca, né?

Coord. 1 – é, gente, eu imagino que a situação de vocês seja muito difícil! Eu nunca passei... isto é, já perdi gente minha em UTI, inclusive uma irmã pequenininha, mas eu era muito nova, nem entendia direito o que estava acontecendo. Mas a gente consegue imaginar, mais ou menos, a dor, a dificuldade que é isso!

Dionízio – a gente tem fé e... se for pra Deus dar aquela alegria pra gente... A fé remove montanha e... a pessoa igual nós estamos, Deus dar uma alegria é muito milagre pra nós... Eu sei que Ele vai dar... uma alegriazinha pra nós, mas... a gente tem que ter muita fé e muito firme nas orações com Ele... pedir ali, firme! Eu sei... Eu vou lá ver ela, quase que todo dia eu vejo, se não vejo as 2 hora, de tarde eu venho, porque a gente trabalha, né, então a vida não pode parar pra gente ficar com eles... A gente vem ver e a gente vai reforçando, né, porque a vida é assim mesmo! Nunca aconteceu um problema desses na família da gente... Já aconteceu muito problema, mas eu creio que... acho que tá maior é esse ainda.

Aurora – é, porque fica lá, né, nesses aparelho...

Dionízio – não, mas isso aí Deus recuperando ela, ela ainda vai ficar muito tempo aqui! Porque do jeito que tá a situação dela, a recuperação tá muito devagar... A gente reconhece que a medicina tá aí, a medicina é a ciência, muito boa... onde eles num conhece, tem o aparelho que vai fazer aquele tipo de coisa, porque eles tão procurando... Então, a gente fica... Nós vai lá visitar, nós só olha assim e tal... pede a Deus nas oração pra gente, pra ela, pra reforçar ela... mas, no entanto, que que vai ser? Que que vai dar? Vai tirar aquela infecção? Agora, os médico tá aí, com aparelho, com inteligência que Deus deu pra eles, e tá demorando... Então, a gente tem que ficar esperto... é fé em Deus e... mais nada.

Aurora – mas uma mulher lá perto de casa me contou uma história hoje que eu fiquei até mais despreocupada. Diz que uma vizinha dela lá em São Paulo foi tirar a vesícula, só que na hora que tirou estourou e infeccionou, rancou até um pedaço do fígado, igual da Maria... ela sarou! Ficou 15 dias na UTI...

Dionízio – o negócio dela, o seguinte... isso aí deu esse problema... deu uma dor no estômago, tomou um Sonrisal... acha que é coisa simples. E como... as vez acontece, o estômago da gente tá ruim... é só tomar um sonrisal, um sal de andrews, passa, porque se for coisa à toa, passa. Mas se for uma coisa perigosa, isso vai é ajudar... crescer aquele tipo de coisa. Mas, quem sabe? Ninguém sabe! Eu acho que até o médico, o dia que eu tive com ele, ele não sabe que que deu, porque... o negócio é muito perigoso.

Aurora – [aponta para Noêmia] ela enfermeira da UTI?

Coord. 1 – é...

Dionízio – é o que eu falo, a gente fica apertado, mas... tem que ter aquela força...

Coord. 1 – até porque, Sr Dionízio, não tem muita coisa mais para fazer, não é? Porque o que vocês podem fazer é ficar de cá, mesmo, torcendo, rezando, né, fazendo pensamento positivo... O resto é como o Sr falou, os médicos estão fazendo...

Dionízio – eu mesmo falo, eu tô aqui, visito ela, eu oro pros outros também que tá ali... mas, uma coisa, vocês não repara... eu não levo nada daqui pra casa, levo não... até dela, mesmo, eu chego lá em casa eu fico chateado de falar... porque as pessoa fica perguntando e eu não gosto desse tipo de coisa... Eu não gosto de lamentação. O que eu sinto, fica dentro de mim, pra mim sortar é difícil... É difícil mesmo, por natureza, não é porque eu tô obrigando a segurar, não, é porque eu seguro mesmo. Então, a gente fica assim, pensando... é o que nós preocupa e pede mesmo é pra Deus.

Neste momento, chega o Sr Joaquim, pedindo desculpas pelo atraso que justificou em razão de andar de ônibus e nunca ter certeza da hora que ele vai passar. Ele é convidado a se sentar no círculo e participar da conversa. Coord. 1 lhe apresenta a enfermeira que está no grupo naquele dia e o apresenta à ela.

Marcos – eu sou uma pessoa que participo das reunião aqui, desde que eu descobri, e pretendo dar seqüência até enquanto eu puder, né? Então, eu quero agradecer, muito obrigado mais uma vez.

Coord. 2 – como é que o senhor está chegando aqui hoje, Sr Joaquim?

Marcos – eu tô chegando, o seguinte...

Coord. 2 – atrasado...

Marcos – não tem jeito... posso sair de casa com 10, 15 minuto, com diferença a favor da gente... não é capaz de chegar...

Coord. 2 – certo... Mas, tirando isso, como é que o senhor chega?

Marcos – a minha qualidade no momento tá boa. O mais, é esperar o que Deus marcou, o que Deus fez... é difícil é desmanchar, mas... eu tenho fé em Deus...

Coord. 1 – hoje nós vamos fazer uma reunião mais curtinha um pouco, porque... a Sônia até conseguiu chegar, né, mas os outros 2 [Dionízio e Aurora] também chegaram depois, já com um pouco de atraso, e o Sr. também... Então, a gente só está aproveitando para conversar um pouco mais até chegar o horário de visita...

Coord. 2 – Sônia, você falou pra gente, quando chegou, que estava cansadinha, que não estava conseguindo dormir... tem mais alguma coisa que você está querendo falar?

Sônia – não. O que eu tenho pra falar é que eu quero minha irmã boa, isso é o que eu peço, que todos pede, né, em nome de Jesus!

Aurora – mas só que... ela já teve uma melhora boa, né, porque ela tá fazendo xixi normal, a pressão dela tá começando a melhorar... isso aí eu acho que é...

Sônia – quem falou?

Aurora – uai, o médico falou...

Sônia – não, eu não conversei com ele, porque eu não vim aqui a tarde.

Aurora – hoje de manhã tava o mesmo de ontem, não é?

Coord. 1 – não sei. Ontem eu estive aqui à noite, mas não fiquei olhando muito. Hoje eu passei lá, vi que ela ainda está sedada, porque quando tiram a sedação ela fica muito agitada, mas ela voltou a urinar, né?

Aurora – mas, a pressão dela parece que deu uma aumentada, né?

Coord. 1 – eu não vi; eu vi a temperatura, que ela fez trinta e sete e meio, trinta e sete e quatro... ela não teve febre alta não, não chegou nem a ter que fazer remédio para febre.

Aurora – porque que dá pressão baixa?

Coord. 1 – pelo estado dela mesmo, por causa da cirurgia, o fato de ficar acamada ou pelos remédios...

Sônia – ela tava evacuando sangue domingo... será por que?

Coord. 1 – não, eu perguntei para o enfermeiro hoje e ele me disse que nem ontem nem hoje ela não teve mais... Ela está assim, com a boca meio suja de sangue, mas isso deve ter sido algum machucadinho no lábio...

Aurora – as vez é o aparelho que machuca...

Coord. 1 – pode ser... a boca fica muito seca, os lábios, né? Sexta-feira ela evacuou sangue duas vezes, em grande quantidade.

Aurora – só que eu acho, no meu pensamento, pela minha fé que eu tô naquEle lá de cima [chora], eu acho que é tudo de ruim nela tá saindo pela feze, entende? Eu pedi muito a Deus que tirasse toda ruindade que tivesse nela... Ai, quando foi... domingo, minha irmã teve lá em casa, falou assim: “*Aurora a Maria tá com hemorragia*”, eu falei assim “*Em quê?*” e ela não sabia. Eu peguei liguei aqui e eles me contaram que era de intestino. Eu não fiquei triste com isso, eu fiquei feliz, por causa que Deus me deu uma força... “*Será, Deus, que tudo que tá ruim na minha irmã o Sr tá jogando pelas fezes?*”, porque tudo de ruim sai é pelo intestino, eu acredito nisso... eu acredito que foi Deus que limpou aquilo dentro dela... eu acho que foi isso.

Coord. 1 – eu não entendi, porque ela teve dois episódios importantes, em grande quantidade e depois não teve mais...

Aurora – eu só acho, igual eu pedi muito a Deus que tirasse toda ruindade que tivesse dentro da minha irmã, sabe, e domingo eu fiquei sabendo... Eu não fiquei triste, eu fiquei feliz. Eu falei assim, “*Gente, será que Deus tá mostrando pra mim que tá limpando a minha irmã por dentro?*” Eu acredito nisso, sabe, eu acho que isso que Ele tá fazendo por nós.

Coord. 1 – o estado dela é bem delicado mesmo, assim... ela é uma paciente que inspira muito cuidado. Eu acho que é aquilo que o Sr Dionizio falou, ela pode estar melhorando, devagarzinho, mas ainda precisa de muito, muito cuidado... ela vai ter um caminho grande pela frente, porque... são muitos dias, é muita perda, é muita tensão...

Dionizio – agora, tem um negócio, esse caminho grande, não é problema...

Coord. 1 – não assusta?

Dionizio – não. O caminho grande a gente tá vendo que precisa dele, mesmo. Porque... do jeito que ela tá, o caminho quanto mais comprido, melhor ela vai ficar, porque ela tá bem tratada, né? Deus... primeiramente Ele lá em cima que vai acompanhar com nós todo dia... a gente fica assim, pedindo com muita firmeza... Porque um caminho grande, a gente vence ele, pode ser comprido do jeito que for, com Deus a gente vence ele. É melhor que o curto e atalho, porque a gente tendo esse caminho, facilita...

Aurora – muita gente fala pra mim “*A sua irmã tá sendo uma vencedora, porque passou por 2 cirurgia, essa cirurgia que ela fez é muito perigosa...*”

Sônia – sabe quem falou isso pra mim ontem? Meu médico. Eu fui levar meu menino no CAIS, né, e depois ele foi mandado pra aqui, no Hospital das Clínicas. Ai, a médica foi bater um raio X dele, né, e começou a falar o assunto de paciente, e contou a história da madrinha, que até os médico fica feliz em ver a reação dela, porque tanto tempo ela ali, do jeito que foi tão delicada a cirurgia dela...

Aurora – porque os médico conhece, né, essas cirurgia...

Sônia – aí, eu falei assim pra ela “*A próxima vez que você tiver a oportunidade de ver ela, você vai ver o tanto que a minha irmã melhorou!*”. Ela falou assim “*Vai sim*”, porque o anestesista que anestesiou minha irmã é amigo dela... Agora eu não tô lembrando do nome dela...

Coord. 1 – a gente não sabe, porque tem médico demais aqui...

Sônia – então, ela contou esse negócio da madrinha, eu falei assim “*Ela é minha irmã*”. Ela nem sabia que eu era irmã da madrinha.

Aurora – eu tive um sonho com ela semana passada. Ela tava jogando a água da banheira [chorando], sabe, tava tudo suja a água da nenen, aí ela falou assim “*Aurora, não tá na hora*”. Eu fui perguntei assim pra ela “*O que que é que não tá na hora, Maria?*” [chora]

Coord. 2 – às vezes, quando a gente sonha, a gente sonha algo assim... que a gente pensa muito, né... porque eu penso naquilo todo dia, então o sonho é uma forma de manifestação disso que eu estou pensando... Ou não, é alguma coisa que está no meu inconsciente e vem, né? E tem outras explicações pra sonho também. Mas o que eu queria falar é pra você não ficar tão... desestruturada, assim... abalada... É claro que vai ficar emocionada, mas pensar que o que você sonha é o que... por exemplo, se você sonhar que a sua irmã... que aconteceu alguma coisa ruim com o seu pai, por exemplo e... vai que acontece. Você pensar que “*Ah, foi porque eu sonhei que aconteceu*”... Não foi porque você sonhou! Essa responsabilidade não é sua, entendeu?

Coord. 1 – tem umas coisas... que você fala que acredita muito nos seus sonhos, que algumas vezes já deu certo, né? Para a sua proteção mesmo, é você... procurar pensar que pode ser que dê certo, mas pode ser que não dê!

Nesse momento, chega Elisabete. Coord. 2 a recebe e acomoda, enquanto Coord. 1 termina sua fala.

Coord. 1 – A gente não pode ficar pondo uma expectativa muito grande... Eu vi que o Sr Dionizio, nesse ponto, tem uma filosofia de vida muito clara. A gente sofre algumas dores na vida... e são muitas perdas! Se a gente pensar, a gente perde emprego, perde um amigo porque mudou de escola, perde dinheiro, quando um filho sai de casa porque casou ou foi estudar fora, quanta coisa!... Infelizmente, gente, a vida tem essas coisas, não é? Eu não estou dizendo para vocês... Não quero tirar a esperança, pelo contrário, eu admiro muito a esperança que vocês têm, eu acho que a gente tem que ter, não é? Eu acho muito melhor ter esperança do que desesperar, porque o desespero não leva a nada. Mas a gente precisa de ter muita clareza das coisas. Uma das coisas que precisa ficar muito clara e que vocês mesmos já disseram é que nunca foram enganados, que o médico disse da gravidade da situação, né, é uma situação muito delicada! Que ela está respondendo bem, está, mas a gente não sabe até quando, se ela vai cada vez responder melhor... Mas também pode complicar outras coisas, não é? Isso, infelizmente, não é a primeira vez que está acontecendo e provavelmente não vai ser a última. Muitas outras pessoas também passam por essas perdas. O risco existe. O que eu queria deixar claro para vocês

é assim, sempre que vocês estiverem pensando a respeito, pensar que existe o risco, sim! E que esse risco, não tem como a gente evitar. O que está acontecendo? Ela está sendo tratada para diminuir esse risco de morte, não é, para tentar controlar o que está provocando esse risco. Se o tratamento for bem sucedido, maravilhosos! Ela sai dessa e fica boa. Mas, se por acaso não der certo, que isso também não pode ser o fim de tudo, apesar de toda a dor que isso vai provocar, como todas as perdas, não é? Essas coisas é que a gente precisa aprender a encarar, porque se estiver na porta da gente, não tem como você colocar na porta de ninguém, infelizmente. Não é isso? Agora, isso não significa que a gente vai ficar pensando só no pior. Deus que me livre! Até porque, a gente não agüenta viver desse jeito. A gente tem que pensar no que é bom, a gente precisa torcer pelo melhor, mas a gente precisa também de lembrar...

Aurora – tem hora que a gente tá torcendo pelo melhor e ele não acontece...

Coord. 1 – isso acontece muito, Aurora, com todo mundo! Às vezes, a gente pensa que o chão vai abrir e você vai sumir! E a gente tem vontade mesmo que isso aconteça, mas não acontece! Você fica aqui e tem que encarar, tem que enfrentar...

Aurora – tem muita gente que chega na gente, parece que põe a gente tão embaixo... Igual o outro que chegou em mim hoje e falou “*Tem uma mulher que fez a cirurgia que Maria fez... saiu bem daqui do hospital, foi embora pra casa e morreu!*” Como que fala isso pra gente?

Coord. 1 – não precisa, né, acho que a gente não precisa dizer isso!

Coord. 2 – vamos deixar nossa colega aqui [Elisabete] se apresentar, né?

Coord. 1 se desculpa, justificando que quando ela chegou o grupo estava no meio de uma conversa, mas que agora seria dado um tempo para que ela contar quem é e como está.

Coord. 2 – esse é um grupo de apoio e informação que reúne a família e conversamos sobre como estão vivendo a situação, que dúvidas eles têm e de que forma a gente pode se ajudar. Você veio visitar quem?

Elisabete – minha tia, Marcela. Eu fiquei sabendo ontem que ela tá na UTI.

Coord. 1 – ah, eu sei, é uma que é auxiliar de enfermagem, trabalha no centro-cirúrgico, né? Está com infecção puerperal, não é?

Elisabete – é...

Coord. 2 – qual é o seu nome?

Elisabete – Elisabete. Ela internou quinta-feira, só que eu fiquei sabendo só ontem a noite, porque o marido dela ligou. Eu tô sem dormir, não consegui comer... então... [chora]

Coord. 1 – vamos te dar um lençinho de papel... hoje eu me lembrei de trazer!

Coord. 2 – aqui você pode chorar à vontade! Não precisa ter vergonha...

Elisabete – ela trabalha aqui... agora tá lá... É difícil, né, nunca passei por isso, nunca tive um parente na UTI...

Coord. 1 – Elisabete, essas outras pessoas aqui são todas da mesma família de uma paciente que também está lá na UTI Cirúrgica.

Coord. 2 – o Sr. Joaquim, a Aurora, o Sr. Dionízio, a Sônia... e essa é a Noêmia, enfermeira da outra UTI.

Aurora – [se dirigindo à Noêmia] me responde uma coisa: se a pressão dela subir, ela sai do oxigênio?

Noêmia – não necessariamente.

Aurora – o que que esse oxigênio tá fazendo?

Noêmia – Porque ela está não está conseguindo respirar.

Aurora – pois é, tá tendo problema, assim, no pulmão dela?

Coord. 1 – ela até respira um pouco, mas o que ela consegue respirar não é suficiente para as necessidades dela...

Aurora – por causa do corte que teve nela, a cirurgia?

Noêmia – por causa da infecção.

Sônia – e o problema que deu no pulmão dela, o que que é?

Coord. 1 – eu não sei...

Sônia – porque eles falou assim “*Porque agora o pulmão dela também teve um recaída...*”

Coord. 1 – eu não vi nada sobre o pulmão, não. Eu vi falando hoje que eles tentaram tirá-la do respirador mas que ela fica muito agitada e não consegue... o oxigênio do sangue cai muito e aí eles têm que voltar com ela para o aparelho.

Sônia – porque que ela fica agitada?

Coord. 1 – a falta de oxigênio deixa a pessoa agitada. E também, porque ela deve estar incomodada, não é? Ela pode sentir dor ou alguma coisa, ela deve estar preocupadíssima com a filha...

Aurora – mas, assim, no caso, ela tá sabendo tudo que tá acontecendo?

Coord. 1 – não sei, porque nos dias em que eu a tenho visto, ela está com remédio para dormir o tempo todo, então não dá para a gente saber se ela está... sabendo o que está acontecendo.

Sônia – não, porque ela não tá vendo o marido dela, a filha dela... Quando foi domingo, o marido dela, na hora que ele entrou, ela viu ele, né, mexeu com a cabeça... Aí ele falou que a filha dela tava lá fora, que ela ia entrar, a Sabrina, né? Aí, a Sabrina entrou, ela viu o rosto da Sabrina, mexeu com a cabeça um pouquinho...

Aurora – então ela não tá assim... como é que fala?... assim, totalmente... quando a pessoa...

Coord. 1 – em coma

Aurora – é. Então ela não tá no coma?

Coord. 1 – o coma tem vários graus, não é? Tem desde o coma em que a pessoa fica dormindo, mas quando você chama ela consegue abrir o olho e te olhar, mesmo que ela não responda muito bem, até aquele em que você pode até beliscar que ela não sente nada. Mas isso é difícil de a gente avaliar quando a gente está dando remédio para a pessoa dormir, porque você não sabe até que ponto a pessoa está daquele jeito porque ela está em coma ou até que ponto ela está daquele jeito porque está dormindo sob efeito do remédio. Então, essa parte eu não sei lhe dizer... se ela está em coma ou

se tirar o remédio ela acorda ou não.

Sônia – nós ligou aqui... o que que ele falou?... é... coma leve...

Coord. 1 – normalmente, assim, a consciência fica alterada mas não chega a ficar em um coma profundo. Ela está reagindo à dor, ela tem...

Sônia – é... eu pedi pra ela me explicar o que que era coma leve. Ela falou assim “*Não, coma leve é quando ele tá sedado e não consegue acordar...*”

Coord. 1 – mesmo se tirar o remédio totalmente, ela provavelmente vai ter uma certa confusão, vai ficar sonolenta, ela está... É como o Sr Dionízio falou, esse problema da infecção generalizada é um problema muito sério... É a mesma história da Marcela!

Elisabete – me conta uma coisa, infecção generalizada... geralmente quando a pessoa... quando ataca, né, geralmente é três ou na hora, é três, quatro dia depois. A minha tia foi praticamente foi doze, dezesseis dias depois...

Coord. 1 – é... a irmã dela [referindo-se à Sônia] também tem quatorze dias...

Elisabete – isso... isso pode ser normal?

Coord. 1 – depois que ela deu à luz é que deu a infecção?

Elisabete – foi, ela deu à luz e depois...

Coord. 1 – mas não significa... pode acontecer logo depois como muito tempo depois.

Elisabete – eu tô um pouco assim, perdida, eu... O local onde ela teve o parto foi na Clínica Amparo, depois ela foi transferida, então eu tô um pouco sem saber como que eu vou encontrar quando eu entrar lá sem o tio...

Coord. 1 – provavelmente ele deve aparecer agora...

Elisabete – é, ele vem, ele falou pra mim.

Coord. 1 – o Sr está querendo falar há muito tempo, Sr Joaquim, pode falar.

Marcos – eu vou ditar uma coisa aqui que no momento nosso não é cabível... não é cabível. Eu sonhei, pra amanhecer ontem, que tava casando com uma enfermeira do hospital. Ela falou assim “*Joaquim, eu vou esperar você amanhã pra pôr você pra dentro*”. E aí, o que que você me diz? Como é que um cidadão... um viúvo [chora]...

Coord. 1 – olha, Sr Joaquim, a gente gostaria muito de poder ajudar de outra forma, porque a gente sabe a dor que vocês estão sentindo. Mas, infelizmente, a gente não tem como fazer mais do que o que a gente está fazendo.

Marcos – tudo, tudo que é de mais rico que vocês pode fazer, vocês tão fazendo, eu tô enxergando isso...

Aurora – Sr Joaquim, mas também, é igual ela falou, quando a gente sonha precisa saber...

Coord. 1 – não quer dizer que porque o senhor sonhou isso vai acontecer alguma coisa...

Aurora – eu já sonhei com o meu pai várias vez morto!... meu pai táí...

Dionízio – agora, eu tenho um negócio comigo, eu sonho, mas eu gravar uma coisa bem, eu não...

Coord. 1 – o senhor não lembra?

Dionízio – não.

Coord. 1 – eu também não. E acho bom não lembrar...

Coord. 2 – tem estudiosos do sonho, não é, por exemplo, Freud, né, que foi um psicólogo muito... a gente fala que ele é o pai da psicologia, tem Jung... tem um monte de estudioso... Então, não é uma coisa que a gente pode ignorar nem girar sua vida em torno daquilo.

Dionízio – igual o Sr Joaquim... Como ele tá igual eu mesmo, porque ele não é pai mas é outro pai... Então, apavorado! A gente tem a mente da gente cansada... a mente da gente vira um bagaço!... A gente não sabe o que que faz da vida... Eu manheço o dia, vou pro trabalho, mas é lascado!

Coord. 1 – mas sempre á assim... A vida continua, como o senhor mesmo falou, e além da vida continuar, ainda tem essa sobrecarga, né?

