
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
OPÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



**O CUIDADO TRANSPESSOAL
DE ENFERMAGEM
NO CONTEXTO DOMICILIAR**

MARIA RIBEIRO LACERDA

CURITIBA, Março de 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
OPÇÃO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARIA RIBEIRO LACERDA

**O CUIDADO TRANSPESSOAL
DE ENFERMAGEM
NO CONTEXTO DOMICILIAR**

ORIENTADORA: *DRA. ELOITA NEVES ARRUDA*

Dissertação submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina e Universidade
Conveniada: Universidade Federal do
Paraná para obtenção do Grau de Mestre
em Assistência de Enfermagem

CURITIBA-PR

MAR/96

O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOMICILIAR

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para detenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

e APROVADA em sua forma final em 4 de março de 1996, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

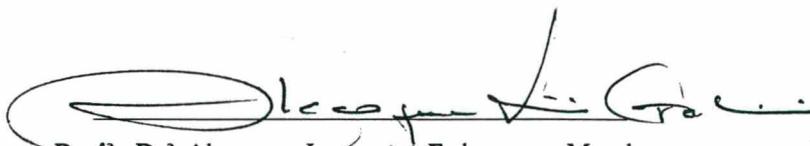
BANCA EXAMINADORA:



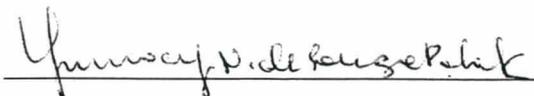
Prof^a. Dr^a. Eloita Neves Arruda - Presidente/ Orientadora



Prof^o. Dr. Ivo Gelain - Membro



Prof^a. Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann - Membro



Prof^a. L.D. Ymiracy de Souza Polack - Membro

AGRADECIMENTOS

*INSTRUERTI-EI E TE ENSINAREI O CAMINHO QUE DEVES SEGUIR; E,
SOB AS MINHAS VISTAS TE DAREI CONSELHO.*

(SALMO 32: 8)

Obrigada Senhor, por teres estado comigo sempre nesta caminhada, dando-me instrução, me ensinando o caminho e me aconselhando. Tu sempre soubeste de todas as dificuldades pelas quais tive que passar, mas sempre me endireitaste os caminhos, dando-me discernimento, ousadia e a presença do Espírito Santo que sempre me fez entender o que era ir além do visível. Agradeço-Te pelas pessoas que providenciaste em minha jornada, aquelas com quem muito de tua benção pude compartilhar. Tudo que disser não poderá expressar o quanto sou grata a Ti, meu pai, mas sei que Tu és aquele que compreende o insondável, e sabes como está meu coração neste momento.

Que este trabalho, seja para Tua Honra e Glória e que possa ajudar pessoas a estarem mais perto de Ti.

Ao meu esposo Gilson (in memorian):

Ele me tocou de forma transpessoal e seu exemplo de respeito, dedicação, zelo e apreço pelos seus pacientes muitas vezes me serviram de modelo para o desenvolvimento deste trabalho. Senti não poder ter compartilhado com ele muito do que vivi e que tentei registrar aqui, mas acredito que resultaram numa força transcendente, que me tornou perseverante e sensível até sua finalização. Este trabalho também é teu por sempre ter me incentivado a buscar novas formas de realizar minha profissão. A você, o meu reconhecimento e gratidão.

Aos meus filhos, Marina e André: vocês são minha força, minha alegria, meu maior estímulo para seguir em frente sempre e juntos estarmos tentando fazer de cada dia vivido um dia melhor para nossas vidas. Obrigada por terem compartilhado e compreendido todos os trabalhos, as viagens e as ausências. Este trabalho também é de vocês.

Aos meus irmãos (ãs) e cunhadas (os) muito obrigada pela força, principalmente ao Pedro e Mali, que sempre estiveram comigo, disponíveis para as minhas dificuldades e me ajudando a cuidar de meus filhos em minhas ausências.

Aos meus pais por terem me educado numa família onde as relações sempre foram afetivas e efetivas.

Agradeço também a Prof^a e Dr^a. Eloita por ter me cuidado e confortado sempre com ensinamentos, incentivos, atenção e compreensão.

Às professoras e professores do Curso de Mestrado, muito obrigada pelo muito que aprendi com cada um de vocês.

Às colegas do grupo PIP C&C , muito obrigada, aprendi muito a pensar e refletir junto de vocês.

Às minhas colegas do Curso de Mestrado, foi um tempo muito rico em minha vida. Obrigada porque todas vocês me tocaram de forma especial, tendo comigo muitas vèzes relações transpessoais.

Ao Departamento de Enfermagem da UFPR juntamente com todas minhas colegas, obrigada pelas facilidades e pelas dificuldades, cada uma delas de forma diferente acrescentaram mais vontade de concluir este trabalho.

À Ana Maria Dyniewicz, muito obrigada, minha amiga, por me ouvir, por compartilhar comigo e por muitas vezes dizer que eu vou para o céu.

À Neiva Barbosa Faleiros e à Maria de Fátima Mantovani, muito obrigada por terem discutido comigo algumas vezes este trabalho. À você, Neiva pela forma maravilhosa de compartilhar a vida, à Fátima, a tua alegria muitas vezes me inspirou.

Obrigada, Centa, pelos seus esforços ao fazer o REPENSUL ser uma realidade, seu trabalho e dedicação tornaram possível a existência deste Curso de Mestrado.

À Alice, Ronaldo e Francine, obrigada pela força, pela alegria que compartilhei com vocês e por que sempre fui cuidada em Florianópolis.

À todas minhas amigas e amigos que torceram pela finalização de mais uma etapa de minha jornada, cada um me ajudou de forma muito especial. Obrigada.

Aos pacientes e seus familiares, muito obrigada por terem compartilhado períodos tão importantes de suas vidas comigo; sem vocês este trabalho não teria sentido.

CONVITE AO LEITOR

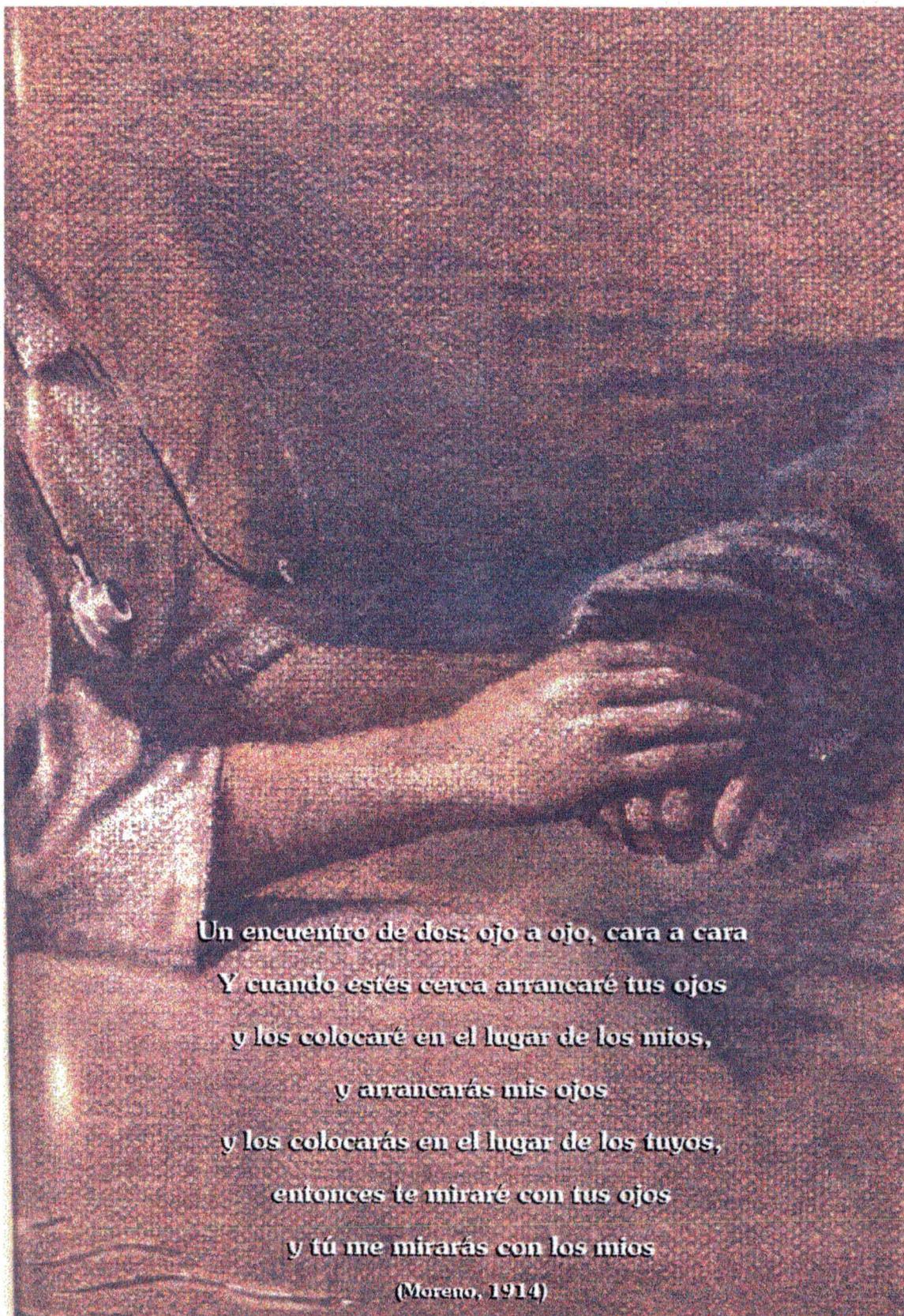
Ao realizar a leitura deste trabalho eu o convido a observar através de sua atenção, alguns detalhes sobre sua apresentação. Entre eles gostaria de destacar que a representação gráfica que precede alguns tópicos, tem o objetivo de ajudá-lo a compreender como o processo de cuidar se realiza. Tento com isso contar com você, para nos aproximar e relacionar dentro de nossas possibilidades. Gostaria de dizer que somos livres para fazê-lo. Eu estou aqui pronta para me encontrar com você, obrigada por ter me permitido comunicar com você.

RESUMO

Este trabalho propõe a elaboração e aplicação de um marco referencial para cuidar em domicílio, de indivíduos e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença. Esta proposta está embasada em minhas concepções pessoais, nos fatores de cuidados e nas pressuposições básicas de Jean Watson. Compõe-se de uma revisão de literatura sobre cuidar-cuidado, cuidado transpessoal, cuidado domiciliar e família; do marco referencial e processo de cuidar. O processo de cuidar proposto compõe-se das seguintes fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação. O trabalho é apresentado na forma de dois estudos de caso. Esta forma particular de estudo vem apresentada num caminhar metodológico com descrição detalhada dos fenômenos tal como é percebida e vivenciada pelos indivíduos e sedimentada pelo marco referencial trazendo um modelo com conotações existencial-fenomenológica de cuidar no domicílio. Assim, pretende contribuir para o desenvolvimento da enfermagem através de uma forma inovadora de atuação na prática.

ABSTRAT

This work proposes the development and application of a framework for home care of individuals and their relatives who are undergoing changes in their health-illness conditions. This proposal is based on my personal conceptions, and on both Jean Watson's carative factors and basic assumptions. It is formed by a review of literature about caring-care, transpersonal care, home care and family, and by the framework which includes the process of caring. The process of caring proposed comprises the following phases: initial contact, approach, transpersonal encounter, and separation. The work is presented by means of two case studies. This particular form of study is presented through a methodological sequence with detailed description of phenomena as they are noticed and lived by the individuals and founded on the referential framework resulting in a model with existential-phenomenological connotations of home care. Thus, there is the intention of contributing for the development of nursing by proposing an innovative form of acting in practice.



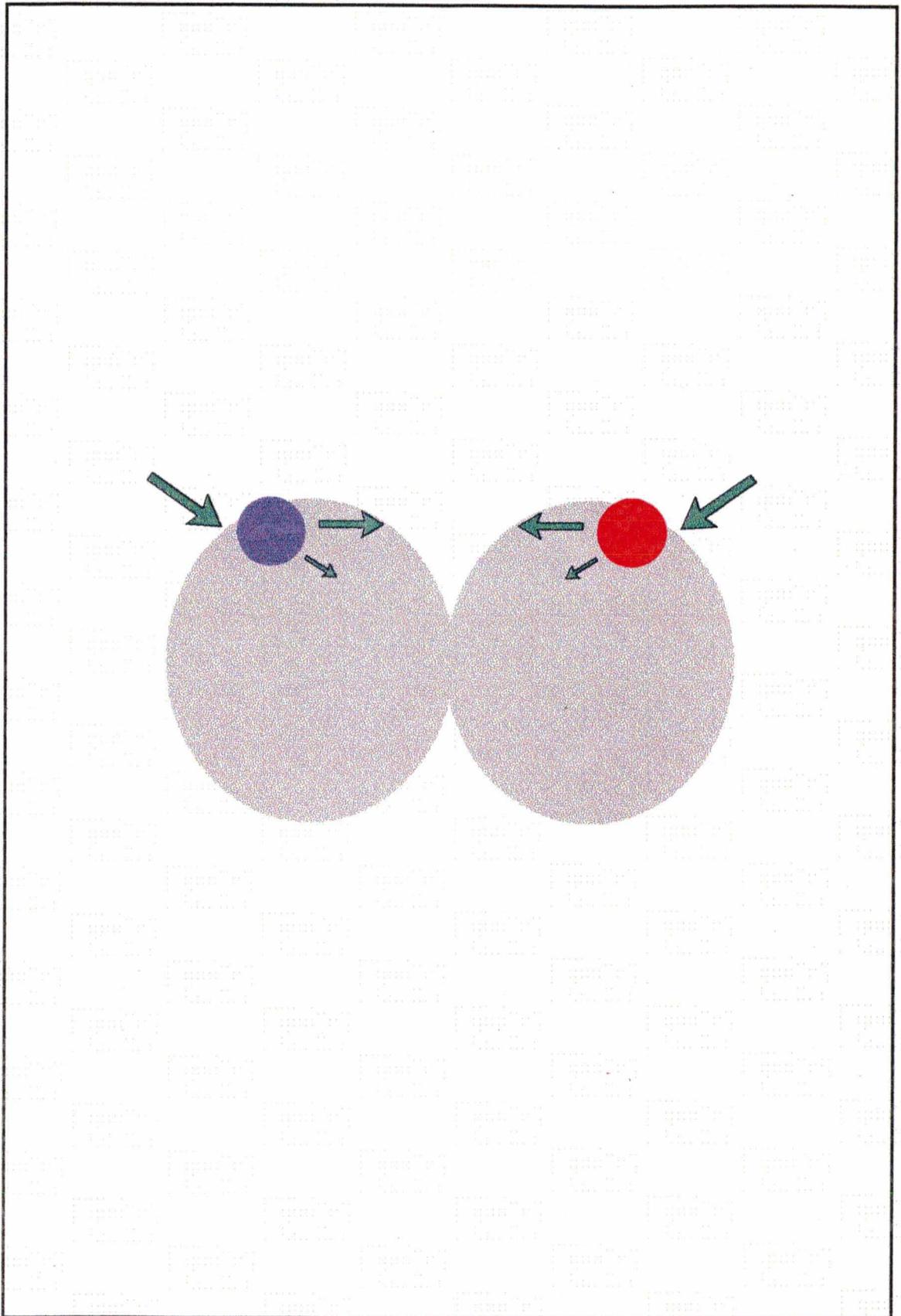
Un encuentro de dos: ojo a ojo, cara a cara
Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos
y los colocaré en el lugar de los míos,
y arrancarás mis ojos
y los colocarás en el lugar de los tuyos,
entonces te miraré con tus ojos
y tú me mirarás con los míos

(Moreno, 1914)

(N. da trad.) Um encontro de dois : olho no olho, face na face / E quando estiveres perto arrancarei teus olhos / e os colocarei no lugar dos meus, / e tu arrancarás meus olhos / e os colocarás no lugar dos teus, / então te olharei com teus olhos / e tu me olharás com os meus. (In: VERA, 1973, P. 46).

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
CONVITE AO LEITOR.....	VIII
RESUMO	IX
ABSTRAT	X
1. OPTANDO POR UMA FORMA DE CUIDAR EM DOMICÍLIO	02
2. REVISANDO INFORMAÇÕES SOBRE CUIDAR	07
2.1- O Cuidar - Cuidado	07
2.2 O Cuidado Domiciliar	13
3. ESTABELECENDO OBJETIVOS PARA CUIDAR EM DOMICÍLIO	20
4. CONSTRUINDO UM MARCO REFERENCIAL PARA O CUIDADO TRANSPESSOAL DOMICILIAR.....	21
4.1 Os fatores de Cuidado e as Pressuposições Básicas de Jean Watson	21
4.2 O Conceito de Ser Humano	26
4.3 O Conceito de Saúde-Doença	27
4.4 O Conceito de Ambiente-Sociedade	29
4.5 O Conceito de Enfermagem	30
4.6 O Conceito de Família	32
4.7 O Processo de Cuidar	33
5. DESCREVENDO O CAMINHAR METODOLÓGICO	39
6. EXPERIENCIANDO O PROCESSO DE CUIDAR.....	45
6.1- Primeiro estudo de caso.....	45
6.2- Segundo estudo de caso	66
7. REFLETINDO SOBRE O PROCESSO VIVIDO	82
8. TRAZENDO CONSEQUÊNCIAS	86
9. BIBLIOGRAFIA	89
10. ANEXO	98



CONTATO INICIAL

1. OPTANDO POR UMA FORMA DE CUIDAR EM DOMICÍLIO

Em minha vida profissional ao cuidar de pacientes em unidades hospitalares sempre me deparei com situações que me despertaram a atenção. Refiro-me a situações vividas por pacientes que, mesmo necessitando de cuidados de enfermagem iam para suas casas. Acontecia que, após uma curta estada em seus domicílios, eles retornavam, na maioria das vezes ao hospital em piores condições que as anteriores, apresentadas ao deixá-lo. Isto foi posteriormente compreendido por mim em visitas domiciliares realizadas aos pacientes, já como docente, quando me deparei com uma problemática muito séria: pessoas que ficavam responsáveis por cuidar do doente, na maioria das situações, tinham recebido pouca ou nenhuma orientação de como, quando e com o quê cuidá-los.

Buscando entender esta problemática e visando apoiar os familiares e seus significantes durante um momento especial de suas vidas, passei a procurar leituras que permitissem compreender a temática dando maior atenção a essas ocorrências. Com a experiência e vivência em prestar cuidado de enfermagem em domicílio a um ente querido, reforcei minhas crenças quanto à importância do profissional enfermeiro desenvolver esse cuidado de forma que propiciasse à pessoa que dele recebesse não apenas um cuidado biologizado, mas sim voltado para todas as dimensões humanas. Assim, com a perspectiva de dar continuidade a minha formação no decorrer do mestrado, senti chegada a hora de descortinar esse cuidado de uma maneira clara para que o compromisso da enfermagem, através do cuidado, se constituísse num ideal moral bem real para mim, como uma conduta aspirada não somente a nível intelectual, ético, estético e espiritual, mas também de ordem prática.

A opção por empregar o processo de cuidar em domicílio ocorreu após uma experiência pessoal em minha própria família, e por verificar a necessidade emergente de assistência de enfermagem nesta área. Algumas autoras, entre elas CUNHA (1991), dizem que é necessário que se repense a assistência à saúde centrada nos hospitais, pois, de modo geral, as pessoas passam pouco tempo internadas. Às vezes, as altas precoces, motivadas pelo alto custo do tratamento, carência de leitos hospitalares e grande incidência de doenças crônicas, fazem com que uma camada significativa da população de doentes receba tratamento em suas residências.⁴

Acredito que a Enfermagem é, além de ciência, uma arte, que se realiza a partir do cuidado o qual pode ser considerado como o espírito da enfermagem, pois ele não é somente cuidado como componente da sobrevivência humana, imprescindível para a vida dos seres, mas o cuidado com uma denotação humanista e uma base de conhecimentos científicos.

Cuidar/cuidado na minha concepção envolve ser, estar, pensar, fazer e acontecer com respeito e, sobretudo, a superação da situação de saúde e doença vivida, propiciando um momento de conhecimento do self. Para que isso possa acontecer é necessário que eu seja um ser inteiro, que esteja junto, pensando, fazendo, transformando a mim mesma e considerando o ser humano uma pessoa plena, em todos os seus aspectos bio, psico e sócio- espirituais com vivência e história. Minhas crenças nesse sentido foram embasadas nas teorias de alguns autores que falaram sobre o cuidado. Entre eles, envolvi-me com Jean WATSON (1985, p.33), que concebe cuidado como “o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade” e que este cuidado com o ser humano (cliente, família) ocorre na forma de uma relação transpessoal, onde o ser-enfermeiro co-participa com o ser-cliente de sua situação.

Através de algumas leituras realizadas, verifiquei que WATSON (1979; 1985) é uma teórica no campo da enfermagem a dar uma conotação espiritual ao cuidado, incluindo alma, sentimentos de fé-esperança, sistema de valores humanista-altruísta e forças existenciais-fenomenológicas-espirituais, dentro das percepções fundamentais na relação transpessoal. Comungando com a autora, sinto e penso que a arte é a materialização do espírito, dos sentimentos, dos valores, que são mostrados pelas atitudes de interesse, apreço, disponibilidade, afinidade, vontade e que são transformadas em ações que podem ser as mais variadas possíveis, como: ouvir, ver, sentir, estar junto, ser, ser disponível e outras que demandam da enfermeira o uso de todo o seu ser (self).

Algumas enfermeiras brasileiras têm se preocupado em cuidar de indivíduos e de suas famílias nos períodos em que se encontram em crises, como ELSEN (1994), PATRÍCIO (1990), PELZER (1993) e outras. Entretanto, em minha percepção, enfocaram alguns aspectos do cuidado com outro referencial teórico. Neste trabalho pretendo desenvolver o cuidado de enfermagem transpessoal, com o indivíduo e seus familiares em domicílio, que segundo WOLFF (1994, p.107) citando Watson, contém uma dimensão metafísica e torna-se um ideal moral. Cuidado é transmitido diretamente da compreensão interna da enfermeira para o ser cuidado por ela.

O cuidado de enfermagem transpessoal segundo Watson (1985, p.67) deve ser entendido aqui, como um deslocar-se do enfermeiro e do cliente (o self de cada um deles - suas almas, mentes e corpos), através de maior harmonia, evolução espiritual e plenitude para encontrar significado na existência e na doença, ocorrendo uma reorganização em ambos. E ainda conforme WATSON (1985):

O cuidado humano transpessoal ocorre quando a enfermeira entra no espaço de vida ou campo fenomenológico da outra pessoa, é capaz de detectar nela condições de ser (espírito, alma, essência) e sentir estas condições dentro de si mesma e responder a elas de modo que o paciente tenha uma compreensão dos seus sentimentos e pensamentos subjetivos que há muito tem desejado compreender Há um fluir intersubjetivo entre a enfermeira e o paciente (p. 63). [...] Numa relação de cuidado transpessoal, uma união espiritual ocorre entre as duas pessoas, onde ambas são capazes de transcender o self, tempo, espaço e história de vida de cada um (p. 67).

Espaço de vida ou campo fenomenológico é entendido, neste estudo, como a sensibilidade, a percepção e a compreensão consciente do homem de significado e valores sociais e morais, próprios de cada ser, no contexto da espacialidade e temporalidade do seu "self".

Tempo-espaço é algo entendido, aqui, não só como uma leitura comum feita do relógio de forma numérica, mas vista como um tempo vivido, um espaço concedido, apropriado, experienciado, algo atemporal, sem limites físicos. Pode ocorrer num minuto, em segundos, ou durar mais do que um tempo cronometrado. Isto não importa, o que importa é o acontecer, o ser, o estar lá, comungar aquele momento temporal ou atemporal. Nesse sentido deve ser entendido como passado, presente, futuro; tudo junto, num plano único.

Transcender na relação transpessoal deve ser entendido, neste trabalho, como ir além do físico, do mental, estar com o outro no espírito, compartilhar, ocupar o mesmo espaço e, ao mesmo tempo, respeitar sua individualidade. É como se os dois polos de uma pilha se encontrassem e não se repelissem, fazendo com que as semelhanças e as diferenças se atraíssem, num estado de harmonia, de comunhão. É sair do plano cognitivo e ir para um plano ontológico, ao encontro da essência. Exemplificando, é o encontro do óvulo com o espermatozóide, transformado em um novo ser, ou como a germinação da semente que ao cair na terra, transforma-se em uma planta.

Acredito que com esta forma de abordar o cuidado de enfermagem, de

maneira transpessoal, especificamente neste contexto, o domiciliar, estarei tentando contribuir para a prática da enfermagem, pois como diz WALDOW (1992, p.34) “ a enfermagem brasileira carece estudos para viabilizar uma abordagem do cuidado na prática e no ensino de enfermagem [...] Muito há ainda que refletir e explorar, [...] e cada um (a) de nós pode contribuir para o seu desenvolvimento”. Assim, o cuidado domiciliar é uma forma de fazer enfermagem, modalidade esta que necessita ser resgatada pelos profissionais enfermeiros, para que nossa prática possa, cada dia mais, ser conhecida e levada às pessoas.

✧ Considero que o cuidado domiciliar é uma área de atendimento de enfermagem que nos tempos em que vivemos, necessita ser retomada. O enfermeiro tem um importante compromisso social ao desempenhar o seu papel, pois leva os seus cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, devolvendo, assim, à sociedade, a razão da existência de sua profissão, pois no desempenho deste papel, expressa sua contribuição como profissional e ser humano, visto pertencer a esta mesma comunidade que o afirma enquanto tal. Assim, voltar a atenção para os pacientes e seus familiares no domicílio, pode ser uma forma de expressar este papel.

✧ O cuidado de enfermagem pode ocorrer no domicílio “quando o mesmo oferecer mínimas condições de higiene e segurança ao paciente e quando as situações ou opção do paciente for por ser cuidado em casa junto da família”, é o que afirma CUNHA (1991, p.33).

✧ O domicílio é o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adoece. Para todos pode ser um fator de desequilíbrio em uma situação que se mantém em harmonia fragilmente, pois percebo que quando um membro da família adoece toda a família adoece junto. Assim, é necessário ajuda profissional para que a família supere, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou superar estes momentos vividos, fazendo deles encontros consigo mesmos e com os outros, para crescerem e viverem a vida plenamente.

Deve-se considerar o ambiente familiar como um componente importante para os pacientes, quer pelos aspectos físicos e materiais, quer sob o ponto de vista afetivo-social, visto que a família é, no conjunto da sociedade, uma das forças poderosas que influencia o processo saúde - doença dos indivíduos. Numa publicação de SILVA (1994, p.28), na Gazeta Mercantil, sobre internações no

domicílio, um dos responsáveis por um dos serviços de atendimento no domicílio afirma que este “garante que o paciente em casa tem melhores condições de vida, evitando o estresse tanto de doentes como de sua família, provocado em hospitais”.

