

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDAR:
UMA APROXIMAÇÃO À QUESTÃO EXISTENCIAL NA
ENFERMAGEM

MARIA DA GRAÇA OLIVEIRA CROSSETTI

Florianópolis, 1997

C 951p

Crossetti, Maria da Graça Oliveira

Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem/
Maria da Graça Oliveira Crossetti: - Florianópolis: UFSC / Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 1997.

p. 164

Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Doutorado em Filosofia da Enfermagem – REPENSUL
UFRGS, 1997.

1. Processo de cuidar.-2.Prática de enfermagem.-3.Existencialismo.-4.Cuidado
humano.-5.Filosofia na Enfermagem.- I. Universidade Federal de Santa Catarina.-
II – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.- Título.

MARIA DA GRAÇA OLIVEIRA CROSSETTI

**PROCESSO DE CUIDAR: UMA APROXIMAÇÃO À
QUESTÃO EXISTENCIAL NA ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Título de Doutor em
Filosofia da Enfermagem.

Florianópolis, 1997

Orientadora:

Professora Doutora: **ELOITA NEVES ARRUDA**

Co-Orientador:

Professor Doutor: **SILVINO SANTIN**

PROCESSO DE CUIDAR: UMA APROXIMAÇÃO À QUESTÃO EXISTENCIAL NA ENFERMAGEM

MARIA DA GRAÇA OLIVEIRA CROSSETTI

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

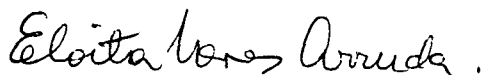
Doutor em Filosofia de Enfermagem

e APROVADA em sua forma final em 29 de agosto de 1997, atendendo às normas da
legislação vigente do Curso de Pós Graduação em enfermagem - Programa de
Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:




Dra. Eloita Neves Arruda - Presidente / Orientadora



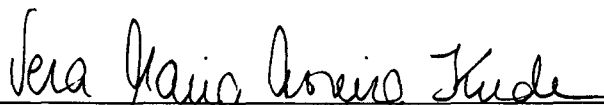
Dra. Ingrid Elsen - Membro



Dra. Anna Maria Hecker Luz - Membro



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Membro



Dra. Vera Maria Moreira Kude - Membro

*Dedico esta obra ao meu pai e à minha mãe, aos
quais devo a oportunidade de estar nesse mundo e por
me mostrarem o caminho do amor e do respeito ao outro.*

*E, também, à Anelise, à Luciane e ao Tiago,
meus filhos, com os quais tenho aprendido a arte de
“ser” feliz.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Alacoque L. Edermann, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina;

À Professora Doutora Maria de Lourdes Souza, coordenadora da REPENSUL;

À Professora Doutora Ida Hauns de Freitas Xavier, Diretora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

À Professora Francine Lima Gelbcke, Chefe do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

Aos Colegas da Administração Central e do Grupo de Enfermagem, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

A todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que participaram diretamente comigo na elaboração deste estudo:

- *Professora Doutora Eloita Neves Arruda, Orientadora, pela presença, habilidade e sabedoria;*
- *Professor Doutor Silvino Santin, Co-orientador, pela competência e incentivo aos desafios;*
- *Professora Doutora Anna Maria Hecker Luz, que, com dedicação, aceitou rever meus conceitos;*
- *Professora Doutora Vera Regina Waldow, por me estimular à busca do novo;*
- *Professora Vera Catarina Portella, pelo apoio constante;*
- *Bibliotecárias Lúcia Machado Nunes e Leonor B. Geis, pela disponibilidade;*
- *Enfermeira Rosália Figueiró Borges, pelo apoio e disponibilidade;*
- *Enfermeira Maria Conceição da Costa Proença, pela atenção e disponibilidade;*
- *Professora Nair Regina Ritter Ribeiro, pelo companheirismo;*
- *À Revisione Assessoria, nas pessoas de Isabela Ayub e Rita Salaberry, pela atenção, diagramação e revisão de Língua Portuguesa;*
- *À Comunicart – Comunicação Visual na pessoa de Luiz Carlos de Menezes Oliveira, pela dedicação e competência na produção dos audiovisuais.*

UM AGRADECIMENTO ESPECIAL

Às pessoas, pacientes, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, sujeitos de minha pesquisa, uma palavra de admiração, carinho e respeito;

Às amigas Mariléa Rodegheri e Clair da Graça Zamo pelo desprendimento, pela presença constante e inesquecível companheirismo;

À amiga Déborah Veiga, mestra de todas as horas, pelo estímulo constante;

Ao Ney, pelo momento sublime em que chegou em minha vida;

Ao meu irmão Luiz Carlos e a minha cunhada Maria Berenice, pela dedicação sem limites e preocupação constante;

À minha sobrinha Maíra com muito amor;

Aos meus amigos e amigas, pessoas muito especiais, que, de forma afetiva, comigo caminharam na construção desta obra.

“Fazer enfermagem não é só dar medicamentos ou aliviar o sofrimento físico, é muito mais. Fazer enfermagem não é uma idéia, ou algo apenas imaginado, em que o outro não é sentido, sua natureza não é percebida e suas experiências não são consideradas. Fazer enfermagem é se preocupar, é estar com o outro. É estar para ouvir, ver, experimentar e conhecer. Fazer enfermagem é cuidar do outro, é cuidar do eu!”

Maria da Graça Oliveira Crossetti

SUMÁRIO

RESUMO	xi
ABSTRACT	xiii
LISTA DE QUADROS	xv
LISTA DE FIGURA	xvi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - DANDO OS PRIMEIROS PASSOS: A TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA	4
CAPÍTULO II – DESCORTINANDO O ESTUDO: O PORQUÊ DA BUSCA	13
CAPÍTULO III BUSCANDO RESPOSTAS: O CAMINHO METODOLÓGICO	28
CAMINHO METODOLÓGICO	29
<i>Tipo de Estudo.....</i>	<i>29</i>
<i>Campo de Estudo</i>	<i>31</i>
<i>Sujeitos do Estudo.....</i>	<i>33</i>
<i>Coleta de Dados.....</i>	<i>34</i>
<i>Entrada no campo.....</i>	<i>34</i>
<i>Saida do Campo.....</i>	<i>37</i>
<i>Observação</i>	<i>38</i>

<i>Registro da Observação</i>	40
<i>Entrevista</i>	41
<i>Organização dos Discursos</i>	43
<i>Aspectos Éticos</i>	44
<i>Análise</i>	45

CAPÍTULO IV - FUNDAMENTANDO O REFERENCIAL FILOSÓFICO: OS EXISTENCIAIS

BÁSICOS DE HEIDEGGER	50
O ESTAR LANÇADO NO MUNDO.....	52
O MUNDO.....	57
A TÉCNICA.....	60
O ESTAR PARA A MORTE.....	64
TEMPORALIDADE O SENTIDO DO SER DO DASEIN.....	67
HOMEM - SER DE COMPREENSÃO.....	70
<i>Sentimento de Angústia</i>	71
<i>Sentimento de Medo</i>	72
<i>Expressão</i>	74
A AFETIVIDADE.....	75
<i>Modo de sentir o mundo e o outro</i>	75
<i>Preocupação</i>	78

CAPÍTULO V - O PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES..... 84

RELACIONALIDADE MUNDO DO CUIDAR.....	85
RELACIONALIDADE AMBIENTAL.....	86
ORGANIZAÇÃO.....	86
<i>Os utensílios</i>	86
<i>Gestão</i>	93
<i>Impessoal</i>	97
RELACIONALIDADE TÉCNICO - CIENTÍFICA.....	99
RELACIONALIDADE PESSOAL.....	107
<i>Cuidado - Cuidante</i>	107
<i>Cuidado-cuidado</i>	111
RELACIONALIDADE : CUIDADO-FAMÍLIA-CUIDANTE.....	114
<i>Cuidantes</i>	118
O falatório.....	118
O SER- AÍ NO MUNDO DO CUIDAR.....	120

<i>Poder Ser</i>	121
<i>Sentimento de Angústia</i>	122
<i>Sentimento de Medo</i>	125
<i>Inautenticidade</i>	126
<i>A escuta</i>	129
CAMINHO DO SER: A TEMPORALIDADE	131
<i>A Esperança</i>	133
MORTE: O EVENTO FINITO NO MUNDO DO CUIDAR	136
<i>Finitude</i>	136
RFLETINDO O MUNDO DO CUIDAR	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
ANEXOS	158