Dionízio – o Sr Marcos é uma pessoa que também já passou muita dificuldade... Ele é mais velho do que eu uns dez anos, então a dificuldade dele é muito mais do que a minha, lógico. Agora, pintou essa nora na família dele, igual uma filha, né... primeiro uma filha dele... Então, a gente fica muito agradecido de ter... ela ter outro pai, até melhor do que o primeiro...

Coord. 1 – não necessariamente! Ela é muito feliz por ter dois pais que gostam muito dela!

Dionízio – porque... Eu falo isso sempre, porque a pessoa que é estimada, ela é abençoada... Todas as vez ela é abençoada, porque ninguém vai ter uma palavra mal falada daquela pessoa.

Coord. 1 – Agora, Sr Joaquim, o que eu queria dizer pro senhor é assim, que o senhor precisa se dar o direito... dar o direito ao senhor mesmo de chorar de vez em quando, de falar sobre as coisas que estão doendo no senhor, das coisas que o senhor tem medo, porque, se não, essa coisa de a gente achar que tem que ser sempre o mais forte, que a gente não pode fraquejar... isso também pesa muito pra gente! Viu? Então, aqui, esse grupo é um lugar onde a gente quer dar esse espaço para vocês. Eu fico assim... eu acho muito bom quando vocês têm a liberdade de chorar, de falar desses medos e dessas coisas... Isso significa que nosso grupo está atingindo o objetivo dele que é o de abrir um espaço para vocês fazerem isso... Vocês todos tenham em mente que são pessoas humanas, que é como o Sr Dionízio falou, a vida de vocês não parou, vocês continuam tendo que cuidar da casa, dos meninos, de trabalho e de todas as obrigações e ainda sofrer isso!

Aurora – meu marido falou pra mim que eu tô... que tá difícil conviver comigo lá dentro...

Coord. 1 – pois é! Então, precisa de ter uma válvula de escape, não é, de alguma forma...

Dionízio – tá eu e o seu Joaquim, num barco só, mas... tem pessoa de fora? Tem, eu acho que tem e o seu Marcos vai confirmar que tem. Então, vê a gente assim... não é nada, né, aquilo ali não tá acontecendo nada, mas, quem sabe?

Coord. 2 – só quem passa pela situação que sabe, não é Sr Dionízio?

Dionízio – ninguém vê o seu coração... Então, a gente tem que ter firmeza, os pensamento positivo e não esmorecer, porque se esmorecer...

Coord. 2 – pra gente ir fechando... Hoje nós conversamos sobre tanta coisa, não é? Às vezes a gente fala assim, muito rápido e vai deixando pra trás. Eu vou trazer um pouco disso aqui para a gente pensar hoje e o resto da semana. Primeiro, é que ninguém tem receita de como viver bem.

Coord. 1 – nem de como sofrer bem!

Coord. 2 – isso! Ninguém tem essa receita pronta pra quando a gente pergunta “*E agora, o que a gente faz?*” A gente não tem uma resposta, né? Vocês estão fazendo aquilo que vocês podem, não é? Isso vocês estão falando a toda hora, né, a Sônia, a Aurora, você, né? Que... pensamento positivo... Vocês já deram um monte de dicas aqui... Esperança, fé, curiosidade, cuidado, saber das informações, cuidado com a família que às vezes não pode vir... Mas a gente tem que pensar o que é melhor... A gente fala assim “Tomara que aconteça o melhor!”, não é? “Tomara que aconteça essa graça!”... Mas... o que é melhor nesse momento? E para quem isso é melhor? A minha mãe sempre fala que fica mais preocupada com as pessoas que ficam do que com as que vão. Não é verdade?

Elisabete – porque às vezes o ser humano é muito egoísta! A gente nunca quer que aconteça nada diferente do que o que a gente quer. Mas isso não é fácil, porque a gente sabe se aquela pessoa tá bem, se ela pode sair daquela ali, mas se vai ficar vegetando em cima de uma cama...

Aurora – eu tô achando minha irmã, naquela cama, eu tô sentindo que ela tá assim... como é que fala? tá fraca, internada, mas só que ela não tá sofrendo, eu sinto que ela não tá sofrendo, você entende, eu tô sentindo que ela lutando pra viver... eu não tô sentindo que ela tá morrendo!

Coord. 2 – mas eu não estou falando isso! Eu quero dizer que é uma questão de tempo... O Sr Dionízio falou que é um caminho longo... Às vezes, algumas pessoas que internam se recuperam num caminho mais curto, né, outras têm um caminho mais longo para percorrer. Mas não significa que porque o caminho é longo... o resultado vai ser ruim, ou que vai acontecer alguma coisa ruim... Mas a gente também tem que acreditar

Aurora – Sr. Joaquim, ontem eu liguei na minha mãe de tarde, eu conversei com ela e desliguei o telefone, né? Aí, eu peguei minha cadeira de fio e sentei na porta da sala, numa área que eu tenho lá em casa. Eu pedi que Deus me mostrasse alguma coisa pra dizer que Ele tá do lado da minha irmã, cuidando da minha irmã, que ela vai sair desse hospital pra tomar conta da família, da Sabrina, as pessoas que ela tanto ama, né? Surgiu um passarinho... eu não sei da onde que veio esse passarinho... ele veio assim [faz gesto com a mão]. Eu contei pro meu pai, meu pai perguntou “*Que passarinho é esse?*” e eu falei “*Acho que era um pardal*”, eu falei, normal, né? Ele veio... e eu falei assim “*Meu Deus, será que isso aí é uma mensagem?*”. Ele voltou de novo, no mesmo rumo que ele veio, ele voltou, ele retornou. Eu levantei correndo da cadeira e olhei assim... não vi o passarinho mais. Eu acho que Ele tava mandando uma mensagem que a minha irmã vai ficar boa!

Coord. 2 – mas não tem dúvida de que Ele está cuidando da sua irmã...

Aurora – pois é, isso que eu pedi pra Ele!

Coord. 1 – mas Ele está cuidando do jeito d’Ele. Porque às vezes a gente não consegue compreender qual é o jeito d’Ele, o jeito que Ele está cuidando. Quem tem fé de verdade tem que acreditar que Ele está fazendo o melhor que Ele pode

Aurora – a vizinha falou pra mim... a fé da gente, aquela fé que a gente tem assim, no peito, tá tranquilo... não tá assim aquele afobamento, aquele medo da pessoa morrer... Tá assim “*ela vai ficar boa!*”, né?

Coord. 1 – gente, são vinte para as oito e se a gente demorar muito aqui vocês vão perder o horário de visitas, não é? Tudo bem que a gente vai lá explicar a eles que vocês se atrasaram porque estavam com a gente aqui, mas é bom não demorar demais. Vocês estão saindo um pouco melhor do que quando chegaram?

Coord. 2 – como é que vocês estão saindo, não é? Vamos falar um pouquinho de cada um?

Sônia – olha, eu tô saindo cansada, ainda, de vim aqui... tô cansada de vê ela naquela situação, de vê a nossa família sendo... de ter que deixar ela aqui...

Coord. 1 – cansa muito mesmo... Não desanime, não...

Sônia – não... jamais! Se desanimar...

Coord. 1 – Sr. Joaquim!

Marcos – eu tô... amolado. A minha netinha, dia 19, completa 8 mês e nós vamos pedir muito a Deus que libere ela [chora]... Eu sou o bastão do patrimônio de todo mundo... eu sou a pedra principal... o esteio deles nesse momento. Não é... não é que eu sou poderoso, mas em todos os sentidos... marca muito, viu? Então, é difícil pra gente, é difícil, mas eu me obrigo a fazer, porque será pior se eu largar...

Coord. 1 – e quando o senhor vem para a reunião, o senhor sai um pouco melhor?

Marcos – é excelente... uma beleza! Eu vejo umas palavra tão boa, umas personagem muito clara, bate papo com a gente, depor, queixar... é agradável. Mas, de qualquer maneira, eu saio satisfeito da recepção e animado com o que vai vim... Tá bõ, viu?

Coord. 1 – e você, Elisabete, que é a primeira vez que você está aqui, embora tenha perdido um pedacinho do encontro, como está se sentindo?

Elisabete – assim... eu me sinto tranqüila, mas ciente, né, do que pode acontecer. Você tem uma noção do que é uma UTI, das coisa que as pessoa... porque a pessoa quando vai pra uma UTI, o estado dela já não é muito bom, então, você ficar conhecendo mais isso... aí, seja o que Deus quiser, entendeu?

Coord. 1 – mas ficou claro para você que não é porque está em uma UTI que a pessoa está com a sentença de morte decretada?

Elisabete – ah, eu sei... eu sei, porque quando eu liguei de manhã, que o rapaz... Às vezes, a forma das pessoas falar que não fica bem, sabe?

Coord. 1 – essa é uma reclamação que a gente tem em todos os grupos, que é a forma como recebe a informação por telefone.

Elisabete – de manhã o rapaz falou assim... eu perguntei “*qual é o estado dela?*”, ele leu o boletim que tava escrito “*Estado gravíssimo, paciente tá assim, assim...*”, ele não...

Coord. 2 – a gente não sabe o que significa, né?

Elisabete – não sabe o que significa isso... aí, não tem aquela idéia de como que tá, porque... se você tá ligando, a gente sabe, a gente sente... é família... Só porque a gente sabe... Hoje de manhã ele falou assim... “*Ei, jovem, não fica assim não, sai dessa [choro], tudo vai ficar bem...*”. Isso foi pra mim... foi o que eu senti, sabe? É diferente... a pessoa quando tem fé, que é ciente da situação, que tem fé... Eu falei, a gente é egoísta, a gente só quer pra gente... Agora, que eu fico muito... que eu tô pensando muito é na minha tia... não tem coisa mais triste... Tem três dia que eu não tô... Eu penso muito, sabe, eu não dormi, eu rezei... eu peço muito! Eu não dormi, eu não consigo comer...

Aurora – eu queria contar uma coisa...

Coord. 1 – deixem-me falar uma coisa antes. Eu tenho tempo para ficar aqui até a hora que vocês quiserem, mas eu estou muito preocupada com a entrada de vocês na UTI. Então, se vocês quiserem sair para ir lá, podem ir. Eu posso ficar, e quem quiser ficar comigo para a gente conversar... Eu não tenho pressa, eu só tenho medo de vocês chegarem depois lá na UTI e a enfermeira não deixar vocês entrarem...

Neste momento, alguns participantes começam a sair. Coord. 1 convida a todos para voltarem quando tiverem vontade, reforçando que o grupo acontece toda segunda, quarta e sexta-feira, sempre no mesmo horário.

Sônia – aproveitando que você [aponta para Noêmia] tá aqui, eu queria perguntar uma coisa, quero uma informação. O meu pai fez um pedido... não tem como negar. Ele quer que eu tire uma foto da madrinha dentro da UTI. Ele falou assim pra mim: “*Tira uma foto dela pra mim...*”, porque eu tenho a máquina, né, digital. Então eu queria perguntar se pode, né, ou eu passo a máquina para vocês tirar.

Coord. 1 – você sabe, Noêmia?

Noêmia – é assim, Sônia, vamos ver se vocês vão me entender... É pela dignidade da sua irmã, porque ela teria de estar consciente para autorizar. Mas como ela não tem condições de dizer se pode ou não pode... porque é uma situação constrangedora para a sua irmã. Ela está em coma, ou sedada, com aparelhos, está respirando por um aparelho, está coberta por um lençol, não é, não está vestida, numa cama, com sonda no nariz... Então, é pela dignidade dela que a gente não autoriza. A família não pode tomar... vamos dizer, ter autoridade sobre ela...

Sônia – No caso, assim, eu acho que ele fez uma promessa, eu acho que se ele não cumprir essa promessa, no pensamento dele...

Coord. 1 – e se ele usar outra coisa?

Noêmia – é, um objeto dela, né?

Sônia – eu entendi...

Coord. 1 – ou uma foto de antes, mesmo! Explique isso para ele, que a gente tenta resguardar o paciente.

Noêmia – Vamos falar mais claro, né? Tente se colocar no lugar dela. Será que ela gostaria que as pessoas vissem a foto dela da maneira como ela está? Vamos pensar aqui...

Aurora – eu acho que... A não ser que fosse trazer alguma infecção pra ela... Mas, se ele tá pedindo essa foto, é porque meu pai tem muita fé e essa fé do meu pai é o pensamento dele...

Coord. 1 – na verdade, o que a gente está conversando aqui é assim... não somos nem eu, nem a Noêmia, nem ela [Coord. 2] quem autoriza isso. Vocês podem conversar com a enfermeira que está lá na UTI e com o médico e explicar isso. Às vezes, eles abrem uma exceção. Porque não tem nada a ver com infecção, não.

Aurora – porque eu acho que o meu pai... ele não me falou, mas o negócio você sabe o que que é? Eu acho que é pra por no Divino Pai Eterno, eu penso que é pra pôr lá nos pés, lá em Trindade. Eu acho que nem era pra ter essa foto não.

Coord. 1 – mas, talvez vocês possam convencê-lo de que a outra foto dela boa é ela do mesmo jeito. Para o santo que ele fez a promessa, vale do mesmo jeito, é a foto dela... Não interessa como ela está hoje, é ela que está ali, naquela foto!

Sônia – eu tenho pra mim que... eu já sabia que não podia, porque... é uma norma do hospital.

Coord. 1 – o que vocês podem é falar para ele ou o marido pedir ao médico, para ver se ele autoriza a fotografia, mas é assim, um pouco complicado...

Noêmia – é, precisa de uma autorização, né, porque é uma instituição, né?

Coord. 1 – e o que pode acontecer é que, se ela sair dessa, acordar, ela pode processar o hospital por ter permitido fotografá-la. Então, o hospital precisa se prevenir. E ela não iria gostar de ser fotografada nessa situação... Ela pode querer vocês se lembrem dela enquanto ela estava bem...

Aurora – eu acho que essa foto nem era pra ele, é pra por lá nos pés do santo...

Coord. 1 – é, embora vocês sejam da família dela, ela é uma pessoa adulta, maior de idade, responsável por ela mesma. Se fosse uma criança, aí os pais podiam autorizar, mas não é o caso. Ela pode pensar “*Então eu fico doente e vocês fazem o que querem comigo*”. Não é assim... a gente tem todo o respeito pelo paciente, pelo corpo dele, pelo direito da pessoa, sua vontade... Na medida do possível, a gente respeita isso, sim! Precisaria de ela dar autorização, mas se ela não tem condição... Vocês podem tentar falar com o médico...

Sônia – eu vou é falar pra ele que não pode e pronto...

Noêmia – você entendeu?

Sônia – eu entendi. Eu já sabia que não podia. Eu só quis perguntar pra vocês pra mim poder passar pra ele.

Coord. 1 – encerra o encontro agradecendo a participação de todos e reforçando o convite para participação. Lembra a todos do contrato do grupo e convida para as próximas reuniões, destacando os dias, horário e local em que elas acontecem e se despede dos participantes.

DATA: 08/02/2006

O encontro teve início às 18:35 h, com os seguintes participantes:

Sônia (irmã de Maria – UTIC)
Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Marcos (sogra de Maria – UTIC)
Eunice (vizinha de Marcela – UTIC)

Paulo (esposo Marcela – UTIC)

Coord. 1 e Coord. 2 – se apresentam.

Coord. 1 – faz esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participarem e lê e solicita assinatura do TCLE. A seguir, pede permissão para gravar a reunião.

Coord. 2 – propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo. Sugere que sejam feitas as apresentações de cada um dos presentes usando a técnica dos cartões coloridos que representem de que cor cada um está chegando ao grupo hoje. Cada participante se levanta, vai até a mesa e pega um cartão. Depois que todos escolhem seu cartão, ela pede que cada um diga porque optou por aquela cor e o que ela significa. Pergunta quem quer começar.

Marcos – uai, se tocar pra mim, eu que tenho que puxar o carro, né?

Coord. 1 – é, porque o senhor que já é o mais experiente aqui, não é?

Marcos – [*cartão amarelo* claro] paz, alegria... Olha, eu ainda... desde que a minha nora entrou aqui, eu ainda era neutro em certos conhecimentos de hospital e hoje eu tenho, igual eu expliquei pra ela [*aponta para outra participante*]. Eu fico muito grato, muito satisfeito, tudo perfeito, tudo desejável... Os comandante tudo organizado, põe respeito, põe ordem... Todo dia eu chego, já começa conversar com a gente... Eu tenho muito orgulho de... da gente tá... chegar a esse ponto de utilizar esse grande benefício que... não vou dizer eu tô recebendo, mas que ela tá recebendo... corresponde a mim, viu, corresponde eu! Então, eu tenho muito que agradecer essa parte que... nossa! Acho que tá frente a frente... eu tô vendo, cada dia eu tô chegando, tá desenvolvendo mais, tá trazendo mais conforto pra gente, viu?

Coord. 2 – então esse cartãozinho representa que o senhor está mais confortável?

Marcos – mais confortável, viu?

Coord. 2 – obrigada, Sr. Marcos.

Coord. 1 – e agora, quem quer falar?

Paulo – pode ser eu.

Coord. 1 – como é o seu nome?

Paulo – Paulo.

Coord. 1 – está bom. Paulo, de que cor você está chegando aqui hoje? Essa cor significa o quê?

Paulo – [*azul*] essa cor assim, mais azul, mais... cheio de esperança, ainda, né?

Coord. 2 – mais esperança?

Paulo – isso! Até... ontem, tava era assim, meio nublado ainda, né? Começou aparecer uma luz no fim do túnel, né, de alegria, né? E... eu vou levando, né? Eu tô sentindo assim, cada vez... azul... até chegar no verde e tá tudo em ordem, né?

Coord. 2 – o que estava nublado?

Paulo – não achava que que era... Hoje as pessoas descobriu que que foi a causa... já tá um pouco adiante!

Coord. 2 – já descobriram, então?

Paulo – mais ou menos descobriram, né? Fez exame, descobriu que tinha infecção no útero, né, já tirou o ovário... então, já é um ponto pra... acabar com a doença, né? Daí já começa...

Marcos – um pouco de avanço, né?

Paulo – isso!

Coord. 2 – o senhor já tem filho?

Paulo – Tenho, dois filho.

Coord. 2 – e esse agora, está na sua casa?

Paulo – tá em casa.

Coord. 2 – e está bem?

Paulo – bem!

Coord. 1 – é homem ou mulher?

Paulo – mulher. Um casal agora, né?

Coord. 1 – e a senhora [*olha para Eunice*]? Esse azul significa o quê?

Eunice – pra mim? A Marcela é uma pessoa que a gente quer muito bem, né? Estamos na expectativa... Então, esse azul é como se fosse alívio, né? Depois de muitos dias, a gente pode é... respirar aliviado, né? Porque, a partir do momento que já... começou pelo menos a descobrir o que que é... porque eu tô com uma satisfação muito grande... A gente ficou muito apreensivo e... a gente quer muito bem, sabe da luta dela pra ter esse nenem, né? Ter que deixar esse nenem em casa, ir pra um hospital, não sabe nem que que vai acontecer... Principalmente no caso dela, por ser enfermeira, conhece todos procedimento, né, que que pode acontecer, até eu acredito que é uma situação muito angustiante pra ela. Então, todo mundo torcendo muito por ela... eu tenho certeza que Deus vai olhar...

Coord. 2 – então, sejam bem-vindos aqui, tá? E nesse primeiro momento já deu pra gente ver que tem muita coisa em comum, né, apesar de um pouquinho diferente. Tem a esperança... esses momentos mais difíceis e depois a melhora...

Eunice – é... a gente veio até comentando... O governo, apesar da situação, tem que ter assim, um hospital público pra poder... você saber que pode contar com uma... uma coisa dessa, né? E graças a Deus, Goiânia é um ponto de referência, né? Acho que isso é muito bom, poder contar com isso. A gente conhece, sabe das dificuldade de vocês, de trabalho, dos médico... quer dizer, a gente sabe disso! Mas sabe que também na hora H você pode contar que, nem que seja pra ficar nos corredor, a gente tem onde ficar.

Coord. 2 – que é nosso direito, né?

Eunice – é nosso direito. E também o que eu falei pra ele... é você estar num lugar onde você tem amigo, igual ela tem

aqui, que a gente sabe que tem amigos, né? Então é onde a gente fica achando bom...

Coord. 2 – o Sr. Marcos tava falando antes de vocês chegarem que... o Sr já tem quantos afilhados, Sr Marcos?

Marcos – afilhados? Até o dia do casamento, 22.

Coord. 2 – 22 até os 20 anos...

Eunice – nossa!!

Coord. 2 – depois teve mais quantos?

Marcos – de casamento, 35.

Coord. 2 – e assim, ele falou, não é o dinheiro, não é por nada, só pela amizade, né? E é isso que a gente leva, não é?

Marcos – viu, seu Paulo, tenho mais de 30 afilhado... inclusive o primeiro eu assustei, eu tinha 14 anos de vida... assustei! Falei “*Mas como?*”

Coord. 2 – e é nos amigos mesmo que a gente tem que se apoiar nessas horas...

Paulo – é fato... Às vezes, uma palavra, um momento seu... te dá uma grande força!

Coord. 2 – e amigo não é só pessoa de fora da família, não é? Às vezes você tem um amigo no filho... pode ser criança, mas é seu amigo! Está ali, com você.

Eunice – esse sentimento de amigo... isso é muito importante! Ali eu posso segurar, né?

Coord. 2 – a nossa família tem os laços do sangue, né, são outros laços.

Eunice – nossos amigos espirituais, né? São os verdadeiros amigos...

Coord. 1 – Paulo, e como é que está sendo para você viver essa situação de estar com a esposa na UTI?

Paulo – é difícil, né, mas... tamos indo, procurando força, dando força... a família, né, e procurando, né, acreditar em Deus...

Coord. 2 – o senhor já tinha passado por essa experiência?

Paulo – não.

Coord. 2 – de ter alguém da família na UTI?

Paulo – na UTI não.

Coord. 2 – o senhor sabe o que é uma UTI? Para que serve?

Paulo – não, eu nunca entrei numa UTI, né, primeira vez.

Coord. 2 – hoje é o primeiro dia que o senhor visita?

Paulo – não, não, desde quinta-feira que eu tô vindo.

Coord. 1 – e tem alguma dúvida, alguma coisa que você pense que a gente poderia falar para te orientar ou para esclarecer alguma dúvida? A senhora também [olhando para Eunice], o Sr. Marcos... Alguma coisa sobre o que vocês gostariam de conversar hoje? Porque, assim, a gente faz essas reuniões antes da visita e um dos objetivos que a gente tem é dar um espaço para poder conversar direito e direto com a família, porque quando a gente na UTI para visitar, geralmente o pessoal que está trabalhando lá está muito envolvido com os pacientes, não é, não tem muito tempo nem de parar para conversar. E a gente sabe que esse é um momento muito difícil para a família, que, às vezes, conversar um pouco, falar um pouco sobre o que está sentindo, sobre o que está enfrentando, as dificuldades que tem... isso, de alguma forma, pode fazer bem. Então, essa é uma proposta que a gente tem de oferecer esse espaço e esse momento em que a gente está aqui por conta disso. Então, eu gostaria de saber se vocês têm algum assunto que gostariam de perguntar, ou que a gente falasse um pouco...