Como um dos problemas mais complexos que os profissionais de enfermagem e outros enfrentam na saúde é a dos custos assistências que se elevam em uma grande espiral, o atendimento domiciliar ou ambulatorial, pode ser um caminho econômico para resolvê-lo, além de oferecer a possibilidade de que os pacientes sejam tratados e atendidos de forma apropriada e eficiente. É crescente a constatação de que se deve excluir do tratamento hospitalar, que tem custos elevados e complexos, doentes crônicos, cirurgias de menor porte ou tratamentos, entendendo que os mesmos poderiam ser perfeitamente efetuados em unidades mais simples, em ambulatório ou em domicílio.

Na citação de SILVA (1994, p.28), uma irmã de um paciente comenta:

... o custo caiu 40% em relação aos gastos anteriores no hospital. Há ainda o fator psicológico, que ajuda na recuperação do doente, por estar dentro de seu habitat, com seus livros, móveis, tapetes, etc..., para o acompanhante do paciente diminui o grau de ansiedade, pois tem acesso a todas as informações ao contrário do hospital onde o 'ambiente é frio e impessoal' , conclui a irmã.

Assim, entendo que o presente estudo, ao conceber uma modalidade de processo de cuidar do paciente e de seus familiares a domicílio, utilizando a conotação existencial fenomenológica inspirada em Jean Watson, está contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Em especial, está buscando desenvolver conhecimentos relacionados ao projeto, formas inovadoras de atuação na prática, do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando & Confortando (PIP C & C); do qual faço parte e que “visa desenvolver conceitos e teorias em enfermagem, ampliar o conhecimento da realidade da prática e buscar soluções práticas e inovadoras de cuidar-confortar em enfermagem” (ARRUDA e SILVA, 1994, p.118) .

2. REVISANDO INFORMAÇÕES SOBRE CUIDAR

A fundamentação da prática de enfermagem, no domicílio, a pacientes e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença requer uma revisão de informações contidas na literatura sobre esta temática. Assim, esta revisão é apresentada na seguinte seqüência: o cuidar/cuidado e o cuidado domiciliar onde a família está inserida.

2.1 CUIDAR - CUIDADO

Cuidar-cuidado, para este trabalho, são duas palavras que não deverão ser consideradas em separado, talvez por precaução, temor ou até pelo muito que devo aprender e refletir ainda sobre elas. Foi possível verificar que algumas autoras também encontram dificuldades em usar separadamente estes dois vocábulo. O que é cuidar? O que é cuidado? Pensando nestas duas questões veio-me a lembrança a primeira vez que tomei contato com a palavra “caring”. Isto se deu através da leitura de um artigo de BOEMER (1984) publicado em uma revista de enfermagem brasileira. Após esta leitura, um tanto complexa, um sentimento muito forte se instalou em mim. Finalmente, comecei a compreender enfermagem e a perceber qual era a função básica da profissão que havia escolhido exercer. O artigo funcionava como um diapasão para as minhas crenças e valores como ser humano e profissional, pois muitas vezes recorri a ele para reafirmar minha compreensão do que era cuidado.

Em se tratando de uma dissertação de mestrado, resolvi investigar mais os significados destas duas palavras, indo a diversos dicionários. Em FERREIRA (1980), encontrei o seguinte: Cuidado: atenção; preocupação, cautela; diligência, desvelo, zelo; encargo, responsabilidade, conta. Cuidar: imaginar, pensar, meditar, cogitar; julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento a imaginação, atentar, pensar, refletir; ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação. No dicionário de Filosofia de ABBAGNANO (1982) cuidado é a preocupação, enquanto segundo Heidegger, o cuidado é a totalidade das estruturas ontológicas do ser-aqui, enquanto é ser no mundo: em outros termos, de compreender todas as possibilidades da existência quando vinculadas às coisas e aos outros homens e dominados pela situação. Lendo estas definições, um tanto

genéricas, resolvi verificar qual a leitura que as enfermeiras estavam fazendo e o que escreviam a respeito desse assunto.

Encontrei vários termos cuidar, cuidado, cuidados de enfermagem. Às vezes, as enfermeiras até questionavam se o termo deveria ser cuidado de enfermagem ou do paciente, pois o cuidado supostamente é realizado com ele. Também encontrei cuidado popular, cuidado profissional, processo de cuidar, natureza do cuidado, atributos do cuidado, componentes do cuidado e comportamentos de cuidado, entre outros.

Segundo PATRÍCIO (1990, p.72), cuidado popular “reflete crenças e valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião e política)”. Desde que nascemos somos cuidados e ao longo da vida cuidamos a nós e aos outros. Nossa existência enquanto profissão tem registrado isso. Ao estudar a história da enfermagem, constatei que em tempos remotos as mulheres já cuidavam de seus filhos, dos velhos de suas famílias, dos feridos em geral. Tal constatação é também compartilhada com outros autores como COLLIÈRE (1986). “Cuidar do outro é natural à espécie humana, principalmente em se tratando de sua sobrevivência; isso faz parte do sentimento de humanidade que o homem tem.”

BOEHS e PATRÍCIO (1990, p.111), refletem que cuidar/cuidado faz parte do vocabulário na vida cotidiana de qualquer pessoa. É usado para alertar, para prevenir, para promover a cura, para preservar a vida e ajudar no crescimento e desenvolvimento de qualquer ser vivo. Para COLLIÈRE (1989, p.235) cuidar é uma ação singular que fazemos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia; trata-se de um ato recíproco que prestamos a toda pessoa, que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Desta forma, percebe-se que o cuidado profissional é aquele que ocorre quando são necessárias ações e atitudes baseadas em um tipo de conhecimento que vai além do popular, o conhecimento científico e técnico. Para LEININGER (1984) cuidado profissional tem um componente cognitivo cultural, aprendido, oferecido sob a forma de serviço através de técnicas, padrões e processo de cuidado que capacitam/ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou obter uma condição favorável de saúde ou modo de viver .

Prosseguem os autores abaixo dizendo que o cuidar profissional é um cuidado

que abrange um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados numa base científica e humanística. Este cuidado não tem sentido altruístico de doação sem gratificação, mas tem sentido de compreender o homem, de interagir com ele e de cuidar de forma holística, personalizada, que além de colaborar para cura também promove saúde e auxilia o indivíduo a desenvolver satisfação (BOEHS e PATRÍCIO, 1990, p.115).

Para COLLIÈRE (1989, p.287) o cuidado profissional se coloca como um prolongamento, uma substituição daquilo que os usuários não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é garantido pelos que o circundam. Estes cuidados são desempenhados em determinadas circunstâncias de vida e/ou quando não há recursos suficientes no meio, sendo assim sujeito a oscilações e a ajustamentos. Ocorre o cuidar quando há partilha de um poder entre os que recebem e os que prestam cuidados e isso exige saber situar os limites da ação destes cuidados.

Dentro dos cuidados profissionais temos o cuidado de enfermagem que é aquele realizado pelos profissionais de enfermagem. Esta conceituação tem por base os estudos realizados pelos autores abaixo relacionados.

NIGHTINGALE (1969) foi a primeira enfermeira a estabelecer uma denominação e um conceito formal para a prática de enfermagem: a profissão de enfermeiro que teve início com a promessa de cuidar dos doentes, mas aí um cuidar com uma conotação própria desta profissão, diferenciado do cuidado que todos os seres humanos têm consigo e para com os outros .

O cuidado é considerado como objeto do trabalho da enfermagem para HENDERSON (1960) e OREM (1985), como essência na enfermagem para WATSON (1979). É visto como fenômeno ligado ao comportamento de prestar ajuda, dar apoio ou capacitar, voltado para outra pessoa, com necessidades evidentes e antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana para LEININGER (1979). No entender de KING (1981), é considerado como foco da Enfermagem. WOLFF (1994), registra como um processo interativo e intersubjetivo que ocorre durante momentos de vulnerabilidade entre enfermeira e paciente estando o self de ambos na mesma direção. Em MORSE (1990), trata-se de emoção que motiva a enfermeira para agir, sendo essencial para uma boa enfermeira. ARRUDA e WALDOW (in WALDOW, 1995), enfatizam o cuidado como um fenômeno resultante do processo de cuidar. PATRÍCIO (1993) o vê como um produto, uma troca entre as pessoas, caracterizando-o como um serviço

que o cliente deseja, precisa e que podemos e queremos oferecer-lhe.

MORSE e outros (1990, p.2) identificam num trabalho de pesquisa a definição de cuidado para 35 autoras americanas, levantando 5 aspectos que envolvem a natureza dos cuidados que são: a) cuidado como uma característica, b) cuidado como um imperativo moral, c) cuidado como afeto, d) cuidado como uma relação interpessoal, e) cuidado como uma intervenção terapêutica.

WATSON (1979; 1985) considera o cuidado como o ideal moral da enfermagem, na sua teoria Enfermagem: Ciência Humana e Cuidado Humano. Diz que o cuidado que a enfermeira tem para com os que precisam dela é um cuidado de enfermagem transpessoal. Elaborou 10 fatores de cuidado para estudar e compreender o cuidado e através de 7 pressuposições básicas, propõe como encarar o cuidado, pois ele é o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade.

O estudo da teoria e prática do cuidado tem sido de tanta importância que existe uma Associação Internacional para o Cuidado Humano (International Association for Human Caring), tendo como meta servir de foco de estudos para enfermeiros promoverem e aprimorarem o cuidar e cuidado (WALDOW, 1992, p. 29).

Para CERQUEIRA (1985, p.278), há uma grande dificuldade na nossa língua ao traduzirmos o termos "care/caring", ao comentar uma conferência, realizada em Florianópolis, pela Dr^a Madeleine Leininger, sobre sua teoria de enfermagem a respeito do cuidado transcultural. A referida autora escreve:

"Começamos pela dificuldade que a língua portuguesa apresenta ao tratarmos o verbo cuidar e o substantivo cuidado. Ambos correspondem à tradução do verbo 'care'. Se 'cuidar' gerasse 'cuidativo', como 'curar' gera 'curativo', estaríamos bem com a tradução de 'caring'. Como isso não é possível, caring vai sendo traduzido ora como cuidar, ora como cuidado. Na exposição feita por Leininger, em 'caring' estão as noções de que é verbo cuidar, quando se refere às ações de assistir, ajudar ou facilitar a outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipadas, que levam a melhorar ou aperfeiçoar uma condição humana ou modo de vida, e é também o substantivo cuidado, quando se refere às atividades empregadas na assistência, ajuda ou facilitação desse indivíduo ou grupo."

Esta mesma dificuldade é encontrada também por BOEMER (1984,

p.550), que cita no rodapé do artigo “a palavra ‘caring’ não sofreu tradução por não encontrarmos na enfermagem brasileira um termo que abrangesse todo o significado que a palavra contém em sua origem”.

A expressão cuidado pode ter uma conotação de atenção, preocupação para, responsabilidade por, observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia (WALDOW, 1992). No geral, o termo cuidar implica idéia de fazer, de ação. Isto fica claro para SENA (1984, p.37) que diz que cuidar é confortar, amparar, limpar, alimentar, trocar roupas, aliviar a dor, hidratar, medicar, tratar, fazer curativos, preparar para cirurgias, exames e também para a morte. Esta mesma autora dá uma conotação subjetiva ao cuidado, dizendo que o mesmo também pode ser colocar-se no lugar do outro, sentir seu sofrimento e aliviá-lo, perceber seu problema e resolvê-lo, receber o paciente de sua família, mantê-lo com ela sempre que possível e devolvê-lo para ela quando ambos - família e paciente - estiverem preparados.

Para SILVA (1993, p.19) cuidar é mais que um ato físico. Para que se realize o processo de cuidar o paciente necessita participar ativamente de seu processo de recuperação e se esforçar para alcançar novas qualidades de vida. OLIVIÉRE (1985, p.14) diz que cuidar significa preocupação com ou solicitude. Desejar e ter esperança são pontos de projeção do cuidado. Desta forma cuidado põe em evidência o ser livre. O homem sem cuidado não pode ser livre, e o homem precisa ser livre para se cuidar efetivamente.

Cuidado aparece como tendo muitos atributos. Para FRY (1990, p. 14) há três deles, sendo o primeiro como um modo de ser no mundo - onde cuidado é um sentimento natural do ser humano, o segundo como uma pré condição para o comportamento de cuidado, significando que cuidado existe como uma característica estrutural do crescimento e desenvolvimento humano antes do cuidado como comportamento, e o terceiro como um ideal moral e/ou social, onde o cuidado ocorre na sociedade para suprir tanto as necessidades humanas de proteção dos elementos como as necessidades de amor.

PATRÍCIO (1993, p.68), diz que existimos enquanto profissionais, porque o ser humano precisa de cuidados de enfermagem. Tal afirmação tem amparo nas idéias de OREN desde 1971. Para que este cuidado aconteça o enfermeiro utiliza-se do processo de cuidar.

Processo de cuidar para COLLIÉRE (1989, p. 293) é visto como uma aproximação antropológica, em que se procede um encontro entre duas (ou mais)

peças, detendo, cada uma delas, elementos do processo de cuidados, é uma construção específica de cada situação, cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes de cada situação, decodificando-as com a ajuda de conhecimentos, para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar.

Para este trabalho o cuidado é visto como um imperativo moral ou ideal. Segundo MORSE (1990), nesta perspectiva, cuidado não é manifestado como um comportamento identificável determinado, é uma aderência para com um compromisso de manutenção da dignidade e integridade individual. Cuidado humano e cuidar são vistos como ideal moral da Enfermagem. Consistem em esforços transpessoais do ser humano para com ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade ajudando as pessoas a encontrar significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter auto-conhecimento, controle e auto-cura, quando então um sentido de harmonia interna é restaurado, independentemente de circunstâncias externas.

O cuidado de enfermagem transpessoal é entendido como um tipo especial de relação de cuidado humano “no qual ambos, paciente e enfermeira, têm maior consideração pelo todo da pessoa e seu ser-no-mundo”. A arte do cuidado transpessoal ocorre quando a enfermeira detecta o mundo subjetivo do paciente, com isso unem experiências e expressam esta união de tal modo que ambos experienciam um isolamento (WATSON, 1985, p.63-68). Para CLAYTON (1989, p. 246) “o cuidado humano transpessoal é uma relação intersubjetiva de humano para com humano na qual a pessoa da enfermeira afeta e é afetada pela pessoa do outro”.

O contato dos mundos subjetivos da enfermeira e do cliente, tem o potencial de ir além do físico-material ou de somente uma interação mental-emocional; é entrar em contato com e tocar o mais alto senso espiritual do self, da alma, do espírito. O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu. Pode compreender força interior, vigor e ajuda ao indivíduo a ganhar um senso de harmonia consigo, com os outros e com a natureza. Este contato é um processo que transforma, gerando e potencializando o processo de auto-cura.

Os dois indivíduos (a enfermeira e o ser cuidado por ela), numa transação de cuidado transpessoal estão num processo de ser e tornar-se. Ambos os indivíduos trazem para a relação uma história de vida única e um campo fenomenológico, ambos são influenciados e afetados pela natureza da transação, a qual torna-se

parte da história de vida de cada pessoa. Neste senso da transação de cuidado, cuidado é um ideal moral e um processo de cuidado, mais que uma técnica interpessoal. Vincula um compromisso com um objetivo particular de proteção, engrandecimento e preservação da humanidade da pessoa. Esta transformação ajuda a restaurar a dignidade, o interior, a harmonia e o potencial para a cura (WATSON , 1989, p. 233)

Acredito que o cuidado transpessoal é o mais adequado para ser realizado no contexto domiciliar, pois estou entrando num local todo especial, o reduto da família, com características e valores próprios que devem ser altamente considerados no processo de cuidar.

2.2 CUIDADO DOMICILIAR

Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1974, 1975, 1980, 1981) os atuais sistemas de saúde não são suficientes para atender às necessidades da maior parte da população mundial. Reconhece ainda que estes sistemas necessitam passar por profundas mudanças, substituindo os atuais serviços, com tecnologias sofisticadas e de altíssimos custos, por outros mais acessíveis a todos, organizados a partir das necessidades de saúde da população.

Munaro, citado por CUNHA (1991, p.6), diz que é preciso se repensar a proposta atual de cuidados de saúde voltada em sua maior parte ao hospital, com altos custos nas instalações, equipamentos e profissionais altamente especializados, atendendo a uma porcentagem mínima da população. É sabido que apesar de a maior parte da assistência à saúde estar centrada nos hospitais, as pessoas doentes, mesmo por causas graves, passam, de um modo geral, pouco tempo internadas. As altas hospitalares muitas vezes são precoces devido ao alto custo da assistência e a carência de leitos hospitalares que se soma ao índice cada vez maior de doenças crônicas, fazem com que uma camada cada vez mais significativa da população tenha doentes necessitando de tratamento em suas residências. Quando isto ocorre é necessário preparar as pessoas para cuidarem de si mesmas com a colaboração da família e o devido respaldo da comunidade. “É indispensável também desenvolver e capacitar profissionais, em especial os enfermeiros, para através de serviços organizados, exercerem o papel de agentes orientadores deste processo” (CUNHA 1991, p. 104).

Autores de outros países, como Espanha, Estados Unidos, Chile, além do Brasil, reconhecem a necessidade do cuidado a pessoas doentes em seus domicílios, ao dizerem que a atenção domiciliar é uma necessidade sentida e vivida por amplos setores de suas comunidades, na medida em que tem como objetivo responder à problemática que representa manter uma pessoa enferma ou incapacitada em seu domicílio, com todas as conotações do tipo assistencial e organizativas que traz consigo tanto para o usuário e sua família, quanto para a equipe de atenção à saúde. (BOU, 1990; ARRINGTON e WALBORN, 1989; BORFITZ, 1988; DOMINGUEZ, 1989; CUNHA, 1991).

Mas o que é este cuidado domiciliar ? Autoras norte-americanas como, ARRINGTON e WALBORN (1989, p.24) utilizam a definição da Associação Nacional para o Cuidado Domiciliar, que estabelece cuidado domiciliar como um serviço de tratamento ou recuperação e reabilitação de pessoas com doenças crônicas, providenciando efetivo funcionamento do meio ambiente doméstico. Geralmente, o cuidado domiciliar é apropriado sempre que uma pessoa necessita de assistência que não possa ser fácil ou efetivamente proporcionada por um membro da família ou amigo de forma contínua por um período longo ou reduzido de tempo. A Associação Nacional para o Cuidado Humano é formada pela Associação Nacional das Agências de Cuidado Domiciliar, pelos Serviços de Enfermeiras Comunitárias e pela Liga Nacional do Conselho de Enfermeiras das Agências de Cuidados Domiciliares.

Se formos fazer um levantamento histórico sobre a assistência domiciliar em enfermagem - ADE no Brasil, notaremos que há longa data começou a ocorrer este tipo de assistência, iniciado em nosso país em 1919, com a criação de um Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (CUNHA, 1991). Existem, desde 1928, registros sobre a assistência de enfermagem, na forma de visitas, prestadas rotineiramente em domicílios, principalmente às crianças recém-nascidas e aos tuberculosos, e que se diferenciavam das visitas de cuidados e de instrução (CASTRO, 1977). Atualmente, em muitos países, a ADE é praticada na área de saúde pública com vistas à promoção da saúde e a prevenção de doenças, além da prestação de tratamento.

Outras tentativas estão sendo feitas, principalmente nas grandes cidades como São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre, onde existem serviços especializados oferecidos por empresas que colocam à disposição da população os serviços de enfermagem residencial. Alguns hospitais nestas mesmas cidades citadas anteriormente, também atendem pacientes em domicílio. Sabemos informalmente

de algumas enfermeiras que têm realizado tentativas de cuidarem de pacientes em seus domicílios, em outras cidades. No Curso de Mestrado, da UFSC em Santa Catarina, há alguns trabalhos realizados por enfermeiras, cujo desenvolvimento ocorreu em domicílio, mas não houve o enfoque que aqui se pretende dar sobre o cuidado domiciliar. A família, nesses casos, é que foi contemplada em seu contexto.

Assistir pacientes em seus domicílios, diz CUNHA (1991, p.28),

"é uma atividade desenvolvida desde a antiguidade, estando porém mais atual a cada dia que passa [...] e ela é redescoberta como resposta à necessidade de se prestarem cuidados aos pacientes em suas próprias casas, quer por falta de Instituições Hospitalares, quer pela dificuldade financeira deles frente a esta situação e até mesmo pelos altos custos relativos aos tratamentos e permanência hospitalares."

Para DOMINGUEZ (1989, p.29) o cuidado de enfermagem a domicílio é percebido como apoio eficaz aos programas de atenção dos pacientes crônicos e estimula o cuidado adequado aos problemas agudos, sendo um veículo para criar relevância e atender às necessidades mais sentidas pela população que envelhece.

O trabalho da enfermeira em domicílio dos pacientes está intimamente relacionado com o conceito e a essência da enfermagem preconizada por NIGHTINGALE (1989) pois visa colocá-los nas melhores condições para que a natureza possa atuar. Segundo BORFITZ (1988) alguns estudos, realizados nos Estados Unidos da América, mostraram que pacientes se recuperam mais rapidamente e vivem mais longamente no domicílio do que nas instituições de saúde. Esta mesma autora diz que embora os serviços de cuidado domiciliar não sejam livres de problemas, as famílias que os adotam não abrem mão de suas vantagens, pois olham a qualidade de vida que o doente apresenta, seja ele crítico ou incapacitado, e chegam à conclusão que não há melhor lugar para ser cuidado que o lar.

COOKFAIR (1991, p.350) comenta que o cuidado domiciliar no futuro deverá ter uma combinação de serviços, tais como: assistir clientes na recuperação de doenças agudas; providenciar cuidados durante a exacerbação de doenças crônicas quanto a : a) desenvolver planos para manutenção, em suas casas, de pessoas que estejam necessitando de cuidados contínuos e de supervisão; b) assistir famílias no cuidado de doentes terminais e clientes que necessitam de cuidados paliativos. √

Os cuidados de enfermagem, realizados através do processo de cuidar, podem ser percebidos sob três vertentes, segundo COLLIÈRE (1989) as que dizem respeito à pessoa do paciente, as que dizem respeito a sua doença e as que dizem respeito aos que o cercam e ao seu meio. Assim, a família é um elemento participante do cuidado no domicílio.

REIS (1983, p.102), afirma que a família é uma instituição criada pelos homens e se constitui de formas diversas em situações e tempos diferentes, respondendo às necessidades sociais. Possui uma representação socialmente elaborada e orienta a conduta de seus membros. Como instituição social tem a função de reproduzir, ser ideológica e dar proteção. "A família é a esfera íntima da existência que une, por laços consangüíneos ou por afetividade, os seres humanos. É a fonte primária de suporte social onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre seus membros" (PELZER 1993, p.36). A família passa por crises que segundo BERGER e WILLIAMS (1992, p.207), podem ser tanto situacionais como de maturidade e são exemplificadas por eventos como divórcio e cuidado a parentes idosos.

Maldonado, citado por PATRÍCIO (1990, p.40), considera a família um sistema organizado com uma estrutura peculiar, com canais de comunicação e elementos característicos. Portanto, qualquer acontecimento que ocorrer em uma das partes deste sistema atinge o sistema inteiro. Uma situação de um familiar doente necessitando de cuidados, é uma experiência que atinge a todos.

Considero a família muito importante para a cultura em que vivemos, pois trata-se de referência como primeira instituição onde as relações entre os seres acontecem. É em seu seio que ocorrem a maioria dos fatos, ações e acontecimentos que marcarão seus componentes por todo o seu existir no mundo. Por isso julgo que a família passa a ter ainda maior significado no momento em que ocorrem alterações nas condições de vida de um dos seus integrantes. A família atrelada as leis e mecanismos gerados pelos governantes vive as suas condições sócio econômicas e políticas alternantes, trazendo uma questão inquietante principalmente quando se vê em situação de crise, como no caso da doença.

Para PRADO (1981, p.50) os seguros sociais e a aposentadoria não suprem, em lugar algum, as necessidades reais de subsistência da família, quanto mais as de saúde. Em geral, quando há alguém doente na família essa responsabilidade recai sobre as mulheres, que abrem mão de alguma atividade rentável para substituir,

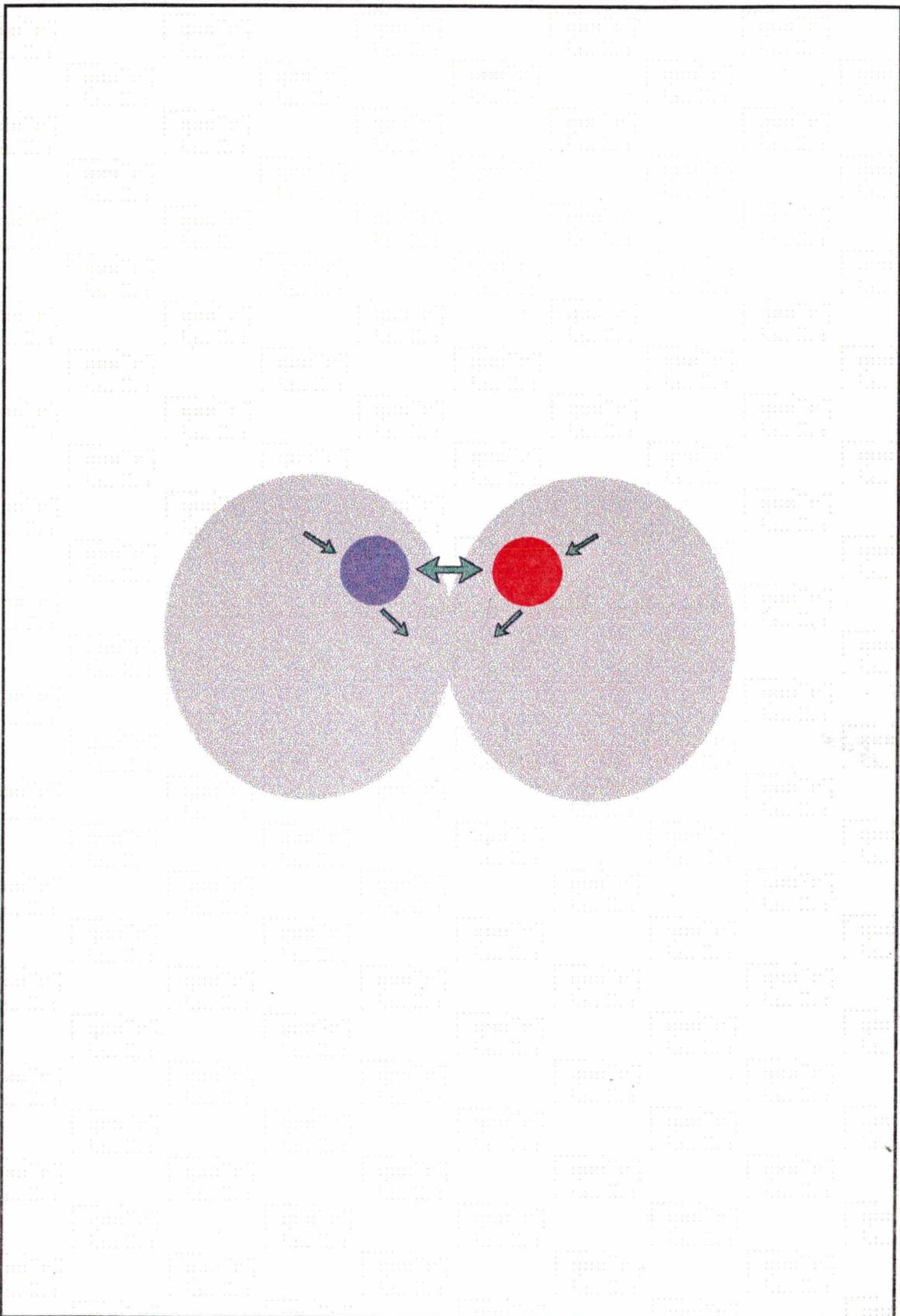
junto ao parente necessitado, os serviços de enfermagem.