RESUMO

O estudo investiga o mundo do cuidar. Busca compreender o processo de cuidar na enfermagem em uma realidade hospitalar, tendo-se como referencial filosófico o pensamento existencial heideggeriano. Na direção desta perspectiva, estuda o que ocorre no mundo do cuidar, que movimentos lhe dão forma e o que é preciso para que ocorra o encontro entre cuidado (paciente) e cuidante (membros da equipe de enfermagem) neste mundo. Constitui-se em um estudo qualitativo, modalidade pesquisa de campo proposta por Schatzman e Strauss, que utiliza como instrumentos para coleta de dados a entrevista e a observação. Para a interpretação utiliza a filosofia hermenêutica de Paul Ricoeur. O estudo se desenvolveu em uma unidade de hemodiálise de um hospital universitário e teve como sujeitos da pesquisa três enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e seis pacientes em tratamento dialítico. Considerando existencialmente o processo de cuidar, conclui que ele é algo dinâmico, que se expressa por movimentos em que cuidados e cuidantes, ao se encontrarem, estão sendo uns com os outros no ambiente do cuidar. Esta é a estrutura existencial do processo de cuidar que compreende as relações ambientais: organização e gestão do ambiente do cuidar; tecnológicas: processo de enfermagem; e pessoais: relação cuidado-cuidante, cuidado-família-cuidante, cuidante-cuidante; o modo de Ser-aí cuidado-cuidante: poder-ser, sentimentos de

angústia e de medo, inautenticidade, o outro, a escuta; caminho do ser – a temporalidade: poder ser/sendo, a esperança; a finitude: autenticidade/inautenticidade. Estes constituintes estruturais, com seus elementos, expressam o que é necessário para que se dê o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar. Essa é a compreensão que o estudo apresenta do processo de cuidar na enfermagem, sob o olhar existencial de Heidegger.

ABSTRACT

This study investigates the realm of caring. We intended to understand the process of caring in nursing in a hospital setting, using the existential thought of Heidegger as philosophical reference. Within this perspective, it was studied what happens in the realm of caring, what movements shape it, and what is necessary to promote the encounter between the care receiver (the patient) and the caregiver (member of the nursing team) in this realm. This is a qualitative study, based on field research proposed by Schatzman and Strauss (1973), which uses the interview and the observation as tools for data collection. The hermeneutic philosophy of Paul Ricoeur (1978) was used as a mean for interpretation. This study was developed in a hemodialysis unit of a university hospital, and three nurses, three nursing assistants and six patients under hemodialysis treatment were studied. Existentially thinking the process of caring, it was concluded that it is dynamic, expressed by movements where care receivers and caregivers, when they meet, are being one with another in the environment of caring. This existential structure of the process of caring comprises environmental relationships – the organization and management of the caring environment; technical and scientific relations; personal (care receiver-caregiver, care receiver-family-caregiver, and caregiver-caregiver relationships); the process of caring; the way of there being – care

receiver-caretaker: the possibility of being, fear and anguish feelings, the non-authenticity, the other, the listening; the way of being – temporality: the possibility to be/being, hope; finitude: authenticity and non authenticity. These structural constituents, along with their elements, expresses what is necessary for the encounter between care receivers and caregivers in the realm of caring. This is how the author understands the process of caring in nursing, under the existential ideas of Heidegger.

LISTA DE QUADROS

Quadro Síntese 1 - Processo de Cuidar: Revelando suas Possibilidades - Relacionalidade no Mundo do Cuidar.....	139
Quadro Síntese 2 - Processo de Cuidar: Revelando suas Possibilidades - Ser-Aí no Mundo do Cuidar	140
Quadro Síntese 3 - Processo de Cuidar: Revelando suas Possibilidades - Caminho do Ser..	141
Quadro Síntese 4 - Processo de Cuidar: Revelando suas Possibilidades - Morte: Evento Finito no Mundo do Cuidar.....	141

LISTA DE FIGURA

Figura 1 –

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROCESSO DE CUIDAR NA ENFERMAGEM.....150

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa apresenta um estudo sobre o processo de cuidar na enfermagem numa realidade hospitalar. Busca investigar, junto aos que fazem acontecer a enfermagem, o que acontece no mundo do cuidar na enfermagem, que movimentos lhe dão forma, o que é preciso para que ocorra o encontro entre cuidado (paciente) e cuidante (equipe de enfermagem) neste mundo?

A razão de realizar o estudo tem origem na vivência profissional que atesta a existência de uma prática de enfermagem que tem se configurado, em algumas realidades, por uma linearidade dos movimentos que a conformam. Nestes movimentos, cuidados e cuidantes experienciam um viver unidirecional em que pese conviverem no mesmo ambiente de cuidar. O sinergismo intencional, na busca de um bem estar comum, parece distante em um mundo de relações como o da enfermagem. Pensa-se que isto se deve às rápidas transformações da sociedade, bem como ao acelerado desenvolvimento tecnológico. Estes aspectos levam a mudanças no perfil epidemiológico da população e, conseqüentemente, das práticas de saúde, para cuja implementação, nem sempre, os profissionais da área estão preparados, vindo estes a priorizarem os instrumentos do seu processo de trabalho, como por

exemplo, os procedimentos diagnóstico e terapêutico, em detrimento do homem que passa a ser um meio deste fazer. Contudo, o ser humano dotado de modos próprios de sentir e se expressar, é sujeito singular do cuidar na enfermagem, seja ele cuidado ou cuidante.

Entendendo que o cotidiano da enfermagem está repleto de complexas e infinitas possibilidades, cujo sentido é dado por aqueles que o estão experienciando e vivendo, logo, construindo e sendo por ele construído, é que se pensa ser possível reverter este foco de atenção. Para tanto, a ação necessária é compreender o processo de cuidar a partir dos elementos concretos que o constituem, os quais configuram os movimentos do mundo do cuidar na enfermagem.

O caminho, que se vem percorrendo para este desvelar, iniciou com a trajetória de vida profissional que claramente direcionou para esta investigação. Ao se colocar em direção a descoberta, pontuando a forma como se percebe as relações no mundo do cuidar, sentia-se a existência de algumas analogias dos pressupostos com a estrutura do homem enquanto um ser existencial. Assim, ao refletir sobre o cuidar como algo próprio do homem, uma preocupação que o homem deve ter para consigo e para com o outro, aproxima-se do pensamento de Martin Heidegger. Este filósofo alemão, em sua obra *Ser e Tempo* (1993), disserta sobre o homem, que por existir, vive no mundo construindo a sua existência. Existir, para Heidegger, é uma maneira exclusiva do homem, cuja constituição existencial só pode ser compreendida através de sua estrutura como ser no mundo, cujos traços, chama de existenciais, o que define o modo de ser do homem. Diante destas premissas e sendo o homem sujeito do cuidar na enfermagem, os existenciais de Heidegger constituem o referencial filosófico deste estudo,

entendendo-se que estes podem conduzir o cuidante a caminhos diferentes para aproximar e compreender os problemas de saúde do homem.

Como metodologia de investigação, foi eleita uma abordagem qualitativa, que permitiu estar no mundo do cuidar com os que fazem acontecer a enfermagem, esta foi pautada nos princípios da pesquisa de campo propostos por Schawtzman e Strauss (1973). E, para compreender o processo de cuidar tendo por base o sentido dos discursos compostos pelas observações de campo e pelas entrevistas realizadas com pacientes (cuidado), enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem (cuidante), foi utilizada uma abordagem embasada nos princípios hermenêuticos de Paul Ricoeur (1978).

Para descobrir o sentido dos discursos visando o alcance dos propósitos deste estudo, se procedeu a análise estrutural e interpretação dos temas emergidos dos mesmos com base nos existenciais de Heidegger, o que revelou as diferentes possibilidades do processo de cuidar. O exercício reflexivo destas possibilidades, buscando responder os questionamentos que nortearam esta pesquisa, levou a compreender o processo de cuidar na enfermagem.

Este estudo que pontua **O PROCESSO DE CUIDAR: UMA APROXIMAÇÃO À QUESTÃO EXISTENCIAL NA ENFERMAGEM**, desvela um olhar sobre o cuidar que abre outros horizontes para se pensar e fazer enfermagem.

CAPÍTULO I

DANDO OS PRIMEIROS PASSOS:

A TRAJETÓRIA EM DIREÇÃO AO TEMA.

“ **A**legria resulta mais na caminhada do que na chegada; o que importa é o contínuo evoluir, não a perfeição de cada momento vivido.”