Eunice – eu tive uma experiência de UTI, com meu pai. Meu pai teve um problema pulmonar, trombose pulmonar e isso não foi uma boa experiência, uma experiência muito grande. Porque eu acho que uma UTI, eu acho isso incrível, sabe, porque, como você disse, lá é tudo tão envolvido naquilo ali que... eu acho que te deixa assim, meio tolhido, sem saber que atitude tomar, né? Você não sabe se pode por a mão, se não pode por a mão... E eu acho que é um momento tão difícil, tão difícil que pela própria dor que você tá sentindo ao ver seu ente querido lá, você já fica meio sem ação. Então, eu acho que podia ser mais... mais humano, né? Ter um tipo assim, de... sei lá, alguém que te incentivasse, né... Porque a gente sabe, é... muitos paciente não estão em coma, quer dizer, estão consciente o tempo todo, então, o sofrimento é muito maior, né? Mas tem paciente, por exemplo, que consegue te parecer como se você tivesse achado a pessoa morta... só tá respirando, né? E aí, outra coisa, naquela angústia de você ver o seu ente querido, você não sabe que atitude tomar... você tem até medo! Eu lembro que meu pai... foi uma impotência tão grande que até hoje, isso já tem mais de quatro anos, eu ainda tenho aquela imagem na minha mente, e eu não sei como lidar com isso, entendeu? Hoje eu ainda penso, se eu chegar a ter outro problema, que eu penso que vai demorar muito, eu... Realmente, eu penso que vai ser bem mais difícil ainda, porque eu nunca tinha tido esse problema, eu tive com o meu pai. Então, é... eu acho que se eu tiver que passar por outro, eu vou ter muita dificuldade! Porque eu não achei assim... Meu pai era uma pessoa muito católica, então, naquela hora do desespero, eu falei “*Pai, você quer rezar?*”. Eu lembro que ele falou assim “*Rezar pra quem?*”. Aí, eu olhei assim, tão... eu lembro que em cima do computador tinha uma Nossa Senhora, entendeu? Então eu achei alguma coisa que prende... porque o católico gosta de ter nem que seja uma imagem, né? Aí, então, ele queria rezar mas não sabia pra quem! Aí, eu fiquei olhando, desesperada, naquele momento, assim, naquela agonia... Aí, eu vi a imagem no computador. E lembro também da enfermeira que tava de frente... nossa! eu lembro bem, porque eu achei assim... Aí eu pedi pra ela “*Eu posso trazer essa imagem aqui, pra ele*”. Ela falou assim “*Não, ela tá ali a vista, ele tá vendo*”. Então, eu me senti assim, no chão. Aí eu até lembro que eu rezei com ele... No outro dia eu não tinha força pra ir na UTI e no outro dia ele faleceu, né? Então, ficou uma imagem muito dolorida... Então, eu acho que tinha que ser assim, mais humano... sei lá, uma coisa mais aconchegante, que pudesse te tocar, entendeu, não sei... eu não saberia nem explicar... Eu que fico assustada, acho.

Coord. 1 – é a gente precisa de... Tem alguns pontos que a gente poderia falar um pouquinho. Por exemplo, essa coisa de levar o paciente para a UTI quando o paciente já não tem muita chance de sobreviver, né? Isso é muito discutido, tem muitos pontos de vista de profissionais, estudiosos, que uns são a favor, outros são contra e não chegam a um consenso. Porque? Porque se o paciente está grave, não está respirando bem, já tem um monte de funções vitais alteradas, na enfermaria ou no quarto não tem os cuidados ou os procedimentos que poderiam ajudar. Então, precisa levar para a UTI.

Aí, leva para a UTI até para, se for o caso, morrer de uma forma menos sofrida, não é, para não ficar sentindo falta de ar, morrer de falta de ar e assim por diante. Por outro lado, ele vai morrer sozinho, né, afastado da família. Mas não dá pra levar a família para a UTI com essa estrutura de UTI que a gente tem. A gente sabe de hospitais mais chiques que tem por aí onde os doentes ficam em um quarto com sofá do lado, que o familiar pode ficar junto, mas não é a nossa realidade. Para você deixar o familiar entrar, um acompanhante ficar com ele em pé ou sentado em uma cadeira dura o tempo todo e assistindo tudo que está acontecendo com os outros pacientes... Se cada paciente tiver seu acompanhante, na hora que um paciente tiver uma parada cardíaca ou outro vomitar ou outra coisa, os acompanhantes todos ficam apavorados. Aí, além de a gente ter que assistir o paciente, a gente tem que acudir os familiares também. Então, com essa estrutura, não dá para ter acompanhante. E é muito complicado! Agora, eu sou favorável, tenho lido muitos trabalhos onde se recomenda aos médicos e enfermeiros das UTIs, nesses casos, fazer um horário de visita mais relaxado, de tal forma que o paciente possa ter o acompanhamento de alguém assim, mais de perto... Mesmo que não seja para ficar o tempo todo, mas entrar mais vezes, ficar um pouquinho mais ali. Mas também, não são todos os hospitais e todos os profissionais que aceitam, não é? E esse trabalho que a gente está fazendo aqui, ele é um pouquinho para isso também. A gente tem a idéia de, com o resultado dessas reuniões, se a gente chegar à conclusão que é bom, que os familiares gostam, que ajuda vocês de alguma forma, a gente terá um argumento para conversar com as chefias, com as diretorias do hospital para ver se a gente consegue um jeito de os familiares se sentirem mais cuidados também. Porque a senhora falou da agonia, o medo, a angústia... tudo isso, alguém precisa parar um pouquinho para conversar com vocês! Alguém, de preferência, um profissional, que tenha condições mais específicas para ajudar vocês. A gente sabe disso! Todos nós sabemos, médicos, enfermeiros, a gente sabe que vocês enfrentam problemas. Toda vez que alguém vai fazer uma pesquisa para perguntar se tem dificuldade, se tem alguma necessidade, todo mundo encontra que tem necessidade... Se a gente for perguntar para os enfermeiros se eles acham que a família tem... eles acham, acham que vocês sofrem muito, mas... parece que se envolvem tanto com o serviço que esquecem que a família também precisa de ser cuidada! De uma outra forma, mas precisa! Embora, para a família, muitas vezes o que eles precisam mais é da certeza de que o doente está recebendo um bom tratamento, está sendo bem cuidado. Mas, muitas vezes, a família também precisa ser cuidada, e bem também.

Eunice – é, num primeiro momento a gente pode é... os médico competente... Mas eu acho assim, mesmo se a pessoa acha assim, não... Eu acho que é um pouco de engano a si mesmo, entendeu? Ele pode até pensar, não, tá tudo bem... Mas eu acho que não é verdade! Além de ser bem tratado, ele queria ter o direito de entrar mais vezes, entendeu? Segurar na mão, falar com ele...

Coord. 1 – mas, na maioria das vezes, as pessoas não têm muita noção dos seus próprios direitos...

Neste momento, chegam o Sr Dionízio e Sônia. Coord. 1 os recebe, lhes dá as boas-vindas, pergunta como estão. Eles se sentam e Coord. 1 os apresenta aos demais participantes que ainda não os conhecem, informando que também são parentes da Maria. Também apresenta Paulo e Eunice aos recém-chegados, esclarecendo que são parentes da Marcela, que está na mesma UTI que Maria. Informa que os dois que chegaram agora já vieram a várias reuniões e que, pelo jeito, gostaram, pois estão sempre voltando a participar. Prossegue dizendo de sua satisfação com isso, porque é sinal que este trabalho está ajudando de alguma forma.

Coord. 1 – só para situar vocês, a gente estava conversando e a Eunice estava contando uma experiência anterior que ela teve com o pai na UTI e que foi muito desagradável, por vários motivos, e a gente estava comentando sobre isso. E eu queria falar um pouquinho sobre essa questão de como fazer quando chegar perto do paciente. A não ser que exista alguma restrição, por exemplo, se o doente tem alguma doença contagiosa ou uma infecção com um germe muito agressivo, que contamina muito ou provoca uma doença muito grave, a não ser nesses casos, a gente pode chegar, deve tocar o paciente, segurar a mão, conversar ao seu ouvido ou mais alto, se quiser, porque, embora a gente não possa garantir que ele esteja escutando, também a gente não pode garantir que não esteja. E, se estiver, isso vai fazer muito bem para ele! Porque ele também... a pessoa doente também está sentindo muita falta, muita solidão, não é, por ser afastada da família, estar ali, no meio de gente estranha, estar com o corpo entregue nas mãos de alguém que ela nunca viu antes... Isso é muito desagradável para a pessoa também. Então, deveria mesmo ter mais orientação antes, não é? Toda vez que fosse ter visita, deveria ter alguém lá, para orientar o que as pessoas podem fazer, o que não podem... E a gente vê que não é assim. A gente está tentando mudar, aos pouquinhos a gente vai tentando. E em cada hospital é de um jeito, né, melhor ou pior.

Sônia – mas a tarde tem uma mocinha novinha, gente boa demais, Nossa Senhora, que amiga... aquela moreninha que atende a gente lá na porta da UTI [*se refere a uma agente da segurança hospitalar, responsável pelas visitas na UTI no horário vespertino*]. Ela é um amor de pessoa... ela é ótima! Muito educadinha...

Coord. 1 – pois é, às vezes a gente dá sorte de encontrar gente assim, não é? Como a gente também dá azar de encontrar uns grossos, mal educados...

Coord. 2 – é o processo de humanização, né, que a gente está falando... Que nem é um termo, assim, que a gente deveria usar, não é, já que a gente é humano, não é, humano cuidando de humano... E assim, independente do lugar, primeiro a formação tem que ser das pessoas, né, e a gente sabe que essa mudança, se ela não for desejada por cada um, ela não vai acontecer, se ela for imposta, não é? Do mesmo jeito, a gente, eu tenho que mudar alguns conceitos que eu tenho... Nesse momento que vocês estão passando, né, que é de enfrentar a hospitalização de uma pessoa da família, isso também exige muita mudança, não exige? Ou eu estou enganada?

Dionízio – muda demais...

Coord. 2 – muda a estrutura da família, muda até o apetite, hora de dormir, não é Sônia? Não dorme mais...

Coord. 1 – as funções, não é? Como no caso da Maria, que ele estava contando, se ela cuidava do nenê, fazia comida... De repente, tira ela, alguém tem que fazer o que ela fazia... Então, as pessoas são remanejadas para funções que, às vezes, nunca realizaram antes. Um pai pode ter que virar mãe, não é, tem que aprender a ser mãe... como é que faz?

Eunice – ou então, fica o vazio, né, como no caso do meu pai, que ficou dentro de casa 8 mês, com a gente, tudo... Aí, quando tirou, ficou aquele vazio, aquele buraco que nada preenchia, entendeu?

Coord. 2 – e essa mudança, ela não é fácil! Ela é dolorida... não é fácil, não é mole, não. Vocês precisam de muita força, não é, e também precisam de cuidados, não só quem está aqui, doente... vocês também precisam. E se permitam também receber esse cuidado, né? Porque, às vezes a gente fica assim “*Não, eu sou forte, eu vou dar conta!*”, e às vezes, a gente precisa de colo, de falar, de conversar, ou de ficar quieto num canto... Então, é se permitir esses momentos, também, não é? Alguém gostaria de falar mais alguma coisa?

Marcos – eu queria...

Coord. 2 – só que a gente está quase chegando as sete e meia... É comprido?

Marcos – não, é coisinha pouca...

Coord. 2 – então fala...

Marcos – eu tive a oportunidade de procurar a enfermeira porque eu queria fazer uma pergunta pra ela sobre a UTI, se era comum um enfermo ficar dias, semana, quinze dias. Ela falou que é, ta vendo aquele cidadão? Ta com 240 dias que tá aqui...

Coord. 1 – isso... aquele que está em frente à Maria...

Marcos – falei, oito vezes três, vinte e quatro... são oito mês...

Coord. 1 – é quase um ano...

Marcos – é um ponto que eu quero trazer pra vocês. Eu tô vendo tanto... tanta coisa da UTI, nesse caminho da Maria tá aqui... Isso é bom pra mim, minha filha! Isso é bom, porque eu posso levar pra alguém...

Coord. 1 – deixem-me fazer uma perguntinha de ordem prática, para vocês que já vieram em outras reuniões e que, às vezes, saíram daqui um pouquinho atrasados: vocês têm tido dificuldade para entrar lá, na visita? Eles reclamam que vocês estão atrasados?

Sônia – eu não entro... Entra assim, o meu pai...

Coord. 2 – eles reclamam pro senhor, Sr Dionízio?

Coord. 1 – ou eles deixam o senhor entrar tranqüilo?

Dionízio – deixa... sendo no horário certo, eles deixa...

Coord. 1 – É, porque se a visita é até as oito e quinze, quer dizer que das sete e meia até as oito e quinze, qualquer hora que chegar tem que poder entrar! A gente procura terminar sempre no horário porque, se você quiser entrar e ficar lá dentro os 45 minutos, você tem esse direito! Mas não significa que, se você não chegar às sete e meia em ponto, depois você não vai poder entrar.

Dionízio – eu sempre falo, a gente quer entrar pra ver como é que tá, mas a demora é pequena, porque nós... é só Deus pra dar o conforto pra nós todos. Então, a gente vem ver, porque a gente sente muito peso, a gente vem olhar, a família tem que participar, porque tem mesmo... Então, a gente vem fazer a visita não é por causa... a gente quer vê é a reação do paciente. Então a gente... quando ele tá reagindo, não tá medicado com medicamento interno, que ele tem um... já tá um paciente assim, mais acordado, né, a gente fica mais tempo participando. Mas, se a gente vai visitar um paciente igual tá a minha filha... [interrompe por causa do choro].

Coord. 2 – mas, Sr Dionízio, o que a gente estava conversando aqui é exatamente isso, que é importante falar com ela, pegar na mão...

Dionízio – eu não sei se ela entende, mas... como é que a gente vai fazer?

Coord. 2 – é difícil para quem está do lado de cá, né, pra quem está de pé lá ao lado do leito, não é?

Dionízio – é, a gente fica assim... porque Deus é pai!

Coord. 1 – olha, gente, e tem uma coisa também que a gente precisa de compreender, é que um dia a gente está melhor, outro dia está pior... Como a Sônia falou, o tanto que você está cansado, quantos dias faz que você está vivendo isso, esse estresse, essa agonia...

Dionízio – a minha mulher tá cansando de vim aqui. Eu falei assim “*Você não precisa de ir não, porque a gente vai e eles dá informação... porque nós não vamos vê ela, nesse boletim da manhã nós não vamos vê ela não. Porque eles não deixa, é orde, é... até que é bão porque ela pode repousar. Mas, à tarde, a gente pode ir, não pode faltar não, pelo menos um nós tem que ir a tarde. Agora, a noite, se eu conseguir ter força de ir, toda noite eu vou*”.

Coord. 1 – é, à tarde é bom de ir porque é a hora que vocês conversam com o médico, têm informações mais detalhadas...

Dionízio – ela tá cansada, tá cansando, porque... tem problema de pressão alta, aquele negócio, tem hora quando ela vem... hoje quando ela veio ela chegou em casa desesperada, reclamando, né... que que pode fazer? Deus na... na nossa mente, é que pode.

Coord. 1 – vocês só podem fazer, Sr Dionízio, isso que vocês estão fazendo tão bem! De um ser o apoio, o esteio do outro, porque todos vocês estão sofrendo muito, estão passando por um momento muito difícil, estão muito ameaçados... Passar por isso sozinho é muito mais difícil!

Dionízio – eu espero que esse momento difícil ele fica fácil com alegria...

Coord. 1 – é... todo mundo quer isso, não é Sr Dionízio? Infelizmente, a gente não tem uma bola de cristal para saber como é que vai ser a evolução de cada um dos pacientes. Agora... é claro que... isso é humano, a gente quer o que é melhor, a gente quer sair disso logo, porque ninguém agüenta viver essa dor por muito tempo não, gente, a gente tem que dar um jeito de enfrentar isso de alguma forma...

Dionízio – isso aí, igual eu falei, não tem ninguém igual o outro, como o outro, tudo é diferente um do outro. Até pra lutar, pra... trabalhar com o paciente, a pessoa tem que fazer um curso muito bem feito. Mas ele faz um curso... tem pessoas que faz um curso e não gosta de hospital, faz porque quer ganhar dinheiro. Ele não dá valor a profissão, trabalha sem amor e, quando faz isso sem amor, não presta! Porque eu tive internado uma época e tinha duas enfermeira, uma era um doce de enfermeira. Tinha uma que era um... [faz um gesto de negação com a cabeça]. Eu falei pra ela “*Escuta, você não fez o curso de enfermagem? Você pode ganhar dinheiro, mas amor na profissão não tem não. Aquele amor na profissão...*”. O cara que trabalha na profissão e tem amor, ele faz com carinho e é bem feito!

Coord. 1 – claro, toda profissão tem isso!

Coord. 1 se senta perto da Sônia, que está chorando sem parar desde que chegou. Ela se queixa que está doendo muito, que está sem esperança, que parece não estar vendo melhora na irmã. **Coord. 1** oferece para ficar com ela um pouco, segurando sua mão, oferece lenço de papel e fica ao seu lado. Sônia fala do estado geral da irmã, referindo não saber porque ela não melhora...

Dionízio – é da infecção, muito do que ela tem é da infecção, porque se não tivesse infeccionado ela não tava tão assim,

poblema de pressão...

Coord. 1 – é, podia ter um jeito de a gente passar pelas dores da vida de uma forma que não sofresse tanto...

Dionízio – não, não. A gente tem passar os poblema é como Deus manda, não é a gente... não tem direito não... O que Ele manda pra gente é... o que a gente merece.

Coord. 1 – é... às vezes a gente acha que é injusto, que a pessoa é tão boa, porque aconteceu isso, não é? Mas, se a gente for pensar assim, nenhuma criança morreria, não é, gente? O que uma criança pode ter feito de mal na vida para merecer sofrer até morrer?

Dionízio – é sorte mesmo, é a... isso é sorte mesmo, uma sina da pessoa...

Coord. 1 – e se fosse assim, também, os bandidos todos morriam, né?

Dionízio – porque, desde o dia que começa a gerar, já tem aquela...

Coord. 1 – a certeza da morte

Dionízio – a certeza da morte também, mas a certeza dos trabalho que vai passar. Porque a gente... os trabalho que nós tem que passar... um passa mais do que o outro, ele merece, o outro passa menos, ele merece da mesma forma. Nós merecemos aquilo. Porque coisa boa não bate na porta de ninguém. Mas agora eu tô vendo que...

Coord. 1 – mas a gente é forte, viu Sr Dionízio? E Deus só o frio do tamanho do cobertor da gente, o Sr sabe disso!

Dionízio – eu tô vendo que a minha... a minha ruína, Deus vai me ajudar! Eu ainda vou vê ela andando ainda! Eu tô com muita fé nEle!

Coord. 2 – tem que esperar assim, que aconteça o que for melhor pra ela, né?

Dionízio – o melhor! Deus vai dar o melhor pra ela!

Sônia – eu tenho certeza que o melhor pra ela é poder vê a filha dela de novo...

Dionízio – porque nós que tem parente assim... Porque, vamos supor, quando às vez é um colega, chegado na gente, nós tem... tem muita gente, tem colega chegado, porque amigo a gente tem pouco, né? Porque não danta teimar comigo que tem amigo, que não tem não. Nós tem colega! Amigo só tem... só existe Deus, no céu! Ele é amigo! A hora que você precisa dEle... E outra coisa, Ele não te cerca de tudo não... Ele vai te levando... Porque amigo, eles só quer dinheiro. Se você tiver dinheiro você tem amigo, se você não tiver, você não tem não...

Eunice – ah, eu não concordo não...

Dionízio – eu... Minha mulher é evangélica. Foi um pastor lá em casa, aí ele tava “*Meu amigo... Meu amigo...*”. Eu falei “*Escuta, você tem amigo?*”. Ele falou “*Eu tenho, claro que eu tenho*”. “*Que amigo, rapaz, não existe amigo não! Vou te falar um negócio pra você, você vai é me apoiar. Amigo, aqui, nós não tem não. Nós tem colega, tem uns colega fiel, chegado a gente... tem uns colega muito bão... mas é colega. Mas amigo nós só tem um, que é Deus, Jesus Cristo no céu!*”. Aí, o pastor falou “*Rapaz, você me deixou preocupado! É... porque Deus é o maior amigo da gente! Amigo que faz tudo pra gente!*”.

Coord. 2 – ok, a gente não duvida que Ele seja, né, mas tem outros também, não é, na nossa vida. Aquele que vai com você no buteco e quando você tem dinheiro ele é seu amigo mas, quando você não tem, ele deixa de ser, esse não é seu amigo! Quando você está passando por uma dificuldade some um monte, mas permanecem alguns, não é?

Dionízio – tendo dificuldade, eles desaparece, quando você tá bem, chega...

Coord. 2 – bom, então, para finalizarmos esse encontro, queria pedir para vocês... pode ser com os cartões, não é, Coord. 1?

Coord. 1 – pode ser!

Coord. 2 – então, para vocês escolherem uma cor de cartão para mostrar como vocês estão saindo daqui.

Coord. 1 – alguém mudou de cor? Quer escolher outro cartão?

Sônia – [*ainda chorando, sem parar*] eu nem sei que cor... eu cheguei... Eu falei pro meu pai, quando eu chego na porta do hospital, me dá uma agonia!... Eu penso o tanto que tá ruim... Eles falaram que a minha irmã parece que vai fazer outra cirurgia...

Coord. 2 – mas é necessário!

Coord. 1 – é... quem sabe se ela for para a cirurgia eles conseguem dar um jeito... Às vezes, a gente pensa que sabe o que é melhor para a pessoa, mas não sabe! Às vezes a cirurgia vai fazer bem para ela... Vamos torcer, vamos rezar...

Paulo – é, a minha mulher abriu... a cirurgia, depois de quinze dias teve que abrir e achou... Pelo menos agora tem mais... uma luz, né? Uma esperança grande, né?

Coord. 2 – o Sr Dionízio está pensando ainda na cor...

Dionízio – eu não tô pensando... eu tô é... sem cor...

Coord. 2 – está sem cor? É o branco?

Coord. 1 – faltou o branco aí, então, não é? E o senhor, Sr. Marcos?

Marcos – o meu é a mesma cor... amarelinho.

Eunice – então eu vou falar primeiro. Eu vou sair daqui cheia de esperança [*cartão verde*]! Esperança que, realmente, ela [*Marcela*] vai sair daqui boa, esperança na recuperação dela, esperança que ela vai ficar, com certeza, pouco tempo, entendeu? Esperança que quando alguém for querer mudar alguma coisa, todo mundo tem de ir a luta, entendeu? E esperança se eu precisar de UTI eu vou ficar aqui, tá? Essa é a minha esperança. Porque se tem alguém que tá preocupado em querer mudar a UTI, quer dizer que... né, pode acontecer alguma coisa boa!

Coord. 1 – certo... começa assim, não é?

Eunice – começa assim e devagarinho... né?