É muito importante que a enfermeira considere as implicações do impacto de uma doença, não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre os membros da família. Para se analisar o impacto da doença em uma unidade familiar, deve-se considerar como uma doença específica (sua natureza, seu caráter agudo ou crônico e o grau de incapacitação gerado em cada paciente) abala esta família e os indivíduos a ela pertencentes, pois o impacto da doença em um dos membros da família afetará, até certo ponto, os outros membros (ATKINSON e MURRY, 1989) .

Como doenças crônicas temos aquelas que duram mais de três meses, caracterizam-se por sua permanência, requerem longos períodos de tratamento, de reabilitação, e necessitam de um ajuste em todas as áreas da vida para o paciente e sua família. O grau de ajuste e adaptação, por parte da família, dependerá do tipo de doença e do papel que o membro cumpria dentro da família (Ireys citado por ATKINSON e MURRY, 1989). Os relacionamentos humanos são necessários principalmente nos momentos difíceis como o da doença. ERLICK (1985) diz que o relacionamento entre o doente e seus membros familiares deve apresentar os seguintes procedimentos: estrutura física e psíquica para poder ajudar o paciente à altura de suas necessidades; estrutura com segurança e atitudes firmes para que o paciente possa tratar-se convenientemente; argumentos construtivos para o paciente, evitando críticas destrutivas, que possam levá-lo a pensar que não é suficientemente querido pelos familiares.

Assim, as famílias necessitarão de apoio de diversas formas, que irá variar em tipo e grau, o que significa mais que dar assistência ao indivíduo enfermo durante as fases agudas da doença. Isto se o objetivo é de fato auxiliar na adaptação da família ao membro enfermo, em especial no caso de doenças crônicas.

Segundo PELZER (1993, p.40), a família poderá apresentar momentos de necessidade: de expressão dos sentimentos de medo, culpa, depressão, vergonha e raiva, entre outros; de conversas sobre suas dúvidas, angústias; da busca de conhecimentos, informações, e de desenvolver habilidades que facilitem o cuidado do familiar. Também pode requerer ajuda da comunidade para viabilizar o cuidado no contexto domiciliar. Muitas vezes é a família quem cuida de seu familiar doente. Com isso, as pessoas envolvidas no cuidado ao doente também necessitarão ser cuidadas, tanto quanto aquele que está sob seus cuidados.



APROXIMAÇÃO

3. ESTABELECENDO OBJETIVOS PARA CUIDAR EM DOMICÍLIO

3.1 Geral

Cuidar em domicílio, de indivíduos e familiares que estejam vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença, embasada em minhas concepções pessoais, nos fatores de cuidado e nas pressuposições básicas de Jean WATSON (1979; 1985) .

3.2 Específicos

- Desenvolver um marco referencial com base no cuidado transpessoal para a prática de cuidado domiciliar.
- Operacionalizar o marco referencial proposto para o cuidado do cliente e família em domicílio, através de um processo de cuidar.
- Avaliar a aplicabilidade e utilidade do referido marco referencial no cuidar domiciliar de enfermagem. >

4. CONSTRUINDO UM MARCO REFERENCIAL PARA O CUIDADO TRANSPESSOAL

O uso dos marcos referenciais no trabalho da enfermeira consolida sua prática com a teoria e assim sucessivamente, uma retroalimentando a outra. Para Neves Arruda citada por PELZER (1993, p. 33) “o uso do marco conceitual na enfermagem proporciona maneiras de ver sob determinada perspectiva os seres humanos envolvidos numa situação de enfermagem “.

Para VIETTA (1986 p.134, 138), o marco conceitual:

"oferece um modelo fundamental de definições construídos à base de conceitos que se relacionam no seu conjunto sob a orientação de um paradigma lógico. A relação lógica que os conceitos guardam entre si constituem o esquema de referência ou marco conceitual. [...] O marco conceitual deve integrar conhecimentos, que completam o corpo de conhecimentos específicos da enfermagem, consubstanciando e dirigindo a sua prática."

Algumas autoras colocam que marco conceitual pode ser o mesmo que marco referencial, outras que marco conceitual é mais amplo. Sinto ainda dificuldades na compreensão deste dois termos, portanto gostaria de deixar claro que para este trabalho, o marco referencial sedimentou a prática, trazendo um modelo que foi aplicado ao cuidado de enfermagem em domicílio, onde situações vivenciadas necessitaram de uma fundamentação sólida em bases existenciais e humanistas. O marco de referência foi elaborado a partir de minhas experiências e compreensões do ser humano, saúde-doença, ambiente-sociedade, enfermagem, família, dos 10 fatores de cuidados e das pressuposições básicas de concepção da teórica de enfermagem Jean WATSON (1979 , 1985).

4.1 Os Fatores de Cuidado e as Pressuposições Básicas de Jean Watson

São os seguintes os 10 fatores de cuidados:

1. Possuir um sistema de valores humanista-altruísta.
2. Promover fé-esperança.
3. Ter sensibilidade consigo e com os outros.
4. Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança.

-
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.
 6. Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas.
 7. Desenvolver o ensino e cuidado transpessoal.
 8. Prover um ambiente protetor e/ou alternantes mentais, físicos, sociais e espirituais.
 9. Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.
 10. Ter consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado. (WATSON, 1985, p.75)

E as 7 pressuposições básicas são:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo transpessoal.
2. O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar.
4. As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é agora, mas como aquilo que ela pode vir a ser.
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo.
6. O cuidado é mais promotor de saúde do que curativo.
7. A prática do cuidado é fundamental à enfermagem. (WATSON, 1979, p. 8-9)

Os fatores de cuidados ou fatores “carativos” para algumas enfermeiras brasileiras, são considerados por Watson como foco principal onde se sucede a Enfermagem e eles se derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimentos científicos, formando a estrutura para a ciência do cuidado. Dos dez fatores de cuidado, os três primeiros é que formam os fundamentos filosóficos da ciência do cuidado. A seguir tentarei descrever minha compreensão dos fatores de cuidado e como os considere componentes do meu marco referencial.

Fator de cuidado 1: *Possuir um sistema de valores humanista-*

altruísta. Este fator começa com o indivíduo e seu compartilhar com os pais no início de sua vida e pode ser desenvolvido através do exame de crenças, de visões próprias e experiências pessoais de crescimento. Tenta ter uma visão antropológica do ser humano com uma percepção de ser bio-psico-socio-espiritual.

Fator de cuidado 2: *Promover fé-esperança.* Aqui é preciso que se

vá além do tradicional, do que se acredita no mundo ocidental, é necessário incluir o espiritual, a alma, o espírito, buscando um sentido existencial e de transcendência. É uma visão que vai além da ciência moderna, não se contrapondo a ela, mas oferecendo fé-esperança como um recurso capaz de mostrar ao paciente uma forma de superar as dificuldades presentes, tentando proporcionar uma sensação de bem-estar, através de crenças que têm significado para ele.

Fator de cuidado 3: *Ter sensibilidade consigo e com os outros.*

Somente através do desenvolvimento dos próprios sentimentos é que alguém pode realmente de modo sensível interagir com o outro. A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, processual, objetivo e real, mas no seu mais alto nível as suas respostas de cuidado, suas transações de cuidado e a presença da enfermeira na relação transcendem o mundo físico e material, fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.

Fator de cuidado 4: *Desenvolver uma relação de cuidado*

humano de ajuda-confiança. Implica que haja compatibilidade, empatia e calidez, havendo nas interações verdade, honestidade, abertura, sintonia e aceitação positiva do outro. A comunicação verbal e não verbal pode ser uma forma para perceber o

outro com maior profundidade.

Fator de cuidado 5: *Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.* Esta postura melhora o nível pessoal de percepção e controle interno servindo a necessidade que a pessoa tem de manter uma coerência entre sentimentos, pensamentos e comportamentos. Os sentimentos alteram pensamentos e comportamentos e as necessidades de expressá-los devem ser consideradas e valorizadas positivamente como um instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado.

Fator de cuidado 6: *Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas.* Assim podemos monitorar, prever e conduzir o cuidado, dando a ele um enfoque científico. Mas deve-se considerar e valorizar, pela natureza relativa da enfermagem, que o método não pode ser sempre neutro e objetivo, mas deve oferecer uma perspectiva onde o ser humano é considerado de forma integral. Cada situação é uma situação nova e requer uma adaptação criativa e única do conhecimento teórico adquirido e atualizado pelas experiências práticas vividas anteriormente.

Fator de cuidado 7: *Desenvolver o ensino e o cuidado transpessoal.* Através de informações e alternativas as pessoas podem ter o máximo controle sobre sua própria saúde. Isto é facilitado mediante o ensino de técnicas de ensino-aprendizagem permitindo que o indivíduo cuide de si mesmo, determine suas próprias necessidades e promova seu crescimento individual.

Fator de cuidado 8: *Prover um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físicos, sociais e espirituais.* Reconhecendo que o ambiente do

cliente inclui variáveis internas e externas, e que existe uma interdependência entre eles, podemos ajudar o indivíduo a enfrentar alterações neste ambiente, buscando desenvolver uma percepção mais exata ou proporcionando informações cognitivas que reforcem os seus mecanismos de enfrentamento. É importante oferecer comodidade, intimidade, segurança e um ambiente limpo e estético.

Fator de cuidado 9: *Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.* As necessidades humanas para WATSON (1979), podem ser de ordem inferior como: as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou necessidades funcionais, ou de ordem superior: as psicossociais ou integradoras e as intrapessoais-interpessoais que são as necessidades de busca de crescimento. É necessário identificar e antecipar as necessidades que podem ser importantes em certos processos de saúde-doença dos seres humanos. Cada necessidade deve ser entendida dentro do conjunto das demais, todas devem ser valorizadas.

Fator de cuidado 10: *Ter consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado.* Aqui é sugerido um voltar-se para o próprio interior, encarando as próprias indagações existenciais, antes de conseguir ajudar a outras pessoas a enfrentar a difícil situação humana. A incorporação destas forças dentro da ciência do cuidado é mais do que uma aproximação filosófica da visão do atributo humano. O conceito de existência se baseia na pressuposição de que cada pessoa pode encontrar significado e solução para seus problemas de existência como os de separação, solidão e morte.

O que se pode dizer é que nenhum fator pode ser efetivo sozinho, é necessária a integração de vários fatores para que o cuidado humano tenha um efeito positivo. Os fatores são atualizados em todos os momentos do processo do cuidado humano, nos quais estou “sendo com” a outra pessoa.

Estes fatores de cuidado e as pressuposições propostas por WATSON (1979; 1985), são elementos norteadores que serviram para, de forma dinâmica, instruir e serem sustentados a partir de sua aplicação prática. Os mesmos, juntamente com os conceitos de ser humano, saúde-doença, ambiente-sociedade, enfermagem e família, abaixo explicados, contribuirão para novas oportunidades de ponderação da enfermagem como prática profissional que atua em diferentes áreas.

4.2 O Conceito de SER HUMANO

“São pessoas que sentem amor, alegria, felicidade e paz, mas às vezes podem ser más”.

Marina

“São pessoas criadas por Deus”.

André

Homem genérico e único, em seus momentos de vida (na sua trajetória) considerando seu aspecto integral como ser transcendente, existindo, estando, pensando, interagindo consigo e com o outro, com o mundo e com o universo. Ser humano, contrapondo-se e coexistindo com o tecnicismo, é aquele que é, está, é o indivíduo, a família e a comunidade nos seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e biológicos.

Entendo o ser humano como homem, visto de forma genérica, como um ser envolvendo ambos os sexos: mulher e homem. Único, pois cada um é um com uma história, um referencial. É transcendente, pois é mais que físico, que corpo, matéria, é mente e espírito. É um ser que compartilha, que está buscando harmonia, em comunhão com aqueles que o cercam. Figuradamente, ocupa o mesmo espaço e ao mesmo tempo respeita a individualidade do outro. É um ser que está no mundo, vive, se relaciona consigo e com o (s) outro (s), com o mundo que pode ser o mais próximo dele e o mais distante e que a ele influencia

e vice versa. Faz parte do universo, enquanto ser criado a partir do mesmo, com suas evoluções técnicas, que muitas vezes são produzidas para seu benefício, mas que às vezes se transformam em malefício.

Este ser humano é o indivíduo, a família e a comunidade, porque não há comunidade sem indivíduos. O primeiro contato em uma composição social que o ser humano vive é no interior da família. Envolver os aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e culturais é considerar que o ser está no mundo, no ambiente, que aqui é seu lar, domicílio. É vê-lo não apenas como um corpo físico, é tentar compreendê-lo como um ser que exerce e sofre influências de onde veio, de onde está e para onde vai.

O homem pode ser entendido numa estrutura de conflitos de desenvolvimento, conforme Watson citada por TALENTO (1993, p.260), que faz uma leitura clara e resumida dos escritos da autora que se baseou no modelo de Erikson:

"os homens são melhor entendidos numa estrutura de conflitos de desenvolvimento e que 'atenção sistemática a conflitos de desenvolvimento dos indivíduos e de suas famílias é necessária ao cuidado de saúde'. Esses conflitos [...] são basicamente, psicossociais e representam crises e momentos decisivos, encontrados ao longo do ciclo humano de vida. Comumente ocorrendo, esses conflitos podem provocar uma reação de estresse que exige uma resposta de enfrentamento."

Esta referência se alia à próxima, pois deixa mais clara a definição de saúde-doença.

4.3 O Conceito de SAÚDE - DOENÇA

"Saúde é se cuidar, é ficar de bem com a vida".

André

"Doença é quando a gente se sente mal, quando está com falta de saúde".

Marina

É uma experiência subjetiva que envolve as concepções pessoais, onde o contexto e a trajetória de vida podem propiciar enfrentamento e confronto nas resoluções e ações quanto ao presente e ao futuro. É uma relação dinâmica entre

o físico, o psíquico, o social e o cultural do ser humano, cabendo a possibilidade de uma ação profissional transpessoal.

Como experiência subjetiva, quero dizer que este conceito vai de encontro a uma concepção pessoal, entendendo que cada um tem uma forma de pensar e agir com relação à vida e ao que ela lhe significa. Cada um, de nós, também tem o direito e o dever de cuidar de si mesmo. Considero até mais como dever, pois somos donos de nossas próprias vidas. Temos livre arbítrio de decidir sobre o que queremos, para onde vamos, como procedemos e como nossas ações irão refletir o que seremos, para o bem e para o mal. É uma relação dinâmica entre o físico e o psíquico onde o ser é considerado como um todo, não dissociado do mundo onde está inserido e de suas relações com o mesmo.

No processo de viver, que acredito ser dinâmico, o indivíduo interage consigo e com o outro e isto pode levá-lo a viver situações conflitantes gerando um desequilíbrio. Para tanto necessitará de uma reorganização interna, que refletirá no seu mundo externo formando seu todo. Isto é um confronto com o que se vive e se pretende viver, levando o ser a enfrentar este desequilíbrio, para se reorganizar internamente, conduzindo-o a uma constante reorganização. A trajetória de vida de cada um, interfere neste viver, pois a cada situação vivida, a novas intercorrências somos submetidos, e reagimos para melhor ou para pior com relação ao nosso ser. Quando reagimos para pior ou quando não temos mecanismos para enfrentar esta situação, vem o adoecer e neste momento, é preciso a ajuda de um profissional que aja de forma reflexiva, interativa e retroativa, para que em conjunto possam refletir e inteirar-se em constante retroalimentação e assim, ambos, transcenderem o vivido, para a partir dele terem uma nova posição frente ao viver.

Sendo para mim saúde-doença uma experiência que envolve concepções pessoais, em que o contexto e a trajetória de vida influenciam o enfrentamento do indivíduo, acredito que a sociedade e o ambiente fazem parte deste conjunto.

4.4 O Conceito de AMBIENTE - SOCIEDADE

“ Ambiente é onde a gente mora”.

André

“Sociedade é um grupo de pessoas que vivem juntas”.

Marina

“Sociedade é uma família”.

André

Sociedade: conjunto de pessoas em variadas situações, com diferentes valores, conceitos e que em determinadas regiões e/ou condições tem seus códigos próprios para resolução de suas questões e/ou modo de vida. Ambiente: é o meio que interfere e é interferido pelo/no homem.

Para esta proposta de trabalho, o ambiente é o domicílio e a sociedade é considerada como micro, incluindo a família, os amigos, as relações sociais que envolvem o indivíduo a ser cuidado e os seus familiares; e como macro, um conjunto de pessoas que interferem no contexto e trajetória de vida dos seres cuidados e do cuidador.

Segundo Talento no livro de GEORGE (1993, p.260), que interpretou os escritos de Watson da forma com que eu própria compartilho, diz que o ambiente social afeta a sociedade e ela oferece valores que determinam a maneira como alguém deve se comportar e as metas pelas quais deve lutar. “Esses valores são afetados por mudanças nas áreas social, cultural e espiritual que, em contrapartida, afetam a percepção da pessoa e podem levar ao estresse”.

Considero o ambiente - casa, domicílio - uma referência conhecida da família e do seu membro que necessita de cuidado. É um ninho, um local seu, com suas coisas, seu cheiro, suas lembranças. É neste ambiente que suas primeiras relações começaram a se desenvolver como ponto de partida e ponto de chegada. Neste local ele encontra apoio, estímulo e críticas, construídas para que ele tenha estrutura para viver. É na casa que adquire os códigos sociais que representam os valores da sociedade, na qual está inserido aprendendo a resolver suas questões existenciais de um modo de vida que lhe é peculiar.

Na medida em que um membro desta família apresenta mudanças em suas condições de saúde-doença, pode ser necessária a ajuda profissional para que

todos os envolvidos se reequilibrem, neste momento a enfermagem se faz presente através do cuidar-cuidado.

4. 5 O Conceito de ENFERMAGEM

“Enfermagem é um grupo de pessoas, uma profissão que exerce o cuidado de doentes”.

Marina

Existe quando há interação do ser cliente com o ser enfermeiro. Enfermagem é ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar. Envolve a existência do homem e está inserida no mundo em transformação. É uma profissão com história, valores, princípios, tendo começo, meio e fim. É cuidar-cuidado.

No meu entender, enfermagem existe quando o ser enfermeiro se aproxima do ser cliente e cuida. Não existe enfermagem com emissor sem receptor e vice-versa. A vinculação entre ambos provoca um acontecer, um transformar, uma relação transpessoal, havendo um começo, meio e fim no desenvolvimento desta ligação. É uma profissão com uma história que nos faz ser o que somos, pois temos valores, princípios que nos caracterizam com um papel social. É também cuidar-cuidado significando muitas coisas como: estar com, ter atitudes de apreço, empatia, disponibilidade e outras. O cuidado é a essência na enfermagem. Ao realizar o cuidado em toda sua dimensão é que estou sendo enfermeira.

Neste trabalho, utilizo o cuidado de enfermagem transpessoal, que é fundamental na relação vivida com o paciente em domicílio. Para WATSON (1985, p. 70) o cuidado transpessoal é o mover-se do enfermeiro e do cliente (o self de cada um deles - suas almas, mentes e corpos), através de maior harmonia, evolução espiritual e plenitude para encontrar significado na existência e na doença, ocorrendo uma reorganização em ambos. No ponto de vista desta autora, para que ocorra a relação do cuidado transpessoal faz-se necessário que:

1. Um enfermeiro respeite e engrandeça a dignidade humana através de uma moral comprometida.
2. A enfermeira tenha uma intenção e desejo de acolher a subjetividade da pessoa.

-
3. Os sentimentos interiores do outro possam ser partilhados pelas habilidades da enfermeira através da observação de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição.
 4. A enfermeira realize união com o outro - expressando condições tais como movimentos, gestos, olhares, atos, procedimentos, informações, toque, sons, palavras, cor, formas e outro similares científicos, estéticos, e de significado humano.
 5. As experiências anteriores, ou seja, o que a enfermeira já viveu na sua vida pessoal e profissional, possam auxiliar na formação e desenvolvimento da relação consigo mesma e com o self dos outros.

(WATSON, 1985, p. 63-4)

Portanto, na relação de cuidado transpessoal uma união espiritual ocorre entre as duas pessoas, onde o duo é capaz de transcender o self, tempo, espaço e história de vida de cada um (WATSON, 1985, p.67).

SANTOS e ROGERS (1987, p. 38), dizem que:

"a relação se dá quando o terapeuta e o cliente fluem um em direção ao outro, formando uma unidade compacta, capaz de penetrar confusões, desalentos, solidões, agonias em busca da saúde, da compreensão e do crescimento. [...] Nestes momentos parece que meu espírito interno tocou ou penetrou o espírito interno do outro. Nossa relação transcende a si mesma e se torna parte de alguma coisa maior. Crescimentos profundos, cura e energia estão presentes. [...] O que importa é nossa habilidade como terapeutas, para nos deixarmos entrar no mundo da outra pessoa e vivenciar este momento espiritual quando os limites entre EU e VOCÊ desaparecem; isto é o que BUBER descreve como uma relação EU-TU (I- THOU) onde a ênfase não é no ' Eu ' ou no ' Tu ' , mas no traço de união- que transforma dois mundos diferentes em um só. É este momento de comunicação entre dois ' Selves ' internos, ambos partilhando da Energia do Universo. É um momento altamente intuitivo."

Neste trabalho "self" é entendido conforme escreve SHARP (1991, p. 142), como toda a gama de fenômenos psíquicos do homem. Expressa a unidade da personalidade como um todo. É um conceito transcendente, pois pressupõe a existência de fatores inconscientes com bases empíricas, caracterizando, assim,

uma entidade que pode ser descrita apenas em parte. O “self” não é somente o centro, mas também a circunferência total, que abarca tanto o consciente quanto o inconsciente; é o centro desta totalidade.

Para que ocorra o cuidado de enfermagem transpessoal no contexto domiciliar a família é um elemento que muito participa e contribui neste processo.

4.6 O Conceito de FAMÍLIA

“... é o símbolo do amor pois está sempre junto no momento de dor”.

Francine

Conjunto de pessoas com vínculos afetivos/efetivos e algumas vezes ambíguos. Constituição social (casas, domicílio) que diferem cultural e socialmente. Núcleo de convivência de pessoas onde as necessidades existenciais são providas por seus membros.

× Entendo que o conceito de família é importante pois ela está no ambiente do domicílio, interferindo e interagindo no processo de trabalho a que me propus. Considero que as relações familiares são afetivas no sentido de que são cheias de amor, carinho, ternura e outros sentimentos que expressem alguma forma de aceitação e apreço. E que são relações efetivas ao colaborarem para o crescimento e desenvolvimento de todos os seus componentes, pois muitas vezes as relações ocorrem mais por uma necessidade de papel social a ser desempenhado do que por um sentimento real e verdadeiro para com os seus integrantes. “Uma família é não só um tecido fundamental de relações mas também um conjunto de papéis socialmente definidos” (PRADO, 1981, p. 23). A família é a menor célula organizada da sociedade, e independente de sua forma, ela é um sistema social e como tal tem suas funções a fim de suprir as necessidades de seus membros. As funções da família definidas por Duval citado por ATKINSON e MURRY (1989): são as seguintes: 1- prover as necessidades básicas para a vida, alimentação, vestimenta e habitação. 2- conseguir recursos necessários, como espaço, tempo e utilidades, segundo as necessidade de cada membro. 3- determinar quem faz o quê com o objetivo de garantir apoio, direção e cuidados para a casa e seus membros.†

A seguir apresento o processo de Cuidar que elaborei a partir do marco referencial

4.7 O Processo de Cuidar

Para o trabalho de campo foi elaborado um método de trabalho, pois segundo WATSON (1979) o enfermeiro para cuidar deve utilizar um método científico de resolução de problemas, utilizando um processo criativo, que neste trabalho foi identificado como processo de cuidar.

COLLIÉRE (1989, p.293) diz que o processo de cuidados de enfermagem é uma aproximação antropológica e procede de um encontro entre duas (ou mais) pessoas, detendo, cada uma delas, elementos do processo de cuidados. Este processo situa-se na encruzilhada de um sistema de troca, proveniente de origens diferentes e complementares, com vistas a conseguir determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir.

Para KNOWLDEN (1988, p. 323) “a enfermeira observa a situação de enfermagem e entende o contexto da maneira pela qual o cuidado de enfermagem pode se dar. Ela usa estratégias objetivas e subjetivas a fim de entender a situação e proceder dentro deste contexto”.

Sendo assim, o processo de cuidar é uma construção específica de cada situação de cuidado vivida pela enfermeira e pelo cliente, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação. A situação de cuidado cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos dos envolvidos (enfermeira/cliente/família), para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar.

Ainda para COLLIÉRE (1989, p. 293) :

"O processo de cuidados de enfermagem não tem razão de ser se não se enraizar no que as pessoas vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram. É um processo de descoberta → elucidação → ação entre parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando encontrar a sua forma de realização a partir das

capacidades e recursos de cada um num dado meio (domicílio, instituição hospitalar, centro de enfermagem, consulta materno infantil, etc.)"

A situação de cuidado consiste no encontro de pessoas que procuram a sua complementaridade, com referência às necessidades de saúde. Portanto, temos que nos descobrir, situando-nos mutuamente. Para conhecer o paciente e sua família, é necessário conhecê-los a partir dos seus diferentes status, culturas e papéis sociais por ex: esposo, pai, mãe de família, com tantos anos de idade, nacionalidade, profissão, a origem rural ou urbana, a profissão, idéias, valores e sentimentos entre outros. Situar os outros e a mim mesma, como pessoa ao cuidar, ajuda a identificar e implementar as atividades de enfermagem necessárias para atuar em complementaridade com o que eles próprios ainda não sabem fazer, não podem, ou então podem fazer com suporte e ajuda.