Maria da Graça Crossetti

Neste capítulo, são apresentadas algumas reflexões sobre os meus passos na enfermagem. Para tanto, são pontuados aspectos que foram decisivos para chegar até aqui e fundamentais na formação do meu ser enfermeira.

Viver a enfermagem tem sido um importante ato de minha vida. Há duas décadas, venho percorrendo os caminhos da enfermagem em uma situação diferente de quando iniciei. No princípio, tinha muitas dúvidas, medos e incertezas. Hoje percebo-me com uma bagagem enriquecida pelas experiências adquiridas, com algumas questões resolvidas, algumas idealizações realizadas, mas com respostas ainda a serem perseguidas. Estar na enfermagem, me fez viver o seu cotidiano, perceber as situações que a conformam e delas emitir questionamentos, visando compreender os fenômenos que lhe dão identidade .

Essa trajetória é matizada por momentos, dos quais, alguns, acredito fazerem-se necessários discorrer para que o leitor possa apreender a minha inquietação com o tema, bem como acompanhar esse caminhar em direção ao presente estudo. Percebo que comecei a questionar como a enfermagem era exercida desde quando comecei nela atuar, sem contudo pontuar de forma mais concreta o que me incomodava, o que foi tomando corpo ao longo de minha vida profissional, enquanto docente-assistencial.

Recém formada, fui trabalhar em uma unidade de terapia intensiva clínico-cirúrgica para pacientes adultos. Foi um início pouco tranquilo, uma vez que me preocupava muito com a complexidade dos danos físicos dos pacientes, a complexidade dos procedimentos invasivos a que se submetiam e, sobretudo, com o seu sofrimento e de seus familiares. Atentava para o fato de como estes pacientes eram cuidados. Tudo era mecânico, mal conversávamos com os

mesmos, pois a prioridade sempre era aquele caso mais grave. Os pacientes, então denominados em fase final, recebiam atenção apenas em suas necessidades básicas e o aguardo de sua morte era o fato eminente para a equipe médica e de enfermagem. O ambiente, cuidadosamente organizado, e as rotinas para controle do material e equipamentos, rigidamente seguidas, competiam muitas vezes com os pacientes no momento da passagem de plantão da equipe de enfermagem. Enquanto responsável pela unidade, tentando dar uma certa harmonia àquele ambiente e valorizar o homem e a mulher, que se entregava a nós de corpo e alma, implantei a chamada passagem de plantão à beira do leito com o intuito de aproximar a equipe de enfermagem do paciente e assim tocar, mexer, ouvir, sentir, perceber aquela pessoa que ali estava nulo de suas vontades e expressões, necessitando de nossos cuidados.

Acreditava que o relacionamento com o paciente poderia ser diferente, mesmo com aquele que, em uma unidade de terapia intensiva, encontra-se em uma situação crítica. Ao ter uma formação acadêmica influenciada pelo positivismo reducionista, exercia uma prática através dos princípios do modelo biomédico. A ausência de oportunidades de entrar em contato com outros modelos que permitissem refletir acerca da minha prática, levou-me a pensar que fazia uma enfermagem contempladora do homem como um todo, ao satisfazer suas necessidades básicas, uma vez que estas eram o foco de atenção na ação de enfermagem da época.

Esta experiência de vida me permitiu sentir um contexto que não se conforma somente com o agir dos que fazem acontecer a enfermagem. Inúmeras são as situações nas quais, pacientes, familiares e membros da equipe de saúde se relacionam expressando desejos e sentimentos próprios ao mundo do cuidar que compartilham, mas nem sempre são percebidos.

Após três anos de formada e atuando na área de terapia intensiva, fui selecionada para exercer a docência na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, palco das reproduções do que havia introjetado e vivido durante minha vida acadêmica e do vivido, enquanto enfermeira assistencial. Assim ao ensinar esta disciplina, cujo foco eram os procedimentos básicos de enfermagem, acreditava ainda estar privilegiando o homem em sua totalidade, pois tinha por base a aplicação do modelo de processo de enfermagem proposto por Wanda Horta (1971), cuja teoria das necessidades humanas básicas era, na época, o marco referencial do currículo de graduação na maioria das escolas de enfermagem brasileiras, modelo esse que marcou um importante momento da história da enfermagem no Brasil e que, por muito tempo, tem sido objeto de estudos e discussões das enfermeiras de norte a sul do país. Outra tônica do ensino que ministrava eram as técnicas de enfermagem. Estas obedeciam um rígido ritual de aprendizagem que exigia do aluno, dentre outros critérios, que este só seria aprovado na disciplina se tivesse realizado um número X de procedimentos, mediante os princípios científicos aplicados à enfermagem e estudados na disciplina. Isto traduzia um ensino cartesiano, que reduzia as situações vividas pelo aluno, por mim e pelos pacientes a simples fatos. Um ensino sistematizado, segmentado, acritico que impedia de ver, interrogar e compreender o cotidiano, resultando em uma prática centrada nas patologias, diagnósticos e procedimentos terapêuticos.

O continuum de minhas atividades como enfermeira docente-assistencial levou-me a concluir, hoje, que a questão de como cuidar diferente, sempre esteve presente, pois, foi o que direcionou os meus trabalhos de pesquisa e outras produções científicas. De modo velado, sentia que alguma coisa precisava acontecer de maneira a transformar o processo de pensar e fazer enfermagem. Com estas inquietações, sem saber claramente o que estava buscando,

procurei estudar a prática dos auxiliares de enfermagem, mais especificamente a avaliação de um procedimento de enfermagem por eles executados. Os resultados do estudo, que foi tema de minha dissertação de mestrado, mostrou a necessidade de treinamento em serviço para estes membros da equipe. Esta constatação levou-me a editar em parceria com outra colega: O Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem (Crossetti e Veiga, 1996), hoje em sua sexta edição. Apesar da relevância do estudo, acreditava que a questão transcendia ao aspecto meramente de educação continuada, Pensando que a busca estava na estrutura do cuidar.

Neste sentido, mergulhei no estudo da metodologia da assistência de enfermagem ou processo de enfermagem, referencial teórico praticamente de toda minha produção científica. Revendo, hoje, os estudos que desenvolvi, percebo que tinha como meta única desvelar como estava se dando o cuidar na enfermagem. Em diferentes estudos, cuja unidade de análise foram enfermeiros, estudantes, pacientes e registros de enfermagem, busquei estudar e criar modelos para melhor ensinar e cuidar. Dentre estes destaco: **Análise dos registros de enfermagem elaborados pelos estudantes de enfermagem (1990); Padrões de respostas humanas dos pacientes com danos crônicos, segundo a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA – North American Nursing Diagnosis Association (1992).**

Em minha tese de livre docência: **Análise da Estrutura da Prescrição de Enfermagem: implicações assistenciais e educacionais (1990)**, procurei analisar as prescrições das enfermeiras para pacientes adultos com danos clínicos cirúrgicos. Assim, neste último estudo, concluí que o foco de atenção das prescrições não eram os problemas de saúde dos pacientes. Além de priorizarem os aspectos biológicos, as prescrições centravam-se em rotinas e procedimentos técnicos de enfermagem, sem qualquer indício de um cuidado

individual ou holístico. Concluí, portanto, que a questão central residia no fato de que as enfermeiras não sabiam identificar os problemas de saúde dos pacientes, ou seja, estabelecer os diagnósticos de enfermagem, investigava, em meu contexto profissional, o método de trabalho utilizado pelas enfermeiras para cuidar, identificando desvios na aplicação dos princípios que orientavam estes modelos e propunha alternativas. Neste continuum, e ainda dentro do referencial teórico que elegi, acreditei que talvez encontrasse respostas investigando mais acuradamente a etapa do diagnóstico de enfermagem, na qual acreditava estar a solução do problema, pois tinha como princípio que a qualidade do cuidado era diretamente proporcional a adequação das prescrições de enfermagem aos problemas de saúde do paciente. Com este objetivo comecei a estudar, discutir e a participar de encontros sobre o assunto, de modo a me instrumentar. Ao implementar corretamente esta etapa, pensava ser o meio pelo qual realmente as enfermeiras conseguiriam planejar e executar o cuidar para o homem em sua totalidade.

Embora já fosse Professora Livre Docente tinha ainda como perspectiva fazer um curso de doutorado na enfermagem. Em 1992, apresentou-se a mim esta oportunidade no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Uma vez selecionada, matriculei-me no curso de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, com o projeto de tese cujo referencial era a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, dentro de uma perspectiva reducionista.