Coord. 1 – quem mais quer falar de cor vai sair hoje?

Paulo – verde, né, cheio de esperança. Não pode deixar a esperança morrer, né... é a única coisa que resta... esperança e fé, né? Alegria também, né?

Coord. 1 – participar dessa reunião, você acha que, de alguma forma, te ajudou, te fez algum bem?

Paulo – conversar faz bem demais, né, ajuda, né... a gente aprende muita coisa. A gente sabe que aqui todo mundo é amigo e sabe exatamente o que você tá sentindo... A gente fala e sabe que os outro entende o que que você tá falando... porque todo mundo aqui tá passando as mesma dificuldade da gente, né? Se Deus ajudar, amanhã ela tá boa... é a esperança...

Coord. 1 – fala, Sr. Dionízio...

Dionízio – esse azul... claro... toda vida eu gostei desse azul, eu acho que esse azul é um azul celeste, azul de espaço... tá longe! A gente tem aquela fé que... Deus tá por cima... de todos...

Coord. 1 – fala Sr. Marcos, para nós! Tá saindo mais alegrinho?

Marcos – esse amarelinho significa 25 anos atrás na minha vida, no fundo da minha humilde chácara, tinha uma árvore de ipê, daquelas amarelinha... À tarde, quando terminava as tarefa do dia, era um grande prazer vê os pássaro cantando naquela árvore ali fora, eu com toda a minha família reunida... Não tinha um filho separado que não tava nos poder dos próprios pais... com aquela alegria... E hoje não tá tão... não tá tanto a minha alegria! Isso aqui, eu tô ficando com uma recordação que eu já fiquei de 25 ano atrás, que eu tinha tudo: tinha mãe, tinha pai, cunhado... Agora, tô doído, tá doendo e tá longe, mas recordo o meu passado... aquilo que foi bom a gente fica; de ruim, a gente procura esquecer porque nem tão bom é recordar... É isso que eu tô levando...

Coord. 1 – [olhando para Sônia] e você? Fale um pouquinho para nós...

Sônia – eu cheguei assim, da forma que eu tô aqui [mostra um cartão preto]... sentindo um vazio por dentro... como se tiver rancado tudo... A minha mãe veio visitar minha irmã, a médica falou assim que talvez ela tinha que fazer a outra cirurgia... Eu cheguei perto dela e falei assim "Mãe, Deus abençoa que essa cirurgia vai curar ela, tirar essa coisa que tá... atrapalhando os medicamento...". [Olhando para os outros cartões sobre a mesa] Eu queria pegar também aquele cor-de-Maria, que é uma cor que ela gosta muito... tudo dela é Maria, tudo dela é Maria... Quando a Sabrina nasceu, tudo dela era Maria... [chora]. Eu tenho fé, eu tenho esperança...

Coord. 1 – mas tem cansaço também, não é?

Sônia – eu fico cansada de ver o sofrimento dela porque... ela tá sofrendo... ela tá sofrendo tanto por fora e por dentro, de saber que ela tá nesse estado e todo mundo aqui fora tão angustiada... ela sabe! Ela falou pra mim, ela falou "Sônia, eu penso tanto nas minha filha... na minha mãe, que fez a cirurgia e ela não pode ficar agitada... no meu pai... meu marido... seu Marcos e dona Joaquina..." Ela falou pra mim... Eu ainda briguei com ela, eu falei "Madrinha, não fala assim, bate na sua boca, pelo amor de Deus!" Isso era na segunda [feira], o seu Marcos veio, ela ficou brincando com ele, aí eu falei assim "eu vou bater na madeira"... Segunda-feira da outra semana, na segunda-feira num deu pra mim vim, aí na terça eu vim na visita, quando foi na quarta ela fez a cirurgia, eu num vi a minha irmã mais lá em cima [referindo-se à Clínica Cirúrgica, onde a paciente esteve internada antes de vir para a UTI]...

Coord. 2 – mas, então, você vai fazer o favor de lembrar desses momentos, não é, Sônia, que existiram, e foram tantos...

Sônia – ela falou assim "Eu queria tanto ter a minha menina no colo!" No dia que ela fez 8 mês, ela tava internada, ela chorou tanto... "Minha filha tá fazendo oito mês e eu tô tão longe da minha filha!..." Eu falei assim "Não, madrinha, mas o dia que ela completar os nove mês ela tá no seu colo... Deus há de ter dó!" O que mais me dói é saber que ela tem as duas menina dela!

Coord. 2 – é... mas as meninas não vão ficar desamparadas, não... né?

Coord. 1 – a gente agradece a presença de vocês, a participação de vocês... É muito importante e sem vocês isso aqui não teria sentido, não é? E a gente quer se colocar à disposição de vocês. A gente está fazendo a reunião toda segunda, quarta e sexta-feira, neste mesmo horário, no mesmo lugar e quem puder, quem tiver vontade de comparecer de novo, será um prazer, está bem? Um abraço a todos e muito obrigada!

DATA: 10/02/2006

O encontro teve início às 18:35 h, com os seguintes participantes:

Elina (mãe de Leila - UTIC)

Vilmar (filho de Leila – UTIC)

Dionízio (pai de Maria – UTIC)

Mauro (esposo de Leila - UTIC)

Sônia (irmã de Maria – UTIC)

Marcos (sogro de Maria – UTIC)

Coord. 1 e Coord. 2 se apresentam como pesquisadoras, fazem esclarecimentos sobre a pesquisa, convida os presentes a participar e solicita assinatura do TCLE. A seguir, pede permissão para gravar a reunião, sendo concedida por todos os presentes.

Abrindo as atividades do grupo, Coord. 2 propõe o contrato do grupo, enfatizando o horário de começar e terminar, a disposição das cadeiras em círculo, o atendimento de celular fora da sala, não comentar o que é dito no grupo com pessoas externas ao grupo.

Executando o planejamento para o encontro, as coordenadoras propõem que a apresentação de cada um seja feita usando o sucatório disposto na mesa central para que cada um escolha o objeto que melhor expresse como está chegando ao grupo. Coord. 1 pede que cada um diga porque escolheu o objeto e o que ele está significando para cada um neste momento.

Elina – [fio todo enrolado]. Ah, eu pra mim, esse objeto... eu tô me sentindo assim, muito enrolada mesmo! Eu não tô conseguindo nada, eu não tô... eu não tô... eu não dou conta, assim, de conviver... igual nós mora no interior, não aqui. É muito difícil... eu tô tendo muita dificuldade, apesar de que a gente tá sendo muito bem recebido aqui, sabe? Eles trata a gente bem, muito bem, com muita educação... eu tô feliz por isso.

Coord. 1 – eles quem?

Elina – o povo daqui, os funcionário...

Coord. 1 – do hospital?

Elina – do hospital, sabe? Eu não posso reclamar, mas eu tô sentindo assim, sei lá, é...eu não tô dando conta de... porque eu tô tendo muita dificuldade, né? Então, eu acho que isso aqui [mostra o fio] foi mais ou menos... bem enrolado, igual eu

tô mesmo! [r].

Coord. 1 – um fio bem enrolado?

Elina – bem enrolado!

Vilmar – [*relógio e celular*] o meu [*relógio*] é o seguinte, é a correria, né, do dia-a-dia, tudo tem hora marcada, né, a pressa, porque conforme o horário você não chega na hora certa, principalmente coisa de serviço, né, tem a hora marcada, certinho, né, e encerra naquele horário... E esse celular aqui simboliza pra mim o quê? A comunicação com meus familiar, longe, porque não tá perto, né? E é só.

Coord. 1 – está bem.

Mauro – [*celular*] eu também, é a comunicação com os familiar longe.

Coord. 1 – o senhor está sentindo falta de comunicação com eles?

Mauro – não, assim, ele [*o celular*] serve, né?

Coord. 1 – é um celular que serve para comunicar...

Mauro – é, comunicação, né?

Coord. 1 – e como é que o senhor está se sentindo? Com toda essa situação, como é que o senhor está aqui hoje, agora?

Mauro – ah, eu tô triste, né, de vê minha esposa... [*cala-se, com um nó na garganta*] do jeito que ela tá... [*longa pausa de silêncio*]

Coord. 1 – é... não é fácil, né? [*pausa*]. E sobre o que vocês gostariam de conversar? Sobre o que vocês gostariam de falar agora? O que vocês querem saber, ou conversar... falar... [*olhando para Elina*] tem alguma coisa que a senhora está precisando?

Elina – não, eu... a minha preocupação é só... Igual eu tô aqui, né, tem que ficar longe daqui, deixar ela aqui... só isso que é minha preocupação! Muitas vez eu queria até dormir naqueles banco lá fora, pra não ir tão pra longe, né, porque é tão difícil... a nossa situação não permite tá pra lá e pra cá... É muito difícil!

Coord. 1 – é, realmente não é fácil!

Elina – eu tô encontrando uma dificuldade enorme, porque, primeiro que eu não conheço nada aqui, nada! Eu tenho que ficar andando, assim, perguntando, pergunta um, pergunta outro... Então, eu venho pra cá de manhã cedo, eu fico aqui o dia inteiro, porque a hora que dá a visita das duas [*horas*] eu quero vê como que ela tá... Igual hoje, por exemplo, o médico falou que ia fazer diálise, né, eu perguntei que jeito que ia ficar... Aí, eu... é desse jeito a situação...

Coord. 1 – e a senhora falou que é diabética...

Elina – sou.

Coord. 1 – como é que a senhora fica aqui o dia inteiro? A senhora come o quê? Como é que a senhora se cuida?

Elina – mais ou menos, né? Eu tomo a minha insulina de manhã, no café da manhã. Às vezes... tem dia que a gente compra um almoço, as vez eu almoço, tem dia que não... às vezes nós só come a tarde...

Coord. 1 – ou seja, não está nem dando tempo de pensar na senhora...

Elina – não... Porque a minha preocupação no momento é só com a minha filha, né, a minha preocupação é só ela...

Coord. 2 – pelo que eu estou vendo, a família toda também está assim, né? O senhor [*olhando para o Sr. Mauro*] também fica aqui?

Mauro – é... eu vim hoje, agora ele [*o filho*] fica...

Elina – ele fica o dia inteiro comigo!

Coord. 2 – e vocês ficam aqui no pátio?

Elina – nós fica aqui no pátio, vai lá pra fora... fica assim, andando, até... Agora, a hora que termina a visita, né, a gente vai dá um jeito de ir embora... Amanhã cedo, a mesma rotina de novo!... Não tá fácil!

Vilmar – porque não tem como pousar aqui na porta, né?

Coord. 2 – não...

Elina – uma noite, ela tava ruim, eu fiquei do lado de dentro e ele pousou do lado de fora... ele pousou, não, né, ele passou a noite lá fora, ali na recepção do pronto socorro, ali... Mas foi cruel... um frio, né, tava frio lá... Foi muito triste, mas infelizmente nós não teve outra opção, nós tinha que fazer isso aí, né?

Vilmar – é porque, igual ela passou mal demais, da onde que a gente vem, se for preciso de chegar rápido, não chega...

Elina – não, não chega!

Vilmar – no mínimo é uma hora, uma hora e meia de lá aqui.

Elina – é isso se não for de carro próprio, né?

Vilmar – igual eu te falei, chegar em casa... E certo horário também não tem coletivo, né?

Coord. 2 – não...

Vilmar – então, isso dificulta...

Coord. 2 – aqui no hospital tem um serviço social, vocês já procuraram?

Elina – não... nós não foi informado...

Coord. 1 – precisa perguntar, depois, para a enfermeira... Na hora que vocês entrarem para a visita, vocês podem perguntar para a enfermeira onde é o serviço social.

Coord. 2 – para conversar com a assistente social. Ela pode encaminhar vocês talvez para um...

Coord. 1 – dar uma dica sobre como pode ser mais fácil para vocês enquanto vocês ficam aqui...

Elina – ah, mas seria ótimo, porque...

Coord. 1 – vocês podem perguntar para ela sobre algum abrigo, assim, um lugar destina a abrigar pessoas que vêm de fora para acompanhar pacientes, onde vocês poderiam ficar que fosse mais perto do hospital...

Coord. 2 – Itumbiara não tem uma casa, assim, de apoio aqui em Goiânia?

Vilmar – deve ter, mas, na correria, como já tava passando de hora, não deu tempo de pegar informação...

Coord. 1 – é, e se tiver, ela pode informar.

Vilmar – porque, para vir pra casa de apoio aqui, tem que pegar autorização.

Elina – porque nós tinha que vim de ambulância, não dava tempo...

Vilmar – e ela tava... a doutora lá deixou passar de hora o caso, então, cada dia tava pior... Então, a gente nem pensou nisso, só pensou em trazer rápido para...

Elina – na hora, nem...

Coord. 2 – na hora, isso não é o... o foco, né?

Elina – é.

Vilmar – como já tava ruim demais, aí não teve nem como...

Coord. 1 – não, mas então vocês vão procurar e, se a enfermeira da UTI não souber ajudar, como vocês ficam aqui o dia inteiro, amanhã vocês perguntam lá em baixo, na portaria. Digam que querem falar com o serviço social, como devem fazer, e tal... Ou então, peçam para falar com um enfermeiro, expliquem a situação, digam que já foram informados que tem um serviço social no hospital para ajudar gente igual a vocês e que vocês querem saber como podem falar com essas pessoas... Porque, se não ajudar, também não vai atrapalhar... E, de repente, elas podem dar uma orientação sobre um lugar mais fácil para ficar, mesmo aqui no hospital, talvez ajudar com um esquema de vale transporte, qualquer coisa... Porque é muito complicado...

Elina – nós ficamos lá no HUGO, né, uns 3 ou 4 dias, parece. Aí, lá tem aquela sala de... a gente ficava lá...

Vilmar – mas a minha mãe não tava respondendo... Porque, na UTI de lá, é UTI de emergência, né, por vaga, né? Então é aquela correria, então cada dia ela tava ficando pior... Então a gente achou bom transferir ela pra cá, porque pelo menos pra ela foi melhor...

Elina – É, até foi o Dr. Barreto que atendeu ela lá, né, que viu ela lá... Foi ele que fez essa transferência dela pra cá. E eu achei muito bom, porque nós tava... eu tava encontrando uma dificuldade, porque lá, podia entrar um só, uma visita. Aí, o dia que ele entrava, chegava lá ela tava ruim demais, voltava chorando pra trás. Eu não podia entrar, e ele ficava naquela angústia, sabe, aquela angústia. Eu cheguei a pensar que ele ia passar mal lá, né... de preocupação, né, porque a gente não é...

Vilmar – porque, no estado que ela tá, ainda passa um remédio errado pro coração, aí você já viu, né?...

Coord. 1 – eles deram remédio errado para ela?

Elina – eles deram um remédio pra coração...

Coord. 1 – lá no HUGO?

Elina – é... Aí, o outro médico chegou... esqueci o nome do médico, aí ele falou “*vamos suspender correndo esse medicamento*”, aí ele suspendeu. Porque os médico lá, ela vomitava sem parar. Depois que chegou aqui grave que falou...

Neste momento, batem à porta da sala e Coord. 1 vai atender. Chegaram outros participantes da família de Maria e Coord. 1 os recebe, desejando boa noite e convidando-os a entrar e participar do encontro. Pede permissão aos presentes para que as pessoas que estão chegando entrem e explica que eles já participaram de outras reuniões anteriormente.

Coord. 1 – tudo bom com vocês?

Marcos – tudo bão!

Dionízio – bão não tá não, mas a gente considera muito melhor...

Coord. 1 – mas ainda vai ficar, não é?

Coord. 1 e Coord. 2 inserem cadeiras para as pessoas que acabaram de chegar no círculo já formado, fazem as apresentações e informam sobre o andamento da sessão para que todos possam participar a partir daquele momento. Ao apresentar a nova família, pede à Sônia que fale sobre quem são.

Sônia – nós somos a família da Maria e tem um tempinho que a gente já tá aqui com ela...

Coord. 1 – é, já é a 5ª ou 6ª reunião que eles freqüentam.

Sônia – mas, em breve a gente vai tá aqui pra contar a vitória!

Coord. 1 – se Deus quiser! Não vai deixar a gente na mão, não, hem?!

Sônia – não, a gente vem contar a vitória.

Coord. 2 – [dirigindo-se aos novos participantes] gente, eles estão contando do percurso que eles estão fazendo aqui, porque eles vêm de fora e estão encontrando muita dificuldade aí, porque a família que está acolhendo eles aqui em Goiânia mora muito longe, né, e eles têm que ficar aqui, sem comida, fica o dia todo esperando...

Sônia – não tá bom, não, né?

Elina – não tá!

Coord. 1 – além da angústia da filha lá, ainda estão com todas essas dificuldades.

Elina – a gente fica, né... É difícil... É só porque Deus dá força pra gente.

Sônia – que que sua filha tem?

Elina – ela tá com problema renal, é diabética... um bocado de coisa. Agora hoje parece que... a hora que eu fui, na hora da visita, até o médico pediu pra mim assinar porque ela vai colocar o cateter, né, pra fazer hemodiálise hoje ainda, né? Então nós tamo aqui, esperando...

Coord. 2 - [dirigindo-se aos novos participantes] e vocês, como é que estão chegando hoje?

Marcos – uai, eu acredito que tô caminhando pro lado da felicidade!

Coord. 1 – que bom, Sr Marcos!

Marcos – eu acredito que... eu acho que nem todos tão próximo dEle, mas Deus tá próximo de todos. Eu acredito que Ele

tá com nós, tá com a minha nora, tá com a filhinha dela... Eu confio em Deus!

Coord. 1 – quer falar, Sr Dionízio, como é que o Sr está hoje?

Dionízio – ah, eu num tô assim, querendo falar, não...

Coord. 2 – já tá falando, né? Está no bom, mas está no ruim... está meio assim...

Coord. 1 – se não quiser falar, também não tem problema.

Dionízio – a gente fica assim... fica aéreo, né? Mas...

Coord. 1 – o Sr já falou que não gosta de ficar lamentando, não é?

Dionízio – é... eu não sou muito de lamentar, não. Igual esse aí [se refere ao Sr Marcos], é um segundo pai [para a filha internada]...

Marcos – muito obrigado! Eu fico muito orgulhoso dessa parte... Não todo eu fiz, precisava ter feito mais!

Coord. 1 – mas fez o que podia, não é?

Marcos – e o que posso...

Coord. 1 – ainda está fazendo...

Marcos – o que eu tô fazendo aqui é por amor, é... pelo passado que ela já deixou comigo, porque ela é uma mulher tão fina, tão amo Maria... Sai pro serviço, é lá de casa que ela sai pro serviço, chega do serviço, chega é lá em casa, vai pra casa dela, sai da minha casa... Ora, como que a gente esquece uma pessoa dessa?

Coord. 2 – impossível!

Coord. 1 – não esquece, não.

Marcos – tem aquela história de que nora não é pra sogro, e sogro não é pra nora, mas aquela nasceu pra ser minha nora!

Coord. 1 – toda regra tem exceção, não é? Uma nora que é quase filha...

Dionízio – ela é sua filha também...

Marcos – justamente, eu considero como filha, mas no código da lei ela é nora...

Coord. 2 – e é muito bonito da parte do Sr Dionízio, também, né, compartilhar a filha com ele!

Dionízio – porque não, né? Ele é pai de coração. É uma força total que ele tá me dando... Por causa do amor que nós temos uns com os outros, né, a união... Então é isso aí que a gente fica mais... um pouquinho sereno, né? Mas o pesadelo não passa! O pesadelo não passa... A hora que o pesadelo passar, a gente manera mais... Tá nas mãos de Deus.

Coord. 1 – [dirigindo-se à família da Leila] a filha dele está há 14 ou 15 dias...

Sônia – dezesseis dias!

Coord. 1 – há 16 dias que está internada também, está... mal, já fez 2 cirurgias... Então, eles também estão passando uns pedaços bem difíceis!

Elina – é muito difícil, né?

Coord. 1 – muito difícil! Tem uma vantagem sobre vocês que é de morar mais perto, ter uma família grande, com gente que pode ficar dando apoio, né, mas eles têm passado uns maus bocados aqui também! A gente tem repartido esses momentos com eles e temos tido oportunidade de acompanhar, como diz o Sr Dionízio, esse pesadelo, não é, Sr Dionízio?

Elina – é, e realmente esse é um pesadelo pra gente, né?

Coord. 1 – não é brincadeira! É uma coisa que gente tem comentado muito aqui, D. Elina, que é assim, que essas são coisas da vida e a gente não pode evitar algumas dessas dores, não é, infelizmente! A gente não escapa da morte... ninguém de nós...

Elina – é...

Coord. 1 – uma hora ou outra, vai chegar a nossa hora. E quando a gente se defronta, quando a gente dá de cara com a possibilidade de perder uma pessoa que a gente ama muito, isso é muito dóido, é muito sofrido! Não tem nada que ninguém possa fazer, a não ser o Criador, para aliviar.

Coord. 2 – e você, Sandrinha?

Sônia – eu tô aqui, esperando... Tô falando, eu acordei e fui orar, pedir Jesus, né, porque Ele pode restaurar tudo dentro dela! O que é impossível na terra para o homem, para Deus não é não. E no meu pensamento, eu me coloquei no lugar dela. Me senti deitada naquela cama, com aqueles aparelho em mim e senti ela do meu lado, me dando força!

Coord. 2 – e aí, como é que foi?

Sônia – eu fiquei imaginando, assim, eu no lugar dela e ela no meu lugar. Ela nunca me desamparou! Desde criança, quando eu tive meus problema, meu pai, meus irmão sempre do meu lado, e ela do meu lado! Casei, e ela do meu lado! Tudo, ela do meu lado, né? Tirando eles [indica o pai], né, porque eles é meu vizinho, né? Ela, por ela morar longe, mesmo assim ela participava, né? Sempre tava do meu lado. Aí, eu fiquei chorando demais, né, falei assim “*Senhor, salva o fígado dela, o coração, pressão, os rins dela*”... Aí, eu peguei, terminei o pensamento assim: e se fosse eu que tivesse lá? Como taria ela do lado de fora? Ela taria com a mesma angústia que eu tô, mas ela taria forte, pra poder me dar força! Aí, eu tô mais tranqüila hoje! Mas eu tô confiante que Jesus vai recuperar minha irmã! Eu tô confiando, botando tudo na mão d’Ele e do médico... Hoje ele falou pra minha mãe assim, que naquela cirurgia, na primeira cirurgia dela a pressão dela foi a zero na hora da cirurgia, quer dizer, ela teve morta... É uma palavra difícil, que eu não gosto de dizer, mas eles falaram, né? Só que Jesus levantou ela de novo e eu não acredito que Ele tenha uma propósito muito ruim pra vida da minha irmã! Ele deu um propósito pra vida da minha irmã! Falou “*olha, ela vai ter que manter...*” Porque ela tá acompanhando ali, aquele tanto de aparelho nela, fura aqui, fura dali, acha uma veia aqui, acha outra ali... porque vai ficando muito inchado, fica difícil de pegar, né? Mas acredito que Jesus vai fazer a obra... Porque demora, porque Ele trabalha devargazinho, né, mas quando Ele faz a obra, Ele faz completa, Ele não faz incompleta!