Entendo processo de cuidar como a maneira com que cada enfermeira presta seus cuidados, como acredita no que faz, como se coloca nesta ação, como demonstra este fazer para aquele com quem realiza este cuidado, utilizando-se das mais variadas formas de expressão.

Para este trabalho foram utilizadas 4 fases do processo de cuidar, por mim elaboradas, onde o cuidado de enfermagem transpessoal é dirigido ao cliente e seu familiar. Estas fases serão descritas em separado, para serem compreendidas, apresentando uma divisão ordenada apenas de forma didática pois suas ocorrências se deram de forma dinâmica. Metodologicamente foram assim agrupadas: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação. Penso que este método é um caminho desconhecido em que se aprende a reconhecer elementos conhecidos ao longo de seu desenrolar, encontrando fenômenos que se tornam conhecidos a medida que o percurso continua, servindo de retroalimentação ao processo de cuidar.

1. CONTATO INICIAL

Este período se caracteriza pelos primeiros contatos entre enfermeira/ cliente/ família. Assim, como numa tela, necessitamos apreciá-la por várias vezes para que possamos entender o que lá está representado, ou como uma música, temos que ouvi-la algumas vezes para compreendê-la. A cada novo ouvir ou olhar, novas descobertas ocorrem. Neste momento há um desvelar de ambas as partes,

que pode ou não se completar; há um querer ou um não avançar nesta relação. Este é o momento em que são consideradas a história de vida de cada um, ocorre uma descoberta, cada um se deixa vislumbrar pelo outro. É aquele olho no olho, aquele querer e ao mesmo tempo temer se mostrar mas seguindo sempre a intuição, é ser verdadeiro. É no estar e deixar fluir que o processo se estabelecerá. Conforme diz ROGERS e ROSENBERG (1977, p.204) “Não existe absolutamente nada que nos mantenha unidos, a não ser o interesse comum pela dignidade e pela capacidade das pessoas e a contínua possibilidade de uma comunicação real e profunda entre nós “.

2. APROXIMAÇÃO

Aqui a relação já evolui, os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união. Caminham para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados. Nestes momentos, como diz ROGERS e ROSENBERG (1977, p.215), “valoriza-se a comunicação como um meio de dizer as coisas como são, produzindo a mesma linguagem através dos sentimentos, das idéias, dos gestos, da palavra e da expressão corporal”.

3. ENCONTRO TRANSPESSOAL:

Ocasão em que acontece o que definimos anteriormente como relação transpessoal. A relação entre os dois transcende cada um. Os dois, enfermeira e cliente, já não são dois, mas sim um. Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar juntos em harmonia e mutualidade. Segundo WATSON (1985, p.70)

"A união entre duas pessoas nas quais a condição de alma humana e sentimentos tem sido transmitidos permitindo uma liberação da mente e alma humana que guia para um maior senso de vigor, força e capacidade humana para encontrar o significado na existência e na doença."

Assim o ser humano (paciente e familiares no domicílio) através deste encontro, ganha, como fala ROGERS e ROSENBERG (1977, p. 61)

"... uma nova auto-imagem mais confiante, da descoberta de recursos pessoais, da certeza de que será valorizado e estimado enquanto pessoa em qualquer circunstância ou fé na própria capacidade de levantar-se após uma queda. Estas forças que nos impelem para a jornada contínua em direção a uma integração cada vez mais íntima com nosso eu, com o mundo e com a vida."

A enfermeira após viver esta experiência de união dos "selves", sente-se tocada em sua alma, na sua essência como profissional e como pessoa, marcando seu viver de forma atemporal e como fala RAY (1985, p. 21) "no processo de 'caring' há tanta dor quanto alegria mas o 'caring' contribui na descoberta e criação do significado da vida da enfermeira tanto a nível profissional quanto a nível pessoal".

4. SEPARAÇÃO :

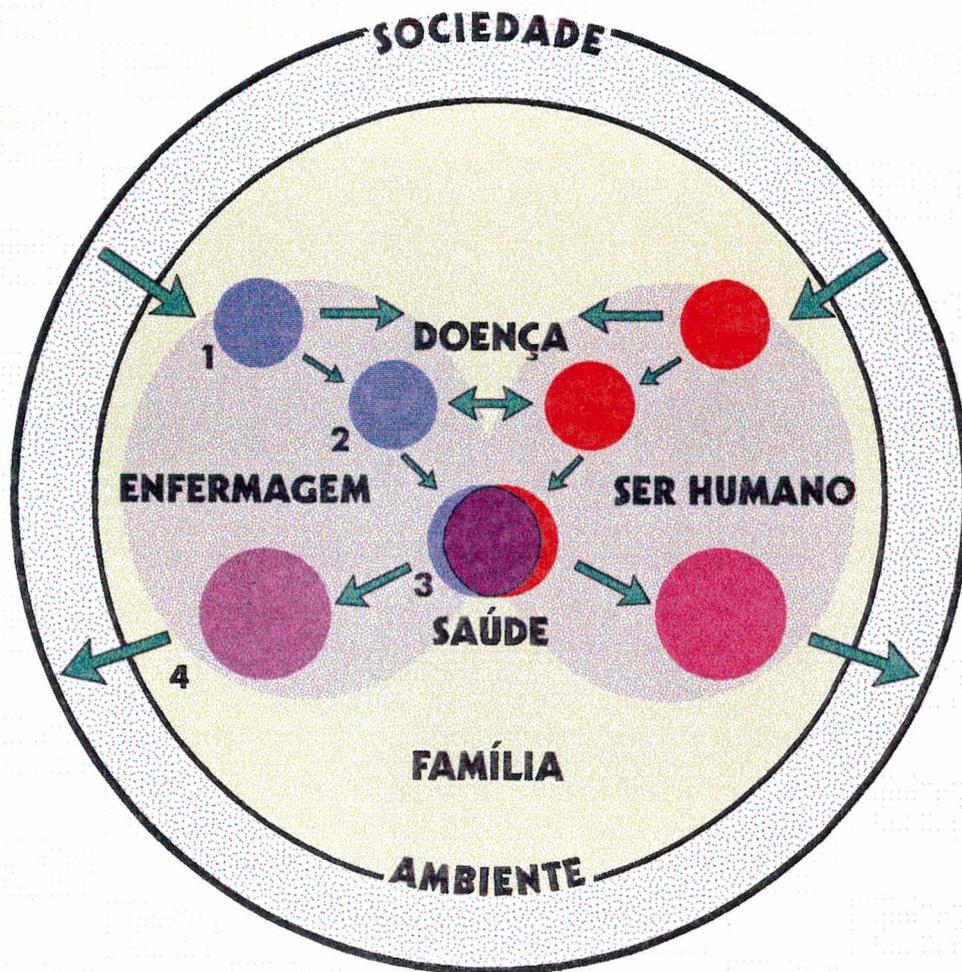
Representa a maturidade das partes (enfermeira- cliente - família), onde as conotações subjetivas dos dois (podem ser três ou mais) se modificam e partem regenerados e enriquecidos com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida, - o cliente e família nas suas condições de saúde-doença ou morte, a enfermeira com uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado - . A enfermeira e o cliente se liberam do vínculo criado pois atingiram cada um o alcance de seus propósitos. Ambos agora, como diz ROGERS e ROSENBERG (1977, p.62), "[...] saem da relação onde o indivíduo é um estudante perpétuo do viver humano, com sincero desejo de aprender e mudar, e estimulado pela esperança de vida [...] ambos se sentiram crescer e obtiveram mudanças duradouras em seus comportamentos".

A separação pode ocorrer também de forma abrupta, mesmo que não tenha havido uma transformação. Porque a separação é inevitável e muitas circunstâncias estão envolvidas nesta fase. As vezes as circunstâncias são menores que as ideais, pois existem situações nas quais o paciente deixa-se aproximar, faz um contato com a enfermeira, permite um vislumbrar de seu interior, algo acontece, se caminha para a transformação, através de um enfrentamento de sua situação de saúde-

doença, mas eles podem recuar, talvez porque esteja acima de suas forças, ou porque seja necessário da parte da enfermeira e do cliente um melhor preparo, ou também porque o envolvimento estabelecido necessita de um suporte de outro profissional

Utilizo Rogers nestas fases juntamente com Watson, pois esta autora para seu trabalho *Filosofia e Ciência dos Cuidados* se apoia nas opiniões de Carl Rogers conforme PORTER e SLOAN (1989, p. 141), a própria teórica WATSON (1979, p.26-28, 32, 49, 75 e 80) em seu livro *a Filosofia e a ciência do cuidado* e outras autoras que fazem uma análise da teoria de Jean Watson como BOYD e MAST (1989, p. 371) e TALENTO (1993, p. 256), no livro de *Teorias de enfermagem* de (GEORGE, 1993).

A seguir apresento a figura 1 numa tentativa de transportar o modelo referencial para um diagrama de maneira que o mesmo possa ser compreendido em suas interrelações e interdependências, com isto pretendo auxiliar a percepção do universo do marco, da inter-relação dos seus conceitos e do processo de cuidar proposto.



- 1. Contato inicial**
- 2. Aproximação**
- 3. Encontro transpessoal**
- 4. Separação**

Figura 1:
 Representação gráfica do marco referencial para o cuidado de enfermagem transpessoal no contexto domiciliar elaborado por Maria Ribeiro Lacerda. 1996

5. DESCREVENDO O CAMINHAR METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento deste capítulo se fez necessário o resgate de minha caminhada descrevendo como ocorreram suas fases e fatos. Primeiramente eu tinha o desejo de desenvolver um trabalho dentro do contexto domiciliar, para isso, foi primordial uma reflexão sobre o Fazer da Enfermagem. Considerando que o que somos hoje é resultado de um vivido acumulado ao longo de anos, minha trajetória pessoal e profissional, mesclada de experiências práticas vividas em situações de cuidado domiciliar despertaram-me para um caminho novo na enfermagem, tornando-se necessário explicitar os meus valores e sentimentos para resultar em forma inovadora de cuidar na enfermagem.

A seguir, no decorrer das disciplinas do mestrado, principalmente em Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem - NFR 3124, ministrada pela Prof^a e Dr^a Eloíta Neves Arruda, fui estimulada a mergulhar mais profundamente nas teorias e no conhecimento da enfermagem. Tomei contato com aquilo que realmente eu acreditava, dentro de meu fazer como enfermeira. Neste momento, que foi um descobrir e identificar-me, comecei a elaborar meu marco referencial, mas senti ser necessário me familiarizar com o cuidado de enfermagem transpessoal no contexto domiciliar. Isto foi possível pois, através de um estudo independente: Relacionamento Transpessoal no Cuidado Domiciliar - NFR 3418, sob a orientação da Prof^a e Dr^a Eloíta Neves Arruda. Com esta disciplina, pude aplicar minhas crenças aliadas aos 10 fatores de cuidado de Watson e suas pressuposições básicas. A partir desta experiência surgiu o processo de cuidar por mim elaborado onde acredito que o cuidado de enfermagem transpessoal ocorreu, pois pude realizar o trabalho da forma que estava propondo. As outras disciplinas que cursei, cada uma delas a seu modo, acrescentaram algumas reflexões e contribuições ao marco referencial, aperfeiçoando minha proposta.

Na disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem - NFR 3127, aprimorei o marco referencial e o processo de cuidar, e durante seis meses, apliquei no domicílio, com alguns pacientes e seus familiares, minha proposta de cuidar de forma transpessoal através do processo de cuidar com as seguintes fases: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, já descritas no capítulo 4 deste trabalho.

Trabalhei com quatro indivíduos e seus familiares, vivenciando mudanças em suas condições de saúde-doença, que necessitavam de cuidados de enfermagem à domicílio. Optei por relatar apenas dois casos por desejar apresentá-los em profundidade suficiente para englobar todos os acontecimentos ocorridos durante o processo de cuidar, resultando em um trabalho extenso.

O contato inicial com um dos clientes e seus familiares se deu no hospital no período de internação, e com o outro em visita domiciliar. O critério para inclusão dos clientes e familiares no estudo seguia a proposta de CUNHA (1991, p. 34), ou seja que houvesse no domicílio as mínimas condições de higiene e segurança para o paciente, e que suas condições ou opção pessoal permitissem que fosse cuidado em casa. Portanto, a inclusão dos participantes não teve qualquer relação como o tipo de diagnóstico médico.

As visitas domiciliares foram agendadas previamente com consentimento das partes, e sempre que a minha intervenção se tornava necessária, de acordo com meu julgamento ou dos familiares e cliente.

De acordo com minha experiência no estudo independente, eu previa que os recursos que as famílias necessitariam em relação à estrutura necessária para ter um familiar cuidado no domicílio não seriam de grande monta. Se necessitassem de outros materiais, estes poderiam ser providenciados pela família e com recursos da comunidade.

Ao contatar os pacientes e familiares, apresentei minha proposta de trabalho, discuti com os envolvidos, esclarecendo quem eu era, que objetivos tinha para desenvolver este tipo de cuidado no domicílio, o tipo de colaboração que esperava como necessária de ambas as partes, bem como esclareci alguns itens que a família e/ou o indivíduo a ser cuidado necessitava. Nos dois casos relatados, obtive consentimento para o desenvolvimento do trabalho. No primeiro o consentimento foi verbal e no segundo por escrito. A informação contida no documento: consentimento pós-informação (Anexo - 1), esclarecia o objetivo do estudo, solicitava a autorização para realizar o cuidado de enfermagem e incluir os relatos na versão final da dissertação de mestrado. Estas medidas foram tomadas com a finalidade de respeitar a privacidade das pessoas envolvidas, assegurando-lhes sigilo e anonimato, defendendo seus direitos de cidadãos e também salvaguardando meu exercício profissional, do ponto de vista ético-legal. Esclareci aos participantes sobre sua liberdade para participarem ou não deste trabalho, assegurando-lhes que poderiam suspendê-lo a qualquer momento.

Após cada contato com o cliente e sua família, procedi aos registros da situação vivida com a ajuda de um gravador. Registrava a intervenção adotada, ou seja, o que ouvia dos clientes e familiares, o que percebia, o que eu dizia, o que sentia e fazia, enfim, como tinha ocorrido o processo de cuidado transpessoal. Também registrava comentários avaliativos sobre a situação, especialmente sobre como utilizei os fatores de cuidados, as pressuposições de Watson e as minhas concepções pessoais na relação do cuidado de enfermagem transpessoal.

Em outras oportunidades, posteriormente, ouvia as fitas e as transcrevia na forma de resumo, num diário de campo, completando o registro com outras reflexões que ocorreriam naqueles momentos, inspirados nos meus conceitos fundamentais do marco referencial, nos fatores de cuidado e pressuposições de Watson. Com este material transcrito e reunido busquei opções para descrevê-lo em conjunto com as concepções teóricas anteriormente mencionadas.

Tendo claro que o método de trabalho adotado e o perfil de quem aplica o método numa situação peculiar de envolvimento com o objeto de trabalho definem a modalidade da linha adotada para esta ação, optei pela forma de apresentação: estudos de caso, devido à estrutura teórica e filosófica deste trabalho. Como tal método não faz parte do cotidiano do processo de trabalho na enfermagem, busquei referências teóricas para subsidiarem esta minha opção metodológica para a descrição do material transcrito e reunido.

Os estudos de caso segundo PACHECO (1993, p.9) “estabelecem o porquê dos acontecimentos, como são encontrados”. Para YIN (1987, p. 17/23) o estudo de caso é uma investigação empírica do contexto de vida real, onde são usadas as questões como e porquê, servindo-se de documentos, observação participante, entrevista etc. como fonte para as respostas.

DIEGO e FERRAZ (1988, p. 189), citando Parse, dizem que o estudo de caso é entendido como um método que torna possível ao pesquisador a descrição do fenômeno tal como percebido e vivenciado pelo sujeito, bem como, as mudanças conseqüentes deste num determinado tempo. O estudo de caso é “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente [...] e sua complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho de investigador”, segundo TRIVINOS (1987, p.133).

Para WILSON (1989, p. 142) os estudos de caso proporcionam experiências para o planejamento de estudos mais amplos, desenvolvem a explanação de processos psicossociais e socioestruturais e apresentam os seguintes passos: a

determinação da proposição de condução do estudo; a identificação da unidade de análise (indivíduo, família, grupo, organização e outros); a discriminação de como os dados fonte serão selecionados; a especificação do plano e do método de coleta de dados; a coleta, análise e interpretação dos dados; e finalmente a escrita de um relato do encontrado com sugestões de direções para futuras pesquisas.

Estudando OLIVEIRA (1995, p. 105), encontramos que o estudo de caso se caracteriza pela descrição dirigida ao fenômeno, onde a atenção é enfocada nos aspectos essenciais que caracterizam o fenômeno, procurando alcançar uma captação exaustiva dele.

ANDRÉ (1984, p. 51) citando Nisbett e Watt sugere que o estudo de caso

"seja entendido como 'uma investigação sistemática de uma instância específica' que pode ser um evento, uma pessoa, um grupo, uma escola, uma instituição, um programa, etc. [...] O estudo de caso, não é o nome de um pacote metodológico padronizado, isto é, não é um método específico de pesquisa, mas uma forma particular de estudo. [...] Ele se faz, principalmente, através da explicitação dos princípios que orientam as suas representações e interpretações dos informantes. [...] Os estudos de caso procuram retratar a realidade de forma completa e profunda. Esse tipo de estudo pretende revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa dada situação, focalizando-a como um todo, mas sem deixar de enfatizar os detalhes, as circunstâncias específicas que favorecem uma maior apreensão desse todo. [...] O estudo de caso se distingue dos outros tipos de estudo porque dá ênfase na singularidade, no particular, [...] e procura utilizar formas de representação que evoquem os processos de julgamento que as pessoas usualmente empregam para compreender a vida e as ações sociais que as cercam"

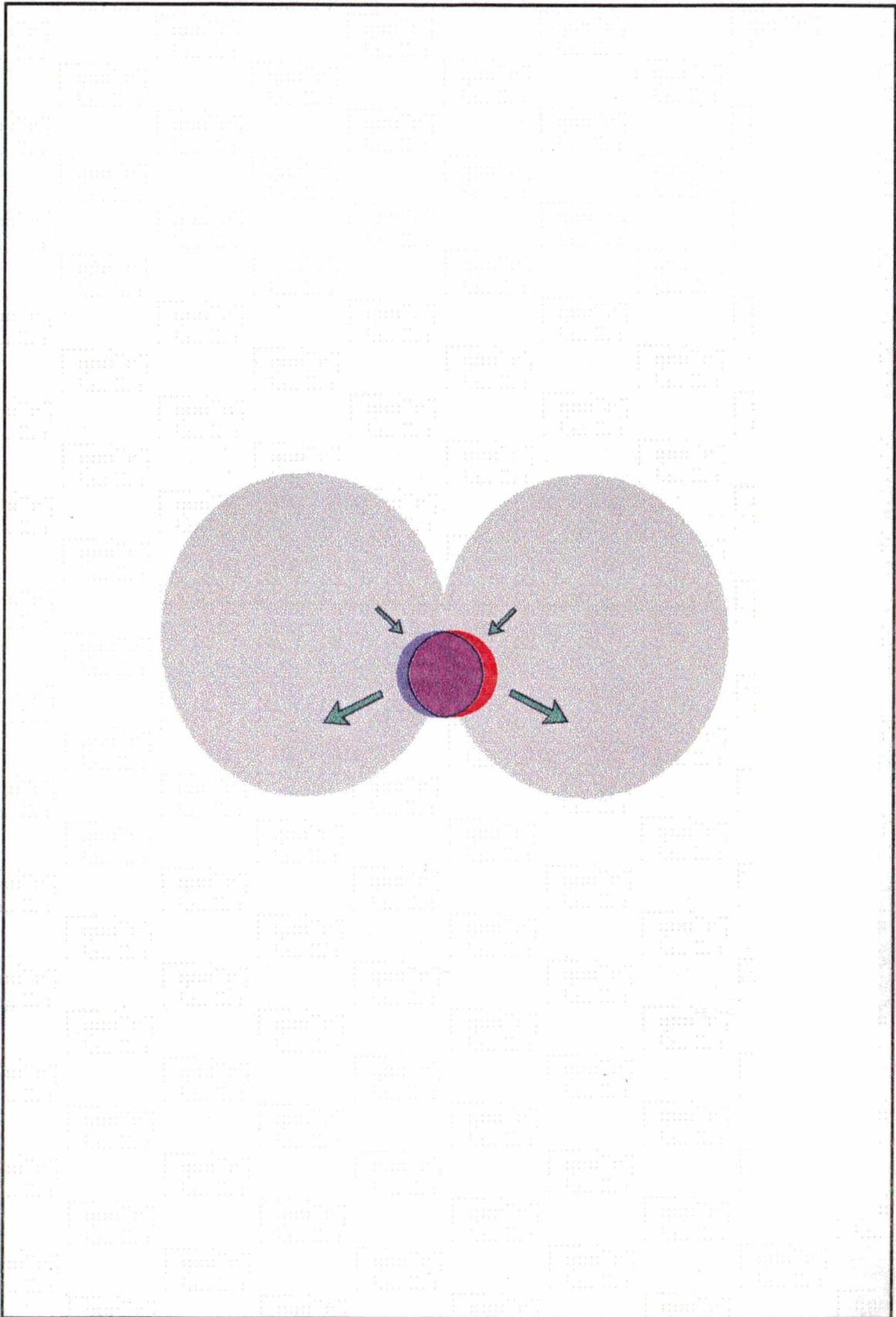
Nos estudos de caso observacionais, para TRIVINOS (1987 , p. 135), a técnica de coleta de informações mais importante é a observação participante. Para YIN (1987, p. 86), no seu livro sobre estudo de caso no capítulo "coletando as evidências para o estudo de caso", a observação participante é um modo especial de observação na qual o investigador não é meramente um observador passivo. O observador pode fazer uma variedade de papéis dentro da situação do estudo de caso e pode participar realmente nos eventos que estão sendo estudados.

As áreas de interesse gerais que guiam a seleção do estudo de caso como método de apresentação incluem aquelas penosas situações que não têm encontrado

soluções satisfatórias. Alguns exemplos são cuidados domiciliares de longa duração a pessoas cronicamente doentes, preservação de qualidade de vida para pessoas idosas e assistência a pessoas que fazem trocas em seus estilos de vida para manutenção de sua saúde (WOOD e HABER, 1990, p. 200).

O Estudo de Caso como forma de comunicação científica segundo OLIVEIRA (1995, p. 106), escapa aos padrões usuais, exigindo uma certa criatividade do pesquisador para o processo de procura ao realizar o registro dos achados e para a armação da escritura da tese, dissertação ou outra forma de comunicação científica, “contudo o que vai valer mesmo e, portanto, serve como bússola, é expor a evidência científica de maneira clara, completa e objetiva”.

Após esta exposição ficou claro que o estudo de caso pode ser considerado um método de trabalho e de estudo, e a observação como uma técnica de obtenção de informação. Portanto utilizei a técnica de observação participante para perceber e captar o vivido. Este enfoque indutivo possibilitou o registro de situações vividas por mim juntamente com o paciente e seus familiares no contexto domiciliar.



ENCONTRO TRANSPESSOAL

O Cuidado Transpessoal no Contexto Domiciliar

6. EXPERIENCIANDO O PROCESSO DE CUIDAR

Relatar uma experiência não é uma tarefa fácil. Tenho neste momento ao redigir este capítulo, novamente a sensação de estar vivenciando o processo de cuidar com suas relações, quando a riqueza dos sentimentos e emoções podem levar-me ao risco de supervalorizar algumas vivências em detrimento de outras.

Para a apresentação dos estudos de caso utilizarei as fases propostas no processo de cuidar que são: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação, e procurarei responder as seguintes perguntas: o quê, como, quando e com quem.

6.1 Primeiro Estudo de Caso

Antes de encontrar o paciente e chegar em sua casa, mantive um contato telefônico com Selma*, nossa amiga comum, que é médica e que se comprometeu a estar com José durante este período de sua vida.

Nesta conversa informal declarei estar desenvolvendo meu trabalho do Curso de Mestrado sobre Cuidado Domiciliar. Então, ela falou-me que eu tinha caído do céu, pois o José* poderia ser meu paciente.

Relatou-me as condições de José e sua conversa no dia anterior sobre a necessidade de ter alguém para assisti-lo, pois este momento logo chegaria. Selma estava apreensiva quanto a isto pois não tinha ainda decidido como fazer ou com quem contatar. Falou-me sobre seu estado e que iria providenciar nosso encontro. Contou-me que ele estava em sua chácara, local onde gostaria de ser cuidado, ali permanecendo até sua morte. Selma achava que isto não seria possível devido à localização da chácara. Perguntei onde era, respondeu-me que se localizava num outro município, vizinho ao nosso. Pensei comigo mesma que realmente este era um fator que complicaria qualquer assistência que ele viesse a necessitar.

Disse a ela que poderia ter problemas devido a comentários anteriores que eu havia feito na presença de José sobre as minhas dificuldades em cuidar de pacientes aidéticos, podendo prejudicar uma relação que porventura viéssemos a

* Os nomes utilizados neste relato são fictícios, respeitando os respectivos anonimatos dos envolvidos.

desenvolver. Selma disse-me que conversaria com ele sobre meu trabalho e deixaria que as coisas acontecessem por si mesmas.

Cerca de 13 dias após o primeiro contato com Selma, ela me telefonou e informou-me que José estava disposto a conversar comigo e que ela passaria na minha casa para levar-me até ele. Ao irmos para a residência onde estava José, que se localizava no perímetro urbano da cidade onde morávamos Selma e eu (e não na chácara), evitei conversar a respeito de suas condições para que eu pudesse viver a situação do nosso encontro sem nenhuma interferência externa, e sim que eu conseguisse, entrar no espaço vivencial de José pelas minhas próprias percepções, pois este encontro poderia ter muita importância na medida em que eu pudesse utilizar-me inteira como ser humano, além do ser profissional. Eu gostaria muito de encontrá-lo para resgatar minhas colocações anteriores e deixar claro a ele como as mesmas tinham sofrido um processo de amadurecimento.

Eu sentia que este momento era crucial, para que se estabelecesse uma compreensão e uma empatia a fim de estabelecermos um futuro compromisso para o desenvolvimento do trabalho. Assim, toda caminhada que viéssemos a fazer iria depender desta situação vivida, do meu comportamento e do dele. Portanto, procurei me desprover de quaisquer mecanismos de proteção, devido a experiências pessoais vividas anteriormente e me preparei para viver aquele nosso encontro plenamente, e crescer a partir dele.

Fui então reapresentada ao paciente José, por Selma. Suas condições físicas eram emagrecimento visível, abatimento, dores por todo o corpo e dificuldade de deambular.