Motivada pela abertura de possibilidades oferecidas ao longo do doutorado e encorajada pela descoberta, captação e explicitação de conhecimentos mais abrangentes, consistentes e concernentes a mim enquanto enfermeira docente-assistencial, realizei estudos

vários nas disciplinas oferecidas pelo curso e outros por iniciativa individual que fizeram em mim germinar a certeza de que a forma como vinha pensando e fazendo enfermagem, matizada por toda uma bagagem devidamente organizada durante todo o meu processo de viver, doravante seria diferente.

Confesso não ter sido fácil romper com uma estrutura que introjetei ao longo de minha vida, incrementada na convivência com o outro, em inúmeros contextos. Existo e possuo um intelecto ocidental que continuamente vem registrando os fatos científicos nos quais as ciências naturais tem ditado as leis de modo a assegurar a verdade. Assim, estudar o complexo humano, tendo como instrumento a filosofia, foi um grande desafio, mas, sobretudo, um aprendizado.

Este novo pensar ganha corpo com as disciplinas: Concepções Teóricas da Assistência de Enfermagem e com os tópicos especiais, As Pensadoras de Enfermagem e Suas Idéias, com a Dra. Eloita Neves Arruda, e Filosofia Existencial, com o Dr. Silvino Santin. Os conteúdos destas disciplinas levaram-me a reprocessar os meus conceitos acerca da enfermagem e do homem, e conseqüentemente a uma nova maneira de perceber a enfermagem.

As preocupações que tinha com o ser humano, vendo este como um ser passivo, a forma mecânica e unilateral como cuidávamos dos pacientes, a busca de aperfeiçoamento da metodologia de assistência visando reverter esta situação, a atenção estrita dada à organização do contexto em que se processam as ações e a padronização dos cuidados de enfermagem, levaram-me à conclusão de que, para se encontrar as respostas que buscava e que ainda

permaneciam de forma velada, fazia-se necessário entender o mundo e as relações de cuidar na enfermagem.

Aprendi que é preciso compreender o que faz acontecer a enfermagem, percebi que era preciso entender a teia que estrutura o seu fazer e o saber, enfim, *conhecer o mundo da enfermagem, como são os seus movimentos, o que é que lhe dá forma, o que é preciso para que aconteça o encontro entre cuidado e cuidante, a partir do olhar destes que a fazem acontecer.*

Penso que esta compreensão é uma das condições essenciais para que a enfermagem possa cumprir com o que tem de maior enquanto foco de seu saber e fazer, o **cuidar humano**. Assim estas reflexões levaram-me a entender e concluir que a dimensão das minhas preocupações com o homem, que não eram só com o cuidado ou o doente, mas também com o cuidante ou os membros da equipe, enquadravam-se em um evento, denominado: **processo de cuidar na enfermagem**.

A partir destas reflexões, comecei a delinear uma nova proposta para o meu trabalho de tese que se materializou após dois anos, no curso de doutorado. Por minha solicitação a professora. Dra. Eloita Neves Arruda, coordenadora e uma das idealizadoras do **Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C & C)**; assumiu-me como sua orientanda. Este programa tem como objetivos gerais, em relação ao cuidar-confortar, possibilitar o desenvolvimento teórico conceitual da enfermagem, desvelar a realidade da prática da enfermagem brasileira, bem como encontrar formas inovadoras de cuidar e confortar, tendo o homem como sujeito das intenções das pesquisa realizadas no mesmo.

Diante disto, percebi que estudar o processo de cuidar sobre a ótica que pretendia investigá-lo estava adequado aos objetivos deste programa criado em 1993 (Neves e Silva, 1994). O que buscava investigar contribuiria para o desenvolvimento teórico-conceitual da enfermagem, ao oferecer a minha compreensão do processo de cuidar à luz dos existenciais de Heidegger, seria contribuir para o conhecimento substantivo da enfermagem com uma outra visão de ser humano. Um ser humano que apresenta em sua estrutura modos de ser dele no mundo, que se vistos e compreendidos como próprios da existência humana, permitirão ao cuidado e ao cuidante cuidar e se cuidarem com mais alegria e menos sofrimento diante das situações de crise como a doença. Esta contribuição mostra portanto, uma outra alternativa para o cuidar na enfermagem.

Este é o caminhar do profissional. Contudo tem em si, como ser no mundo que é, o caminhar do ser pessoa que, ao longo de sua existência, vem cuidando e pelo outro tem sido cuidado, o que é retratado também nas pessoas das amigas e companheiras Maria da Graça Motta, Anna Luz, Maria de Lourdes Centa e Ymiracy Polak, amigas e companheiras com quem cruzei em um determinado momento da vida e às quais me agreguei no seguimento da trajetória.

Se a existência do homem se dá em um tempo contado em uma história, este está sendo o meu tempo e esta está sendo a minha história por existir como ser enfermeira.

CAPÍTULO II

DESCORTINANDO O ESTUDO:

O PORQUÊ DA BUSCA

Por que buscar?

Buscar é um movimento íntimo.

Busca-se,

Para conhecermos o ontem,

Para sabermos o hoje e

Pensarmos e fazermos o amanhã!”

Maria da Graça Crossetti

Este é o momento em que, ao se apresentar algumas reflexões sobre a concepção mecanicista da saúde e sua influência na enfermagem, busca-se justificar a realização deste estudo que considera a questão existencial do cuidar na enfermagem..

O desenvolvimento do mundo ocidental, durante os últimos cem anos, tem se caracterizado pelo progresso significativo de todas as áreas do conhecimento devido à evolução expressiva das ciências naturais. São descobertas e acontecimentos de toda a ordem que tem tornado a forma de vida do homem ocidental mais variada. Em que pese este estado de prazer, conforto e comodidade, ao qual o homem tem se adaptado rapidamente, é, todavia, impossível não se reconhecer que a existência humana tem sido empobrecida de valores e sentimentos.

Esta situação se configura em uma crise mundial, expressa pelo sentimentos de opressão, angústia, medo e de mal estar crescentes que, desde o início do século XX, têm aflorado à superfície cada vez com maior urgência, mostrando as ameaças que se cercam sobre o sentido da vida do homem. Crise esta que chega a um estágio de atualidade, influenciando todas as áreas do conhecimento e, em específico, as práticas de saúde. O mundo da saúde vem se deixando dominar pela concepção mecanicista da vida, o que tem modificado as relações entre os homens (Capra, 1982; Road, 1995; Lersch, 1982).

A questão primeira passa pelo uso dos conceitos cartesianos na prática médica, o que deu origem ao modelo biomédico. Neste, a concepção do corpo humano, se dá a partir da redução de seus componentes básicos e de suas funções orgânicas fundamentais. A doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto

de vista da biologia celular e molecular, e o papel do médico é intervir física ou quimicamente para concertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (Capra, 1982).

A mecanização do homem conduz a uma abordagem técnica da saúde, na qual, a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia à manipulação técnica. O desenvolvimento tecnológico dos métodos diagnósticos e terapêuticos, altamente sofisticados, destaca a imagem de que a cura depende essencialmente destes procedimentos, sem, contudo, se dar ênfase à relação saúde-doença e sem considerar o homem doente como alguém dotado de modos de ser, sentir e expressar e que assim está no mundo (Powles apud Capra, 1982, p. 138).

Nesta abordagem, a tecnologia assume um papel expressivo para a saúde. A crescente relação desta com a prática médica, reforça o modelo com o surgimento das especialidades e das subespecialidades. É a concepção mecânica do corpo humano, em que mente e corpo não têm ocupado o mesmo espaço no plano diagnóstico e terapêutico. Correlato a isto, a atenção médica é desenvolvida significativamente nos hospitais, que se transformam em instituições profissionais, na medida em que neles são enfatizados a tecnologia de ponta e as competências técnico científicas daqueles que ali atuam. São inovações tecnológicas e qualidades profissionais que representam condições essenciais para se tratar, porém, de nada têm valor se, no contexto de suas aplicações, considerarem o indivíduo doente como objeto desta ação e não como sujeito da mesma.

Outro aspecto presente no discurso da saúde, na atualidade, é o da atenção em massa. A demanda de indivíduos doentes, a desorganização dos serviços de saúde, a carência de modelos que visem oferecer soluções às questões de saúde-doença da população e as dificuldades de recursos humanos, físicos e materiais nas instituições públicas de saúde, têm levado à institucionalização do atendimento de massa. De tal modo que, em duas horas, dezesseis a vinte pessoas recebem atendimento aos seus problemas. Vislumbra-se, assim, uma atenção centrada na queixa principal do indivíduo doente, ou seja, na doença, desconsiderando, muitas vezes, a maneira como o ser humano sente e está no mundo, vivenciando uma enfermidade que, independente do tipo de risco que lhe impõe, poderá afetar o seu existir, mas que não lhe exime de possibilidades e realizações.