Coord. 1 – você acha que hoje você está melhor do que... Porque quarta-feira você estava tão abatida, tão...

Sônia – melhor, melhor eu não tô não, mas eu tô! Eu tenho que ficar segura, né, porque ela tá precisando da gente aqui de fora. Por mais que a gente não entra, não esteja do lado dela, não tá vendo todo minuto, ela tá sentindo todo mundo,

porque ver ela não tá vendo, né, mas pelo menos sentir e ouvir, eu creio que ela tá fazendo. Mas ela sabe que a gente tá do lado de fora, apoiando ela, estando junto dela... porque a gente não passa muita coisa, passa nossa alegria, nossa tristeza fica lá no fundo da gente. Então, eu acredito que a minha irmã, ela sabe que eu tô do lado dela, que eu sempre tive! Ela mesma falou “*Sônia, você sempre tá do meu lado!*”. Eu falei pra ela “*Madrinha, eu sempre vou tá do seu lado! Não é porque eu tô casada, tenho minha vida pra um lado, que eu vou te largar*” Então, ela sabe que eu tô do lado dela, sempre e total! O que ela precisar de mim, eu tô aqui pra ajudar ela!

Coord. 2 – nesses encontros aqui, a gente fica pensando... podia ter famílias que ainda não passaram por essa situação, que às vezes nem dão o devido valor, né, para as pessoas que convivem com eles...

Elina – e é verdade! Porque a gente já teve casos assim, né?

Coord. 2 – porque cada experiência é diferente, né? Cada um... é o que a gente já falou, né, cada um sente que o que ela tá sentindo é diferente do que o Vilmar tá sentindo, que o Sr Mauro está sentindo, o Sr Dionízio... cada um sabe da sua experiência, o que está sentindo...

Elina – é...

Coord. 2 – e aí, tem gente que está de fora e que não tem essa compreensão, e fala “*Nossa, fulano parece que nem tá sofrendo! Parece que nem é da família!*”

Elina – e é verdade!

Coord. 2 – e isso é um julgamento muito equivocados, muito errado fazer esse julgamento, né, porque só quem está passando pela situação sabe o tanto que a gente tá sofrendo, o tanto que é dolorido, e o quanto de renúncia que a gente tem que fazer, né? É abrir mão de muita coisa! Abrir mão da caminha, da comida, da minha casa...

Elina – igual eu, né, eu tô aqui, meu esposo tá lá... Desde o natal... ele tá lá... Ontem ele teve aqui, tão apavorado... e ele já é de idade, tá doente também, né? Quer dizer, meu sentido também fica andando, né, fica aqui, fica lá... Fica assim, né? Mas Deus é muito bom, porque Deus ampara a gente, porque senão, eu acho que eu já tinha à loucura...

Vilmar – porque a semana passada nós perdemos um parente, né, e a gente tava aqui... não sabe se vai lá, se fica aqui, né?

Elina – foi horrível!

Coord. 2 – mas vocês fizeram a coisa certa, né, de ficar aqui...

Elina – é porque aí, né, já não tinha mesmo jeito, né, então... tinha que ficar aqui...

Coord. 2 – é...

Elina – acudir o que tem pra acudir...

Vilmar – porque não dá tempo, né, de ficar em dois lugar ao mesmo tempo... ou eu tô aqui, ou...

Coord. 2 – não tem... Isso aí tem que estar claro para vocês, né? E não se punir por isso, porque a gente só vai a um lugar de cada vez, só faz uma coisa de cada vez, né? E, às vezes, a gente quer estar em todos os lugares, fazer todas as coisas...

Vilmar – infelizmente, não dá...

Coord. 2 – então, a gente tem que saber que a gente é limitado, né?

Coord. 1 – e não pode sentir culpa por isso.

Elina – é verdade...

Coord. 1 – porque vocês estão dando o melhor que são capazes de dar... se não fazem mais, é porque não têm condição... Eu tenho certeza disso!

Elina – é... Eu cheguei lá, ontem, e ela lembrou da... dessa prima dela que faleceu... Aí, ela perguntou “*Mãe, e a Maurina, como é que tá?*” Porque ela quer saber, né? Aí, que que eu fiz? “*Ah, minha filha, eu não tive notícia, né, porque nós tá tudo longe, né?*”... Foi o que eu pude falar. Aquilo, o coração tava doendo aqui [*coloca a mão no peito*], mas fazer o quê, né, que que eu podia fazer? Eu não podia falar, porque ela tava naquela situação, a pressão alta demais, a glicose alta demais, né? Deixa... Eu sei que eu tô falando uma mentira, mas... tem que ser dito assim, né?

Vilmar – é, uma mentira pra ajudar outra coisa, né, porque...

Elina – pra proteger ela mesmo, né?

Vilmar – a situação já tava difícil, né, você chega e ainda fala isso? Ela podia não se sentir bem, né, alguma coisa muda...

Coord. 1 – é a primeira vez que ela interna?

Elina – não, ela já internou outras vezes... Uma vez ela entrou em coma, ficou muitos dias na UTI, lá em Itumbiara... E... e sempre ela passando mal, mas cada vez vai piorando o quadro dela...

Vilmar – mas assim, a pressão alta ela não tinha, é consequência da diabete?

Coord. 1 – está certo.

Coord. 2 – eu percebo que vocês estão assim... bem esclarecidos em relação ao diabetes, não é?

Elina – estamos.

Coord. 1 – até porque a Sra já convive com isso há algum tempo, né, e ela também já tem bastante tempo...

Elina – eu, já tem... 35 anos que eu tenho diabete... Só que a dela é o tipo I, ela é pior...

Coord. 2 – ela usa insulina?

Elina – é.

Vilmar – duas a três vezes por dia, conforme for o teste.

Coord. 1 – mas a Sra também usa insulina, não usa?

Elina – eu tomo, todo dia.

Coord. 1 – toma uma vez por dia, só?

Elina – tô tomando uma vez por dia só. Tomo 50 unidades de manhã.

Vilmar – só que... a tipo II não é tão forte, né, igual a tipo I.

Elina – diz que cada organismo, né, age de uma forma. Eu tenho uma filha, que até ontem ela veio aqui visitar ela, que tem uma glicose muito alta também...

Vilmar – isso é hereditário, né, de família?

Elina – e tem... problema demais, sabe? Então, eu fico muito preocupada, mesmo! Tem hora que eu fico até de me dar... sentir qualquer coisa, por quê? Porque é tanta coisa, né, envolvendo a gente ao mesmo tempo, né? Eu tenho medo...

Vilmar – é porque com o tempo, o diabete dá uma consequência muito grave, de uma forma ou de outra, pode dar... muitas consequências...

Elina – e eu, faz pouco tempo...

Vilmar - geralmente é... começa assim, a perder visão, né, a pessoa pode ter que amputar um dedo, uma perna, dá uma ferida no pé... Então, começa assim, né?

Elina – e eu, tem pouco tempo que eu perdi uma irmã, com o mesmo problema, sabe? Ela teve que fazer hemodiálise, ela teve descolamento da retina, ela ficou cega, né? Aí, tava fazendo... tava no controle da máquina, da hemodiálise... Então, é a causa que eu tenho mais preocupado, mais... Eu penso assim, decerto tinha que acontecer, porque ela tava fazendo o tratamento direitinho, sabe, aí foi, ela almoçou, vê bem, ela almoçou e foi pro hospital fazer hemodiálise. Naquele dia... até aquele dia, ela nunca tinha comido antes de fazer hemodiálise. Aí ela perguntou o médico se podia, né, porque ela tava... ela já ia tarde e... depois, pra fazer hemodiálise ficava o dia inteiro lá. Aí, ele falou assim “*Não, a senhora pode fazer um almoquinho mais cedo, pode almoçar e vem. Depois, a hora que... mais tarde, nós vamos fazer a hemodiálise*”. Porque tinha hora marcada, né, pra fazer. Quando ela entrou na máquina pra fazer, que ele ligou o soro, ela falou assim “*Hum!...*”. Só fez isso! E não deu prazo de mais nada. Aí, a enfermeira já desligou e foi conversando com ela “*Dona Joaquina! Dona Joaquina!*”. Só, que ela... naquela hora ali ela já acabou! Aí que eles, é... ligou pro meu cunhado... Aí, eles falaram que podia ter sido um choque, porque ela tinha almoçado, né, e deve que... naquele choque, a comida subiu, foi pro pulmão, sabe? Agora, eu não entendo nada disso, eu não entendo nada disso... Eu fiquei... né? Fiquei o dito por não dito, né, porque eu não entendo esses detalhe... Sei que eu perdi minha irmã desse jeito... E agora eu preocupo, porque... agora eu vejo minha filha nessa dificuldade... Então, é aquela insegurança que a gente tem, aquele medo...

Coord. 1 – tem muita gente na família, então, com diabetes?

Elina – tem, é quase tudo! Começa da minha mãe...

Coord. 1 – e aí, os que não são diabéticos estão fazendo um controle, cuidando para não ficar?

Elina – nada! A gente preocupa muito, né, porque isso aí é...

Coord. 1 – mesmo vendo? Por exemplo, você [olha para Vilmar], vendo sua mãe nessa situação, você tem algum cuidado, faz algum acompanhamento?

Vilmar – de vez em quando faço exame... tá bem...

Elina – eu já tenho uma neta que já tá com glicose alta. É filha dessa que veio ontem, sabe? Ontem ela tava me reclamando, falando que ela tá com... vinte e dois anos, né? E já tá com pressão alta, já tá com medo de... de ter que usar insulina todo dia, né, porque no começo a gente ainda usa esses remedinho, comprimido, tudo, mas depois de determinado tempo, né, que aí a coisa complica... aí, é insulina mesmo!

Coord. 1 – é, não é fácil! E a UTI, então, vocês já conheciam, já sabiam... a Sra já tinha...

Elina – já. Mais ou menos a gente tem noção, né, da gravidade, do problema, como que é, né? Da outra vez que ela ficou internada... ela ficou internada mesmo. O médico chegou a falar “*Vocês pega com... o que vocês tiver acreditando, porque aqui, a medicina infelizmente já chegou ao final*”. Aquilo era uma loucura pra nós, né? Mas Deus é tão bom, que... Deus ajudou tanto a gente que... eu tenho certeza! Porque, naquele dia ali, todo mundo em pânico... esse menino [indica o Vilmar] ele tinha um aninho... Esse menino pegava o álbum de fotografia dela, e todo mundo que chegava, ele mostrava e chorava!... Um aninho de idade... Meu genro entrava, sempre chorando, né?... Naquele dia, eu me lembro bem que eu cheguei, olhei pelo vidro, porque a gente não podia entrar, olhei pelo vidro, olhei ela lá, ela tava roxinha, roxinha, a gente não sabia que cor que ela era. Ah, mas eu implorei tanto, que Deus tivesse misericórdia, que Ele não deixasse acontecer aquilo comigo não... e eu fui embora. O doutor... era um médico muito bom, conversava com a gente... aí, no corredor, ele falou “*Não, a senhora tenha calma, paciência, a senhora vai pra casa, faz as oração da senhora, que Deus vai ouvir também o que a senhora tem pra pedir*”. Ele era muito bom! E eu fui. Naquele dia, eu cheguei em casa e eu fiz uma promessa, sabe, aí eu fiz aquela promessa... Quando foi no outro dia que eu fui lá, aí, meu Deus, que glória! Ela já abriu o olho e já começou dar sinal de vida, né, ligada nos monitor e tudo, mas... a gente já tinha sanado, né? Quando passou... três, quatro dia ela já tinha saído da UTI. Pra nós, foi uma glória, né? Mas eu passei muita dificuldade... muita mesmo! Mas eu tô confiante, pondo na mão de Jesus, que Ele vai libertar ela de novo, se Deus quiser! Eu sei que não é fácil uma hemodiálise, eu já sei que tudo é custoso, né? Mas eu tô confiando! Que ela faça mais... que ela vai viver junto com nós, não é? Muito difícil!

Coord. 1 – Sônia, e a Maria? Você falou que ela ia fazer outra cirurgia e parece que não vai mais?

Sônia – ah, o médico, o Dr Paulo falou assim que foi tipo um boato [chora]... Aí, ficou assim... como se diz, a galinha pegou o grão, ele caiu ali, a galinha pegou... vai soltando até cair na gente! Mas o médico falou assim que ela não tem condições de fazer outra cirurgia! Ela não tem condições... Mesmo que fosse fazer, ela não teria condições. Minha irmã vai sair dessa! Eu tô vindo nas reuniões, mas depois eu quero vim contar vitória! Porque Deus vai dar a luz pra ela... Eu tenho fé em Deus! E Ele é pai! Ele sabe o quanto ela ainda precisa de viver pela filha dela... Tenho fé em Deus, ela vai sair dessa!

Coord. 2 – Sr Dionízio, eu queria saber assim... que o Sr contasse... Como é que está o Sr? O Sr está trabalhando? Está dando para trabalhar?

Dionízio – ah, não... a gente sai para trabalhar, mas não...

Coord. 1 – o Sr faz o quê, Sr Dionízio?

Dionízio – eu trabalho de limpeza... A gente sai pra trabalhar, mas é aquele pesadelo...

Sônia – o dia inteiro no sol quente!

Dionízio – só porque a gente tá empregado, não tem como... a gente não pode parar... a vida da gente continua... Enquanto a gente tiver vida e o apoio dos outro, vamos tentando... As vez os colega lá do serviço... porque eu tô assim, no

serviço, mas não... As vez faz, assim, uma brincadeira... a gente tenta... E esses dia não tá tendo jeito... a gente chega aqui, tá vendo os problema, chega em casa tá enfezado... E eles “*Que que tá te magoando?*” Aí, eu vou contar o caso pra eles, aí eles cai na realidade, né? Então, aquilo... tá ruim demais pra gente, né? Esse pesadelo tá ruim demais! Mas Deus existe! Deus é bom pai. Que tá difícil, tá, mas... pra Ele não tem... somente pra Ele!

Coord. 2 – e as meninas, Sr Marcos, como é que estão?

Marcos – ela tá lá...

Coord. 1 – as netinhas...

Marcos – uai, elas tá... cada dia, cada hora, cada noite mais alegria e mais emoção tá deixando na gente! Hoje ela fez uma coisa que eu fiquei rindo...

Coord. 2 – o que?

Marcos – a Sabina pegou ela e levou lá em casa, no carrinho. Quando ela entrou, que virou o carrinho pro meu lado, ela já abriu os bracinho e jogou o corpinho pro meu lado, mas tava amarrada naquele cinto, né, aí ela ficou nervosa, viu? Aí, eu falei assim “*Péra um pouquinho que eu vou chamar a Sabina pra desamarra isso aqui. Sabina, desamarra aqui*”. Foi só desamarra, ela caiu tudo pro meu lado. Eu não agüentei! Foi preciso d’eu retirar... Aí que eu percebi como é que ela é parecida com ela... Parece que ela veio guiada por um anjo e o anjo continua junto com ela, pra mostrar aquela... aquela felicidade! Parece que... tudo que ela faz parece coisa que é do conhecimento dela, viu, que é do conhecimento dela! Aquela alegria, aquela satisfação, aquela... alegria... Então, é a melhor coisa da vida!

Coord. 1 – é bonitinho, né?

Marcos – demais...

Sônia – nossa! Ela é linda!

Marcos – parece que o dia de avô acalantar neto chegou pra mim...

Coord. 2 – e neto também acalenta avô...

Dionízio – o quê?

Coord. 2 – netinho também acalenta avô, né?

Marcos – acalenta... acalenta, porque ela tá me acalutando também...

Sônia – no caso do meu pai e da minha mãe... Minhas duas menina chama ele [*aponta para o Sr Dionízio*] de papai Dionízio e a avô de vovó Foguim...

Coord. 2 – porque criança, às vezes a gente pensa que não está sabendo de nada, ou o adolescente, né, a gente não quer contar... Mas eles percebem... a gente percebe, não percebe as coisas? E a gente... tudo aquilo que está envolvido no ambiente a gente... traz pra gente... E as crianças, elas transformam isso, né?

Dionízio - eu mesmo não sei como é que esses neto meu gosta de mim. Porque eu sou muito seco, sabe, eles gosta de presente, sabe, e eu não ligo pra isso. Mas...

Coord. 1 – dizem que criança e animal sentem o cheiro das pessoas boas...

Dionízio – a única coisa que as vez eu não gosto que falte pra eles é o leite e o pão. Eles gosta muito! Aí, a hora que não tem, eu fico agoniado... Então, a única coisa no caso que eu faço pra eles é isso, e eles gosta de mim!

Sônia – mas e o carinho, não conta não?...?

Coord. 2 – tá vendo?

Dionízio – quando chega alguma criança que nasceu recente, se for lá em casa e esses menino tiver lá, eles fica perguntando “*Papai, que nome que eles vai por nesse menino?*”

Sônia – é o apelido...

Dionízio – por causa do apelido, né? Então, eu arrumo uma brincadeira e eles acha bão aquilo, sabe? E fica naquilo... naquela brincadeira...

Sônia – minha menina tem sete anos. Então quando junta os outro neto tudinho, todo mundo chama ele de vô, mas ela chama ele de papai Dionízio. Se um deles falar pra ela que é vô, ela chora dia e noite! Ele é pai como se... na escola ele é pai, ela fala que tem o pai dela mas que ele também é pai. Ela não admite falar que ele é velho. E a Samira, que é a pequenininha, é papai Dionízio também! Já os menino mais velho, é vô, né? E minha mãe, já é vovó popozuda [*ri...*]. Se ligar lá em casa e quiser falar com a minha mãe, eles grita “*Vovó popozuda!*”... Não chama por outro nome! É só vovó popozuda... Então, tem essa dose de carinho, né?

Coord. 2 – e a gente tem que prestar atenção nessas crianças e seguir o exemplo delas, não é? É alegria, heroísmo, é serenidade também que tem... não é? Não ignorar, dar valor para isso... porque a gente tem uma criança dentro da gente! Às vezes o adulto cresce demais, começa a ficar muito emburrado, né, e ela vai só... [*faz um gesto com a mão, sinalizando o distanciamento*] encolhendo a criança dentro. Mas, nesse momento, assim, de luta é bom trazer ela de volta... você fica mais fortalecido!

Sônia – porque o que dá valor pra gente é as criança... A gente não desespera mais porque tem a família pra ficar pensando, né?

Coord. 2 – e o desespero só faz a gente ficar... é... mais preso na nossa dor, né? Então, assim, tentar mudar é difícil! Falar, pra mim, é fácil porque eu não tô passando pela situação de vocês...

Sônia – é... por exemplo, minha filha que tem dois anos, ela fala assim “*Mamãe, você já vai chorar por causa da tia Maria? Não chora não! Jesus tá com ela...*” Ela tem dois anos! “*Papai do céu... é... Jesus, abençoa a tia Maria*”. Essa noite ela acordou... porque tem muitas noite que eu não tô dormindo, né, aí essa noite eu consegui dormir. Quando foi 4 hora da manhã a Samira me acorda dando birra, né? Aí, eu “*Ó, meu Deus! Eu não tô dormindo, tô custando dar conta de acalmar ela... Imagina a Sabrina lá, tadinha...*” Aí, já perco o sono, tudo, fui passar uma mala de roupa... Passei roupa das quatro da manhã até 15 pras nove.

Dionízio – essa minha netinha [*Sabrina*] ela é de tirar o chapéu!

Coord. 2 – tá vendo?

Dionízio – ela não... quase não frequenta lá em casa, mas quando ela vai não dá trabalho nenhum, sabe? Porque tem menino da idade dela... ela não chora, não briga, não amola...

Coord. 2 – nós vamos fazer o favor então de mirar nessas crianças, né? Pegar a força delas, a alegria...

Sônia – sabe o que que ela falou pra mim? A minha mãe ligou lá, né, conversou... e falou “A *Tatá* [apelido da Sônia] tá aqui, chorando...”. Aí, ela pegou “*Deixa eu falar com a Tatá*”. Aí, ela “*Tatá, não chora não! Minha mãe é forte, minha mãe vai sair dessa... A senhora tem que me dá força! A senhora não chora não! Olha, a senhora vai desligar o telefone, mas a senhora vai me prometer que não vai chorar! A Sabrina tá aqui gritando, a senhora tá ouvindo? Ela tá aqui no chão brincando com aquele...*” [dirige-se ao Sr Marcos] Foi até aquele dia, Sr Marcos, que ela ganhou a camisetinha... Ela tava brincando com a camisetinha, lá na casa do vô dela, né, tava brincando e gritando. Aí, ela “*Ó, a Sabrina tá aqui gritando, porque ela ficou feliz com a camisetinha... A senhora não chora não, me promete!*”.

Coord. 1 – é, às vezes a força vem de onde a gente menos espera, não é?

Sônia – é verdade!

Coord. 1 – e de onde ela vier, ela é sempre muito bem-vinda!

Marcos – uma coisa que a mais velha disse, a Sabrina, me doeu... Ela disse assim pra mim “*Dindinho, como é que eu vou estudar? Nós não dá conta de comprar os materiais! Agora, minha mãe desse jeito...*”. Eu falei “*Não vai parar de estudar, não.*” Lá perto tem uma papelaria que vende e dá uns dia no cheque. Eu falei “*Vai lá. Faz a proposta lá, explica o motivo.*” Ela foi e veio com os livro na mão. Só com o meu nome... e ele me conhece!... Falei “*Você não vai parar de estudar, vai dar seqüência, vai zelar dela após a volta sua da escola. Nós vamos pagar uma empregada pra zelar dela e da casa até você chegar da escola.*” Eu acho que é a hora... acho que é a hora justa de eu fazer alguma coisa pela minha neta eu acho que é essa, porque isso aí vai deixar... vai deixar passagem...

Sônia – e ela vai ficar muito agradecida...

Coord. 2 – vamos partir, então, para o encerramento?

Coord. 1 – para não atrapalhar o horário de visita.

Coord. 2 – faltam só cinco minutinhos, não é Sr Mauro? Então, com uma palavra, a gente queria que vocês dissessem como estão saindo daqui hoje.

Mauro – eu quero falar é que eu vou chegar lá agora e vou... receber ela bem mais melhor! Se Deus quiser!

Coord. 2 – assim seja!

Coord. 1 – Sr Marcos...

Marcos – a minha é... que desde o primeiro dia que eu permaneço aqui, com ela... mas eu já tive aqui hoje, as vez tem mais alguém querendo a vaga pra ver ela... Essa parte que eu disse, é muita emoção pra mim, eu ter mais uma presença num só dia, duas vez no mesmo dia, viu? Eu fico emocionado, satisfeito de levar pra casa que eu tive oportunidade de ver a segunda vez num dia só! Fico emocionado... Achei ela... achei ela assim, mais grande, viu? Eu cheguei lá, o médico logo... o que veio fazer a visita pra ela, falou que ela melhorou demais da conta...

Coord. 2 – então, o Sr está saindo emocionado?

Marcos – emocionado de satisfação...

Coord. 2 – está certo. E o senhor, Sr Dionízio?

Dionízio – eu não tô tendo uma palavra...

Coord. 2 – está difícil?