Contato Inicial: Perguntei como ele estava, estendendo minha mão, a qual ele apertou fortemente e respondeu alto, de forma brusca e agressiva: estou mal. Ficou me olhando profundamente e observando minha reação. Pareceu-me que ele gostaria de olhar-me para além de mim mesma, que ele gostaria de olhar meu interior, assim como eu gostaria de vê-lo além de sua aparência externa. Neste momento, conforme coloquei em meu marco referencial em uma das fases do processo de cuidar - o contato inicial, eu tentava uma descoberta entre nós, um vislumbrar de nossos seres, onde através dos nossos olhares queríamos nos mostrar, ao mesmo tempo temíamos, mas acima de tudo intuitivamente procurávamos ser verdadeiros.

Sentamo-nos um frente ao outro separados por uma mesa, retomei com ele nossa primeira apresentação, dizendo que muitas vezes eu me lembrara daquela

situação que tínhamos vivido, onde eu me comportara de forma “inadequada” e insensível fazendo comentários sobre não estar disponível para cuidar de pacientes aidéticos, principalmente porque nós profissionais da enfermagem não éramos comunicados sobre os pacientes estarem contaminados e não podíamos tomar precauções para nos proteger. Lembro-me que na ocasião ele não se manifestou, mas após alguns dias fiquei sabendo ser ele um portador do vírus HIV. Após este fato, que me marcou profundamente, passei a refletir sobre o acontecido e rever meus valores e condutas preconceituosas.

Por esta vivência anterior com o paciente, eu tinha muitas inquietações sobre como seria sua reação a minha presença e disponibilidade de cuidá-lo. Assim procurei, como escrevo no marco referencial deste trabalho, utilizar os pressupostos de WATSON (1985) tendo sensibilidade comigo e com o outro, permitindo que pudéssemos expressar sentimentos positivos e negativos tentando assim desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda e confiança, a qual implica que haja compatibilidade, empatia e calidez, havendo nas interações verdade, honestidade, abertura, sintonia e aceitação positiva do outro.

Após esta declaração disse que estava lá porque Selma tinha me falado dele e gostaria que juntas pudéssemos cuidá-lo, pois logo ele necessitaria de ajuda em seus cuidados físicos regulares e eu me dispunha a fazê-los dentro de minhas capacidades profissionais. Nesta mesma oportunidade fui apresentada a sua tia Maria, a dona da casa, que se aproximou, cumprimentou-me e retirou-se da sala.

Voltei-me para José, que perguntou-me o que eu poderia fazer para cuidá-lo. Respondi que cada situação seria vivida de acordo com o que aparecesse, e que eu acreditava que cuidar de alguém era mais do que fazer procedimentos físicos necessários ao seu bem estar, que cuidar era estar com, ser, transformar, ter atitude de apreço, empatia, disponibilidade e outros, portanto eu gostaria de estar com ele e ajudá-lo no que fosse possível, dentro de minhas capacidades de cuidar.

Aproximação: Sentei-me num sofá e ele deitou-se num outro, ficamos posicionados em perpendicular, então começou a contar como tinha sido sua vida após a morte de seu parceiro, que tinha Aids. Falou-me que juntos tinham se preparado para a ocasião da morte, que tinham ficado juntos todos os momentos até o final da vida de seu companheiro e que ele sabia como as coisas evoluiriam com ele. Disse-me sobre atividades que tinham preenchido sua vida nos últimos meses: montar uma peça escrita por ele e seu companheiro e uma exposição de

quadros pintados pelo último. Contou-me que tem uma chácara e que como estava mal, não tinha condições de estar lá; que estava na casa de sua tia Maria, e não na casa da mãe, pois esta tinha estado ausente de sua vida. Comentou ainda, que suas relações sempre tiveram um “ranço” que vinha desde seus tempos de criança, pois ela nunca entendeu seu modo de viver; que sempre se desentenderam pois, se ela dizia sim ele dizia não; que a mãe só chorava e reclamava pelo fato de ele estar com a tia. Falou ainda que algumas semanas atrás, quando ele não estava bem, a mãe tinha ido passear na praia. Disse-me que os valores de sua mãe sempre foram diferentes dos seus, que ela gostava de aparentar o que não era, e que não a perdoava pelas brigas constantes. Perguntei-lhe se tinha irmãos, falou-me que somente uma irmã, que não se entendia com ela, que sua irmã era uma pessoa com um preparo intelectual privilegiado, mas casara-se com um pessoa de nível cultural e social diferente e que ela era uma pessoa desequilibrada.

No momento da aproximação, conforme descrevi neste componente do processo de cuidar, a relação evolui, os sentimentos, palavras, várias formas de comunicação se desenvolvem, vários temas são abordados e enfermeira e cliente se movimentam para uma união. Aqui se valoriza a comunicação como um meio de dizer as coisas como são, produzindo a mesma linguagem através de sentimentos, de idéias, de gestos, da palavra e da expressão corporal. Para desenvolver uma relação de ajuda-confiança, a comunicação verbal e não verbal é uma forma de que a enfermeira dispõe para perceber o outro com maior profundidade.

Portanto, pareceu-me que José estava querendo aproximar-se, expor-se, através de seus gestos, sua forma de se comunicar (deitado lateralizado, olhando sempre em minha direção, fazendo movimentos com as mãos), contando-me sua história, partilhando pedaços de sua vida, onde ocorriam conflitos de desenvolvimento, fazendo um balanço de situações materiais e de suas relações afetivas com os membros de sua família.

Para WATSON (1985) para que ocorra um cuidado de enfermagem transpessoal é necessário que a enfermeira acuradamente detecte os sentimentos interiores do outro, pelas suas habilidades de observação de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição.

Neste momento ouvi-o com uma atitude pró-ativa que demonstrava meu interesse, fazia perguntas referentes ao assunto tratado como por exemplo: quanto tempo fazia que o companheiro morrera ? Respondeu-me que havia morrido há aproximadamente um ano e meio. Nas colocações sobre a mãe e sobre a irmã,

disse-lhe que quando convivemos com pessoas que não compreendem nosso ponto de vista e nossos atos, e temos uma visão diferente percebendo a visão do outro, é grande a nossa responsabilidade em tentar compreender o outro. Cada um tem uma história de vida, sua mãe e irmã tinham as suas, ele tinha muitas condições e sensibilidade para entendê-las.

Ponderei que sua mãe era de outro tempo e geração com uma forma diferente de ver o mundo, já a nossa geração era mais aberta para a vida e com uma compreensão diferente do mundo que nos rodeia. Isto nos dava maiores responsabilidades pois nós é que tínhamos que tentar compreendê-los, já que a nós outras oportunidades tinham sido oferecidas e, portanto, assim como ganháramos mais, teríamos que dar mais. Perguntei se ele já tinha pensado sob este ângulo, ficou me olhando e refletindo por alguns minutos. Aqui eu tentava aplicar o fator de cuidado 1 de WATSON (1985), que afirma ser necessário possuir um sistema de valores humanista-altruísta, que está ligado as nossas crenças, valores, visões próprias e experiências pessoais de crescimento, fazendo-o perceber que suas experiências poderiam ser impulsionadoras de mudanças em suas atitudes.

Nos momentos em que estivemos conversando José e eu, sua tia Maria retirou-se e Selma posicionou-se numa poltrona da sala, mas não emitiu comentários, deixando-nos conversar sozinhos para que pudéssemos nos aproximar.

José, então queixou-se de seu estado de dependência e de sua diarreia, Selma discutiu com José sobre a qualidade da diarreia, sugeriu o medicamento e ambos discutiram qual seria o apropriado para aquela situação, ficando acordado que ela conversaria com o médico. José apresentava além da diarreia crônica, candidíase no trato digestivo, e automedicava-se, tinha dificuldade de urinar. Estava com estes sintomas provavelmente devido à Aids em fase avançada conforme diagnóstico médico. Selma disse-me que existia um médico amigo de ambos que estava a par do caso e o estava acompanhando, e que ela iria entrar em contato com o mesmo para informá-lo sobre às condições de José.

Separação: No final de nosso encontro, José disse-me que iria pensar se gostaria que eu cuidasse dele. Eu respondi que estava correta esta atitude e era importante que ambos pensássemos sobre nossa conversa. Eu iria pensar a seu respeito, sobre o que conversáramos e também sobre se e como eu poderia cuidar dele. Pareceu-me que tínhamos necessidade de refletir sobre o que havíamos conversado, pois cada um de nós estava sob o impacto de descobertas sobre nós mesmos e estas iriam nos fazer pensar, levando-nos ao preparo para um novo

encontro se tivéssemos força e consciência de sua necessidade.

O apartamento em que José estava, o qual pertencia a sua tia, era amplo, com uma localização bem central, ficava no 3º andar, com escadas para seu acesso, possuindo sala de estar e de jantar conjugadas, um banheiro, dois quartos, uma cozinha e área de serviço. Este domicílio, não apresentava nenhum impedimento para que o paciente fosse cuidado, oferecendo condições higiênicas e comodidades essenciais para o desenvolvimento do trabalho, como afirma CUNHA (1991, p.33).

José me disse que estava neste local, pois tinha ficado “ruim” alguns dias atrás, não podendo ficar na chácara, seu local preferido. Contou-me também que sua tia era muito querida, entendiam-se bem, que ela estava demonstrando para com ele mais carinho e afeto que sua mãe; que suas relações afetivas sempre tinham sido boas, ela estava bem próxima dele e nestes últimos dias tinha feito demonstrações de afeto na forma de atenção e até carinhos físicos.

Para ERLICK (1985, p.6), os relacionamentos humanos são necessários principalmente nos momentos difíceis como o da doença e o relacionamento entre o doente e seus familiares deve apresentar estrutura física e psíquica para poder ajudar à altura de suas necessidades.

Sáimos. José com sua amiga Selma, iriam passear um pouco, (ele gostaria de ir à chácara, mas Selma disse que naquele dia não daria, estava tarde e ela não teria muito tempo disponível para levá-lo, pois teria um outro compromisso logo mais). Eu voltaria para minha casa junto com eles. No momento de deixarmos o apartamento e irmos para o carro, José teve uma preocupação muito grande sobre onde estaria o carro, pois não queria ser visto pelos familiares que tinham uma casa de comércio no prédio e talvez passássemos em frente. Ele não queria ser visto naquelas condições físicas, pois achava que haveria comentários .

Pareceu-me que ele tinha muitas dificuldades em aceitar seu estado, suas condições de vida, e que não queria participação de outros membros de sua família consigo observando sua situação, sentia-se constrangido em expor sua aparência. Conforme minha definição de saúde-doença como uma experiência subjetiva que envolve concepções pessoais, onde o contexto e a trajetória de vida podem propiciar enfrentamento e confronto nas resoluções e ações quanto ao presente ou ao futuro, refleti que José tinha experiências pessoais com relação a preconceitos sobre sua vida pessoal e seus relacionamentos e acrescido a isso sua doença por alguns encarada de forma segregacionista, levando-o a apresentar dificuldades em relacionar-se com seus familiares mais distantes.

Neste momento procurei, como escreve WATSON (1985), no fator de cuidado 9, focalizar a assistência em relação às necessidades humanas do cliente e prover um ambiente protetor e/ou corretivo mental, físico, social e espiritual, favorecendo sua aproximação ao carro pelo lado contrário àquele em que estavam seus familiares, evitando encontros desnecessários.

Seis dias após, encontrei-me com Selma e Ana (uma amiga comum nossa), que me relataram uma piora muito grande do estado geral de José. Estava agora com diarreia mais intensa, desidratação, retenção urinária e que haviam sido tomadas as devidas providências para drenagem urinária e aplicação de solução endovenosa para reidratação.

Selma disse-me que tinha dificuldade de relacionamento com a mãe do paciente, pois a mesma não aceitava sua intervenção, não concordava que a responsabilidade pela realização dos desejos do seu filho fosse de Selma. Sugeri que talvez fosse necessária uma ajuda profissional para dar-lhe suporte neste momento vivido. Selma respondeu que tinha e que estava trabalhando com sua terapeuta, estes problemas.

Perguntei-lhes como tinha sido minha inclusão nos cuidados com o paciente, pois elas haviam me solicitado que no próximo dia eu passasse uma sonda vesical de demora e o reidratasse com solução endovenosa e que continuasse avaliando a necessidade deste procedimento junto com o médico que estava participando do atendimento a José. Responderam-me que quando ele estava na cama e sua mãe fazia qualquer comentário com relação a retenção urinária ele dizia que não era para se preocuparem pois a Selma e eu iríamos cuidar de tudo. Deduzi então que ele havia aceito minha vinda, na medida em que tanto Selma como Ana me incluíram como quem iria ajudá-las a cuidar dele. Pareceu-me que ele tinha pensado em nosso encontro anterior, e que me aceitava como cuidadora. Deixei para abordar este assunto posteriormente, por achar que não era oportuno comentá-lo neste momento. Foi uma coisa de necessidade que atende à primeira prioridade.

Por ter vivenciado uma situação anterior parecida com esta em minha vida particular, cuidar de meu marido com câncer e em fase terminal no domicílio, a qual ambas presenciaram, Ana (mais de perto pois ela era muito amiga de meu esposo) e Selma de forma mais distante, dava-me certa experiência e compromisso, fazendo com que elas esperassem e contassem com minha ajuda. E também pelo fato de que me mostrei disponível para tanto. Selma havia comentado com José a respeito de minha vida pessoal.

Do ponto de vista de WATSON (1985, p.63-4), as experiências anteriores, ou seja, o que a enfermeira já viveu na sua vida pessoal e profissional auxiliam na formação e desenvolvimento da relação consigo mesma e com o self dos outros.

Discutimos sobre quais materiais e medicamentos seriam necessários. Foram arrolados os seguintes: soros, escalpes, luvas, seringas, agulhas, ampolas de Cloreto de Sódio e Potássio, Agarol, fraldas descartáveis, equipos, micropore, Povidine, sonda vesical, bolsa coletora, Xylocaína, Hirudoid. Pensamos ser importante que a irmã de José providenciasse este material, pois assim participaria de alguma forma do cuidado ao irmão e talvez pudesse se sentir útil sendo incluída na situação.

Conversamos também sobre qual seria a melhor forma de tratar a situação vivida pela mãe, José e Selma. Sugerimos que gradativamente ela deveria ser abordada, conversando primeiro, sobre como o José se sentia com relação a sua situação e a de sua mãe. Segundo, conversando com a mãe sobre como ela se sentia ao ter sido preterida pela sua irmã Maria, tanto com relação à escolha da casa onde ele estava como em relação a quem estava cuidando de seu filho. Em terceiro lugar, conversar com seus familiares sobre quem ele escolheu como responsável para proteger e executar seus desejos em relação aos seus últimos dias de vida e sobre como queria ser tratado e cuidado. Por último, refletir o quanto eles (mãe e filho) precisariam estabelecer ou restabelecer suas relações afetivas.

Penso que as relações entre pais e filhos podem ser conflitantes, principalmente se ao longo da vida, elas já não se estabeleceram de forma satisfatória para ambos, mãe e filho, como neste caso, devido a inúmeros fatores, como sua forma de encarar a vida e de vivê-la tendo como exemplo sua opção sexual. Seria difícil se pensássemos que a isto estavam somados os conflitos que estavam sendo e seriam vividos (a terminalidade de uma pessoa da família). Neste momento vivido por José, o do preparo para a morte através de um balanço de seu viver, as atitudes poderiam ser tratadas e trabalhadas para que ele pudesse alcançar um equilíbrio a fim de ter uma morte serena, em paz consigo e com os que o rodeassem e que seus familiares e amigos também pudessem enfrentar tal experiência com serenidade. Assim, este período compartilhado poderia ser um momento de crescimento para todos. A experiência da morte próxima é muitas vezes conflitante, devido a nossa cultura, que muitas vezes esconde o paciente terminal em Unidades de Terapia Intensiva, pois a morte é vista como um atestado de fracasso da ciência. Viver o momento de morte de um familiar somado ao restabelecimento dos laços afetivos, são situações muito difíceis para todos os

envolvidos, necessitando portanto de uma intervenção terapêutica eficaz a todos os que dela participam.

Senti que realizar o cuidado de enfermagem transpessoal era o indicado, pois todos os que tomariam parte desta experiência de viver deveriam ser considerados como seres com corpo, mente e espírito, porque por mais cuidados físicos que José necessitasse, seria necessário trabalhar os aspectos das expectativas, dos sentimentos, das vivências de situações anteriores e de valores entre ele e todos seus familiares e amigos.

Após esta conversa entre mim, Selma e Ana, havia ficado claro que no próximo dia eu iria até a casa da tia passar em José uma sonda vesical de demora e que começaria a desenvolver o trabalho que havia me proposto a executar, cuidado de enfermagem transpessoal no domicílio.

No dia seguinte a este encontro, conforme o que combinamos, fui até a casa onde se encontrava José, passar a sonda vesical. Quando cheguei fui apresentada a sua mãe e irmã, por Selma que lhes disse ser eu a enfermeira, a respeito de quem já tinham comentado, e que eu estava lá para ajudá-las a cuidar de José no que fosse necessário. A mãe e a irmã estavam muito preocupadas com o estado de José. Neste momento não me ative a pensar por que elas estavam lá e como tinham chegado e se introduzido como participantes dos cuidados.

Contato Inicial: José estava com muita dor, bem abatido, tinha passado uma noite muito difícil, com retenção urinária, estava muito cansado, desidratado, sem melhoras da diarreia, queixava-se da mãe e da irmã, algumas vezes até se exaltava ao falar sobre elas. Dizia que eram umas desequilibradas e que deviam deixá-lo em paz. Passei a sonda vesical e instalei um soro glicosado com eletrólitos. Durante todos os procedimentos procurei conversar com ele sobre o que fazia e porque fazia daquela forma e se ele tinha alguma consideração a fazer sobre qualquer etapa, parava, discutíamos e juntos resolvíamos a melhor forma de proceder. Por exemplo, na hora em que fixei a sonda vesical em região inguinal, ele me perguntou por que eu fixava naquela posição, expliquei-lhe que era a posição correta para fixação de sonda masculina, pois não comprometeria sua uretra, e em outro ângulo, poderia causar danos à configuração anatômica. Eu estava tentando desenvolver um dos fatores de cuidado de WATSON (1985), o fator 7 que é o desenvolvimento do ensino e do cuidado transpessoal; através de informações e alternativas as pessoas podem ter o máximo de controle sobre sua própria saúde.

Após realizar todos os cuidados físicos, sentei-me no sofá do quarto e perguntei-lhe sobre o porquê de haver escolhido receber cuidados no domicílio e não no hospital (esta pergunta foi feita com o propósito de levá-lo a refletir sobre a procura do aconchego familiar e da presença dos seus entes de referência para ser assistido). Respondeu-me que não gostaria de ser atendido no hospital, pois, lá as pessoas, médicos, enfermeiras, não tinham consideração pelos pacientes, pois ele tinha vivido esta experiência com seu companheiro e tinha sido muito ruim. Achava que ser atendido em casa (de preferência na chácara, que para ele seria o ideal), seus desejos seriam respeitados e ele não seria agredido ao fazerem coisas que ele não desejasse. Que sua experiência no hospital tinha sido muito ruim: “as enfermeiras eram muito cavalas, os médicos prepotentes, não havia nenhum tipo de conforto no ambiente hospitalar”. A seguir relatou uma situação vivida quando tinham feito uma medicação errada e não tomaram nenhuma conduta corretiva.

Aqui tentava deixá-lo expor seus sentimentos negativos, procurando desenvolver junto dele um ambiente protetor e/ou corretivo mental, físico e social, conforme preconiza Watson em seu fator de cuidado 8, onde se busca oferecer comodidade, segurança e um ambiente limpo e estético, considerando também as variáveis externas e internas do ambiente e suas interdependências.

Contato Inicial com a mãe: Após passar a sonda vesical, fui à área de serviço da residência, para lavar e desinfetar o material. Sua mãe abordou-me perguntando o que fazer a respeito dos materiais que tivessem entrado em contato com o paciente, e como desprezá-los. Prestei informações a respeito de como proceder, ela mostrou-se bem interessada, e conhecia vários procedimentos, pois tinha sido instrumentadora cirúrgica. Então reforcei seus conhecimentos a respeito de materiais contaminados, mais especificamente com vírus HIV. A partir dos conhecimentos da mãe, procurava utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas e também prover um ambiente protetor mental, físico e social. A utilização do método criativo resolvendo problemas controla, prevê e auto-corrige o cuidado que no ambiente do domicílio deve ser adaptado às condições de que se dispõe, diferindo portanto do ambiente hospitalar.

Aproximação com a mãe: Ouvi com atenção seus comentários sobre o comportamento de José, muitos deles sobre sua conduta, o fato de ele não aceitar que ela o cuidasse, não querer receber sua ajuda, não deixá-la manifestar seus sentimentos de dor, choro e tristeza, e até comentários a respeito de ele não querer a presença de outras pessoas da família, como primos e tios. Tentei,

utilizando o fator de cuidado 5 de WATSON (1985), permitir a expressão de sentimentos positivos e negativos, melhorando o nível pessoal de percepção e controle interno, ajudando na necessidade que a pessoa tem de manter um balanço entre sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Procurei neste momento respeitá-la, incluí-la na assistência, valorizando seus conhecimentos e deixando ver o quanto eles seriam importantes para José. Tentei apresentar a ela através de comentários o quanto aquele momento era difícil para todos, que seria necessário que ela manifestasse muita paciência ao tratar de José. A mãe dava banho, trocava, limpava e tentava dar-lhe alimentação, fazendo sugestões sobre algumas necessidades que ele tinha, sobre higiene, conforto e alimentação.

Encontro Transpessoal com José: Voltei ao quarto de José e me dispus a conversar com ele sobre o porquê de tanta angústia e agressão para com sua mãe. Relatou-me um fato acontecido durante a noite quando pediu a sua mãe a medicação e ela disse-lhe que não estava na hora, pediu novamente a medicação, a mãe disse que Ana, a médica, tinha especificado quais eram os horários, e que não estava no horário indicado, ele pediu novamente e ela disse que não daria, então ele gritou com sua mãe. Outro fato ocorrera durante a noite: ele estava com muita dor, teve uma evacuação no banheiro, teve prolapso de reto, que o tem incomodado muito, tentou se higienizar e voltou ao leito, quando estava relaxando e pegando no sono, sua mãe veio com uma toalha higiênica para que ele passasse em suas mãos, acordando-o. Ele se irritou e gritou com ela. Disse-me que achava que a mãe não tinha percepção da situação que ele estava vivendo, que ela não respeitava o que ele estava vivendo, e ao mesmo tempo em que ela cuidava dele, cobrava este cuidado, dizia a ele que estava lá para ajudá-lo, e que ele também precisava se ajudar e ajudá-las a cuidar dele.

Numa relação de cuidado transpessoal, uma união espiritual ocorre entre duas pessoas, onde ambas são capazes de transcender o self, tempo, espaço e história de vida de cada um (WATSON, 1985, p.67). Neste momento a relação se dá porque o cliente e o enfermeiro fluem um em direção ao outro, formando uma unidade compacta, capaz de penetrar confusões, desalentos, solidões, agonias em busca de compreensão e crescimento.

José expunha estes conflitos de forma brusca e nervosa, eu sentia que o fazia com dor interior, que ele falava mais do que palavras, ele falava de suas dúvidas e angústias internas, da necessidade de precisar de outros para ser cuidado,

de resgatar suas relações com a mãe, de ter de compreendê-la num momento em que estava tão vulnerável.

Tentei, com intenção e desejo, confirmar a subjetividade de sua pessoa. Expus que era difícil para ele e para sua mãe a situação que todos estavam vivendo. Ela estava tentando fazer o que estava dentro de suas possibilidades, buscando entender tudo o que estava acontecendo, procurando meios de demonstrar genuíno desejo de atendê-lo, apesar de suas dificuldades. Falei que para sermos ajudados é necessário querer, mesmo que este querer estivesse dentro de nós adormecido e que nos custasse muito ter de admiti-lo. Se para ele era difícil a situação vivida, para sua mãe também o era.

Nos momentos em que ficávamos assim conversando ele ficava sempre olhando para meus olhos e tentando ver o que eu lhe falava, parecia-me novamente que ele gostaria de ver meu interior, e eu me mostrava de forma firme, segura, tentando demonstrar que acreditava realmente no que tentava comunicar. Isto sempre ia além das palavras, tornando-nos vulneráveis no mais profundo de nossos seres, pois estávamos tentando comunicar nossos selves. Para WATSON, (1985, p.63), no cuidado transpessoal a enfermeira ao realizar união com o outro, expressa condições tais como movimentos, gestos olhares, atos, procedimentos, informações toque, sons, palavras, formas e outros similares (como chorar, rir, cantar) científicos, estéticos e de significado humano, como aconteceram no momento vivido entre José e eu.

Separação: Após esta conversa anterior eu disse a ele que voltaria todas as vezes que ele necessitasse, que poderia me chamar, deixei com ele e com sua mãe e tia meus telefones dispondo-me a voltar outras vezes para vê-lo e conversarmos, além de executar os procedimentos referentes ao cuidado técnico. Pediu-me que deixasse os números dos telefones ao alcance, no seu criado mudo.

Contato Inicial com tia e irmã: Ao sairmos do quarto, Selma e eu, e estarmos deixando o domicílio, ao nos despedirmos da mãe e irmã, ambas reclamavam da conduta de José, principalmente a irmã, que ameaçava interná-lo se ele não colaborasse. Então perguntei-lhe, porque ela pretendia interná-lo, o que isto significaria para ele e para elas. Olhou-me de forma assustada, sua linguagem verbal foi muito expressiva. Ficou parada como se estivesse pensando, não me respondeu imediatamente (fiz esta pergunta para dar a ela oportunidade de refletir, sobre os seus sentimentos sobre a situação vivida, e sua conduta, o que isto poderia significar para ela e para José), após, assustadamente disse que era

para que ele não sentisse dor.

O domicílio é onde as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde crises e conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adoece. Para todos é um fator de desequilíbrio, principalmente em situações em que se mantém a harmonia de forma frágil. Em algumas famílias há severos conflitos por atitudes pessoais que não são aceitas pelos seus membros. Para PELZER (1993, p.40), a família pode apresentar momentos de necessidade de expressão de seus sentimentos de medo, culpa, depressão, vergonha, raiva e outros de discussão de dúvidas e angústias, de busca de conhecimentos, informações e habilidades que facilitem e viabilizem o cuidado na esfera familiar.

A mãe, irmã e tia estavam todas muito nervosas, com o estado de José com suas dores, reclamações, com medo da situação vivida e a ser vivida, sentiam-se inseguras sobre o que fazer, e sobre como as coisas evoluiriam. Pareceu-me que estavam magoadas, pelo fato de José ter confiado à Selma a responsabilidade de tomar atitudes com relação a sua vida, seus momentos finais de vida e sua morte. E ao mesmo tempo sentiam a responsabilidade de cuidar dele, sem poderem discutir com o mesmo como proceder, devido à dificuldade de relacionamento que sempre os acompanhou.