A mercantilização da saúde é outra característica atual no discurso da saúde, expressa pelo surgimento dos planos de assistência médica privada nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. À medicina privada tem acesso a minoria da população, geralmente, essa serve aos mais ricos que detém o poder econômico, que têm à sua disposição recursos de primeiro mundo para o atendimento aos seus problemas de saúde. Em contrapartida, a maioria, ou seja, os menos abastados, os desempregados, a camada pobre do povo não tem acesso aos serviços de saúde, estando a mercê de modelos que não vêm oferecendo soluções para as suas necessidades, embora a existência de iniciativas governamentais. São condições e critérios injustos, estabelecidos pela sociedade moderna que tem levado, gradativamente, à despersonalização e à desumanização do homem, mesmo diante dos princípios de cidadania, expressos nos mais diferentes documentos que evocam os direitos humanos.

A questão ética é outro fator de fundamental importância que está presente no discurso da saúde, na atualidade. Com frequência, chegam, pelos meios de comunicação, os dilemas éticos pelos quais passam os profissionais que atuam em unidades de emergência ou semelhantes, para elegerem aquele que será atendido em primeiro lugar, dado o volume de pessoas em condições graves de saúde. Quase sempre, o critério adotado é pela escolha daquele que terá maior probabilidade de sobrevivência com melhor qualidade de vida, estando subjacente a essa escolha, a contribuição que poderá dar à sociedade. É um critério que exclui muitos que têm o direito incontestável à saúde e a receberem atenção médica em qualquer circunstância. É um verdadeiro dilema ético, no qual encontram-se em jogo, vidas humanas, em relação às quais ninguém possui o direito e o dever de julgar qual é a mais ou menos importante para a sociedade.

Na sociedade atual, tem se chegado à insólita conclusão de que as decisões dependem dos valores de cada um, o que têm sido tratado como meras emoções ou algo subjetivo que não merece ser considerado. Sequer se fala da autonomia ética da vontade humana, senão de valores que só são válidos para a própria pessoa. Assim é que, com o passar da modernidade e beirando o final do século, o homem se depara com um sólido desenvolvimento da ciência e da técnica, que tem em si o poder de fazer com ele o que quiser, através da manipulação do genoma humano, da fertilização in vitro, da clonagem e de tantas outras experiências em laboratório. É o homem objeto, um meio, a serviço da ciência e da tecnologia.

A enfermagem como uma profissão humanística está inserida neste contexto e por ter o seu fazer inúmeras interfaces com a prática médica tem se estruturado a partir da visão mecanicista da saúde, organizando-se basicamente dentro do espaço hospitalar também

moldado pelo cartesianismo. A especialização está presente nos currículos da graduação à prática profissional na enfermagem.

A complexidade e as rápidas mudanças do mundo tecnológico, revelam-se impregnados de atos instrumentais em detrimento daqueles que aproximam os que fazem acontecer a enfermagem. As habilidades técnicas aumentaram em número e complexidade, voltando ao tempo em que quando as técnicas foram as primeiras expressões do saber da enfermagem. Estas incluem avaliações físicas, testes diagnósticos invasivos, procedimentos pré e pós operatórios através de perigosos e complicados equipamentos, administração de drogas que proliferam diariamente e cujas reações atingem quem as recebe e quem as administra.

Incluem também o manuseio de equipamentos hospitalares de toda ordem, tais como macas, camas, cadeiras, monitores que, quase sem se tocar o indivíduo, com o simples acionar de dispositivos, dão respostas as mais precisas possíveis, a quem as solicite. É a tecnologia intermediando a relação homem a homem. Quase não mais se sente ou se toca o outro.

A enfermagem acontece em um mundo que se manifesta por ambientes repletos de instrumentos, equipamentos, materiais, ruídos e odores dos mais distintos, bem como por indivíduos que compartilham um cotidiano muitas vezes inquestionado, dado a maneira como acontece. São aqueles que fazem acontecer a enfermagem que levados pelos acontecimentos, pela mecanização do mundo do cuidar deixam de se perceberem como seres humanos que tem modos de ser e estar no mundo com os outros, um mundo que vem valorizando, com prioridade, as ações direcionadas para a doença, em detrimento daquelas que enaltecem o lado

sadio da pessoa, que traz consigo uma bagagem alicerçada em crenças, valores, e sentimentos. Ser humano que, em um dado momento de sua existência sente-se ameaçado pela presença da doença, vê-se em um contexto em que ambiente, pessoas, objetos, tudo lhe é estranho, passa de ter um nome a ser um número ou uma letra, sem rosto, sem identidade, onde sua história só tem valor para ele mesmo. Estes fatos tem colaborado com a desumanização do ser humano.

Semelhante processo de despersonalização passa o elemento da equipe de enfermagem, que em nome de uma suposta realização profissional e até mesmo da sobrevivência, tem se submetido a desempenhar suas funções em ambientes com más condições de trabalho. São carências de toda ordem que o levam, muitas vezes, ao exercício de uma má práxis. Isto quando este não tem que se anular como pessoa, pois a ele é ensinado que não deve chorar diante do indivíduo doente, que tem de se manter firme diante de situações críticas, que ao entrar no hospital seus problemas devem ficar lá fora, como se pudesse deixar sua bagagem repleta de desejos, sentimentos de angústia ou de medo, de alegria na porta do hospital, para quando sair recolhê-la. A ele é orientado para despir-se de tudo que faz parte de sua existência, para assim não misturar aquilo que é seu com o que é do outro. Sendo o homem um ser que está no mundo com o outro em um estado de preocupação e sendo este sujeito do cuidar na enfermagem, como pode esta acontecer em um mundo de relações em que o membro da equipe tem de se eximir de seu modo de sentir e se expressar?

Estas reflexões, sobre o discurso da saúde e da enfermagem hoje, fazem soar o alarma da necessidade de se superar o predomínio das práticas mecanicistas e de atitudes que tem levado a despersonalização do homem, o que só é possível se resgatarmos o sentido da

existência humana no mundo do cuidar. A visão sobre o conhecimento produzido acerca do cuidar na enfermagem mostra que é possível se pensar a ação de cuidar com outros valores.

Estudando o cuidar em uma dimensão cultural em diferentes sociedades, Leininger (1991) concluiu que as diversas expressões, significados, padrões e modalidades de cuidar são culturalmente derivados. Como um dos conceitos centrais de sua teoria a autora diz que:

“Cuidar é um verbo que se refere a ações de assistir, ajudar ou facilitar a outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou que podem ser antecipadas, que levam a melhorar ou a aperfeiçoar uma condição humana ou modo de vida e ‘cuidado’ é um substantivo que se refere às atividades empregadas na assistência, ajuda ou facilitação desse indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte”, (Leininger, 1991.p.46).

No senso comum, a palavra cuidar denota uma ação, um significado de fazer alguma coisa. *“Cuidar é confortar, é alimentar, é trocar, é aliviar a dor, é ouvir, é hidratar, é medicar, é tratar, é preparar para curativos, para cirurgias, para exames e para a morte”* (Sena, 1984, p.37). Ao dar uma conotação subjetiva ao cuidar, esta autora refere ainda que este significa colocar-se no lugar do outro, sentir seu sofrimento, perceber o problema e resolvê-lo, receber o paciente de sua família e mantê-lo com ela sempre que possível e devolvê-lo a ela quando ambos, família e paciente, estiverem preparados.

O cuidar é visto como ideal moral da enfermagem, cuja característica fundamental é a preservação da dignidade humana, compreendendo assim um valor humano que envolve o conhecimento, as ações e os resultados do cuidado. O cuidado humano está relacionado ainda

com a interação, com o autoconhecimento, com a resposta humana à saúde-doença, o conhecimento do processo de cuidar, das limitações de poder e transação de alguém. O cuidado transpessoal é um componente essencial do cuidado manifestando-se no encontro entre aqueles que estão envolvidos no ato de cuidar (Watson, 1988).

Cuidar, como ato humano, é importante porque cria possibilidades, favorece condições de pertencimento e interesse, e cria a possibilidade de dar e receber ajuda, além de significar o modo de ser do homem no mundo, um imperativo moral ou ideal, relacionamento interpessoal e intervenção terapêutica (Benner e Wrubel, 1988; Morse et al. 1990).