Dionízio – tá difícil!... de todo jeito que a gente pensa, a gente... Mas a gente fica satisfeito pelo apoio que vocês tá dando pra gente aí. A gente tem hora que... precisa de umas palavra assim, de... aliviar o cérebro da gente, né, porque... Eu tô com o meu cérebro... numa ventania! Não tô guentando ele... dá redimunho... A gente fica assim... Porque, as vez a pessoa... Eu chego em casa, minha mulher fica perguntando “*Como é que foi lá?*” Precisa da gente conformar ela, né? Aí, nós dois pega conversar lá e... dentro de mim parece que acalma um pouquinho, né?

Coord. 2 – então, o senhor está assim... está com uma ventania na cabeça, né?

Dionízio – é!... Eu não guento!

Coord. 2 – Sônia...

Sônia – você falou uma palavra, né? Fé... eu tô com muita fé... eu tenho esperança e tô acreditando!

Dionízio – é, fé nós tudo tem ela muito viva, mesmo!

Coord. 1 – e a senhora, D. Elina?

Elina – eu né? Semelhante a ela [Sônia]. Tô com muita fé que Deus vai abençoar e eu tenho certeza que vai, sabe? Mais muita esperança de que ela saia dali amanhã, se Deus quiser! Porque amanhã ela vai ter alta da UTI, né? E também, eu tô sentindo muito favorecida de estar com vocês aqui... é como se fosse alguém da minha própria família...

Coord. 2 e Coord. 1 – obrigada, D. Elina.

Coord. 1 – quer falar, Vilmar?

Vilmar – confiança em Deus, né? É o que a gente tem que ter, né, porque não tem como, não tem o que fazer. Geralmente isso aí sai quase igual mesmo, né, porque não tem outra coisa, é geral!

Dionízio – é, isso aí é... do momento que nós somos humano, cada um tem a sua dor mais funda...

Coord. 2 – é... por isso que cada um é cada um, não é?

Dionízio – porque a gente... tá no ruim... e tem muitas palavra que alivia a gente... Então, igual o nosso Sr Marcos aqui, eu comparo nós dois no maior pesadelo, comparo no problema que nós tamos passando, e minha família inteira...

Coord. 1 – só um minutinho, Sr Dionízio. D. Elina, se vocês quiserem ir descendo, a gente fica mais um pouquinho.

D. Elina, Sr Mauro e Vilmar se prepararam para sair. Levantam-se e Coord. 1 agradece a presença e participação deles, se colocando à disposição para o que precisarem. Lembra a eles que na próxima segunda-feira, ela e Coord. 2 estarão novamente ali, na mesma sala e no mesmo horário, e caso eles desejem, poderão aparecer. Coloca que, independente da

Leila estar na UTI, caso eles queiram vir para outro encontro, podem ficar à vontade, pois serão muito bem-vindos. Deseja a todos boa sorte na visita. Eles agradecem pela oportunidade, se despedem e saem.

Coord. 2 – termina de contar aí, Sr Dionízio.

Dionízio – não, eu já acabei...

Coord. 1 – a gente interrompeu um pouquinho porque eles estavam agoniados, o marido dela veio de longe só pra ver a filha...

Marcos – eu peguei a palavra. A gente vai vivendo e vai aprendendo. Eu vou falar pra vocês uma passagem que um amigo meu passou. Ele toma umas... mas em casa mesmo, vai lá pega de garrafa, de latinha e vai beber em casa. Um dia, um pequeninho de 4 para 5 anos pegou aquele copo, cheirou e bebeu aquele restinho, aquele resíduo que ficou no copo! Ele não faz mais em casa!... Hoje ele não faz mais. Isso significa muita coisa, né?

Coord. 1 – é verdade. É vendo o exemplo que a pessoa aprende a beber. Alguém quer falar mais alguma coisa?

Como ninguém se manifesta, Coord. 1 agradece a presença de todos, afirmando que a participação de todos é fundamental para o sucesso do trabalho que estão realizando e sem isso, nada disso seria possível. Lembra a todos do contrato do grupo e os convida para as próximas reuniões, dizendo os dias, horário e local em que elas acontecem. Participantes e coordenadoras despedem-se e a reunião é encerrada às 19:10 horas.

APÊNDICE E

REGISTRO DAS ENTREVISTAS COM PARTICIPANTES DO GRAF

ENTREVISTA COM SR MARCOS

Lizete – Sr Marcos, como foi para o Sr participar dessas reuniões aqui?

Marcos – Aquelas reuniões o início delas foi através do guarda aqui [aponta para o portão de entrada]. O guarda que me indicou que tinha as reuniões, que se eu quisesse participar...

Lizete – o guarda lá de fora?

Marcos – é, ele é muito meu amigo. Então, quis facilitar essa parte das pessoas que tem gente na UTI. Então... da reunião... então, fica fácil de entender mais coisa, tem gente competente pra passar pra gente, explicar os horário tudo... Foi por aí...

Lizete – e o que o senhor achou de participar?

Marcos – as primeira reuniões que eu participo na minha vida, igual eu disse pra você, primeira pessoa minha que eu vejo na UTI. Então, eu fiquei muito satisfeito, contudo ter os momento de dor, mas fiquei muito satisfeito pela recepção, pelo amor que vocês mostrou pra gente, não só de mim, mas todos que participou eu vi, viu, aquela pessoa amorosa que é a sua colega, excelente, viu? Inclusive nós embarcou junto aqui, ela foi pra casa dela e eu pra minha, ela me tratou... até dentro do ônibus de viagem ela me tratou bem, me conheceu como se fosse lá no trabalho, viu? E foi por aí que... chegamos até esse ponto.

Lizete – com essas reuniões o Sr se sentiu atendido pela enfermagem, pelos enfermeiros? De alguma forma o Sr acha que isso é um jeito de a gente dar alguma assistência para os familiares?

Marcos – olha, sobre a parte de enfermagem eu tenho muito que agradecer essa parte. Não tanto pela assistência que prestaram a ela [*a paciente*]... Aqueles momento que eu entrava pra participar, eu pedia autoridade pra entrar... "*tudo bem, entra*" e... me receberam muito bem, me trata muito bem e... até aquele momento que ela ficou nas ultima hora, eu não tenho queixa da enfermagem, não.

Lizete – o Sr acha, então, que a enfermagem deu atenção, deu assistência para o Sr, do jeito que o Sr precisou?

Marcos – concordo, conforme eu alcancei foi muito normal.

Lizete – então o Sr considera importante para a família ter aquelas reuniões?

Marcos – considero importante! Considero importante e admiro muito igual eu citei, porque... foi um ato de dor, mas... no momento aliviava pela atenção que vocês prestava a gente... procurava animar... caçava com a gente... a gente sempre incutido pr´aquele lado que era um pouco fraco que nós tava alcançando, mas vocês sempre dando ânimo, dando coragem pra gente, porque eu acho que o aflito precisa é dessa parte, viu, porque o aflito encontrar outro aflito, como é que fica, né?

Lizete – agora eu vou fazer umas perguntas para o Sr e eu queria que o Sr falasse se sentiu isso na reunião, ou se o Sr não sentiu, se o Sr percebeu ou não percebeu.

A seguir, fui lendo para ele as expressões da lista dos fatores terapêuticos constantes do check list e, de acordo com suas respostas, fui marcando aqueles que ele afirmava ter sentido ou percebido. Ao final, ele prosseguiu:

Marcos – eu acho que as pessoas não participa mais porque... as pessoas que tá lá não quer ficar lembrando do que estão passando... Isso que eu afirmo!

Lizete – e o que a gente poderia fazer para... para ajudar essas pessoas?

Marcos – o que deveria fazer eu acho que é de acordo com a preferência do público que quer participar... Se três acompanha e três não vai, fica sendo uma minoria e não tem como... não tem como... ir em frente.

Lizete – pois é, porque as enfermeiras e o pessoal daqui, todo mundo diz que fala, que convida os familiares para ir, mas não tem aparecido ninguém.

Marcos – pois é, isso que eu quero afirmar!

Lizete – porque será? O Sr não acha que as pessoas que estão lá precisavam de ter com quem conversar?

Marcos - isso que eu quero afirmar! Então, não tá na cabeça de cada um aquilo que o outro pensa... Então, eu penso de vir, eu pensei de vir e deu certo, outros... "*Nada, não vou nada, isso não me leva adiante, não*", viu? Eu escutei gente que falou pra mim! Falou pra mim... que internou aqui, falou que não leva a nada, não, não leva ninguém a frente não, não resolve nada não. Eu falei "*Não, não resolve... mas ao mesmo tempo resolve, porque a gente pega experiência, a gente passa a ter mais amor, a gente... tem conhecimento com o grupo de funcionários, pode favorecer a gente em alguns ponto, se a gente for preciso de entrar lá, tem conhecimento, porque tudo... tendo conhecimento, é mais fácil da gente aproximar dos objetivo que a gente tem*". Eu citei pra ele isso... Porque que é fácil de eu chegar, igual vossa excelência viu? Eu nunca... eu nunca deixei de chegar nos devido lugar que eu tô providenciando, porque eu tenho calma, eu tenho um pouquinho de experiência com a vida e respeito, porque tudo na vida é com respeito, com respeito que a gente chega nos lugar mais importante que a gente quer chegar. Isso que o meu ponto de vista que eu sempre tenho.

Lizete – algum enfermeiro lá da UTI falou para o Sr sobre essa reunião ou convidou o Sr para participar?

Marcos – enfermeiro nunca tocou nesse assunto... da reunião não.

Lizete – só o guarda aqui da portaria que falou para o Sr?

Marcos – só o guarda aqui que falou “*Não, participa aqui da reunião, é coisa boa... é coisa útil. Participe!*” Eu falei assim “*Como é que é?*” Ele falou “*Não, os maior ponto o Sr procura na portaria*” [a recepção dos visitantes]. Ai, aquele moço mais alto, meio moreno, que passou pra mim, onde é que era, como é que não era... aquele moço! No fim, nós se tornou muito favorável a presença de um com o outro.

Lizete – então, no final das contas, o Sr avalia que foi boa a sua participação?

Marcos – foi boa... foi boa!

Ao final, agradei muito pela sua disponibilidade em participar como sujeito da pesquisa e em ter comparecido para a entrevista apesar do desfecho fatal de sua nora e me coloquei à sua disposição para eventuais necessidades.

ENTREVISTA COM SR ROBERTO

Lizete – como é que foi para o Sr participar dessas reuniões?

Roberto – oh, eu até... no momento, assim, até antes do meu pai pegar e ir pra... pra UTI, eu não sabia nada, assim, de... de UTI, eu pra mim, a UTI a pessoa já ia porque tava morto.

Lizete – sentença de morte...

Roberto – é. Agora... só que não era daquele jeito... Porque tem um lado positivo e tem um lado negativo. O lado positivo é porque tem muitas coisas, assim, que a pessoa ainda... ainda tem como sobreviver, e tem o negativo que talvez a pessoa já foi pra lá porque... é... já passou da hora e não tem mais aquelas condições de pegar e sobreviver, aí já... é porque cuidou muito tarde. Igual o caso do meu pai, é... cuidou muito tarde da... da... da doença dele. Então, não tinha como ele pegar e sobreviver, ele já tinha passado da hora. Mas, é... tem muitas pessoas que ainda... ainda vai pra UTI e sai. Eu tenho um colega mesmo que ficou 24 dias na UTI, ontem ele saiu da UTI, tá ótimo... e ele tava quase morto! Então, tá ótimo! Então, foi... assim... foi através dessas reuniões foi que eu fui começando a entender o que que era uma UTI. A UTI é assim, pra poder dar uma ajuda pra pessoa sobreviver, né? Então...

Lizete – mas você se sentiu assistido, assim, pelas enfermeiras? É como se o Sr estivesse recebendo um atendimento da enfermagem?

Roberto – sim! Você quer falar assim, do... da... das enfermeira...

Lizete – porque a gente fala que as enfermeiras geralmente não dão nenhum tipo de assistência para a família...

Roberto – não dá não.

Lizete – só cuida do doente. E esse tipo de reunião, você acha que é uma forma de dar assistência para a família?

Roberto – sim, é uma forma muito boa de... que fizeram de dar assistência pra família... Uma, se a pessoa pegar e falar sobre as enfermeira daqui, do hospital aqui, eu brigo na hora, eu brigo com qualquer um, eu dano com qualquer um, porque as enfermeira daqui foi super ótima com nós, atendeu nós assim na... na melhor educação, parecendo assim que... é melhor que hospital particular.

Lizete – então, você acha que isso é importante? Essas reuniões são importantes para a família?

Roberto – sim, é muito importante! Eu espero que... vocês... continue é... fazendo essas... é... reuniões, porque... é... é uma ajuda pra família pegar e... aguentar, assim, certas coisa que acontece. Igual é... aconteceu comigo, é... sobre eu ter perdido meu pai, e eu não acreditava que eu ia perder meu pai, mas perdi, e foi uma ajuda assim... bastante pra mim. Eu sofri, tô sofrendo, mas foi uma ajuda assim, que...

Lizete – não diminui o sofrimento, mas ajuda a passar por ele?

Roberto – é, não diminui, mas ajuda bastante a gente passar por ele.

Lizete – está bem. Deixe-me lhe perguntar... eu tenho aqui algumas perguntas que eu gostaria que você respondesse... Eu quero saber o que você sentiu durante a sua participação... Você pode dizer para mim o que, de todas essas coisas que eu vou dizer, o que você sentiu enquanto estava participando das reuniões?

Roberto – sim.

Passei a ler para ele a lista das expressões indicativas dos fatores terapêuticos e ele foi respondendo. Quando terminamos, eu continuei:

Lizete – eu queria saber se você tem alguma sugestão a fazer para melhorar esse trabalho, ou alguma crítica, alguma coisa que o Sr não gostou... o horário, a duração, as pessoas, a forma como o Sr foi convidado... alguma coisa! O Sr pensou em alguma coisa que não foi boa e que a gente poderia mudar?

Roberto – não... eu, pra mim, tudo o que aconteceu alí foi ótimo. É... só... pra mim, é devido os horários das reuniões, que não tem como eu participar... Se acontecesse assim, de ter essas reuniões no domingo, pra mim seria bão, eu participava de todas, porque... é... no domingo é meu dia de folga, né, porque eu trabalho de segunda a sábado e estudo também. Ai, eu não posso pegar e matar aula pra poder participar das reuniões, porque... talvez... eu até pensava em fazer isso, mas só que aí me prejudicava... melhorava pra mim de um lado, mas piorava do outro...

Lizete – certo.

Roberto – mas, é... se tivesse como pegar e fazer essas reuniões no domingo... apesar que muitas pessoas não gosta... prefere ir pra farra de que participar de algumas reuniões que é muito importante... tá vendo que é importante pra ele e eles não... não quer saber. Mas... eu, pra mim, seria ótimo, eu participava de todas elas. Porque, no domingo, eu saio da minha casa pra ir na igreja, vou pra casa da minha mãe e... volto pra casa de volta.

Ao final, agradei muito pela sua disponibilidade em participar como sujeito da pesquisa e em ter comparecido para a entrevista apesar de o seu pai haver falecido e me coloquei à sua disposição para eventuais necessidades.

ENTREVISTA COM SR. DIONÍZIO

Lizete – Sr. Dionízio, como foi para o senhor participar dessas reuniões do grupo de apoio aos familiares?

Dionízio – olha... eu achei bão demais! Achei... você sabe como que é, a gente fica perdido, né, sem rumo, sem... sem saber o que que tá acontecendo direito, né? Quando eu fui na reunião... a primeira que eu fui, porque depois eu voltei muitas vezes, né? Quando eu fui na reunião, cheguei dos mais ressabiado, dos mais... assim, sem jeito, né, não sabia o que que era aquilo, pra que que ia servir... como que eu tinha que fazer...

Lizete – sei... mas o que o senhor achou de estar lá, de participar... encontrar outras pessoas que também estavam sofrendo, conversar...

Dionízio – uai... eu gostei muito!... Da primeira vez... você sabe, eu saí de lá tão... tão... como que eu vou falar... assim, parece que mais leve, mais aliviado. Porque você sabe que não é aquilo que vai resolver seu problema, né, mas... é bão demais achar alguém pra você conversar... alguém... que você pode falar, perguntar... e ficar sabendo das coisa, né? Então, é isso! Vocês deve de continuar com as reuniões, elas faz bem demais pra nós!

Lizete – participar das reuniões do grupo fez o senhor se sentir assistido, atendido de alguma forma pelos enfermeiros do hospital, ou da UTI?

Dionízio – ah, fez sim... fez demais da conta... É um modo de... porque você não tem muita chance de conversar com as enfermeira na hora da visita, né, então... Porque lá na reunião, a gente... pode... a gente sabe que tem com quem conversar, alguém pra perguntar o que a gente não sabe, pra escutar o que a gente quer falar, né? As pessoa que tá lá tá porque quer, porque tá no mesmo barco que a gente, né? Então, fica mais fácil de... por pra fora as agonia da gente... você sabe que as pessoa de lá quase tudo tá sentindo a mesma coisa que você... E as enfermeira... no caso, vocês duas, tava com a gente... a gente via que podia confiar, que vocês... vocês tava sentindo com a gente também, tava... tava ali, pro que der e vier... É bão saber que pode confiar, que não precisa de ter vergonha... de poder chorar se tiver vontade...

Lizete – está certo. E o senhor acha que isso é importante para os familiares dos pacientes da UTI? Ter algum tipo de atendimento dos enfermeiros que seja especialmente voltado para atender as necessidades dos familiares? Receber ajuda dos enfermeiros...

Dionízio – nossa!... pelo menos pra mim, isso foi importante demais! No fim, eu já tava achando ruim o dia que não tinha reunião ou que não dava pra mim chegar aqui a tempo de participar. Minha mulher falava... “*Homem, mas que que você faz nessa reunião? Todo dia você quer ir lá...*” Mas... você sabe que que é? A gente... a gente sofre demais!... fica perdido, numa escuridão... não sabe que rumo tomar... A casa da gente... ficar em casa é ruim, vim pra cá é ruim... Então, quando você acha um lugar onde... onde a gente sente bem... onde... você quer ficar ali... aí, é bão, né? Porque... ali você sente que é tudo amigo... ninguém tá ali pra bisbilhotar... pra ficar fuxicando sua vida... Tá ali é porque tá sofrendo a mesma dor, tá com os mesmo problema, né?

Lizete – E teve alguma coisa da qual o senhor se lembre particularmente? Isto é, o senhor se lembra de alguma coisa que aconteceu nas reuniões que o senhor estava que marcaram o senhor, ou que o senhor tenha saído de lá achando importante o que aconteceu, ou que tenha sido muito ruim...?

Dionízio – olha... de ruim, eu não alembro de nada, não... Eu alembro de muita coisa boa... coisa que foi boa... Nossa!... teve tanta coisa... Deixa eu pensar... Eu acho que... assim, tudo foi bão, né? Mas o que fez mais bem pra mim foi mesmo a... é a gente poder falar o que tem vontade, né, sem precisar ter vergonha... Também é bão ouvir as outra pessoa falando das coisa dela... a gente aproveita muita coisa! E... acho que é isso aí...

Lizete – certo. Tem mais alguma coisa que o senhor gostaria de falar? Ou sugerir... Qualquer coisa...

Dionízio – não... acho que já falei tudo... A única coisa é que essas reunião deve de continuar... pra gente... pros familiar é muito importante... e a gente não vê muito essas coisa por aí, não. Então...

Lizete – certinho, Sr. Dionízio. Agora, eu vou ler algumas coisas que eu quero saber se o senhor sentiu nas reuniões, está bem? Eu vou ler cada uma e o senhor vai me dizer se consegue se lembrar de ter sentido alguma, certo?

A seguir, passo a ler a parte do instrumento com os fatores terapêuticos e ele vai indicando aqueles que ele conseguiu perceber presentes. Ao final, agradeço sua colaboração e boa vontade e encerro a entrevista.

ENTREVISTA COM EUGÊNIA

Lizete – Eugênia, como foi para você participar daquela reunião do grupo de apoio aos familiares?

Eugênia – olha... eu achei que foi bom! Não sei se é porque naquele dia eu tava tão... (*se emociona*) Nossa! aquele dia eu achei que ia morrer... tava c’uma dor assim, no peito... um aperto...

Lizete – eu imagino! E o que você achou de estar lá, com aquelas pessoas, naquele lugar... Como você se sentiu?

Eugênia – Eu vim mais porque você me chamou e eu tava assim, baratinada... Minha irmã tinha acabado de entrar pra UTI, eu achei que... ela tava quase morrendo... eu tava morrendo de medo de nunca mais vê ela... assim, viva... A hora que eu cheguei pra visitar ela e eles falaram que ela tinha que vim pra UTI eu já achei assim, que... Falei “*Meus Deus! E agora?*” Naquela hora que você me viu sentada no banco lá na porta, esperando notícia dela... como que ela tava, eu não tava nem vendo nada... Depois, quando chegou a hora da reunião, eu vim, porque de qualquer jeito eu ia ter que esperar mesmo a hora das visita pra poder vê ela, né? Aí, pensei “*Eu vou lá vê... pelo menos ajuda passar a hora*”. Mas foi tão bom... Acho que era porque eu tava precisando de chorar um pouco... desabafar, né? Quando eu vi aquelas pessoa lá, tudo sofrendo igual eu... não que eu tava achando bom elas tá sofrendo, mas, assim... parece que a gente fica mais aliviada de vê que não é só a gente, né?

Lizete – Eugênia, você considera que participar da reunião do grupo ajudou você se sentir assistida, cuidada de alguma forma pelos enfermeiros da UTI?

Eugênia – uai, eu acho que sim, né? Porque até aquela hora, só aquela enfermeira da UTI que tinha vindo me falar das coisa que eu tinha que trazer pra ela... Eu ainda não tinha visto a minha irmã lá, nem tinha falado direito com os médico dela pra saber a real situação...

Lizete – é, mas na reunião a gente também não deu informações sobre ela... A gente falou de outras coisas...

Eugênia – foi, mas de qualquer jeito é bom... né? Escutar aquelas coisa que as pessoa tava falando... Não era notícia da minha irmã, mas aliviou um pouco o aperto no peito, né? Ajudou a passar aquele resto de tempo que tinha até poder conversar com os médico dela... Também, você sabe que a gente fica assim, meia perdida, sem saber direito... E tinha

meu pai também, né, que eu tinha que ajudar, porque ele tava desesperado... Aí, nós vim na reunião ajudou ele também a enfrentar... aquela dor que a gente tava sentindo... Aquela moça loira... como é que ela chamava?

Lizete – não sei... é a Sandra?

Eugênia – acho que é... Aquela que tava com a irmã também na UTI... que tava parece que o pai também...

Lizete – é, então é a Sandra mesmo.

Eugênia – então, ela foi tão boa comigo... Só dela falar aquelas coisa... que ela também já tinha passado por aquilo, já tinha visto sua irmã ser levada pra UTI... que já tinha sentido a mesma coisa que eu tava sentindo naquela hora... Aquilo ali foi um... foi um remédio na hora que eu tava precisando... Parece assim, que... parece que quando você vê que alguém que também tava sentindo ruim daquele tanto... porque parece que você vai morrer... Então, alguém que passou aquilo também, do mesmo jeitinho e tá ali, viva... sobreviveu, né? Ela ficou segurando na minha mão na hora que eu tava chorando... e foi bom!...