A mãe e a irmã estavam nervosas e alteradas, tendo dificuldade de aceitar a situação, não conseguiam se comunicar eficazmente com ele, o que pediam e o que falavam era negado, colocado que não servia, e não podia ser feito, estavam pois cerceando uns aos outros devido à dificuldade de lidar com os próprios sentimentos.

A irmã providenciou a lista de materiais que foi solicitada, providenciaria outros se fossem necessários. Mãe e irmã tinham muita dificuldade de aceitar o fato de ele estar na casa da tia. A tia fez algumas colocações mais amenas sobre o fato de José não querer colaborar com o que era solicitado, não respeitando os horários da medicação pois queria tomar do jeito que achava correto, entrando em conflitos. Pareceu-me que suas queixas foram mais a título de apoio à irmã e à sobrinha do que propriamente por estar convencida da situação.

Separação com os familiares: Deixei meus telefones para qualquer necessidade de contato e me prontifiquei a atendê-las quando solicitassem e disse que voltaria nos próximos dias.

Voltei para ver José, dois dias após para pegar uma nova veia, ele estava

sem o soro por 12 horas e estava com muita diarreia, com pouca diurese. Queixou-se muito das condutas de sua mãe e irmã.

Contato Inicial: Ao entrar no quarto onde estava José cumprimentei-o, perguntando como ele estava, respondeu-me gritando “estou mal, quero morrer, por que a morte não vem logo? É muito complicado! Por que demora tanto? “.

Aproximação: Instalei o soro, discutindo com ele qual seria o local mais indicado para facilitar sua movimentação no leito. Verifiquei a posição da sonda vesical e a qualidade de sua diurese. Indaguei a sua mãe como estavam as condições de suas nádegas, se não havia hiperemia. Ensinei o uso do Agarol, para restabelecer a integridade da pele e evitar a presença de assaduras e feridas. Instruí a passagem deste medicamento nas trocas de fraldas e na hora da higiene corporal podendo ser passado por todas as superfícies ósseas de José para evitar a presença de úlceras de decúbito, (a partir desta data José não saiu mais do leito).

Encontro Transpessoal: Após os procedimentos de ordem física, sentei-me num sofá que havia no quarto de José e me dispus a conversar com ele resgatando o que me dissera ao adentrar em seu quarto, perguntando a ele sobre o que ele achava estar fazendo com que sua morte demorasse a acontecer. Respondeu-me que queria morrer logo, não queria mais pensar nisso pois estava muito cansado, ele achava que já tinha se preparado para morrer e tinha tido uma vida muito feliz com seu companheiro, e que já havia resolvido todas as questões necessárias para morrer em paz. Colocava as questões passadas e as presentes e imediatas de falta de relacionamento com sua mãe e irmã, deixando transparecer seus sentimentos de conflitos e mágoas. Senti que ele tinha amargura e angústia muito grande a respeito de sua relação com a mãe.

Neste momento eu pensava sobre o fator de cuidado 10 proposto por Watson onde é preciso ter consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado. O conceito de existência se baseia na pressuposição de que cada pessoa pode encontrar significado e solução para seus problemas de existência como os de separação, solidão e morte.

Para ocorrer o cuidado humano de forma transpessoal a enfermeira entra no espaço de vida da outra pessoa, detecta suas condições de ser (espírito, alma, essência) e sente estas condições dentro de si mesma e responde a elas de modo que o paciente compreende os seus sentimentos e pensamentos subjetivos que há muito tem desejado compreender.

À medida em que ele expunha suas queixas, ouvi-o atentamente, e perguntei-lhe como via a vida. Se a mesma não era mais que as questões materiais. Assim, como ficavam as questões do afeto, das trocas? Estas questões também tinham que ter um sentido de terminalidade de coisas resolvidas. Talvez, para que ele morresse fosse necessário também resolver estas questões.

Tentei compreendê-lo, tendo para com ele e seus familiares uma atitude de disponibilidade. Uma forma de contato para compartilhar com ele o vivido foi sempre ao executar os cuidados físicos, manifestar competência técnica e científica, demonstrar disposição e capacidade para poder ser um canal através do qual ele se mostrasse mais interiormente. José sempre se mostrou aberto para fazer suas colocações, expondo o que sentia, tendo liberdade. Nos momentos desta conversa, sua fala foi pausada, refletida e segura. Ele colocou que em sua vida sempre teve dificuldade para se expressar com seus amigos (sua amiga Selma já havia me relatado que José era uma pessoa que nunca havia sido generosa e que com seu companheiro tinha aprendido a se doar mais, a ser mais paciente e a ter mais suavidade no trato com as pessoas, seu companheiro tinha sido uma influência muito significativa nestes aspectos pois o tinha levado a mudar algumas facetas de seus relacionamentos com os outros).

Separação: Estimulei-o a que refletisse sobre como era seu relacionamento com as pessoas a sua volta, a partir de sua experiência pessoal de terminalidade de seu companheiro, que ele pensasse o quanto aquilo tinha significado para sua vida, o quanto algumas questões tinham se modificado a partir daquele momento vivido, e que o momento que ele vivia com seus familiares e amigos poderia também ter significado em suas vidas.

Três dias depois estive com José para reinstalar seu soro. Sempre após se sentir hidratado pedia a sua mãe que retirasse o soro para que pudesse ter liberdade de movimentos na sua cama.

Contato Inicial: Ouvi muitas queixas com relação a sua mãe, a forma como ela o estava tratando ele não queria mais ficar na casa e que queria ir para o hospital, pois lá eles (sua mãe, e sua irmã) não o aborreceriam, com lamentações sobre como era difícil cuidar dele.

Contato Inicial com a mãe: Queixava-se de que ele não colaborava com o que era pedido, recusava-se a fazer o que era solicitado e que assim era melhor que fosse para o hospital, que as noites eram muito difíceis, que praticamente não dormia tendo que atendê-lo várias vezes durante a noite e que todas as vezes em

que ela ia trocá-lo, ele brigava com ela, dizia que ela não era delicada e que o machucava.

Aproximação: Reinstalei o soro na veia do braço esquerdo que estava em perfeitas condições, todo o antebraço estava com Hirudoid, conforme recomendações que eu havia dado para que as veias permanecessem em condições de serem puncionadas, verifiquei como estava a sonda vesical. Durante estes procedimentos ouvi atentamente o que estava sendo dito por ele e por sua mãe. Após, sentei-me no sofá do quarto, sua mãe havia saído, disse-lhe que no hospital as coisas poderiam ser diferentes do que ele estava esperando, sua mãe e tia estavam fazendo o que podiam, que era difícil cuidar de alguém em casa, mas que elas estavam fazendo um bom trabalho, ele não seria tão bem cuidado como estava sendo. Disse que talvez elas precisassem de ajuda para cuidá-lo à noite, José disse que ia pensar a respeito. Então disse-me que precisava combinar comigo quanto eu iria cobrar pelo trabalho que eu estava realizando com ele, respondi que estava lá para fazer meu trabalho para uma disciplina do Mestrado, e que gostaria que ele me deixasse fazer este trabalho. Perguntou-me sobre o que seria este trabalho, expliquei que eu estava estudando sobre cuidado de enfermagem domiciliar. Disse a ele que as enfermeiras de forma geral não sabiam muito bem lidar com essa situação de ser profissional liberal, onde você recebe por trabalhos prestados, e que esta situação seria um bom momento para pensar sobre isto. Mas agora eu gostaria que ele permitisse que eu registrasse o que estávamos vivenciando. Ele me respondeu que não teria problema nenhum de sua parte.

Aproximação com a mãe: Conversei com a mãe, pedi a ela alguns materiais que faltavam, falei a respeito do bom cuidado que estava fazendo com José, sugeri que talvez fosse bom ter uma ajuda durante as noites, para que elas pudessem descansar, falou que iria pensar a respeito. Era importante como diz o fator de cuidado 9, focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela. Os familiares necessitavam de ajuda para cuidar de José no período noturno. Era preciso identificar estas necessidades e antecipar com sugestões suas soluções.

Separação: Na minha saída, a mãe de José e sua irmã queriam saber quanto seriam meus honorários profissionais, disse que não iria cobrar nada, que estava lá fazendo um trabalho de uma disciplina de meu mestrado, e que gostaria de registrar a experiência que estávamos vivendo, que mesmo que não fosse permitido o registro, estaria disponível e poderiam me chamar quando fosse preciso, expliquei

por que eu me interessava em registrar a experiência que estávamos passando e que os respeitaria dentro das questões éticas de um trabalho científico. Ficaram tranqüilas e disseram que não teria problema da parte delas.

A partir desta conversa com José e sua família, passei a realizar os registros que estão presentes neste estudo de caso e os fiz de forma retroativa.

Após esta visita comecei a procurar um auxiliar de enfermagem que fizesse plantão noturno e que estivesse disposto a cuidar de pacientes a domicílio. Fui à unidade de isolamento de um hospital e conversei com uma enfermeira para que ela me indicasse alguém que tivesse condições e quisesse cuidar de um paciente nas condições de José no domicílio, ela me disse que tinha alguns que já tinham inclusive prestado atendimentos a pacientes nestas mesmas condições e que ela iria ver suas disponibilidades de horários. Escolhi contatar a enfermeira da unidade de isolamento por ser este um local onde os funcionários já estão habituados a prestar assistência de enfermagem aos pacientes aidéticos.

Três dias depois estive novamente na casa de José, era dia de troca da sonda vesical, após ter verificado com uma enfermeira da Comissão de Infecção Hospitalar quando seria indicado que se trocasse uma sonda num paciente no domicílio, ela respondeu-me que o correto seria observar as condições de drenagem da mesma, o aspecto da drenagem de urina e alguma queixa do paciente. Ao longo dos dias de uso desta sonda observei atentamente estas recomendações, a drenagem de urina estava bem, mas com presença de muitos grumos. Então discutimos José, Selma e eu e concluímos que seria bom que a sonda fosse trocada.

Aproximação: Cheguei com o material de troca da sonda, José estava deprimido, queixando-se de sua mãe, de que ela não estava cuidando bem dele. Com ajuda de sua mãe, retirei a sonda e fizemos sua higiene íntima, aproveitei para observar as condições de sua derme na região perianal e nas nádegas. Fiz orientações para a mãe de José sobre como mantê-la mais seca e protegida contra feridas, passamos Agarol em grande quantidade, aproveitei e observei as outras protuberâncias ósseas. Troquei a sonda vesical de demora juntamente com seu coletor e instalei um novo soro para hidratação. José continuava com a idéia de ir para o hospital, sua irmã estava procurando um que o aceitasse, estavam percebendo que não seria tão fácil interná-lo como esperavam que fosse. Perguntei a respeito das suas noites, ele me respondeu que eram muito ruins, que sua mãe reclamava de ter que cuidar dele, perguntou-me se eu já tinha conseguido uma pessoa para ficar à noite, pois ele gostaria de alguém e tinha preferência por um

auxiliar de enfermagem masculino para pegá-lo no colo e levá-lo ao banheiro e que não poderia ser muito pequeno, respondi-lhe que já tinha referências de algumas pessoas mas que para aquela noite não saberia responder quem estaria disponível para vir ficar com ele.

Aproximação com a mãe: Sua mãe estava resistente à vinda de alguém para ajudá-las, pois esta pessoa iria modificar a rotina da casa, (pareceu-me mais que ela estava preocupada com o custo do que com outro motivo). Sua irmã também estava preocupada com os custos. Conforme informações de José, ele havia previsto estes gastos e deixou sua irmã responsável pelo seu dinheiro e pelos seus bens.

Separação: Prometi que entraria em contato com eles naquela tarde dando uma resposta sobre quem ficaria naquela noite. Fui à unidade de isolamento do local onde fizera contato anteriormente e me comuniquei com uma auxiliar de enfermagem que poderia fazer o plantão noturno. Expliquei a ela quais as condições do paciente e que cuidados técnicos seriam necessários à noite, dei a ela o endereço e o telefone. Entrei em contato com a mãe de José avisando que conseguira uma auxiliar de enfermagem, seu nome e o horário que ela estaria na residência.

Dois dias depois estive com José para novamente reidratá-lo e observar suas condições físicas, emocionais e espirituais.

Aproximação: Peguei novamente uma veia, fiz uma observação sobre as condições de sua sonda vesical e de sua pele, pois estava com escabiose em todo o torax, região axilar e braço, por isso estava preocupado com o fato de se usar álcool para a antisepsia de sua pele, pois já tivera escabiose anteriormente, usara Tetmosol e ingerido uma bebida alcóolica que provocou uma reação, disse a ele que a quantidade era mínima e que não haveria problemas. Contou-me que a pessoa que viera cuidá-lo era muito gentil e cuidara bem dele, mas que ela era muito pequena em estatura e que não pudera nem pegá-lo, e que eu arrumasse outro que fosse um homem forte.

Sua mãe gostou muito da moça. Segundo ela, cuidou bem dele, usou os utensílios da casa e os deixou em ordem, achava que um homem não aceitaria deixar tudo organizado como ela deixara.

Encontro transpessoal: Conversei com José tentando saber como estava a situação sobre a ida para o hospital, não tocou no assunto. Na sala havia um quadro que foi pintado por seu companheiro retratando José de uma forma muito

bonita, comentei com José sobre o mesmo, ele me disse que seu companheiro pintava muito bem e que ele também gostava daquela pintura.

Disse a ele que queria tê-lo conhecido antes e tido tempo para nos relacionarmos, contei-lhe um pouco de minha vida, minha educação, e que devíamos ter nos cruzado nos corredores da faculdade, pois cursei enfermagem na mesma época em que ele fazia seu curso superior, disse-me que teve uma conduta muito diferente da minha e que “aprontava poucas e boas” (me pareceu querer dizer que usava drogas, e que tinha relacionamentos amorosos variados). O paciente estava mais tranqüilo, conversando mais pausadamente, contando fatos de sua vida, da época de estudante, lembrando-os com uma certa nostalgia. Após esta conversa ele quis dormir. Procurei com esta conversa utilizar minha força interior, vigor e ajuda para que ele conseguisse se unir comigo e ter contato com meus sentimentos interiores e eu com os dele, para que a partir deste momento vivido ele encontrasse significado na sua existência e na sua doença.

Separação: Pareceu que a situação estava mais controlada com relação a sua mãe e irmã, ele não estava mais tão agressivo com elas, aceitava os cuidados por elas ministrados. Estava mais quieto, mais apático, e com um estado físico piorado, querendo somente dormir, sentia ainda muita dor e gostaria que ela passasse.

Após retirar-me, entrei em contato com Selma e comentei que José estava com estado geral bem débil, dispnéico e que não demoraria o seu final.

Dois dias depois estive novamente na residência de José.

Aproximação: Após instalar um soro em José, ajudei sua mãe a trocá-lo, senti que o clima estava melhor para todos, sua mãe falando mais mansamente e devagar com ele e não sendo agredida. José estava mais quieto, pareceu-me mais sereno, aceitou que eu mudasse o local de punção de sua veia, mesmo sendo o braço direito, instalei e fiquei ali no quarto para que ele sentisse que eu estava disponível para ele, se quisesse conversar, mas ele somente ficou a me olhar por algum tempo. Ele me pediu que conseguisse um moço para vir passar a noite, prometi que iria tentar e que mandaria notícias a respeito.

Ao deixar a residência fui ao hospital, na UTI, para conversar com um funcionário que me fora indicado, pois na unidade de isolamento todos os homens já tinham compromisso com outros plantões particulares, conversei com o moço que iria cuidá-lo e o instruí a respeito do paciente e dei-lhe o endereço. Telefonei

para a casa de José avisando quem iria fazer aquele plantão.

Três dias depois, ao chegar à residência, sua mãe me recebeu embaixo, na portaria, para poder abrir a porta da entrada do prédio.

Encontro transpessoal com a mãe: Perguntei-lhe como ela estava, queria aproveitar aquele momento em que estávamos a sós para que ela pudesse fazer colocações a respeito de seus sentimentos e assim pudesse se manifestar, ela me disse que estava muito difícil, que “ tudo aquilo era muito doído”, pareceu-me que não havia mais a dificuldade inicial de seu relacionamento com o filho, sua mágoa era pela consciência do momento vivido, como a dor da perda, do que não se viveu, do que se resgatou, do que se perdeu e perderá. Ela disse estas palavras condoída de sentimentos, não no sentido de queixas e lamentações, senti que ela estava compartilhando comigo sua dor, e não amargura (são sentimentos diferentes para expressar momentos significativos, amargura ela teve no começo do trabalho que fazia com o filho, agora era sentimento de estar certa de estar fazendo seu melhor numa atitude de reconciliamento). Neste momento estávamos tendo uma união de sentimentos, pois eu conseguia compreendê-la, uma união de nossas almas, liberando nossas mentes e almas, guiando-nos para uma compreensão dos momentos vividos, fazendo-nos crescer e transcender o tempo e o espaço.

Subimos e ela comentou a respeito do moço que viera fazer plantão, disse que ele não tinha sido tão bom quanto a moça, pois utilizou os materiais e os deixou desorganizados e que era mais difícil com homens pois eles não se sujeitavam a respeitar o que ela falava que deveria ser feito.

Aproximação: Reinstalei o soro em José, observei que seus lábios estavam sangrando, sempre que lá chegava ele estava mexendo nos lábios, coçando-os e cutucando-os. Tinha uma lesão logo ao lado da rima labial superior, um Sarcoma de Kaposi. Sempre queixava-se de lábios ressecados, eu já havia orientado que passasse vaselina e os deixasse sempre molhados com água. Estava bem depletado, relatou-me, o que foi confirmado por sua mãe, que estava com presença de grande quantidade de sangue nas fezes e que tinha diarreia de forma ininterrupta. Estava mais tranqüilo, parecia bem abatido, mais fisicamente do que no aspecto moral e emocional, seu aspecto físico tinha se depauperado muito, estava tendo períodos de sonolência prolongada, e as vezes ficava semi-consciente, outras vezes estava bem alerta, dizia-se cansado, mas seu aspecto emocional estava entrando em equilíbrio. Pareceu-me que estava bem tranqüilo com sua mãe e tia, (o ambiente da casa era todo ele mais quieto, sereno, as pessoas conversavam, mais

pausadamente, sem o nervosismo e alterações anteriores). Sua mãe relatou-me que durante a noite ele apresentou algumas conversas meio estranhas e falas desconexas. Ele conversou vagarosamente comigo, parecia estar dormindo algumas vezes, mas quando sua mãe entrava no quarto e fazia alguns comentários, ele logo abria os olhos e parecia perceber o que estava ocorrendo porque assim que ela saía ele fazia alguns comentários a respeito do que ela havia falado comigo.

Conversei com Selma pelo telefone sobre as condições de José, disse a ela que já estava na hora de providenciar as questões relativas ao enterro de José, pois ele estava piorando muito rapidamente e que não demoraria muito sua morte. Selma relatou-me que ele vinha tendo alguns sonhos estranhos sobre situações que a envolviam e a ele.

José faleceu cinco dias depois às cinco horas da manhã, às sete horas Selma comunicou-me e relatou-me como havia sido, que ele tinha permanecido silencioso, entrando em coma no início da noite. Que a sua mãe e tia estavam tranqüilas .

Semanas mais tarde tive contato com Selma, ela contou-me detalhadamente como haviam sido os momentos finais de José, disse-me que ele estava tranqüilo e que quando sua mãe percebeu que ele estava entrando em coma, chamou Selma, e juntas ficaram no quarto, sentadas no sofá rezando. Após abraçaram-se, mãe, tia e Selma e juntas choraram.

Tive oportunidade de encontrar a mãe do José após três meses de seu falecimento e pudemos conversar e resgatar alguns fatos sobre os momentos vividos durante os cuidados com seu filho. Eu tinha muita curiosidade em saber como ela estava com relação a seus sentimentos e como havia sido seu enfrentamento com relação à perda de seu filho. Ela referia-se a sua perda com muita serenidade e tranqüilidade pareceu-me que havia muita resolutividade de seus sentimentos, e que o fato de ter cuidado de seu filho ajudando-o nos seus momentos finais de vida, favoreceu o resgate de seus laços afetivos restabelecendo e fortalecendo seu "self".

6.2 Segundo Estudo de Caso

O primeiro encontro com Joana ocorreu num ambiente hospitalar, eu estava estagiando com as alunas da disciplina pela qual sou responsável e uma de minhas

alunas cuidava desta paciente. A aluna estava com uma dificuldade no funcionamento da veia de Joana e chamou-me. Aproximei-me do leito e conversando com a paciente, puncionei a veia e começamos a falar sobre o porquê de ela estar ali, disse-me ser diabética e estar descompensada. Fiz observações com a aluna sobre como proceder as orientações para o auto-cuidado da paciente. Voltei várias vezes para ver Joana durante o período de internamento até sua alta.

O segundo contato foi novamente numa de suas internações hospitalares e outra vez uma de minhas alunas da disciplina, de um semestre posterior, estava prestando cuidados a ela. Joana reconheceu-me e contou-me o motivo de sua internação. Conversamos a respeito de sua casa, e de seus familiares e da alegria que ela estava sentindo por estar sendo cuidada novamente por uma de minhas alunas. A aluna relatou-me a dificuldade que estava tendo em envolver a paciente no seu auto-cuidado, pois a mesma fazia internações freqüentes por infecção urinária de repetição. Neste período eu estava cursando a disciplina do Mestrado - Prática Assistencial e procurava pacientes para prestar cuidados a domicílio. Assim, senti em Joana uma paciente com quem o meu estudo poderia ser desenvolvido. Perguntei-lhe se gostaria de receber minha visita em sua casa, pois ela estava fazendo internações freqüentes e talvez eu pudesse ajudar a família com orientações sobre como cuidar no domicílio. Joana aceitou prontamente, dizendo que ficaria feliz com minha visita. Deu-me o endereço, o número do telefone e o nome de sua mãe.

Contato Inicial: Durante esta internação procurei me aproximar da paciente conhecendo-a. Joana já havia sido internada oito vezes no mesmo hospital, sempre por descompensação de sua diabetes. Contou-me que estava diabética há dez anos, tendo diminuição da função tiroideana, incontinência fecal e urinária. Tomava medicações com receita médica, como Insulina, duas vezes ao dia, AAS infantil para evitar trombose, Triptanol para dormir, Imosec para a incontinência fecal, devido a problemas endócrinos e Simonel para o hipotireoidismo. Seguiu dieta hipoglicêmica e pobre em gorduras, tomando até dois litros de água por dia. Apresentava dificuldades de locomoção, devido a problemas neuromusculares decorrentes do comprometimento causado pelas doenças metabólicas que possuía. Segundo sua informação, relacionava-se bem com seu pai, mãe, e irmãos.

Com esses dados e com o endereço de sua residência, combinei visitá-la em sua casa.

Para a primeira visita domiciliar que fiz a Joana, contatei telefonicamente

sua residência para agendar a visita em horário conveniente para todos. Sua mãe atendeu-me dizendo que não haveriam problemas se eu pudesse estar lá no meio da manhã do próximo dia, por volta das dez horas, e ensinou-me como chegar até sua casa.

Eu estava bastante curiosa e com algumas expectativas quanto ao que iria encontrar. Mais uma vez eu procurava me despir de quaisquer pré-julgamentos, pois no ambiente hospitalar todo seu contexto já me era muito familiar, mas na casa de uma família várias questões precisavam ser observadas e compreendidas para que o cuidado se realizasse conforme eu preconizava e como abordei na revisão de literatura e em meu marco referencial. O ambiente do domicílio é a referência da família, é seu ninho, um local onde suas coisas, seus cheiros, suas lembranças estão presentes, por isso deveria ser considerado e apreciado, pois era um dado muito importante para que o processo de cuidar pudesse ocorrer.

Contato Inicial com a Mãe: Toquei a campainha e dona Dália veio atender, abriu o portão e apresentei-me dizendo meu nome e que estava ali para ver sua filha. Levou-me para dentro de sua casa até o quarto onde estava Joana, desculpando-se pelos brinquedos espalhados pelo chão da copa e sala de estar, pois estava cuidando de um neto.

Aproximação: Aproximei-me da cama de Joana, cumprimentei-a e sentei-me aos pés do leito começando a conversar. Perguntei-lhe como estava passando, respondeu-me que estava controlando sua diabete, tomando insulina subcutânea duas vezes ao dia, perguntei-lhe se fazia glicosúria e como estava aplicando sua insulina, explicou-me como realizava a aplicação de insulina, (utilizava a forma adequada) e disse-me que algumas vezes usava a glicofita, mas que a fita era muito cara e não poderia usá-la sempre. Contou-me que estava utilizando uma sonda vesical de alívio para controlar sua incontinência urinária. Como eu sabia que ela desenvolvia infecção urinária de repetição, resolvi investigar como eram os procedimentos e materiais utilizados na sondagem. Sua mãe entrou no quarto e ouvindo nossa conversa, na medida em que eu questionava como a sonda era passada, quais os horários e quais materiais eram utilizados, respondia-me juntamente com Joana. Pelas respostas detectei vários problemas com relação ao procedimento de passagem da sonda, entre eles o cateter, ou sonda de alívio que era esterelizado, permanecendo em um vidro com solução de álcool 96%, sendo retirada dali e passada na paciente; observei que não havia uma programação rotineira para a passagem da sonda, como uma escala de horário, para favorecer

o enchimento e esvaziamento da bexiga que corroborasse com a utilização de qualquer tônus vesical residual; a falta de uma higiene íntima adequada antes da passagem da sonda; a técnica da passagem da sonda de forma incorreta como sua introdução e manutenção até completo escoamento; e receptáculo para coleção da urina.

Percebi que Joana estava dependente dos cuidados físicos realizados por sua mãe, mas me pareceu que ela tinha condições de realizar alguns cuidados por si mesma e não os fazia por aparentar um desânimo muito grande com relação a sua vida, suas atividades de manutenção e seu futuro. Usei aqui a habilidade de, através da observação do que identifiquei em meus encontros anteriores, de informações de minhas alunas, de comportamentos apresentados naquela visita com relação a sua mãe, de ações realizadas com ela mesma, ter sensibilidade e intuição para acuradamente detectar os sentimentos interiores de Joana. Também utilizei os fatores de cuidado como ter sensibilidade para com os outros, aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos, porque os sentimentos alteram pensamentos e comportamentos, pois para WATSON (1985, p.50), a mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. Durante todo o tempo desta conversa, Joana sempre esperava sua mãe responder e fazia alguns apartes respondendo a algumas questões, mas as duas aparentavam um comportamento muito simbiótico de dependência uma da outra. Joana se mostrava insegura, captei este sentimento pelo mexer das mãos, movimentar dos olhos e indecisão nas respostas.