Erdmann estudando o cuidado com o sistema organizacional concluiu que:

“O cuidado tem como elemento intrínseco a relação pessoa e está presente na vida humana, no seu processo vital, nas condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer/transcender (...) o ato/ação de cuidar pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e transmitido/partilhado, apesar de ser único, particular e singular, porém em momentos, espaços e movimentos isolados das situações múltiplas do viver social.” (1996, p.124-5)

Atributos como interesse afetivo, valorização da pessoa, respeito e confiança, falar, dar informações, ouvir e estar presente, capacidade para cuidar, compreensão, independência do paciente, conhecimentos e habilidades de enfermagem, cuidado individualizado versus generalizado, prazer de fazer com que o doente se sinta valorizado, atitude mental positiva, movimento em direção à recuperação e à reabilitação, conforto físico, gratidão, reforço, dignidade e aceitação, satisfação, conforto, respeito, amparo, troca de energia, sentimento de dedicação ao outro, tolerância, disponibilidade, diálogo, relações humanas construtivas,

dentre outros constituintes tem sido apontados em estudos, de diferentes abordagens metodológicas, como elementos constituintes ou comportamentos de cuidar sob a ótica daqueles que têm vivenciado a experiência, seja, executando ou recebendo o ato de cuidar em distintas realidades. (Sherwood, 1993; Pegram, 1992; Houfek, 1992; Clarke e Wheeler, 1992; Silva, 1996; Crossetti et al., 1996; Boehs & Patrício, 1990; Morrison, 1989; Forbinder, 1994; Sadala, 1995).

As abordagens do cuidar na enfermagem enquanto processo têm sido também objeto de estudo, e os resultados apontam para os aspectos físicos, terapêuticos, emocionais, comportamentais e filosóficos presentes no mundo do cuidar.

A forma como as enfermeiras prestam o cuidar e como os pacientes esperam que este seja prestado constitui os construtos do cuidar, os quais são, para Boehs e Patrício (1990), os próprios atos de cuidar que fazem parte do processo de cuidar. Dentre os construtos citam: assistir alguém, agir para, prever, ter afeição, preocupar-se com, coordenar, ouvir, fazer, conhecer a realidade do outro, presença, ações técnicas e físicas, abrigar.

Resultados semelhantes encontraram Wolf (1986), Brown (1986), Larson (1987) e Peterson (1985) ao examinarem o processo de cuidar. Contudo, salientam ainda estas autoras, que o processo de cuidar está ligado mais diretamente ao trabalho das enfermeiras, isto é, a ação de cuidar, enfatizando a necessidade de adequar conhecimento e habilidade como base das ações, assim como a convergência entre as ações de enfermagem e as necessidades percebidas pelo paciente.

O cuidar é um processo básico que resulta na satisfação das necessidades do paciente. As ações de cuidar compreendem atividades instrumentais que enfocam as necessidades físicas e de tratamento do paciente como administração de medicamentos e procedimentos, e as expressivas que referem-se às necessidades psicossociais orientadas para o comportamento (Watson, 1981).

Esta autora descreve os construtos do processo de cuidar os quais denomina de “caratives”, elementos que se referem à forma mais do que ao conteúdo do cuidar. Esta forma apela a um sistema de valores humanísticos e altruístas, a sentimentos de fé/esperança, sensibilidade e relação de ajuda autêntica, pressupondo ainda expressões de sentimentos, criatividade na solução de problemas, suporte, proteção e atendimento às necessidades básicas. Portanto, o processo de cuidar, para Watson (1981), envolve relacionamento interpessoal, a partir do sentimento de ajuda e confiança entre os que o vivenciam, desenvolvendo-se com base nos valores humanísticos e em conhecimento científico.

Analisando o processo de cuidar a partir da ótica do paciente, Brown (1986) constatou que o cuidar emergiu através dos seguintes temas: presença segura, provimento de informação, demonstração de conhecimento pessoal e habilidade, assistência ao paciente com dor, tempo dispensado para cuidar, promoção de autonomia e sobrevivência. O processo de cuidar é então descrito pela autora como reconhecimento das necessidades do paciente e qualidades individuais que a enfermeira usa para selecionar e implementar as ações adequando-as aos problemas de saúde do paciente.

Semelhante postura assume Gaut (1986) que, embora considere o processo de cuidar como um ação, pensa que este, tendo por base o senso comum, apresenta sentidos de cuidar como dar atenção ou ter preocupação com ou para alguma coisa, cuidar como responsabilidade e como tendo consideração ou carinho por alguém.

Para Gaut (1986) e Brown (1986) o processo de cuidar é estruturado a partir das ações iniciadas com os objetivos estabelecidos e finalizados com a sua implementação. A enfermeira precisa ter conhecimento destas ações, tendo a consciência de que qualquer fato situacional pode interferir na eleição e implementação destas alternativas. Bevis (1981) compartilhando deste pressuposto, cita ainda que fatores como cultura, valores, custos, maturidade, nível de estresse podem afetar o processo de cuidar na enfermagem.

O processo de cuidar é visto por Collière:

“como uma aproximação antropológica, onde procede um encontro com duas (ou mais) pessoas, 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 seu significado e como as utilizar na ação de cuidar” (1989, p.293).

Com um olhar sobre este conhecimento que vem sendo produzido nos últimos anos, constata-se a preocupação dos autores que buscam a gênese e a aplicação do cuidar, em trazer o homem para o centro do pensar e fazer enfermagem, na medida em que se apoiam não só na literatura específica mas também na filosofia e nas ciências comportamentais. Percebe-se

também uma certa postura existencialista dos autores, o que nos leva a depreender a existência de pensamentos que estão a revelar a necessidade de se buscar outros referenciais para cuidar. Buscando contribuir com esta tendência propõe-se fazer este estudo dentro de um referencial filosófico existencialista. O que há de novo na proposta é que se procura trazer o homem enfermo para o centro do cuidar enquanto um existencial. Isso o orientará as ações de cuidar para o homem, como realmente é e está no mundo.

Heidegger (1993) pensa o homem enquanto ser, logo, como verbo ou algo que está acontecendo ou se fazendo. O ser do homem como existência é um projeto em construção que vai se edificando no mundo com os outros. Sua vida é uma permanente relação com tudo que está entorno de si, com os objetos que conhece, com os problemas que o inquietam e com as situações a que está vinculado. Neste mundo, coabita em conaturalidade com outros. O que o homem é depende da precisa relação que mantém com os demais, ao mesmo tempo que estes são o que são por sua relação com aquele homem. Existir é ser com os outros.

Quando se propõe a adotar uma perspectiva existencial na enfermagem, estes pressupostos têm de estar presentes no mundo do cuidar. Cuidar que como verbo/ação tem de ser considerado como algo que está acontecendo assim como o ser doente e a própria enfermidade. Neste contexto, a enfermidade, sob o ponto de vista existencial, deve ser considerada como situação vivida que impõe restrições nas relações com o outro e com o mundo. Contudo, o homem doente, ao invés de assumir passivamente esta situação, como uma condenação ou um castigo, deve experimentá-la como uma facticidade vivida, pois a existência jamais se reduz ao puramente vivido. A doença acontece em um determinado momento da vida não como um fato singular, o que quer dizer que o homem mesmo doente

continua se projetando no mundo, logo se realizando existencialmente com os outros. Fatos presentes no contexto do cuidar, um mundo de relação expresso por aqueles que fazem acontecer a enfermagem.

Neste sentido, optou-se por definir, neste estudo, que utiliza um referencial filosófico existencial, os seguintes termos:

Cuidar é a ação ou o ato de cuidar acontecendo; Cuidado é o ser que projetando-se no mundo recebe a ação de cuidar, e Cuidante é o ser que projetando-se no mundo executa a ação de cuidar.

O uso dos conceitos da filosofia existencial na enfermagem auxilia na compreensão daqueles que lhe dão identidade, do cuidado e do cuidante, como um Ser-aí-no-mundo, no ambiente do cuidar. Ao se entender o homem, como existencialmente é, com seu modo peculiar de ser e estar no mundo com os outros, e a enfermidade como algo factível, será menos sofrível aceitar e entender a condição de homem doente, bem como será mais fácil se compreender a teia de relações do mundo do cuidar.

Fazer enfermagem não é só dar medicamentos ou aliviar o sofrimento físico, é muito mais. Da mesma forma que fazer enfermagem não é uma idéia, ou algo apenas imaginado em que o outro não é sentido, sua natureza não é percebida e suas experiências não são consideradas. Fazer enfermagem é cuidar do outro, é cuidar do eu, é perceber, é se preocupar e estar com o outro. É estar para ouvir, ver, experimentar e conhecer.