Lizete – certo... E você acha que ter esse tipo de atendimento dos enfermeiros é importante para os familiares dos pacientes da UTI? Um atendimento para os familiares... ajuda dos enfermeiros...

Eugênia – acho... pra mim, isso é super importante! Porque... é aquilo que eu falei, dá uma força pra gente na hora que a gente tá mais fraco... dá uma luz, você começa a entender um pouco o que tá acontecendo, como que tá... até pra dar força pra gente escutar as notícia do parente da gente... porque as vez as notícia é ruim, né, não é aquela que a gente queria escutar... e se você não tiver força, você... sei lá, você pode até ter um troço...

Lizete – Eugênia, apesar de você ter participado só de uma reunião, você se lembra de alguma coisa você achou importante? Alguma coisa que aconteceu nas reuniões que você estava que te marcou... de bom ou de ruim...

Eugênia – não... Eu achei tudo bom... Não sei... Eu já falei que o que eu achei bom foi de achar mais gente na mesma situação... e disposta a te ajudar, que entendia o que eu tava sentindo... Ah, teve aquele outro dia que eu vim e não veio mais ninguém, né, até que ficou só eu, você e aquela outra moça sua colega (*referindo-se à Carla*)... Sabe, aquele dia eu saí daqui muito satisfeita... eu cheguei e só tava vocês na sala. Eu achei que não ia ter reunião... fiquei pensando "*Ih, perdi a viagem!*". Aí, quando nós começou a conversar... foi tão bom! Eu falei um monte de coisa, você lembra?

Lizete – claro!

Eugênia – então, parece que foi até melhor... acho que é porque tava só eu, né, a gente conversou até!... Eu nem sei, parece que eu sentia culpada da minha irmã tá naquela situação...

Lizete – é, eu me lembro que você falou alguma coisa sobre isso, sim...

Eugênia – é...

Lizete – E você gostaria de falar mais alguma coisa, ou dar alguma sugestão para melhorar as reuniões? Ou sugerir... Alguma coisa...

Eugênia – acho que não... já falei muita coisa... Eu achei muito bom aquela reunião... aquela primeira porque era uma hora que a gente tava meia desesperada, né, e depois aquela outra, que eu fiquei falando um monte de coisa que eu sentia e não tinha coragem de falar pra ninguém... e aquele dia eu falei pra vocês... Senti bem...

Lizete – muito bem, Eugênia. Agora, eu queria que você escutasse umas coisas que eu vou ler para você e você vai me contar se sentiu aquilo na reunião, certo? Eu vou lendo uma por uma e você vai me dizendo se sentiu alguma, está bom?

A seguir, passo a ler a parte do instrumento com os fatores terapêuticos e ela vai indicando aqueles que ele conseguiu perceber presentes. Ao final, agradeço sua colaboração e boa vontade e encerro a entrevista.

ENTREVISTA COM MARIANA

Lizete – Mariana, o propósito desse encontro hoje é saber o que você achou de participar daquele grupo... Como é seu nome completo?

Mariana - Mariana de Oliveira Miranda.

Lizete – quantos anos você tem?

Mariana – 38

Lizete – eu sei que tem gente que não gosta de falar, mas eu preciso perguntar... Você estudou? Até que ano?

Mariana – eu sou formada... sou formada em Magistério e fiz até o 3º ano de Enfermagem.

Lizete – mesmo? Que beleza! Então é 3º grau incompleto?

Mariana – é... 3º grau completo, porque eu já fiz magistério, né?

Lizete – certo. Você é filha do paciente... quanto tempo ele ficou na UTI, você se lembra?

Mariana – ele ficou 12 dias

Lizete – e o médico disse o que acontecia com as cirurgias dele? Porque não dava certo?

Mariana – foi rejeição... rejeição na...

Lizete – ele tinha posto prótese?

Mariana – foi, porque ele já tinha feito... O motivo todo da rejeição foi porque ele já tinha feito a primeira cirurgia, né, é... na perna esquerda e pegou uma infecção, uma infecção muito forte e... até que ele saiu dessa infecção... Ele foi pro isolamento aqui em baixo e... Então, o organismo dele ficou muito... é... frágil. Quando ele saiu da infecção, que ele pegou um peso bom, que ele não tava anêmico o Dr. Alexander achou melhor fazer na outra, porque a primeira foi feita de emergência, entupiu, foi... vários riscos, né? Então, por ele tá com um quadro bom, ele falou "então nós vamos marcar na outra pra não ter perigo do que aconteceu com a primeira". E fez... no que fez... foi um corte pequeno, não foi uma cirurgia tão demorada, só que quando ele saiu da sala de cirurgia, ele já saiu com uma rejeição. Só que não podia colocar outra anestesia em cima... teve que esperar pelo menos 12 horas, né, pra fazer a 2ª, o Dr. Alexander achou que ia correr tudo bem, mas aí ele... é... começou a dar uma parada cardíaca, veio outras complicação, já saiu de lá com a 2ª rejeição, aí foi enfraquecendo, foi que ele foi pra UTI na 2ª... a 3ª foi, como se diz, o último caso, foi um caso de emergência a 3ª, era tudo

ou era nada...

Lizete – e como é que foi pra você participar daquele... você participou de uma reunião, não é?

Mariana – participei.

Lizete – e como é que foi? O que você achou?

Mariana – bom, aquela primeira... eu não sei se é porque eu participei de uma só, mas eu achei que ficou muito a desejar...

Lizete – sei...

Mariana – pelo... pelo motivo que... Várias pessoas estavam ali, né, inclusive eu, eu sei que ficou assim... não a desejar da... é... é... do conteúdo... A desejar das pessoas mesmo que estavam participando. Acho que poderia ter acontecido, assim, mais um... um... como é que eu vou explicar... poderia ter acontecido mais... as pessoas se abrir mais, poderia... É igual eu tô falando, pode ter sido eu ter participado de uma, talvez as pessoa que participa de mais...

Lizete – é, mas é a sua impressão, mesmo só de uma...

Mariana – é o que eu tô te falando, por eu ter participado de uma, é... acho que poderia ter aberto mais, né? Teve pessoa que participou até de 5 – 6, que eu sei... sempre eu via uma menina aí que ela tava vindo. Então, foi essa a impressão que eu tinha, mas pra mim, eu achei bom, achei gratificante.

Lizete – você acha que o fato de ter participado, de ter havido aquela reunião, fez você sentir que a enfermagem estava dando algum atendimento para vocês?

Mariana – fez... fez. Fez porque a gente... quando a gente tá com uma pessoa na UTI, tanto a gente quanto a pessoa que tá lá dentro, a gente fica... desprotegido e a gente tem que buscar apoio em algum lugar pra poder levar pra pessoa que tá lá dentro, porque não adianta a gente entrar lá dentro chorando, desesperada, que vai causar é... o paciente vai é piorar, né, e não melhorar. Então, ali, parece que a gente... pela 1ª, né, igual eu tô te falando, parece que a gente colheu um... uma força, um fortificante por saber que tem mais... tem outras pessoas... mais pessoas que tavam ali com a mesma dificuldade, com o mesmo problema, com a mesma derrota, né, com a mesma busca, que tava tudo buscando... porque quando a gente tá com uma pessoa lá a gente fica buscando o impossível, a gente fica caçando um... um lugar, né, o impossível, tem vez que até mesmo a gente ouvir é melhor do que falar, porque a gente sai fortificado, tem outras pessoas que já gosta mais é de se abrir, se... falar, pra poder ter um ouvido pra ouvir, né, que já se fortifica. Então, pra mim foi bom.

Lizete – você acha que essa forma de a enfermagem dar atendimento é importante para a família?

Mariana – eu acho que sim, lógico que é! Eu acho que é... vai se tornar mais uma UTI aberta. Porque só o fato da gente falar assim UTI, a gente já dá aquela sensação de prisão, além do paciente tá muito ruim, tá prisioneiro, né? Tanto é prisioneiro o paciente lá quanto é prisioneiro os acompanhante que tem um X momento só pra entrar, e fica sabendo só por telefone notícia que... com as coisa que acontece oito e quinze, que vai pro prontuário você fica sabendo só meio-dia... Então, você não tá sabendo da realidade, os relatos, né? Então eu acho que fica uma UTI mais aberta. Eu acho que não só aqui, eu acho que outros hospitais deveria abranger isso aí.

Lizete – se você tentar se lembrar daquele momento em que você estava ali, você consegue se lembrar de alguma situação que você considere assim, que tenha tido um significado grande para você, que tenha sido importante para você, você consegue... lembrar e me contar?

Mariana – eu lembro é... que eu achei muito importante foi o... os rostinho, né [*técnica usada no aquecimento do grupo, onde os participantes receberam um círculo de papel branco para desenhar seu próprio rosto indicando como estava chegando ao grupo*], no papel

Lizete – ah, tá, aquelas carinhas para você desenhar como você estava...

Mariana – eu achei aquilo ali muito importante, porque a pessoa, todo mundo que tava ali, por ser a 1ª vez, por ser uma coisa nova, a gente... fica tímido, né, por mais que seja... qualquer situação a gente fica tímido por ser a 1ª vez, então aquele rostinho ali deu pra espalhar e a pessoa colocou pra fora o que tava sentindo... então eu achei importante...

Lizete – ter a oportunidade de falar?

Mariana – de falar! Um gesto sem precisar... de usar a voz. Só da gente olhar ali naqueles rostinho, a gente sabia mais ou menos o que a pessoa tava sentindo.

Lizete – e do que as pessoas falaram, do que você ouviu ou do que você falou tem alguma coisa, assim, que te tocou, que te fez mais...

Mariana – tem. Um senhor moreno que tava lá, que me parece que era a mãe dele que tava na UTI aqui de baixo. Ele falou que... que a mãe tava na UTI, tinha feito essa cirurgia, mas que ele havia colocado ela na... na presença de Deus. Então, que pra ele, ele tava esperando o que Deus tava reservando, né, que ele sabia que a equipe de médico que tava cuidando dela era uma excelente equipe, que o que acontecesse daquele momento pra frente, ele ia acatar, né, ele ia segurar o acontecimento. Aquilo ali pra mim eu achei muito importante, porque... é... não só eu, mas aquela outra moça... loira, loirinha que tava lá, com a irmã, né, ela participou de várias outras, e eu sempre conversava com ela no corredor, ela... ela tava com uma expectativa, com uma fé muito grande, né, que ela... que a irmã dela ia sair dessa, ia tudo... Então, pras pessoa que tava de fora, que tava vendo o quadro da irmã dela, a gente sabia que ela não ia sair, né? Mas ela tava naquela expectativa... Então, aquilo que aquele rapaz moreno falou, eu achei que tocou muito no que... no que a Sônia tava buscando, que era uma saída, né? Então ele pegou e falou, né, que ele tinha colocado a mãe dele na presença de Deus e o que acontecesse daquela hora pra frente que ele acatava, que ele sabia que a mãe dele tava com uma excelente equipe, né, de médico... Então, foi aquilo que me levou a...

Lizete – você conseguiu durante aquele encontro, assim, em algum momento você teve esperança de sair dessa situação, porque você viu alguém que estava lá, que estava melhor, que...

Mariana – teve.

Lizete – você acha que o grupo te deu essa esperança?

Mariana – deu.

Lizete – Saber que você não era a única pessoa que estava vivendo essa rotina, que tinha pessoa que já tinha melhorado...

Mariana – deu. Foi o que eu falei no início, que... todas as pessoas que estavam ali, que tava na mesma situação, então foi que colocou, né, tentou passar por aquelas carinha... Então deu esperança, sim! E é que esse rapaz moreno deu, né, esperança...

Lizete – você conseguiu aprender alguma coisa que você tinha vontade de saber, assim, com os profissionais, com os enfermeiros que estavam lá ou com alguém do grupo, alguma coisa, algum assunto que você tinha interesse em saber e que você conseguiu ficar sabendo naquele momento?

Mariana – alguma coisa que foi passada?

Lizete – alguma informação de saúde ou sobre algum problema que você estava enfrentando e alguém te deu uma dica de como fazer, de como passar por isso...

Mariana – não... Não porque eu acho que o meu tempo foi muito pouco, foi uma palestra só, né? Acho que poderia ser... pra te responder essa pergunta, eu deveria ter participado pelo menos dumas 4, né? Porque na 1ª, igual a mim, a gente vai com muita expectativa de buscar, né, de tentar aprender, e o tempo foi muito curto, né, na 1ª...

Lizete – você se sentiu, assim... lá naquele momento, você sentiu que fazia parte daquele grupo, que o grupo te aceitava, que o grupo te acolhia... Você se sentiu fazendo parte do grupo?

Mariana – senti. E na... no mesmo instante, deu pra gente sentir ali também, que do mesmo jeito que a gente tava... que todas as pessoas que tavam ali poderia ajudar a gente, a gente também tinha possibilidade, né, de ajudar qualquer um dos que estavam ali.

Lizete – e é uma coisa importante para você pensar em ajudar as pessoas, as outras pessoas?

Mariana – eu acho que sim... com certeza!

Lizete – deu pra você ver ou sentir, por exemplo, como a gente não consegue fugir das coisas da vida, que você tem questões de vida e de morte que você precisa enfrentar, que às vezes a morte chega em um momento em que não era bem aquele que a gente achava que tinha que ser? Teve algum momento em que você sentiu isso?

Mariana – teve... teve... com certeza! Esse momento aí, eu já tinha percebido ele... eu tive essa sensação no dia da... da 3ª cirurgia, que eu tava lá na... naquele banquinho lá de espera, né, aí deu pra mim sentir isso, não só eu que tava lá, né, tinha uma outra senhora lá... Deu pra sentir! Depois, quando... no dia dessa reunião, deu pra gente sentir que a vida da gente é muito frágil, que todo mundo que tava ali tava com uma série... certos problemas de... né, que a gente é muito fraco, que qualquer coisa a gente... não adianta a gente querer ser ou aparecer, né, perante as outras pessoas, que uma rasteira... Porque com meu pai foi uma... um escorregão perto do chop, trouxe ele pro hospital e já tava naquela situação, naquela UTI. Então, não adianta a gente querer ter ou aparecer que... não adianta, quando a doença chega, ela derroba qualquer um... se torna todos igual pra ela, não tem preto nem branco, nem rico nem pobre, todos adocece, todos tem que ter tratamento e todos morre, porque ninguém fica... Então, é isso aí...

Lizete – você acha que, em algum momento, o grupo te ajudou a aprender sobre a impressão que você provoca em outras pessoas ou de que forma você se relaciona, como é que os outros percebem você?

Mariana – eu acho que foi pouco o tempo, mas deu... dali já deu pra tirar... Porque tinha pessoas que estavam ali quase os mesmos dias que meu pai tava, a gente ficava aqui embaixo esperando o horário, a gente subia e esperava o horário lá na porta, a gente entrava, não tinha nem um bom-dia, nem boa-tarde nem boa-noite. E a partir daquele dia, que foi o único encontro que eu participei, que a gente encontrou lá dentro, e já se olharam, se cumprimentaram, todos se tornaram... eu não digo amigo, mas cúmplices, né, cúmplices do mesmo problema... A gente já se via no corredor, já parava, "e aí, seu parente, como é que tá?", já se cumprimentava... tanto aqui embaixo mesmo, ou lá em cima, ou nos corredores, é... Então, eu acho que foi compensador, sim.

Lizete – você conheceu alguém naquele dia do grupo que você pensou em seguir o exemplo, ou em fazer igual, ou tentar imitar o comportamento? Alguém, assim, que te chamou a atenção e você pensou que queria fazer igual, queria ser igual ou queria aprender a fazer do mesmo jeito?

Mariana – esse rapaz moreno...

Lizete – pelo fato de ele ter conseguido entregar nas mãos de Deus?

Mariana – é... é... Não só isso, mas... por ele... por ele ter... ter... porque a mãe dele faleceu. É... é... por ele ter tido aquela força, sabe, aquela força interior de aceitar o que a gente tem que aceitar, a morte, mas por ele aceitar os acontecimentos antes mesmo de ter acontecido... Eu não digo conformar, porque eu acho que conformar... conformado ele não tava, mas aceitar... Então eu achei ele muito forte, por ele reconhecer que poderia acontecer e aceitado, porque a gente não... a gente aceita muita coisa boa, mas quando a coisa vem ruim, a gente fica "porque comigo?", né? Então...

Lizete – esse negócio de a vida ser injusta, não é?

Mariana – isso! "porque aconteceu comigo?" "Justo com ele!", "Justo com ela!"... Então, a gente tem isso. Então, eu achei muito... muito gratificante! E não foi só lá, eu me tornei amiga dele, então a gente vinha mais cedo, ficava aqui embaixo, porque ele era evangélico, né, então ele ficava aqui embaixo, diz que vinha mais cedo pra fazer uma oração não só pra ele, mas pra todas as pessoas que se encontrava no hospital... Aí, eu chegava mais cedo, a gente ficava conversando, a gente ficava louvando muito tempo aqui, então é... é... eu achei ele com uma personalidade muito bonita, foi aquela pessoa... Não sei o dia-a-dia dele, na casa dele, porque a gente só se via aqui, então... não sei se aquilo que ele mostrava aqui é realmente o dia-a-dia que ele vive, né, eu não sei... se era só aparência, mas... é... eu gostei dele, do jeito dele.

Lizete – você se sentiu segura no grupo? De alguma forma você sentiu que podia confiar nas pessoas que estavam ali? De alguma forma você aprendeu a se relacionar melhor com as pessoas, como chegar perto de alguém... você acha que o grupo te deu essa oportunidade?

Mariana – deu...

Lizete – você concorda com isso?

Mariana – concordo... eu acho que sim.

Lizete – e você tem alguma sugestão a fazer sobre esse tipo de atendimento? Você falou que considera que ele é válido para dar assistência ao familiar, não é? Você tem alguma sugestão que você tenha ou ouvido as outras pessoas falarem ou que você mesma tenha vivido que a gente pudesse adotar para melhorar esse tipo de atendimento? Pode ser quanto ao horário, quanto ao tipo de participação, ou... qualquer coisa de bom ou de ruim?

Mariana – Bem...

Lizete – você falou que as pessoas podiam ter se aberto mais, não é?

Mariana – mas foi a impressão que eu tive porque eu participei de um só, e tudo no primeiro dia é...

Lizete – as pessoas não se conhecem...

Mariana – é... as pessoas se travam, né, então a partir do segundo, terceiro que começa a se soltar, a se relacionar mais. Mas eu acho que o horário e o dia que eu tava ficou muito tumultuado o horário... o encerramento com o início das visita, sabe? Ficou meio tumultuado...

Lizete – mas você acha que os familiares viriam aqui em outro horário só para fazer parte da reunião? Por exemplo, você viria?

Mariana – eu acho que sim... eu viria sim. Ou antes, assim...

Lizete – eu estou te perguntando porque a gente sempre fica pensando que horário seria melhor...

Mariana – pode ser também aquele horário após a visita. A pessoa visita, já sai ou mais... ou mais triste ou mais alegre. Porque se o paciente deu uma melhorada, ele já sai de lá com uma esperança muito maior. Se o paciente deu uma piorada, ele já sai de lá bem derrobado... Então, seria ou uma alegria a mais dentro do grupo ou uma tristeza a mais a apresentar, né?

Lizete – é... a gente pensou em fazer antes, na expectativa assim, de dar uma preparada nas pessoas para entrar na UTI já assim... mais aliviadas um pouco...

Mariana – é eu sei como que é...

Lizete – mas a gente até parou de fazer porque os familiares pararam de vir, pararam de freqüentar. Aí a gente resolveu dar um tempo... e fazer essa avaliação que a gente está fazendo para ver se a gente encontra alguma sugestão para fazer as mudanças necessárias, não é? Se a gente for fazer de novo, o que a gente pode corrigir para ter...

Mariana – eu acho o melhor horário após a visita. Sabe porque? Várias pessoas que vem trabalha. Então ele tem que sair mais cedo do serviço e vem correndo, talvez nunca chega a tempo... Você mesmo viu aquele dia que a gente tava quase encerrando e tinha pessoas chegando... Então são os que trabalha... Ele chegando, ele visitando... ele já chega atrasado, em cima da hora pra visita... Quando ele sai da visita, ele já sai mais aliviado, porque a tendência é ir pra casa... então, se atrasar um pouquinho a ida pra casa, não tem nada, mas as pessoas não quer de jeito nenhum atrasar pras visita.

Lizete – tá... então é importante não interferir no horário da visita?

Mariana – é. Eu acho também que poderia ser igual foi o meu caso, logo o meu pai saiu do hospital, poderia ter um acompanhamento é... não só quando as pessoas tã lá dentro, mas assim... aqueles que sai também poder...

Lizete – você fala permitir que essas pessoas participassem também?

Mariana – é... Igual foi o meu caso... o meu caso, o meu pai é... saiu, tá bem, tá em casa... Então, eu passei pelo grupo numa hora de aflição, mas agora eu posso passar pro grupo, né, e dar um exemplo de vida pro grupo de como eu sofri, como eu passei, o que aconteceu comigo, mas o que tá acontecendo agora. Porque agora, mesmo agora, a gente ainda tá tendo uma barreira muito grande com o meu pai... Porque a gente teve a primeira barreira, que foi a cirurgia dele, rejeitou até os ponto, tá toda aberta, agora que tá começando a fechar e... ele entrou em caso de depressão, passou por tratamento de psicólogo... Então, a gente ainda está... ele não tava andando, essa semana que ele começou a se locomover com a moleta... Então, são casos... você tá entendendo o que que eu quero dizer?

Lizete – estou entendendo... Nós até tivemos o caso de uma pessoa que o tio já tinha morrido, que era o paciente que estava na UTI, e ela voltou no grupo, pediu para participar para falar sobre esse tipo de coisa também. Então, você está só reforçando uma coisa que todo mundo achou bom, ficou até admirado de como o parente dela já tinha até morrido e assim mesmo ela quis ir... e ela falou que tinha vindo porque o grupo tinha sido importante para ela e ela queria dizer isso para as pessoas, que era bom participar, que a tinha ajudado e tal...

Mariana – eu acho bom... acho muito importante! Porque talvez tem paciente que fica o quê, quatro, cinco dias, uma semana lá na UTI... Dá pro parente vim uma ou duas vezes no grupo. Igual foi o meu caso, eu participei de uma vez, porque logo em seguida ele saiu da UTI, foi pro quarto... Tinha vez que eu subia, tava acontecendo, aí eu não entrava porque...

Lizete – não era mais paciente de UTI...