Separação: Propus-me a trabalhar com elas a respeito da melhor forma de resolver estes problemas, e disse que voltaria num próximo dia com as informações corretas a respeito da passagem da sonda e de sua esterilização e outros assuntos de interesse mútuo. Eu estava tentando utilizar o processo de cuidado criativo para resolver os problemas de Joana e de sua mãe, desenvolvendo o ensino e cuidado transpessoal para que através de informações e alternativas elas pudessem ter o máximo controle sobre suas próprias vidas e saúde. Isto seria facilitado mediante o ensino de técnicas de ensino-aprendizagem, permitindo que os indivíduos cuidem de si mesmos, determinem suas próprias necessidades e promovam seus crescimentos individuais. Também tentava prover um ambiente protetor e/ou corretivo mental, físico, social e espiritual, através do reconhecimento de que o ambiente do cliente inclui variáveis internas e externas, e que existe uma interdependência entre eles adequando assim todo o processo de resolução dos problemas apresentados até este momento, como escreve WATSON (1979) em

seus fatores de cuidado 8, 7 e 6.

Voltei para uma nova visita domiciliar a Joana e não encontrei sua mãe, pude então conversar em particular com ela.

Contato Inicial: Entrei na residência e dirigi-me diretamente ao quarto de Joana. Fiquei contente por ela estar só, pois sua mãe na visita anterior não nos tinha deixado sozinhas e eu sentia a necessidade que a paciente tinha de falar sobre coisas íntimas, sem a presença da mãe.

Aproximação: Sentei-me aos pés do leito de Joana e começamos a conversar sobre como ela se sentia, disse-me que estava bem, olhando-me nos olhos. Mas suas expressões faciais e corporais eram bem diferentes de sua resposta. Inferi que ela não fazia isto com o intuito de testar-me. Refleti que talvez fosse mais um hábito decorrente de vários contatos com os profissionais de saúde de diferentes instituições que se aproximam dos clientes perguntando-lhes sobre suas condições, mas muitas vezes sem o desejo genuíno de ouvi-los ou saber como estão, pois já têm seus diagnósticos e terapêuticas processados independentemente do que realmente o cliente necessita. Eu precisava mostrar a Joana que verdadeiramente estava interessada nela como pessoa e que gostaria de desenvolver com ela uma relação de cuidado transpessoal.

Escolhi dar prioridade à abordagem de suas condições físicas. Observei como estavam seus membros inferiores. Suas pernas estavam edemaciadas e ressecadas. Perguntei-lhe como cuidava delas e ela mostrou-me uma solução hidratante usada que estava próxima, na sua mesa de cabeceira. Orientei-a a massagear seus membros várias vezes por dia, com movimentos ascendentes para facilitar o retorno venoso e também que procurasse deixar os pés mais elevados que o resto do tronco, sempre que ela estivesse em repouso, para reduzir o edema. Poucas vezes ela saía da cama, não tinha grande interesse em ficar na sala de estar vendo televisão, ou ir para outros cômodos da casa. Eu estava utilizando o fator de cuidado nove, onde se pode focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela. As necessidades humanas para WATSON (1979), podem ser de ordem inferior, ou seja, as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou necessidades funcionais. Escolhi atender às necessidades físicas de ordem inferior para tentar de algum modo começar a provocar alguma mudança, a fim de obter a confiança de Joana no cuidado que esperava desenvolver com ela.

Ela contou-me nesta conversa, que naquele dia ainda não havia tomado banho,

pois estava aguardando sua mãe que saíra juntamente com sua irmã, para resolver problemas domésticos. Falou um pouco sobre o número de irmãos que possuía, onde moravam, sobre o pai que era separado da mãe e sobre sua ausência. Este assunto me pareceu incomodá-la. Comentou a respeito dos casamentos de suas irmãs, suas ocupações profissionais e seus filhos. Notei nesta hora uma certa melancolia, como se ela pensasse em sua própria vida e em quanto ela percebia ser diferente da vida de suas irmãs e irmãos. Sempre que me aproximava de Joana eu sentia um desejo muito grande de confirmar sua subjetividade, o que era próprio dela, de seu interior, suas emoções e seu espírito. Isto poderia ocorrer em maior profundidade e já estava ocorrendo através da observação de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição. Eu tinha um sentimento e intuição que me diziam que poderíamos ter uma relação transpessoal. Eu precisava achar a chave para que juntas conseguíssemos nos encontrar.

Separação: Eu havia trazido duas novas sondas vesicais de alívio, cateteres uretrais, e tinha planejado orientar dona Dália em sua utilização, mas como ela não estava presente, mostrei-os a Joana fornecendo explicações sobre sua utilização. Disse-lhe que voltaria para ensinar sua mãe.

O próximo contato com Joana e sua família ocorreu dois dias depois.

Contato Inicial com a mãe, dona Dália: Cheguei à casa, sua mãe abriu o portão para mim e conversamos a respeito do trabalho que eu estava desenvolvendo. Nesse dia pude novamente conversar sobre os propósitos do meu trabalho e deixar claro que eu estava trabalhando não por indicação de alguma assistente social do hospital onde ela sempre se internava, mas porque eu sentia que poderia ajudá-las a adequar suas vidas, da melhor forma possível, pois ter um familiar com problemas de doença em casa, sob responsabilidade da família, era algo que muitas vezes poderia tornar necessária a intervenção de algum profissional e que eu poderia ajudá-los em algumas dificuldades que surgissem, na medida de minhas capacidades profissionais. A mãe se sentiu esclarecida, pois expus para ela todas as questões ético-legais a respeito da minha vontade de registrar a experiência pela qual estávamos passando. D. Dália leu o documento de consentimento pós informação (Anexo - 1), cujo propósito era a autorização para realizar o cuidado de enfermagem e incluí-los no relatório final da dissertação de mestrado e assinou-o

Aproximação com a mãe: Dona Dália falou-me que sua filha estava muito revoltada com sua situação, com sua doença e com sua vida, mas que a

partir de minha vinda a sua casa e disposição em ajudá-las, Joana estava mais tranqüila, por isso ela achava que Joana gostava de mim, pois ela não deixava muitas pessoas se aproximarem, não tinha mais amigos, não gostava de visitas, recusando-se até mesmo a receber seu namorado de anos anteriores que sempre queria vê-la. Permitia que somente algumas pessoas ligadas a uma congregação religiosa viessem vê-la e prestar-lhe algum auxílio e conforto religioso e durante sua internação nunca aceitou intervenção da psicóloga.

Continuando a conversa com a mãe passamos a falar sobre a sonda vesical e a melhor forma em esterelizá-la no domicílio. Optamos pela panela de pressão. Eu havia trazido um material sobre o assunto onde estava descrita a técnica da utilização da panela de pressão para esterilização. Expliquei como utilizá-la, mostrando-lhe na própria panela como proceder, quantos minutos deixar a sonda vesical, como fazer quando já estivesse estéril. Após estas orientações, salientei a importância da lavagem das mãos pré e pós procedimento e como conservar a sonda estéril até sua utilização.

Separação com D. Dália: D. Dália procurou aprender a técnica, mostrando interesse e fazendo perguntas. Ao final repetiu para mim como proceder, e pediu-me o material para ler e recapitular o que havia aprendido.

Aproximação: Cheguei ao quarto de Joana que estava na cama. Abracei-a e começamos a conversar. Disse-lhe que tinha trazido o material para esterilização da sonda e expus a ela novamente com maiores explicações todo o procedimento e cuidados anteriores e posteriores à passagem do cateter vesical de alívio, pois percebi pelas perguntas de Joana que haviam ficado algumas dúvidas com relação à orientação dada anteriormente. Destaquei a importância dos cuidados também durante a passagem da sonda. Mostrei-lhe o documento de consentimento pós-informação e solicitei sua assinatura. Assinou-o, pois já sabia do meu desejo de realizar este estudo e concordava com ele.

Separação: Após a assinatura do documento, conversamos a respeito das condições de seus membros, pernas e braços, que estavam edemaciados, secos e com a pele descascando, salientei as orientações sobre a importância das massagens com solução hidratante.

A visita subsequente a Joana ocorreu após 3 dias e encontrei-a indo ao banheiro, para tomar banho com auxílio.

Aproximação: Cumprimentei-a e ajudei-a a banhar-se, enxugar-se e

pentear os cabelos, que estavam tintos e já precisavam de retoque na raiz. Disse-me que estavam secos e que não estava disposta a pintá-los mais. Após, sentou-se em sua cama e começamos a passar juntas o creme hidratante em seus membros, eu procurava mostrar a ela como realizar a distribuição do creme de modo a favorecer a circulação e o retorno venoso, contribuindo para a redução do edema. Suas mãos estavam também edemaciadas. Perguntei-lhe se gostava de pintar ou escrever, ou de qualquer outro tipo de atividade que pudesse realizar para movimentar as mãos, respondeu-me que gostava muito de pintar.

Encontro transpessoal: Contou-me então que sua irmã sairia de férias e que ela gostaria de viajar juntamente com ela e sua mãe. Iriam à casa de um irmão que trabalhava no Beto Carrero em Armação-Santa Catarina, mas devido às suas condições achava que não seria possível, pois era dependente, teria que usar uma cadeira de rodas e apresentava várias desculpas para a não realização desta viagem. Percebi que ela tinha um desejo muito grande de provocar uma mudança na rotina de sua vida e que a viagem seria uma ótima oportunidade para que isto ocorresse, mas ao mesmo tempo provocaria mudanças que exigiriam um posicionamento frente ao seu modo de viver. Estes pensamentos provocavam uma insegurança em Joana, pois ao mesmo tempo que fornecia alternativas de soluções a problemas, como por exemplo “eu poderia usar uma cadeira de rodas para me locomover”, imediatamente refletia que estaria presa a ela e tornaria real sua situação perante os outros e a ela mesma. Ouvi-a atentamente analisando a situação para de alguma forma ajudá-la a perceber que ela poderia modificar o enfrentamento do seu vivido para tentar alterá-lo para uma situação mais positiva. Eu tentava, como escreve WATSON em suas pressuposições, aceitá-la não apenas como ela era agora, mas naquilo que ela poderia vir a ser. Também procurava promover com meu cuidado, um ambiente de cuidado que proporcionasse o desenvolvimento do seu potencial, ao mesmo tempo permitindo que Joana escolhesse a melhor ação para si mesma. Para isto procurei mostrar-lhe que existiam formas de se conseguir uma cadeira de rodas dobrável, e que elas poderiam alugar uma que seria usada para transportá-la, facilitando muito sua locomoção. Seria importante e necessária uma conversa com sua irmã para que fosse verificada a data da viagem para o planejamento da locação. Eu poderia verificar os locais que alugavam e faria contato.

Separação: Despedi-me de Joana pensando numa forma de trabalhar melhor suas questões físicas e psicossociais.

No próximo encontro, Joana estava sozinha, sua mãe tinha ido ao supermercado.

Aproximação: Cumprimentei-a abraçando-a. Joana estava em sua cama, havia tomado banho sem ajuda, estava sorridente, e animada. Eu havia selecionado alguns livros de pinturas e lápis de cor juntamente com álbuns para colorir. Mostrei-lhe o que havia trazido e ela mostrou-se disposta a colorir alguns desenhos e me mostrar depois. Contou-me que estava realizando a passagem da sonda com sua mãe da maneira como haviam sido orientadas. Perguntei-lhe quantas vezes por dia. Respondeu-me que era passada de forma não escalonada. Reforcei as orientações sobre a necessidade de estabelecer horários para a passagem da sonda e o porquê deste cuidado. Relatou-me sobre sua eliminação intestinal, às vezes ficava com diarreia e incontinência intestinal, atualmente estava com fezes tendendo para a normalidade. Perguntei-lhe se tinha o hábito de realizar esvaziamento intestinal no vaso sanitário, todo o dia na mesma hora por 10 minutos, respondeu-me que não. Orientei sobre a importância da realização desta ação para tentar diminuir sua incontinência fecal e também favorecer um possível esvaziamento urinário. Entreguei a ela os números telefônicos das empresas que locavam cadeiras de rodas.

Encontro transpessoal: Todas as vezes que me aproximava de Joana, ao cumprimentá-la eu a abraçava e desta vez o fiz de forma calorosa. Eu sentia que ela tinha necessidade de um certo aconchego, afago, carinho. Para explicar este ponto utilizo WATSON (1979) que escreve em seu fator de cuidado 10, sobre a necessidade que o enfermeiro tem de ter a consciência da presença de forças existenciais-fenomeológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Para isto, WATSON (1985) coloca que a enfermagem realiza uma união com o outro através de condições como: movimentos, gestos, olhares, atos, procedimentos, informações, toque, sons, palavras e outros similares científicos, estéticos e de significado humano. Portanto, eu tentava através do gesto de abraçar calorosamente e de segurar suas mãos algumas vezes, aproximar-me mostrando a ela que eu estava procurando compreendê-la. Eu estava me unindo a ela em suas incertezas, suas dificuldades, suas esperanças e sonhos.

Com estas atitudes eu percebia que nós nos contatávamos, pois ela ficava tranquila, serena, sorridente e pronta a conversar sobre suas inquietações e sobre suas conquistas em procurar desempenhar suas atividades pessoais diárias. Valorizei seu comportamento dando importância à realização de sua higiene pessoal sem ajuda, mostrando a ela ser este um grande avanço, pois na medida em que ela

conseguisse cada vez mais se auto-determinar muitas outras coisas poderia realizar sem auxílio.

O encontro transpessoal pode ocorrer sem palavras. O sentimento que advém deste encontro entre os dois seres, transcende tempo e espaço e neste momento ao tentar descrevê-lo tenho claro em todo meu ser a recordação dos momentos vividos com Joana, do que não falamos, do que falamos e do que compartilhamos. É um momento único de harmonia, pois o ser humano ganha uma nova auto-imagem mais confiante, fruto da descoberta de recursos pessoais, da certeza de que é valorizado e estimado enquanto pessoa.

Separação: Saí desta visita portando sentimentos paradoxais: sentia muita leveza e alegria, mas também um peso muito grande por ter a responsabilidade de tentar de alguma maneira ajudar Joana a encontrar novas maneiras de enfrentar seu viver.

Após esta visita, comecei a refletir sobre uma leitura do livro *O paciente como ser humano* de REMER (1993), que havia começado a realizar. Nele a autora reconhece que o tratamento dos enfermos pode ser sensível e eficiente, sendo considerado uma resposta ao contínuo desafio de se adaptar as disciplinas científicas às necessidades, valores e prioridades humanas.

Identifiquei com esta autora algumas formas de como proceder meu contato como Joana. Neste livro no capítulo três, onde é abordado o tema: uma maneira saudável de ter uma doença, a autora escreve que qualquer tipo de crise nos estimula a ampliar nossa perspectiva e a nos tornar mais conscientes de nossas verdadeiras necessidades e dos recursos não utilizados. Para que as pessoas sejam apoiadas em suas explorações sobre as causas de suas doenças, sobre suas vantagens e habilidades pessoais para conviver com elas ou ultrapassá-las, os profissionais de saúde podem utilizar diversos métodos e técnicas como imagens mentais dirigidas e visualização, exercícios de relaxamento, biofeedback, um diário pessoal, gestalterapia e outras.

REMER (1993, p. 114) diz que estes “métodos constituem enorme auxílio para as pessoas doentes reconhecerem forças, recursos e qualidades individuais dos quais não tinham consciência e perceber a habilidade para torná-los mais presentes na vida cotidiana.”

No capítulo dois REMER (1993, p. 77) descreve uma técnica básica de visualização com cinco estágios: 1º - Pedir ao doente que veja através da imaginação

a parte do corpo que o incomoda - estimulando-o a encontrar uma imagem de sua doença que representa o problema (depende da percepção da pessoa a respeito da situação); 2º - Falar com a imagem e dizer-lhe como se sente (neste momento o sentimento da pessoa com relação à doença fica claro); 3º - Perguntar o que a imagem ou parte dela necessita; 4º - Perguntar por que a parte deseja determinada conduta (as respostas refletem o desejo de atenção, cuidados ou compreensão); 5º - Do que você gosta nesta parte?

Achei que talvez eu pudesse utilizar com Joana a técnica de visualização para auxiliá-la a descobrir potencialidades pessoais que a ajudassem a adequar suas condições físicas e psicológicas ao seu viver. Como a técnica descrita no livro se dirige a uma parte do corpo que esteja doente resolvi adaptá-la a uma forma geral de mudança de enfrentamento, sobre como ela reagiria fazendo sua viagem ao local para onde estava pretendendo ir.

Eu tentaria trabalhar com ela uma visualização positiva do como ela poderia vir a viver, ou seja, mais independente, com maior vontade de realizar suas tarefas pessoais de cuidado e também através deste procedimento que ela pudesse perceber que relacionar-se com outras pessoas poderia dar a ela uma oportunidade de relações de troca e de sentido da vida.

A visita que ocorreu após esta reflexão aconteceu dois dias depois. Ao chegar à casa de Joana sua mãe estava presente, levou-me ao quarto da filha e deixou-nos a sós.

Aproximação: Abracei Joana calorosamente. Relatou-me suas condições, estava desanimada, incerta quanto a viagem que gostaria de realizar.

Encontro transpessoal: Perguntei-lhe se já havia pensado em como era sua vida antes de ficar doente, respondeu-me que sim. Contou-me como eram suas relações com o namorado, amigas e como saía e também que já havia estado no local onde pretendia ir, no Beto Carrero World. Perguntei-lhe como ela achava que iria ser desta vez, se ela fosse nas condições em que estava. Ficou silenciosa, pensando. Pedi para que visualizasse como achava que poderia ser. Descreveu-me facilidades e dificuldades que encontraria. Pedi-lhe que se concentrasse nas dificuldades e de que forma poderia vencê-las. Disse-me que poderia vencer algumas como: usar realmente a cadeira de rodas, algumas vezes se necessário poderia ser carregada de um lugar a outro, nos braços de seu irmão que lá morava e trabalhava. Pedi-lhe que pensasse nas coisas boas que lá iria encontrar. Descreveu velhos amigos que gostaria de ver, seus sobrinhos, a cunhada e as atrações do parque.

Falava sobre isto muito animadamente. Perguntei-lhe se não seria bom poder viver tudo isto, estar com estas pessoas, revê-las. Repondeu-me que sim. Salientei a ela que algumas situações de nossa vida poderiam ser mudadas e que isto poderia acontecer para melhor ou para pior, que dependia da reação de cada um. Eu acreditava que ela possuía forças, recursos interiores para mudar sua vida para melhor, mas que dependia somente dela. Joana ficou refletindo no que eu dissera.

Eu tentava utilizar juntamente com a técnica de visualização o fator de cuidado 6 de WATSON (1979), onde a enfermagem utiliza o processo criativo para resolver problemas, considerando que cada situação é nova e requer uma adaptação criativa e única do conhecimento teórico adquirido e atualizado pelas experiências práticas vividas anteriormente.

Separação: Disse-lhe que a aluna que havia cuidado dela recentemente estava interessada em vê-la, e perguntava se poderia visitá-la, respondeu-me que gostaria muito da visita. Despedimo-nos e fui embora refletindo sobre como iria encontrá-la na próxima visita, e o que ela iria comentar sobre esta nossa conversa.

Cheguei à casa de Joana com a aluna, D. Dália abriu-nos a porta, apresentei-lhe a aluna e depois fomos encaminhadas ao quarto de sua filha.

Aproximação: Joana estava deitada na cama, de banho tomado, bem arrumada, muito bonita, nos aguardando. Cumprimentou-nos animadamente. A aluna começou a conversar com ela perguntando-lhe sobre suas condições. Joana respondeu a todas as questões de forma muito cordial. Ela aparentava estar bem descontraída e feliz com a presença de mais alguém visitando-a. Relatou a aluna o desejo de viajar e alguns preparativos que já estavam em andamento. Refleti que nossa conversa da visita anterior tinha dado alguns resultados, pois ela estava fazendo planos para o futuro de forma muito animadora.

Separação: Despedimo-nos e ela solicitou a aluna que a visitasse outras vezes.

Voltei para ver Joana dois dias depois, encontrei-a saindo do banho

Aproximação: Cumprimentei-a e a ajudei a pentear os cabelos, começando a conversar. Mostrou-me os desenhos que havia colorido e o quanto sua mão tinha melhorado em relação ao edema.

Encontro Transpessoal: Relatou-me a conversa que tivera com sua irmã, disse-me que estavam planejando a viagem, a data provável da mesma e que os preparativos já estavam sendo realizados. Contava-me estes fatos muito

alegremente, estava com muita vontade de viajar. Eu percebia que ela tinha algumas dúvidas com relação a como as coisas ocorreriam quando chegasse ao parque, mas estava firme na idéia de ir e ficar hospedada na casa do irmão que trabalhava e morava dentro do parque. Eu procurava detectar seus sentimentos interiores positivos e negativos, para tentar junto com ela trabalhar suas dificuldades, mas parecia-me que ela própria estava encontrando potencial em si mesma para superar suas dificuldades atuais.

Separação: Despedi-me de Joana desejando-lhe que fosse boa a viagem que transcorreria provavelmente dali a dois dias. Combinamos que na sua volta ela me ligaria para que eu pudesse visitá-la.

Quinze dias depois recebi um telefonema de D. Dália, avisando-me que já estavam em casa há dois dias e que Joana gostaria de ver-me.

Cheguei a casa de Joana, sua mãe recebeu-me.

Aproximação com D. Dália: Contou-me como havia sido a viagem, falou-me das dificuldades e das coisas boas que haviam acontecido, disse que no geral as coisas tinham ido bem e que Joana ficara bem animada. Relatou-me que precisava marcar uma consulta para Joana que estava com dificuldades. Dispus-me a agendar uma consulta no ambulatório do Hospital onde ela realizava seu tratamento.

Encontro transpessoal com D. Dália: Eu percebia que D. Dália estava muito cansada, e se sentia sobrecarregada por ter que cuidar sozinha de Joana, pois ainda havia muitos problemas e muitas vezes Joana tinha períodos de isolamento e tristeza. Coloquei a ela que eu entendia a situação que ela vivia, pois cuidar de um familiar doente muitas vezes era uma carga pesada e que havia alguns períodos que realmente eram muito difíceis. Disse-lhe que talvez fosse necessária uma ajuda externa, alguém com um preparo específico, como uma ajuda psicológica, tanto para Joana quanto para ela. Respondeu-me que Joana teria dificuldade para receber este tipo de ajuda, mas que conversariam e pensariam a respeito.

Pareceu-me que a mãe percebia que a relação de dependência mútua, que desenvolvia com a filha, poderia ser modificada e elas teriam que enfrentar uma mudança neste relacionamento, a partir de um acompanhamento psicoterápico. Eu estava desenvolvendo o fator de cuidado 9 de WATSON (1979) onde há também necessidades de ordem superior, as necessidades psicossociais ou integradoras e as intrapessoais-interpessoais que são necessárias quando se busca crescimento..

Aproximação: Joana abraçou-me e junto com a mãe entregou-me um presente que haviam trazido da viagem, era uma lembrança do parque Beto Carrero. Agradei e fiquei muito sensibilizada. Pareceu-me que elas estavam me dizendo que de alguma forma eu havia contribuído para que aquela viagem houvesse ocorrido. Joana então contou-me sobre a viagem, descreveu o que viu, quem encontrou, como se relacionou com as pessoas, as dificuldades que teve e alegrias que pôde viver.

Separação: Disse a ela que eu iria marcar a sua próxima consulta no ambulatório e que nos veríamos.

Encontrei Joana dois dias após sua consulta

Aproximação: Joana estava triste com seu estado de saúde física, pois não havia melhorado. Refleti que realmente ela necessitava de uma ajuda psicológica. Abordei o assunto com ela dizendo que o que eu poderia fazer em relação aos cuidados de enfermagem, eu havia feito, mas agora eu me sentia sem condições de ajudá-la. Disse-lhe que seria muito bom que ela pensasse sobre a ajuda de uma outra pessoa como uma psicóloga, para conversar com ela e que possivelmente este profissional poderia contribuir para que ela aceitasse suas condições, adaptando-as da melhor forma possível. Joana ficou refletindo sobre o assunto.

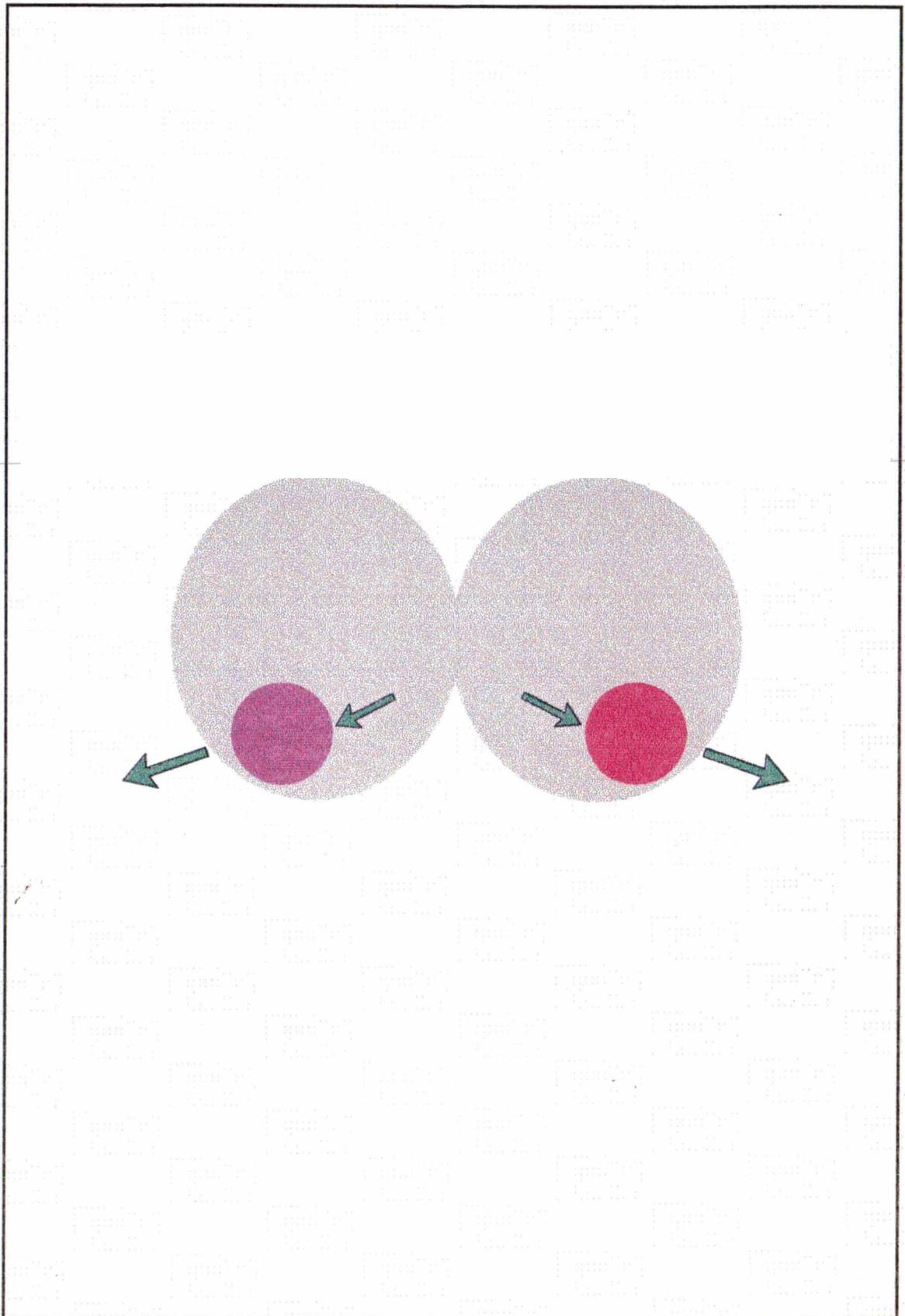
Separação: Eu me despedi de Joana triste, pois percebi que eu pouco poderia fazer para ajudá-la. O que eu como enfermeira realizando o cuidado de enfermagem transpessoal no domicílio poderia fazer, havia feito. Agora era necessária a intervenção de um profissional específico. Eu a estava encaminhando a algum. Tinha até sugerido a Joana e a sua mãe como conseguir através do ambulatório do Hospital de Clínicas. Restava agora que elas decidissem como agir.