Com base no exposto, fica evidente que os movimentos que configuram o processo de cuidar, foco do estudo, vão além de ações terapêuticas, pois por acontecer em um mundo em que o homem, ser projetando-se, é o responsável pelo tear das relações que o conformam, outros elementos estão presentes neste processo para que aconteça o cuidar na enfermagem. Este cuidar que é vivido momento a momento, se revela e desenvolve continuamente, podendo desta forma ser considerado em infinito vir a ser. Assim para que se resgate a questão existencial na enfermagem é preciso saber as diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar, ou seja saber o que acontece no mundo do cuidar, que movimentos lhe dão forma e o que é preciso para que ocorra o encontro entre cuidantes e cuidados.

Compreender o processo de cuidar na enfermagem sob um olhar diferente que oriente para uma prática que o homem é o foco deste cuidar, pressupõe que se busquem respostas em um referencial filosófico existencial que mostre quem é este homem.

CAPÍTULO III

BUSCANDO RESPOSTAS:

O CAMINHO METODOLÓGICO

O caminho deve ser visto como uma viagem emocionante e não como a chegada a um destino. Ao atingirmos a nossa busca, devemos usar o feito como um primeiro degrau para explorar as nossas mais profundas possibilidades de ser com o outro!”

Maria da Graça Crossetti

O caminho utilizado para o estudo é explicitado, destacando-se as etapas trilhadas para se desvelar as diferentes possibilidades de acontecer do processo de cuidar manifestas pelo cuidante e cuidado no mundo do cuidar, para então se compreender o processo de cuidar na enfermagem à luz da filosofia heideggeriana.

CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo buscou desvelar o que acontece no mundo do cuidar na enfermagem, que movimentos lhe dão forma e o que é preciso para que ocorra o encontro entre cuidado e cuidante. Isto é, conhecer os elementos que estruturam as diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar, baseado no referencial existencial heideggeriano, manifestos sob a ótica daqueles que fazem acontecer a enfermagem, em uma realidade por eles vivida e compartilhada. Enfim, buscou-se compreender o processo de cuidar na enfermagem.

Tipo de Estudo

O estudo se caracterizou por uma pesquisa de campo com uma abordagem qualitativa, em que se buscou obter os dados através da observação e entrevista e interpretá-los pela hermenêutica.

A Pesquisa de Campo, proposta por Schatzman e Strauss (1973), foi a metodologia utilizada nesta investigação, por permitir ao pesquisador estar-com-no-mundo do cuidar. A

pesquisa de campo permitiu apreender o mundo do cuidar como uma realidade emergente em que nada é finito, pois sendo um mundo de relações tem inúmeras maneiras de poder ser, o que não significa que todas devessem ou tenham sido apreendidas.

Esta metodologia permite a utilização de qualquer técnica para se obter a informação desejada e de pensamento para compreender a informação obtida. Assim, pode o pesquisador fazer uso de qualquer estratégia para buscar respostas às questões sobre os eventos que lhe interessam a qualquer momento. Ao escolhê-las, deve ter entendimento de que estas podem oferecer facilidades e ou limitações que são reveladas na prática. O pesquisador cria a sua metodologia de trabalho, que emergirá das estratégias estabelecidas, das ações instrumentais e do processo de análise.

Citam os autores, que o pesquisador se preocupa com a técnica de busca dos dados que é mais interessante para o seu estudo, contudo deverá estar ciente da seletividade da percepção humana, mas não se preocupa objetivamente com as técnicas que possam evitar os limites impostos pela condição humana.

Outro princípio que orienta esta metodologia, é que o pesquisador tem liberdade de voltar no tempo ou evocar fatos anteriores, expressos em uma frase ou gesto, para elucidar e afirmar aspectos e assim apreender o significado de uma dada situação, a qual poderá conter indicações de eventos ou idéias que poderão ajudar na compreensão dos fatos. O investigador é livre para pensar sobre qualquer referencial pertinente ao seu objeto de estudo, sendo necessário apenas, um marco que o oriente na busca dos dados e é dispensável que este seja muito elaborado mas que apresente conceitos aplicáveis ao assunto em tese. O investigador

pode abdicar de hipóteses, mas é importante registrar em alguns pontos de seu estudo o que busca e porquê busca, partindo assim de algumas conjecturas que orientam o seu pensar. Por estar no campo, ouvir, ver e sentir as pessoas, esta visão lhe possibilita desenvolver ampla representação abstrata, lógica e empírica das situações observadas.

Campo de Estudo

O campo de estudo foi uma unidade de hemodiálise de um hospital universitário. A escolha desta área hospitalar, foi motivada por ser o ambiente em que o pesquisador, em sua prática profissional, sentiu as primeiras inquietações sobre o cuidar e por estar em um exercício compartilhado com as enfermeiras da área, buscando, através de estudos, maneiras de cuidar que envolvam, de forma solícita, aqueles que fazem acontecer a enfermagem.

A unidade de hemodiálise destina-se ao atendimento de pacientes com doença renal crônica e ou aguda, apenas com limite mínimo de idade de 12 anos, idades inferiores são exceção às normas da unidade, que necessitam de tratamento dialítico, ou seja, hemodiálise, diálise peritoneal ambulatoria continua (CAPD) e diálise peritoneal intermitente (DPI) em nível ambulatoria e ou de internação, admitidos na unidade de terapia intensiva da instituição. São pacientes vindos da capital e do interior do Estado do Rio Grande do Sul, bem como dos Estados de Santa Catarina e do Paraná. O funcionamento da unidade se dá de segunda-feira a sábado, nos turnos da manhã e tarde, atendendo, em média, dezesseis pacientes por dia.

A unidade se situa no segundo andar do hospital, na ala norte, onde se localizam outros serviços de diagnóstico e tratamento. À sua entrada, possui um hall, que funciona como sala de espera para familiares, acompanhantes e ou pacientes, de frente para a recepção da unidade que fica na parte interna da mesma. Ao entrar na unidade, se tem à sua direita as salas destinadas para o atendimento dos pacientes, ou seja, consultórios; salas para os tratamentos dialíticos; posto de enfermagem; expurgo; almoxarifado; salas para armazenamento dos filtros dos pacientes e as de limpeza; preparo dos filtros, materiais e equipamentos e sala de lanche para a equipe.

As salas para tratamento são revestidas com azulejos brancos e com tinta acrílica em tom pastel; em sua maioria (quatro das cinco) recebem luz natural e têm uma de suas laterais com grandes janelas de vidro que dão para uma parque de estacionamento arborizado e para um passeio; são dotadas de poltronas tipo cadeira do papai, tendo apenas uma das salas uma cama balanço; tem um televisor fixo ao alto na parede, em uma das salas. À esquerda, na unidade, se encontra o setor administrativo onde se localizam as secretarias da unidade e a da pós-graduação em nefrologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, salas das chefias médica e de enfermagem; uma pequena biblioteca, e sanitários.

A equipe de enfermagem que atende na unidade é composta por quatro enfermeiras, uma das quais é a chefe, cinco técnicas de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem e duas operadoras de equipamentos médicos. Esta equipe está ligada à chefia do serviço de enfermagem médica, que é uma enfermeira docente da Escola de Enfermagem da UFRGS, que, hierarquicamente, se vincula à coordenadora do grupo de enfermagem, também docente da mesma unidade universitária. Este grupo é o órgão máximo da enfermagem na instituição.

A equipe médica que atende além, da unidade de hemodiálise outras unidades do hospital, compreende dois médicos contratados, seis médicos residentes e sete médicos professores da Faculdade de Medicina da UFRGS, um dos quais é o médico chefe da unidade.

Sujeitos do Estudo

Buscando compreender o processo de cuidar sob a ótica dos que fazem acontecer a enfermagem, os sujeitos do estudo são aqueles que integram o mundo do cuidar: a equipe de enfermagem, o cuidante, que atuam na especialidade no mínimo há um ano, e os pacientes, o cuidado, em tratamento dialítico e sem danos neurológicos que os impeçam de manter um diálogo coerente com a realidade.

Os sujeitos foram selecionados a partir de determinadas situações de cuidar, por eles vividas no campo e observadas pela pesquisadora, as quais continham elementos importantes para o contexto do estudo, tais como manifestações verbais, comportamentais ou gestuais (expressões de medo, choro, revolta, planejamento e execução de cuidarem situações críticas). Na equipe de enfermagem os sujeitos do estudo são seis; três enfermeiras e três auxiliares de enfermagem, para identificá-los utilizou-se o seguinte código E1, E2, E3, E4, E5, E6. O tempo de exercício das cuidadoras na especialidade varia de cinco a vinte anos, sendo todos do sexo feminino; com idades: E1 – 49a, E2 – 36a, E3 – 22a, E4 – 35a, E5 – 34a, E6 – 37a.