Mariana - não era mais paciente da UTI. Mas se eu tivesse entrado, né, se fosse pra entrar, eu teria colhido mais coisas, eu poderia, quem sabe, até ajudar as pessoas que tava é... no quarto, né, porque o quarto com seis pacientes... Então, são seis acompanhante... Então, se buscar... uma palavra que você busca lá, você traz e aplica de cá, já é uma ajuda muito boa! E mesmo que é... a gente mesmo recebe uma palavra de uma pessoa em determinado momento, já é uma ajuda e tanto. Eu só tô te falando porque a gente tá enfrentando... Hoje mesmo... eu já tive com meu pai de manhã... Então, realmente ele tá com depressão, ele pôs na cabeça que ele não ia andar mais, que... você vê, ele saiu do hospital antes do carnaval, agora que ele... foi segunda... terça-feira que ele veio dar os primeiros passos com a moleta. Assim mesmo porque... a perna dele tava meia boba... foi depois que ele passou pelo psicólogo... Então, são coisas que pra nós lá em casa, igual eu sou filha única, né... além de eu ser filha única, é... eu acho assim, que... eu sou o esteio deles, então eu tenho que apresentar e parecer pra eles aquela força que eu não tenho. Então, eu tenho que buscar! Eu acho que se você fizer esse grupo que eu tô te falando, vamos supor, uma vez por semana... funciona três vez por semana, né?

Lizete – é, estava funcionando. Algumas pessoas já sugeriram fazer o grupo no fim de semana, porque é mais fácil para quem quer participar e às vezes não trabalha no final de semana... A gente tem que ir pensando...

Mariana – e olha que dia de domingo, dia de sábado e domingo aqui a tendência de visita é bem maior...

Lizete – está certo. Eu quero te agradecer muito pela boa vontade em vir aqui conversar comigo e ajudar a avaliar essa atividade. Muito obrigada! E até outro dia.

ENTREVISTA COM SÔNIA

Lizete – Sônia, como foi para você participar dessas reuniões do grupo de apoio aos familiares?

Sônia – eu gostei demais... achei bom, porque a gente fica tão desesperado, perdido, né? Então, eu achei bom... a gente achar alguém pra conversar, falar as coisa... As reunião... era... não sei se era porque tinha outras pessoa passando pela mesma situação, né, mas... parece que a gente ficava... livre, é... mais a vontade pra falar da gente... chorar, quando tinha vontade... tudo!

Lizete – você se sentia meio em casa?

Sônia – Desde a primeira, eu senti assim, a vontade, né? Sabe que que é? A gente fica muito... é... apertado, assim, o coração da gente... As vez a gente não quer ficar falando os problema na casa da gente, né, tem os filho da gente... outras pessoas... Também, conversar com quem, né?

Lizete – sei... E aí, nos nossos encontros você...

Sônia – é... parece que eu tava... não sei, sabe, assim... em casa, igual você falou mesmo. Podia falar, chorar... Quando acabava a reunião, parece que a gente tava até... assim, mais leve, né, não sei... como se os problema da gente ficasse mais leve, mais fácil... Tinha dia que não, a hora que acabava parece que era pior, porque... sabia que ia... entrar... vê a madrinha naquela situação, né? [chora] Era triste demais, sabe? Saber que você não podia fazer nada... Tava nas mão de Deus... de Jesus, né? Por mais que você tenha fé, é duro saber que você não pode fazer nada...

Lizete – imagino...

Sônia - Você sabe que os problema não acabou, né, mas... é bom demais quando a gente conversa com alguém... falar, perguntar... A gente chega pra visitar o parente da gente, não sabe direito o que vai encontrar, né, aí... A gente fica esperando lá na porta... parece que o tempo não passa... Ao mesmo tempo, você não quer que ele passa... assim, você quer entrar, mas não quer, sabe?... Medo do que vai achar lá, como que tá... Aí, se você tem alguém pra conversar com você enquanto isso... falar como que é, como que tá, né? É bom!...

Lizete – participar das reuniões do grupo fez você se sentir atendida pelos enfermeiros do hospital, ou da UTI?

Sônia – olha, eu acho que sim... porque a gente quase não conversa com as enfermeira na hora da visita, né, elas nem fica por lá... A gente entra... eles põe a gente pra dentro e... a moça lá, né, que põe as visita, ela leva a gente lá no paciente e sai. A gente fica lá um pouco e sai também. De tarde ainda tem conversa com o médico dela, né, mas de noite é... é só a visita, né? Então, essa reunião antes era boa... No dia que tinha reunião antes, na hora que a gente entrava... é... sei lá, parece que ficava mais... tranqüila, né, pra ver minha irmã... mais fácil... Sabe, nessas hora, parece que a gente tem tanta coisa pra perguntar... tanta coisa que você quer saber, mas... E ao mesmo tempo, a gente parece que não sabe nem perguntar... nem sabe direito o que que você tem que perguntar... Depois que sai daqui é que a gente lembra “*Ó, mas porque que eu não perguntei isso? Porque que eu não perguntei aquilo?*” E a reunião... na hora lá, aparece muitos assunto que interessa pra gente, né, mesmo... as vez a gente não tá nem lembrando, mas quando alguém fala, você... “*Puxa, isso é importante! Ainda bem que ela perguntou...*”

Lizete – certo... E você acha isso importante para os familiares que tem um paciente na UTI? Receber algum tipo de assistência dos enfermeiros para atender as necessidades dos familiares?

Sônia – nossa! Eu acho sim... a gente tá... Deus sabe! Se não tiver ninguém pra conversar, eu acho que... acho que a gente até explode... É sofrido demais! Uma agonia... O que a gente queria mesmo era... era que eles saísse de lá, né? Mas, mesmo que... assim mesmo, a hora que a gente tá na reunião, a gente... extravasa um pouco da tristeza, né? Pensa noutras coisa... escuta as pessoa... Ajuda muito!...

Lizete – Sônia, você consegue se lembrar de alguma coisa que tenha acontecido durante as reuniões que você participou e que você tenha achado importante para você? Assim, alguma coisa que você tenha visto ou escutado e que marcou você de alguma forma? Pode ser alguma coisa boa ou ruim, mas que você saiu de lá se lembrando do que aconteceu, achando importante aquilo...

Sônia – ah... não sei... Eu lembro de coisa boa... Eu lembro do dia que eu cheguei chorando e fiquei chorando a reunião inteira, você lembra?

Lizete – lembro...

Sônia – Então, eu lembro que você sentou perto de mim... segurou minha mão... não foi? Nossa! Aquilo foi uma coisa muito boa... Aquele dia eu tava arrasada!... Eu cheguei aqui no hospital... não queria nem entrar... Parecia que o mundo tava desabando em cima de mim... A madrinha ruim daquele jeito... Mas, na hora que eu cheguei, parece que aquele lugar ali tava mais quente... sabe, assim, mais... Eu tava chorando e não fiquei com vergonha de tá chorando... parece que era... que era ali que era o lugar de chorar, sabe? Porque você sabe que chorar não adianta, não resolve o problema, mas... parece que na hora que você chora, você solta... tira um peso a mais que você tava carregando! Esse negócio de poder ficar a vontade, de poder chorar sossegado... poder fazer essas coisa que a gente não gosta... não quer fazer em casa, né, pra não desesperar todo mundo... isso foi bom demais! Parecia que ali era outra casa da gente!

Lizete – é, essa era a proposta, criar um ambiente onde vocês pudessem se sentir à vontade, não é, porque vocês já estavam passando por situações difíceis o bastante! A gente queria encontrar uma forma de ajudar vocês a se sentirem um pouco melhores... para poder lidar com os problemas de um jeito menos sofrido. Já que nós não podíamos mudar condição de seus parentes, então podíamos tentar ajudar de outra maneira...

Sônia – nossa, e foi bom demais... Tem uma coisa que eu queria falar... Sabe, nas reunião, vocês tava sempre falando que nós tinha que tá preparado para o pior... lembra? Vocês falava que a gente pedia a Deus pra livrar ela da doença, pra... que a gente só falava pra ela sarar... que a gente tinha certeza que Deus ia... se Deus era Pai, Ele ia fazer ela ficar boa... né? Mas que a gente precisava aprender a pedir que Ele fizesse o que fosse melhor pra ela... (*chora*). Eu ficava numa raiva... porque a gente... o que a gente queria é isso mesmo, né, que... que ela voltasse pra casa, pra cuidar das filhinha dela... Depois que a madrinha morreu, eu fiquei lembrando do que vocês falava... Eu acho que vocês já sabia que ela não ia agüentar, né? Por isso que vocês falavam...

Lizete – não é, Sônia. A nossa preocupação era que vocês só pensavam que ela ia sair dessa, que ela ia sarar... e a gente ficava preocupada por não saber como vocês iriam enfrentar a situação se ela morresse! E, apesar de a gente não ter certeza de que ela ia morrer, a gente sabia que o estado dela era muito grave... Vocês também sempre souberam disso... os médicos nunca esconderam...

Sônia – mas a gente tinha esperança... (*chora*) porque, pra Deus, nada é impossível!

Lizete – eu também penso assim. Mas acho que a gente tem que estar preparado para qualquer coisa nestas situações!

Porque a gente não sabe qual é a vontade de Deus... mas a gente tem que agüentar qualquer que seja ela! Então, eu acho... eu até falei isso para vocês um dia, eu acho que a gente tem que pedir o que a gente quer, mas também pedir forças para a gente agüentar o que Ele mandar...

Sônia – é... hoje eu sei disso... hoje eu entendo o que vocês queriam dizer... mas naquela hora lá, eu sentia era raiva... Hoje eu acho que a gente tem que escutar essas coisa mesmo, pra poder ir se preparando pro pior. Na hora, eu achava ruim, mas hoje eu vejo que foi bom! No dia que a madrinha morreu eu ficava lembrando de vocês falando que a gente tinha que entender que ninguém é eterno... só Deus e Jesus! Vocês falava pra gente que a gente não pode pôr as dor da gente na porta de ninguém, você lembra disso?

Lizete – lembro. Está bem, Sônia. Tem mais alguma coisa que você gostaria de comentar? Sugerir... alguma coisa que ache que poderia melhorar, ajudar...

Sônia – não... acho que eu falei tudo. Apesar da madrinha ter... (*chora*) Até hoje, eu não conformo!... Tadinha das menina dela... eu quase morro de dó! Até hoje eu choro quando falo nisso! Mas eu achei muito bom conhecer vocês... Nossa, vocês ajudaram a gente demais! Acho que se não fosse isso, não sei... não sei nem como que a gente tinha passado por aquilo tudo... Eu só acho ruim saber que não tem mais as reunião. Porque que vocês acabaram?

Lizete – porque estava programado para ter mesmo só durante um certo tempo, para a gente poder saber se estava sendo bom, o que os familiares estavam achando... Agora, a gente vai escrever esses resultados para depois mostrar aos diretores do hospital, para que eles possam avaliar se o trabalho foi bom, se é possível continuar... certo? Sônia, agora, eu vou ler algumas coisas para saber quais delas você se lembra de ter sentido nas reuniões que você freqüentou, está certo? Eu vou lendo e você vai me dizendo se consegue se lembrar de ter sentido alguma, certo?

A seguir, passo a ler a parte do instrumento com os fatores terapêuticos e ele vai indicando aqueles que ele conseguiu perceber presentes. Ao final, agradeço sua colaboração e boa vontade e encerro a entrevista.

ENTREVISTA COM SRA. VANDA

• **Lizete** – Para você, como foi participar do grupo de apoio aos familiares de pacientes da UTI?

Vanda – Achei ótimo! Pensando sobre isso, lá em casa, pensei “Vou dar uma sugestão”. Posso?

Lizete – por favor! É para isso mesmo que a gente está fazendo essas perguntas para quem participou do grupo. A gente quer melhorar cada vez mais os nossos encontros.

Vanda – Sabe, é que eu não achei muito bom aquele negócio de sucata... Sabe, parece... em vez de usar sucata pras pessoas se apresentar, é melhor deixar a pessoa falar espontaneamente... é mais produtivo! Alguns falta imaginação, outros tem dificuldade por causa do momento que tá passando... não sei, mas eu penso que era melhor pedir pra cada um falar um pouco de si mesmo, como tá sentindo, o que tá achando... Não sei se é porque eu não gostei... você lembra que eu não escolhi nada que vocês deram pra gente escolher pra apresentar?

Lizete – lembro... a senhora preferiu falar, não é?

Vanda – pois é, eu fiquei olhando aqueles negócio lá na mesa, pensei, pensei e não vi nada que eu pudesse usar pra falar de mim... Achei muito melhor falar mesmo...

Lizete – A senhora se sentiu cuidada pela enfermagem, ou melhor, participar dessa reunião fez a senhora se sentir assistida pelos enfermeiros da UTI?

Vanda – senti que sim... Do momento que eu não recebia... a gente fica tão fragilizado quando tem um parente como estava a minha irmã que quando você recebe alguma atenção, seja de quem for, fica mais aliviado, com esperança. O grupo é importante por isso... você troca experiências, idéias, não sente sozinho... você vê que não é só você que tá passando por isso, várias pessoas estão na mesma situação.

Lizete – A senhora considera importante para a família receber esse tipo de ajuda dos enfermeiros?

Vanda – eu acho... muito importante! Porque é terrível... eu fiquei doente... eu tenho problema de hipertensão e no final, eu tava... Eu tenho problema também no estômago e na vesícula e eu já tava ruim... Então, quando a gente recebe esse tipo de atenção... É bom quando a gente ouve alguma explicação, um apoio, uma orientação de quem tá vivendo ali... no caso, um médico ou uma enfermeira.

Lizete – e a senhora pode se lembrar de alguma coisa que aconteceu naquela reunião que chamou sua atenção? Pode ser de bom ou de ruim... qualquer coisa que a senhora considere que foi importante...

Vanda – ah... não sei, mas eu lembro do tanto que eu tava preocupada da minha irmã estar com pneumonia e sem roupa naquele lugar gelado... Aí, vocês explicaram como que era, falou porque que tinha que ser assim, né... não sei, eu saí de lá mais leve um pouco, parece que... sei lá, menos culpa... Porque a gente sabe que não depende da gente, né, mas... parece que acha que tinha que fazer alguma coisa. Então, foi bom tá lá naquela reunião, porque a gente fica sabendo de coisa que não ia saber se não fosse lá, ou se não perguntasse pra alguém lá da UTI... Mas as enfermeira de lá é muito ocupada, né, quando a gente encontra com elas, a gente aproveita pra perguntar as coisa que a gente precisa mais de perguntar... e essas coisa vai ficando pra depois...

Lizete – D. Vanda, agora eu vou passar uma lista pra senhora ler e ver qual dessas coisas a senhora acha que sentiu por ter participado daquela reunião. Pode ser? A senhora lê bem, não é? Quando a pessoa tem mais dificuldade, às vezes a gente tem que ler para elas... ou a senhora também prefere que eu vá lendo e a senhora vai só me dizendo o que concorda?

Vanda – eu preferia... sabe que que é? Eu tô sem meu óculos...

Lizete – tudo bem, não tem problema nenhum. Eu vou lendo e a senhora me diz o que acha, se sentiu isso ou não, certo?

Depois de preenchido o formulário, Lizete agradece a colaboração e se coloca à sua disposição para eventuais necessidades e se despedem.

ENTREVISTA COM ISABELA.

Lizete – como foi para você participar daqueles dois grupos que você participou? O que você achou?

Isabela – olha, eu achei ótimo, achei que... ali você consegue questionar, fazer perguntas, sanar muitas dúvidas que às vezes você tem, porque no horário de visita é muito rápido, muita gente para os médicos explicar, às vezes você não tem uma oportunidade de questionar tudo aquilo que você tem vontade.

Lizete – e você considera que isso é importante para a família do paciente?

Isabela – é importante.

Lizete – porque?

Isabela – uai, porque pode ajudar a tirar um pouco das angústias... Porque, para quem vai pra UTI... a família que fica acho que é pior do que quem tá na UTI, entendeu? Porque você não tem condições de fazer, né? Nada... tá tudo nas mãos dos médicos... e de Deus.

Lizete – participar do grupo fez você se sentir atendida pela enfermagem? Você acha que isso é uma forma de atendimento de enfermagem?

Isabela – atendida. Nossa Senhora... muito!

Lizete – eu queria que você tentasse se lembrar das duas vezes que você participou, do que as pessoas falaram e do que você viu ali e me contasse o que você considera que foi importante para você, o que te marcou, alguma situação e que foi importante, boa ou ruim, alguma coisa de que você se lembre.

Isabela – além de tirar um pouco a angústia, ter um local onde você pode conversar e desabafar... Eu senti assim, muita solidariedade e das outras pessoas que estavam com gente na UTI. Porque o dia que o tio Onofre mesmo faleceu, duas pessoas daquelas da reunião me encontraram lá, me ofereceram ajuda, tentaram me ajudar, porque eu estava sozinha no hospital... Então, eu achei assim, que as pessoas se unem mais.

Lizete – foi bom, então?

Isabela – foi bom.

Lizete – agora, eu vou te perguntar se você sentiu algumas dessas coisas que vou dizer, mas não é preciso que você tenha sentido todas, mas só para confirmar se o que eu percebi é a mesma coisa que você percebeu. Durante a sua participação lá, você sentiu que o grupo podia te ajudar de alguma forma, viu alguém que estava melhor do que você, que estava passando pela mesma situação e que já tinha resolvido um pouco, ou viu que o grupo podia ajudar algumas pessoas, isto é, de alguma forma, o grupo te passou um sentimento de esperança?

Isabela – passou.

Lizete – você sentiu que não era a única com aquele tipo de problema, que tinha muita gente vivendo a mesma situação que você, que algumas pessoas tinham os mesmos sentimentos, as mesmas dificuldades, que você não era a única que estava passando por aquilo?

Isabela – hã-hã (*confirma*). Senti, porque ali parece que quase todo mundo... é... enfim, problemas diferentes mas que acaba chegando a um... a um denominador comum, né? Tudo é ali, tá em busca de... uma esperança, uma solução.

Lizete – você conseguiu alguma informação, ou seja, o grupo deu alguma informação que você não sabia? Pode ser sobre como enfrentar algum problema, ou informações sobre saúde ou sobre alguma decisão que você tinha que tomar?

Isabela – passou... passou pra mim o que é UTI, porque a gente, no fundo, a gente sabe o que é e ao mesmo tempo não sabe. Outra coisa, o que a gente mais morre de medo de uma UTI é de além da pessoa tá lá doente, de você pegar algum tipo de infecção. Isso aí eu pude esclarecer e saber que não tem tanto perigo, tem perigo de contaminação, mas não é num grau tão alto, né?

Lizete – é, eu me lembro de você perguntar sobre a história de chegar e ter que por a roupa para lavar... Bem, e enquanto você estava lá, participando do grupo, você sentiu que fazia parte daquele grupo, que as pessoas te aceitavam?

Isabela – (*faz gesto de afirmação com a cabeça*). Aí, você sente que é mais uma família só.

Lizete – sentiu que pertencia ao grupo?

Isabela – pertence a um grupo, a uma família.

Lizete – e em relação às coisas da vida, as questões de vida e de morte, sobre como a gente deve enfrentar a própria vida, a própria morte, o grupo te deu a oportunidade de sentir alguma coisa a esse respeito? Que não tem como escapar da morte, que algumas vezes a vida é injusta com as pessoas, que não dá para mudar o rumo de determinadas coisas...

Isabela – deu. Eu acho o seguinte, que isso ali chega a ser um período de quase de uma preparação, entendeu? Pra você... você acaba mudando seus conceitos, sua maneira de pensar. Porque, por exemplo, quando você não tem um tipo de problema de doença, você pensa de uma maneira, quando você vai passar por ele, você acaba mudando totalmente sua maneira de agir e de pensar.

Lizete – você sentiu, em algum momento, que você conseguiu ajudar alguém que estava participando do grupo, ou que você estava dando um pouco de si mesma aos outros, achou importante estar ajudando alguém?

Isabela – olha, eu não sei se eu pude passar alguma coisa de esperança pra alguém, mas que pra mim foi muito bom, foi, entendeu? Eu consegui captar muita coisa de bom... de ajuda, de esperança, de... você entra num desespero e você vê que a vida não é assim, que sempre existe alguém te dando uma mão também.

Lizete – pois é, mas você sentiu que você conseguiu, com a sua experiência de vida, sua experiência com UTI, ajudar alguém? Ou melhor, você teve a intenção de ajudar alguém porque isso te fazia bem?

Isabela – ah, é, isso sim! Eu fiz com a intenção de ajudar. Por exemplo, mesmo depois da reunião, meu tio já falecido, eu fui à reunião, né, porque... você vê, eu posso ser útil pra alguém, transmitir uma palavra de carinho e de amor, né? Porque você... eu acho que você tem sempre que tá ajudando seu próximo.

Lizete – eu estou perguntando isso porque muitas pessoas, na hora em que estão enfrentando uma crise, um problema grave como é ter alguém que você gosta muito internado em uma UTI, as pessoas às vezes nem se lembram das outras, não é? Estão tão envolvidas com o próprio problema que às vezes não se preocupam com os outros, se podem ajudar, se

podem fazer alguma coisa pelos outros...

Isabela – é... Não, ali eu percebi que tanto a gente como os outros, todo mundo fica preocupado em saber qual que é o problema, se existe alguma maneira de... uma palavra amiga ou alguma forma de ajudar. Isso aí você pode perceber... você percebe no grupo.

Lizete – e em sobre relacionamento, o grupo te ensinou sobre o tipo de impressão que você provoca nos outros, ou sobre como você se relaciona com as outras pessoas?

Isabela – (*silêncio*) Uai, tive... a oportunidade que a gente tem é de um bom relacionamento...

Lizete – tinha alguém no grupo, profissionais como eu e a Carla ou alguma outra pessoa que estava lá participando, que você olhou e pensou que gostaria de ser como essa pessoa, ou que gostaria de enfrentar seus problemas do jeito que aquela pessoa enfrentou, ou que quisesse fazer igual a ela, tentando imitar alguma coisa de alguém lá do grupo?

Isabela – não...

Lizete – e sua capacidade de se relacionar com as pessoas, a forma como você se relaciona com os outros...

Isabela – hã-hã (*confirma*), consegui, consegui. E você vê que ali também o jeito que as pessoas tenta relacionar com a gente é uma... existe uma sinceridade, entendeu, ninguém tá ali com falsidade. Eu acho que se dirige uma palavra ou tenta um consolo, eu acho que é de verdade, entendeu, ninguém tá falando aquilo superficial, não.

Lizete – e você acha que aprendeu alguma forma diferente de se relacionar ou de se aproximar das pessoas ou de falar com as pessoas?

Isabela – consegui, sim.

Lizete – está bom, Isabela, eu acho que era isso. Você tem alguma sugestão para melhorar o grupo, alguma coisa que você não tenha gostado ou que você gostou e acha que tem que continuar?

Isabela – eu acho que é uma iniciativa muito boa do grupo de vocês, de tá criando essa oportunidade de... entre pacientes, né, e familiares, porque... ali, a gente além... igual eu te falei desde o início, esclarece muitas dúvidas, além de se unir às vezes, num momento que você tem oportunidade... é um momento que você tem oportunidade pra dividir seu problema com alguém, cê entendeu, além do conhecimento que a gente vai em busca, muita coisa a gente não sabe, a gente não tem uma oportunidade... Eu acho que tá muito válido o trabalho de vocês, acho que vocês deve continuar fazendo.

Lizete – está certo. Eu agradeço muito a sua participação e boa vontade em colaborar conosco.