A tristeza que sentia poderia melhor ser descrita em impotência e até reconhecimento de minhas limitações em cuidar dos profundos problemas que Joana e D. Dália apresentavam. Como acredito que o ser humano é um ser que compartilha e está buscando harmonia e comunhão com aqueles que o cercam, mas ao mesmo tempo também acredito que o ser humano pode ser entendido numa estrutura de conflitos de desenvolvimento que exigem uma resposta de enfrentamento e que quando ele não tem mecanismos suficientes para atravessar esta fase vem o adoecer. Penso que Joana e D. Dália necessitavam enfrentar seus reais condições de vida, para isto seria necessário um desejo sincero deste acontecer, um permitir-se entre ambas e também cada uma delas em particular,

pois para ocorrer o cuidado de enfermagem transpessoal é preciso um mover-se do enfermeiro e do cliente - o self de cada um deles - (WATSON, 1985, p. 70) . Este mover-se é quando cada um dos envolvidos na relação transpessoal tem como base o querer, o permitir. Só posso me relacionar com o outro quando eu e o outro estivermos desejosos de que isto aconteça. Eu seentia que da parte da Joana e de D. Dália este permitir demandaria mudanças muito significativas em suas vidas, as quais ainda não estavam suficientemente preparadas.

Duas semanas depois conversei pelo telefone com D. Dália. Nesta ocasião ainda não tinham conversado com uma psicóloga. Eu senti que estavam resistentes a esta intervenção.

Uma semana depois liguei novamente para casa de Joana, ela atendeu e conversamos. Não me deu qualquer informação a respeito de qualquer tipo de acompanhamento psicoterápico. Não insisti em verificar se ele estava ocorrendo ou não.



SEPARAÇÃO

7. REFLETINDO SOBRE O PROCESSO VIVIDO

O vivido representa sempre uma rebeldia e uma fuga das racionalizações e legitimações da normalidade racional, porque é moldado por afetos não explicados, por sentimentos indefinidos, por emoções confusas. Falar do vivido é aceitar o fragmentado, o fugidio, o heterogêneo, ou seja aquilo que por mais que se diga, sempre está em algum outro lugar que não aquele do discurso que pretende imobilizá-lo (SANTIN , 1995 , p.13).

Por maior cuidado e zelo que tenha havido ao registrar o vivido entre os pacientes, seus familiares e minha pessoa, permanece sempre a dúvida entre o que se deu e o que se registrou . Será que realmente consegui transpor para o papel a complexidade e abrangência da relação transpessoal ?

Viver as situações de cuidado transpessoal em domicílio me causou muitas reflexões, indagações e algumas poucas certezas, mas eu tinha uma inquietação muito grande em passá-las para o papel, pois tinha como pretensão levar o leitor a perceber a relação transpessoal através do processo de cuidar descrito.

Procurei escrever os dois estudos de caso na esperança de que o leitor pudesse ter uma visão clara do que aconteceu entre os participantes do processo de cuidar. Optei pelo processo de cuidar na forma metodológica de fases como já expliquei anteriormente no capítulo 4, para que o trabalho fosse claro e objetivo, mas ele (o processo vivido) teve uma rebeldia, como diz o autor citado acima, pois as relações não se dão necessariamente em formas ou em fases previamente estabelecidas e muitas reflexões advêm destes fatos.

A primeira delas é que os componentes propostos no processo de cuidar: contato inicial, aproximação, encontro transpessoal e separação mostram que sua divisão é meramente didática, pois em alguns momentos o processo de cuidar ocorreu de forma interligada, sem uma divisão clara de fases, confundindo-se umas com as outras, mostrando que o processo de cuidar é algo dinâmico, construído na medida em que os participantes do processo se envolvem com o mesmo.

A segunda trata da forma como descrevi os estudos de caso. Algumas vezes podem parecer emaranhados, ou melhor, a forma como os descrevi pode estar interligando fatos ou acontecimentos, misturando-se em um todo ou talvez nas partes. Isto ocorreu, pois como observadora participante, fiz parte do processo, participando como cuidadora do cliente e de sua família ou significantes, não

estando separada das pessoas e de suas atividades. Assim, dentro do cenário, onde se desenvolveu o processo de cuidar, fui atriz, mas com um segundo papel o de cuidadora. Procuro relatar as ações neste cenário como participante e observadora.

Uma dentre as dificuldades deste relato, nos estudos de caso, advém do fato que num mesmo momento retratado muitos acontecimentos ocorreram, por vezes enfoco um participante, relatando algo ocorrido com o paciente e logo introduzo na ação algo sobre um familiar ou amiga. Isto mostra que a situação vivida, o que se passou entre os envolvidos, - eu, paciente e seus familiares -, abrange sempre mais do que um aspecto, uma ótica, uma percepção. Tento retratá-la sob meu olhar, procurando contá-la no seu todo e nos aspectos que tornem claro o processo de cuidar de forma transpessoal.

Uma outra questão é que ao comparar os dois estudos de caso, muitas diferenças ocorreram e me pergunto “é possível generalizar este processo de cuidar proposto?” Respondo que sim, pois como algo subjetivo, eu tenho uma intenção, ou seja, um desejo de confirmar a subjetividade do outro, eu tenho minhas crenças, meus valores, meus conceitos básicos, as pressuposições e fatores de cuidado de Watson, que sempre me guiaram para tentar, em conjunto com o paciente e familiares, encontrar uma melhor forma de perceber sentido na existência e na doença para que ocorresse uma reorganização em ambos, pois a partir da situação apresentada, a reflexão que advém deste momento pode nos levar a novos significados para um viver melhor.

Acreditando na intenção e objetividade necessárias na realização do cuidado, e na importância da consideração do “self” dos envolvidos, respeito mútuo e metas são estabelecidas, como as que ocorreram nas diversas visitas domiciliares que realizei aos dois pacientes e famílias que escolhi relatar neste estudo.

Em quarto lugar, analisando propriamente cada estudo de caso em sua resolutividade, posso dizer que o cuidado transpessoal ocorreu. O que eu me propus a realizar, realizei. Lacunas ocorreram, mas elas fazem parte do processo. Não me propus a realizar cuidado amplo e irrestrito, pois acredito que nunca conseguiremos, como profissionais nunca responderemos a todas as necessidades que nos apresentam as situações de cuidado no viver profissional. Acredito que se tentarmos trabalhar em conjunto com o cliente e seus familiares, poderemos criar um processo que desencadeará uma nova postura frente ao viver.

No primeiro estudo de caso, eu, Selma, José e sua mãe, aprendemos a ser mais humanos, a dar maior valor às relações; aprendemos que laços podem ser

resgatados se tivermos humildade, ousadia e coragem. Perder um ente querido demanda dor, crescimento e outros sentimentos, mas fazem parte da vida em sua plenitude.

No segundo estudo de caso, o fato de não ter conseguido finalizá-lo, resolvendo os problemas de enfrentamento de Joana e D. Dália, fez-me pensar que temos limitações em nosso cuidar e como dizem JOEL e COLLINS (1978, p. 109) “teoricamente uma relação interpessoal deveria terminar somente depois que o benefício máximo tenha sido alcançado [...], mas pode haver situações em que a separação pode ocorrer de forma brusca”. Os mesmos autores exemplificam que esta separação pode ocorrer quando o paciente melhor se beneficiará com a realização do cuidado por outro membro da equipe de saúde, pois o mesmo terá melhor preparo e será mais adequado para trabalhar com aquele paciente em particular.

Aprendi que podemos nos propor a fazer algo que, às vezes, vai além de nossas condições, mas o desejo de fazer não é vão. Acredito que contribuí na vida das duas pessoas envolvidas, assim como elas contribuíram na minha. Sinto que juntos construímos algo, mas que pudemos caminhar somente parte do caminho. Reconhecer minha limitação pessoal e profissional faz parte deste processo de cuidar, assim como faz parte, acreditar que muito foi feito.

O quinto ponto que gostaria de destacar é que sempre escolhi começar minha relação de cuidado com os pacientes e seus familiares pelas questões físicas, pois me sentia competente para atuar nesta área, devido à minha formação técnica. Refleti que também há técnicas de relacionamentos interpessoais que podem ser empregadas e que devem ser utilizadas. Preferi sempre começar pelo que me sentia segura em fazer, para, passo a passo, ir explorando a relação que se desenvolvia.

Aprendi que o subjetivo não é separado do objetivo, que há situações que devem ser concretas, que devem tornar-se reais, palpáveis, como por exemplo: as sondas vesicais dos dois pacientes. A sonda era um problema de ordem física, que necessitava da minha intervenção profissional imediata, com respostas concretas e soluções, mas também existiam outras questões a considerar que transcendiam a estas.

Na medida em que realizava os procedimentos de ordem física, eu procurava analisar as situações vividas com os clientes e familiares como um todo, tentando desenvolver um cuidado transpessoal. Sentia que naquele momento tentava me

organizar, que todo o meu ser profissional e pessoal se preparava para entrar em sintonia como o outro. Eu procurava dar a mim e aos outros um momento de contato, aproximação para que realizássemos o encontro transpessoal.

Não senti falha nesta posição, ao contrário percebi respeito por mim e pelos outros, pois as relações se desenvolveram num crescendo, e no sincero desejo de prosseguir, encontramos um caminho próprio.

Refletindo sobre esta caminhada acredito que o processo é como um rio que aprendeu a contornar seus obstáculos e tem seu próprio trajeto e percurso. Precisamos estar atentos e procurar observar o que nos descortina às margens. Ter interesse na viagem somente pelo ponto final e não considerar o que se vive na jornada é perder a riqueza de toda a beleza do caminho percorrido.

Eu queria terminar sim, queria cuidar de forma transpessoal, mas fazê-lo era considerar o “self” de cada um de nós, os envolvidos no processo. Nossos interiores eram, e são, ricos em lições para todo um viver. Aprendi a ir devagar, mesmo tendo pressa, a aquietar meu interior e ouvi-lo, a tentar ouvir o outro, a aprender e ensinar pela riqueza das vidas compartilhadas.

8. TRAZENDO CONSEQUÊNCIAS

Considero este marco referencial, esta proposta de cuidar de forma transpessoal no contexto domiciliar aplicável, pois não podemos trabalhar o contexto domiciliar reproduzindo meros padrões, normas e rotinas que empregamos em outros contextos. Devemos considerar e atentar que cada casa, cada família, cada indivíduo e seus significantes são únicos. Como tal, cada novo contato é singular, cada adentrar a uma casa, a uma família e seus componentes, é específico. Não existe nada pronto. Este processo proposto busca ao respeitar esta singularidade e especificidade, a estarmos realmente interessados em prestar atenção às diferenças e ao mesmo tempo a algumas semelhanças. Leva-nos a perceber que cuidar em enfermagem é mais que meramente procedimentos, que são importantes, não os desvalorizo, mas que cuidar-cuidado realizado pelo enfermeiro é aquele que ocorre quando ele utiliza todo o seu “self” e o do outro, considerando-os mais do que seres somente biologizados, mas seres apreciados em todas as dimensões humanas, pois cuidado é transmitido diretamente da compreensão interna da enfermeira para com o ser cuidado por ela. Portanto, este estudo tem algumas consequências para a assistência, ensino, pesquisa e saber da enfermagem. ^v

Para Assistência:

- ◆ Oferece referencial a ser utilizado dentro do contexto domiciliar, tão pouco explorado em nossa realidade, possibilitando a avaliação de sua aplicabilidade na assistência à saúde das pessoas.
- ◆ Uma abordagem transpessoal que levará a uma maior aproximação entre a enfermeira, o cliente e seus familiares na relação de cuidar-cuidado.
- ◆ Possibilita a aplicação de uma metodologia da prática de cuidar entre o paciente, os familiares e o enfermeiro no contexto domiciliar.
- ◆ Levanta a necessidade que temos de um maior aprofundamento, nas questões de relacionamentos interpessoais, intrapessoais e transpessoais, pois torna claras nossas deficiências.

Para o Ensino:

- ◆ Pode colaborar para a discussão, aplicação imediata e desenvolvimento nos conteúdos dos currículos de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem sobre o cuidar-cuidado, sobre o contexto domiciliar e sobre o indivíduo com alterações em suas condições de saúde-doença e suas relações familiares.
- ◆ Colabora para o desenvolvimento de marcos referenciais próprios da enfermagem que guiem os professores no ensino da enfermagem.
- ◆ Permite aos alunos dos cursos de Graduação e Pós-graduação o conhecimento da aplicação de marco referencial na prática de enfermagem domiciliar.
- ◆ Levanta a necessidade nos programas de formação de pessoal de enfermagem, da inclusão de temáticas relativas a cuidar de forma transpessoal e cuidar no domicílio.

Para a Pesquisa:

- ◆ Busca uma solução prática e inovadora de cuidar que necessita ser testada exaustivamente, tanto no contexto domiciliar quanto em outros contextos.
- ◆ Apresenta uma forma de estudo ainda pouco utilizada na enfermagem, servindo de exemplo de estudo metodológico dentro de uma abordagem qualitativa e como referencial a estudos que envolvem a relação transpessoal.
- ◆ Colabora para futuros estudos que visem às seguintes proposições :
 - O cuidado domiciliar associado à relação transpessoal pode ser desenvolvido por todos os profissionais da equipe de saúde.
 - O cuidado de enfermagem transpessoal domiciliar é benéfico para o paciente e seus significantes.
 - O processo de cuidar proposto pode atender a inúmeras outras situações de cuidar na enfermagem.

Para o Saber da Enfermagem:

- ◆ Contribui para o saber da enfermagem ao desenvolver conhecimentos relacionados a uma forma inovadora de atuação na prática, pois concebe uma modalidade de processo de cuidar do paciente e familiares a domicílio com uma conotação existencial fenomenológica.

8.1- Propondo um “ir além”

O grande desafio que existe para realizar este trabalho proposto é a necessidade que temos de nos desvincular de padrões pré-estabelecidos, do pensamento dominante de que “ eu sempre fiz assim e deu certo”, ou “há anos aqui as coisas são assim, muitos tentaram mudar mas não deu em nada”. Precisamos investir em cuidar com toda a responsabilidade do saber existente e do que ainda será descoberto. É preciso uma disposição para ir além do aqui e agora, mas é preciso serenidade para nos aprofundarmos também no aqui e agora, que é somente um instante.

Só posso humildemente sugerir, ouvir, ver, sentir. Trabalhar na enfermagem é cuidar, cuidar é viver o ritmo da vida, oxalá todos possamos estar atentos a ela.

BIBLIOGRAFIA

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Mestre Joshua, 1982.
- ANDRÉ, Marli E. D. A. Estudo de caso: seu potencial na educação. **Cad. Pesq.**, v. 49, n. 51, p.51-54, maio. 1984.
- ARRINGTON, Dawn T. ; WALBORN, Karen S. The comfort caregiver concept. **Caring**, Washington p. 24-27, Dec. 1989.
- ARRUDA, Eloíta N. ; SILVA, Alcione L. Cuidando - confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis. v. 3, n. 1, p. 116-127, jan./jun. 1994.
- ATKINSON, Leslie D ; MURRY, Mary E. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. cap.16, p. 203-211.
- BERGER, Karen J. ; WILLIAMS, Marilyn B. **Fundamentals of nursing collaborating for optimal health**. Norwalk: Appleton & Lange, 1992.
- BOEMER, Magali R. Abordagem do "caring". **Rev. Paul, Enf.**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 55-58, abr/jun. 1984.
- BOEHS, Astrid E. ; PATRÍCIO, Zuleica M. O que é este "cuidar/ cuidado" ? uma abordagem inicial. **Rev. Enf. USP.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.11-116, abr. 1990.
- BORFITZ, Deborah. Home is where the health care is. **FDA Consumer**, p. 35-37, Apr. 1988.
- BOU, Joan E. T. Atención domiciliaria y atención primária de salud. **Rev. ROL Enf.**, Barcelona, n. 125, p. 37-43, 1990.
- BOYD, Carol ; MAST, Deborah. Watson's model of human care. In: FITZPATRICK, Joyce ; WALL, Ann . **Conceptual models of nursing analysis e application**. Norwalk: Aplleton & Lange, 1989. p. 371- 383.
- CASTRO, Ieda B. **Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente hospitalizado**. Rio Janeiro, 1977. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

-
- CLAYTON, Glória M. Research testing Watson's theory the phenomenon of caring in elderly population. In : RIEHL - SISCA, Joan P. **Conceptual models for nursing practice**. 3. ed. California: Appleton & Lange, 1989. p. 245 - 252.
- CERQUEIRA, Lourdes T. Comentários sobre uma relevante teoria de enfermagem: cuidado transcultural - diversidade e universalidade da Dra Madeleine Leininger. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (1985 : Florianópolis). **Anais...** Florianópolis: Editora UFSC, 1985. p. 277-188.
- COLLIÈRE, Marie F. Invisible care and invisible women as health care-providere. **International Journal of Nursing Studies**. 23 (2). p. 95-112, 1986.
- COLLIÈRE, Marie F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385 p.
- COOKFAIR, Joan M. **Nursing process and practice in the community**. St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
- CUNHA, Isabel C. K. O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem**. São Paulo, 1991, Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Unversidade de São Paulo.
- DIEGO, Maria J. D'E . ; FERRAZ, Aidê F. Amputação traumática: vivência de um paciente hospitalizado. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DA PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM. (1. : 1988: São Paulo). **Anais...** São Paulo: USP, 1988. p.188-190.
- DOMINGUEZ, Oscar. Atención de enfermeria a domicilio. **Bol. Hosp.**, Viña del Mar, v.45. n.1-2, p. 26-30, 1989.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid et al... **Marcos para a prática de enfermagem com famílias** - Florianópolis: Editora da UFSC, 1994. p. 62-77
- ERLICK, David. Relacionamento humano e medicina. **Hospital Moderno** , v.2, p. 6-7, 1985.
- FERREIRA, Aurélio B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980.

-
- FRY, Sarah T. The philosophical foundations of caring. In: LEININGER, Madeleine. **Ethical and moral dimensions of care.** Detroit: Wayne State: University Press, 1990. p.13-24.
- GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap.20, p.286-299.
- HENDERSON, Virgínia. **Basic principles of nursing care.** Geneva: International Council of Nurses, 1960.
- KING, Imogene M. **A theory for nursing: systems, concepts, process.** New York: Wiley 1981
- KNOWLDEN, Virginia Nurse caring as constructed knowledge. Denver, June 17-18. 1988. Palestra proferida na Caring and nursing explorations in the feminist perspectives. mimeografado
- LEININGER, Madeleine **Care: the essence of nursing and health.** Thorofore, New Jersey: Charles B, Slack, 1984
- ____ **Transcultural nursing** New York: Mason, 1979
- MORSE, Janice M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Adv. Nurs. Sc.**, v.13, n.1, p.1-14, Sept., 1990.
- NASCIMENTO, Milton Encarte do disco **Encontros e despedidas.** Rio de Janeiro: Polygram, 1985.
- NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: Cortez, 1989.
- OLIVIERI, Durval P. **O ser doente.** São Paulo: Moraes. 1985. 81p.
- OLIVEIRA, Terezinha F. **Pesquisa biomédica, da procura, do achado e da escritura de tese e comunicação científicas.** São Paulo: Atheneu, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE **Enfermeria y salud de la comunidad: Informe de um comitê de Expertos de la OMS.** Genebra, 1974. Série de informes técnicos, 558.

_____ La comunidad, nuevo foco de las actividades de enfermería. **Crônica de la OMS**,
Genebra, v. 29, n. 2, p. 96-101, 1975.

_____ **Estratégias para “Salud para todos en el año de 2000”**. Genebra, 1980.

_____ **Extrato del informe de una reunion de la OMS sobre enfermería em apoyo del objetivo de salud para todos en el año de 2000** , 1981.

OREM, Dorothea E. **Nursing: concepts of practice**. 3. ed. New York: Mc Graw- Hill, 1985.

PACHECO, Maria A. B. **Associação catarinense de ostomizados: um estudo de caso**
Florianópolis, 1993 Tese (Professor Titular) - Departamento de Enfermagem ,
Universidade Federal de Santa Catarina.

PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

_____ O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde :
repensando o cuidado, propondo o cuidado (holístico). **Texto Contexto Enfermagem**.
Florianópolis, v. 2, n.1, p. 67-81, jan/jun. 1993.

PELZER, Marlene T. **A enfermeira cuidando de idosos com Alzheimer em família**.
Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
de Santa Catarina.

PORTER, Beverly D. ; SLOAN, Rebecca S. Jean Watson filosofia y ciência de los cuidados. In: MARRINER, Ann. **Modelos y teorías de enfermería**. Madrid: Rol ediciones S.A., 1989. p. 140-155.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1981, 92p.

RAY, Marilyn. Uma análise filosófica do “caring” dentro da enfermagem. In:
LEININGER, Madeleine. **Caring: an essential human need**. Thorofore, New Jersey:
Charles B. Slack, 1981 .

REMER. Raquel N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

-
- REIS, José R. Família, emoção e ideologia. In: LAPASSADE, G. **Grupos, organização e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983 . p. 99-124.
- ROGERS, Carl R. ; ROSENBERG, Rachel L. **A pessoa como centro**. São Paulo: E.P.U. , 1977.
- ROGERS, Carl R. O relacionamento interpessoal : o núcleo de orientação cap: 20 , In: NELSON, Lois. **O Ensino: textos escolhidos** . São Paulo: Saraiva, 1980. cap. 20.
- SANTIN, Silvino Ética e estética na educação e na saúde. In: **SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO : A FORMAÇÃO EM DEBATE** (1. : 1995 :Curitiba)- Curitiba, UFPR, Dep. Enferm., GEMSA . mineografado.
- SANTOS, Antônio M. ; ROGERS, Carl R. **Quando fala o coração**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987. 122p.
- SENA, Nara P. A formação do enfermeiro. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v.4. n. 1, p. 37-38, jan/mar. 1984.
- SHARP, Daryl. **Léxico Junguiano** um manual de termos e conceitos. São Paulo: Cultrix, 1991.
- SILVA, Alcione L. da . O processo de cuidar em enfermagem. **Rev. Baiana Enf.**, Salvador, v.6, n. 1, p. 19-27, abr. 1993.
- SILVA, Sandra R. Internações a domicílio **Gazeta Mercantil**, São Paulo, 8 jul, 1994. p.28.
- TALENTO, Barbara . Watson Jean. In: GEORGE, Júlia. et al.. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.p. 254-267.
- TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VERA, Armando A. **Metodologia da pesquisa científica**. Porto Alegre: Globo, 1973.
- VIETTA , Edna P. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuição para base de uma teoria de enfermagem. **Rev. Paul. Enf.** , São Pulo, v.6, n.4, p.132-139, out./dez. 1986.

WALDOW, Vera R. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev.Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, vol. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.

_____ et al. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care.** East Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1985. 169 p.

_____ **The philosophy and science of caring.** Boston: Little Brown, 1979. 321p.

_____ Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In : RIEHL - SISCA, Joan P. **Conceptual models for nursing practice.** 3. ed. California: Appleton & Lange, 1989, p. 219-236.

WILSON, Holly Skodol. **Research in nursing.** 2. ed. California: Adison-Wesley , 1989, p. 142- 145.

WOLF, Zane R. et al. Dimensions of nurse caring. **Image J. Nurs. Sch,** Indianápolis, v. 26, n. 2, p.107-111, 1994.

WOOD, Geri , HABER, Judith. **Nursing research: methods, critical appraisal an utilization.** California: Mosby, 1990

YIN, Robert. **Case study research designs and methods.** California: Sage , 1987. V. 5.

ANEXO - 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE CONVENIADA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM / OPÇÃO : ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM - EXPANSÃO POLO I - UFPR

AUTORIZAÇÃO

Eu, MARIA RIBEIRO LACERDA, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da UFSC, Expansão UFPR, através deste venho solicitar autorização para realizar no seu domicílio, as atividades da disciplina NFR 3127 - Prática Assistencial de Enfermagem.

Tais atividades consistem em: identificar necessidade, conversar (ouvir, esclarecer, orientar, etc...), realizar eventuais procedimentos de enfermagem (tais como passagem de sondas, instalações de soluções hidroeletrólíticas, etc...) ou encaminhar juntamente com a pessoa que está sendo cuidada, e os familiares soluções de problemas encontrados.

Solicito também autorização para incluir tais atividades em relatório final que devo apresentar ao professor responsável pela disciplina, bem como no trabalho de conclusão do curso, comprometendo-me a manter anonimato das pessoas envolvidas, respeitando sua dignidade, protegendo-as e defendendo seus direitos.

Curitiba, ____ de _____ 1994

Mestranda

De acordo

Paciente/familiar

Agradeço sua atenção pela leitura deste trabalho. Gostaria que um pouco do muito que ele significou para mim tenha sido compreendido por você. Acredito que cada fato, ato, situação marcam nossas vidas para sempre. A mim tocou sua leitura, seu interesse, sua disposição. Agora eu o convido a compartilhar com seu próximo as reflexões que por ventura estes momentos lhe proporcionaram. Espero que você parta estimulado pela esperança de vida que sempre se renova e pela certeza de que somos perpétuos estudantes do viver humano.

OBRIGADA !

*No olhar e nos gestos
os homens se tocam
como humanos criadores
de encontros e despedidas.*

*Eternamente os
cometas anunciam a vida.*

(NASCIMENTO, 1985)