Deste estudo, fazem parte ainda seis cuidados em tratamento dialítico; quatro em hemodiálise, uma em CAPD e uma em DPI. O tempo de tratamento varia de, no mínimo

quatro meses a sete anos. Sendo três do sexo feminino e três do masculino. Para identificá-los se utiliza o seguinte código: P1, P2, P3, P4, P5 e P6. As idades são respectivamente: 40, 31, 16, 30, 22 e 24 anos.

Os códigos foram estabelecidos de forma uniforme e independentes da categoria profissional, idade ou o tipo de tratamento dialítico, porque estas são características que não interferem quando se vê o cuidar com um olhar existencial.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, que a fez no período de agosto a novembro de 1996, nos turnos da manhã e/ou tarde, de segunda a sábado. Neste período, foram realizadas um total de 46 observações, que duraram de duas até quatro horas.

Entrada no campo

A entrada no campo se deu mediante a autorização do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação da instituição, na qual, o estudo foi realizado. A investigação foi iniciada em um sábado, por ser o dia de menos movimento na unidade. A pesquisadora se apresentou a enfermeira chefe da unidade, comunicando-lhe formalmente que estava iniciando a pesquisa. O encontro aconteceu na sala do cafezinho onde membros da equipe de enfermagem e médica compartilhavam daquele momento social. A enfermeira chefe aproveitou a oportunidade e apresentou a pesquisadora; essa, complementando sua fala, disse que estaria com eles e com

os pacientes na unidade por algum tempo para colher os dados de sua tese de doutorado, esperando não os incomodar. Os presentes se colocaram a disposição para auxiliar no que precisasse, ao que agradeceu.

O fato de estar ali naquela condição não foi surpresa para a equipe de enfermagem, pois além de manter um vínculo de estudo com as enfermeiras da unidade, já estivera visitando o ambiente do cuidar em outras ocasiões quando da elaboração do projeto de tese e antes de iniciar propriamente a coleta de dados.

Após as apresentações, a enfermeira chefe acompanhou a pesquisadora às diferentes salas para, dessa forma, ser apresentada aos cuidados em tratamento, o que se fez de forma geral, ou seja, que era professora enfermeira, que estava fazendo uma pesquisa sobre “cuidado de enfermagem” (fala da enfermeira) e que “vão vê-la com frequência na unidade”. A pesquisadora cumprimenta a todos, fala que estaria ali observando os acontecimentos, que faria anotações, conversaria com eles assim como com o pessoal de enfermagem, e que alguns deles, em um dado momento, seriam convidados a conversarem mais de perto com ela desde que assim o quisessem. Falou-se que o trabalho que estava sendo desenvolvido visava verificar como se estava cuidando deles e o que seria preciso para melhor este cuidar de enfermagem. Alguns cuidados esboçaram sorrisos; outros permaneceram indiferentes à apresentação e à manifestação da pesquisadora.

A partir deste dia, esteve-se no campo quase que diariamente, pela manhã e ou tarde, sem qualquer pretensão mais específica qual não fosse a de se inserir no mundo do cuidar. Assim pretendia se familiarizar mais com o ambiente em si, área física, fluxo de pessoas,

materiais, equipamentos, bem como se aproximar dos sujeitos do estudo, de modo a construir uma relação harmoniosa, no sentido de estabelecer um ambiente em que pesquisadora e sujeitos passassem a se relacionar como pessoas pertencentes ao mesmo mundo do cuidar.

Este estado de sensibilização que começou com a entrada no campo teve um início angustiante. Como Ser- aí-no mundo, a pesquisadora estava afeta aos acontecimentos e reagiu com sentimentos ou emoções diversas. Imersa no mundo do cuidar, sentiu uma realidade jamais sentida, mesmo como enfermeira intensivista. Nela encontrou crianças, jovens, adultos e idosos; estudantes; pessoas iniciando a construção de suas vidas; pais e mães de famílias, cujos rostos e corpos são a expressão viva do sofrimento, da descrença, do inconformismo com a doença, de um discreto fio de esperança na possibilidade remota de um transplante renal, da desesperança e da expressão viva da morte.

Esta realidade percebida em seu íntimo, entristeceu a pesquisadora, fez mexer com seus valores, questionar internamente o que é a vida, sentir impotência diante daquelas pessoas com uma doença com prognóstico reservadíssimo e que sabe-se lá quanto tempo ainda existiriam. Em um dado momento, ao sair do campo, viu-se chorando, seu lado autêntico se manifestou, não que fosse proibido chorar, porque chorar, somente, não resolveria a situação daqueles que ali estavam, nem a sua própria, era preciso agir de outra maneira, também.

Sem poder e querer ficar absorta pelo quadro, mergulhou naquele mundo com um sentimento muito mais que de pesquisadora, mas sim com desejo de querer ser solidária, de querer de alguma forma ajudar, de querer cuidar. Envolvida neste sentimento, e tendo com

esta passagem reafirmado suas inquietações e o que estava buscando com o estudo, a pesquisadora gradativamente, acabou conversando com os cuidados, ouvindo suas histórias, sentando ao lado deles, tocando-os, auxiliando-os, da mesma forma, se percebe dialogando com os cuidantes, compartilhando os momentos sociais da unidade e intercambiando informações as mais variadas possíveis. O angustiante estado de desconforto, quando da entrada no mundo do cuidar, evoluiu para um harmonioso e confortável compartilhar com aqueles que fazem acontecer a enfermagem. Este foi o momento em que a pesquisadora passou a ser vista como mais um alguém naquele mundo. Este foi o sinal verde para o início da coleta dos dados.

Saída do Campo

Na realidade, não saiu do campo, uma vez que lá se continua participando do grupo de estudos sobre cuidar na enfermagem. Entretanto, ao término da coleta de dados, os cuidados e os cuidantes foram comunicados que a presença da pesquisadora na unidade não seria tão freqüente, uma vez que já dispunha das informações necessárias para escrever o relatório final da pesquisa.

A pesquisadora agradeceu a atenção até então recebida. Algum tempo depois, quando já tinha-se uma visão do que revelavam os dados, reuniu-se com os cuidantes, informalmente, e comentaram a respeito do resultados dos estudos, os quais foram recebidos com comentários do tipo: *“é isso daí mesmo..., precisamos conhecer mais o paciente..., é, está na hora da gente cuidar de outro jeito..., é assim que a gente se*

sente mesmo, é, os pacientes sofrem muito e nós também, temos que mudar alguma coisa”.

Desse modo, a pesquisadora comprometeu-se com os cuidantes de, após a conclusão do estudo, voltar e fazer uma discussão mais aprofundada sobre o assunto e então traçarem alternativas futuras.

Por procurar compreender o processo de cuidar em um mundo de relações, através das situações vividas do Ser-ai-com os outros, em um determinado contexto natural, optou-se, neste estudo, pelos instrumentos observação e entrevista, meios que levam a intimidade do mundo do cuidar.

Observação

Os dados observacionais são de fundamental importância no estudo, neles constam aspectos do mundo do cuidar inerentes ao ambiente em si, aos cuidados e aos cuidantes, os quais são de extrema relevância na interpretação e compreensão do processo de cuidar.

A observação tem por base o recomendado por Schatzman e Strauss (1973) em uma perspectiva de observador com interação limitada, na qual, as intervenções acontecem, principalmente, para buscar a clarificação dos acontecimentos no mundo do cuidar, tendo em vista os motivos do estudo. Esta forma de participação acontece a partir de comentários, questões e diálogo.

Os sentidos tátil, gustativo, auditivo, olfativo e visual, são os principais meios utilizados no ato de observar, na busca de evidências relacionadas a investigação. A observação é a maneira que conduz a presença do Ser-aí-com-os-outros no mundo do cuidar, momento em que os elementos que estruturam as possibilidades de ser do processo de cuidar podem se manifestar.

Para melhor apreensão destes elementos se utiliza da proposta dos autores adaptando-a para se observar o mundo do cuidar na enfermagem. Assim os dados observacionais são relativos a:

- ambiente do cuidar: materiais, equipamentos, quadros, área física, documentos, prontuários, papéis diversos, ruídos e odores;
- sujeitos: pessoas envolvidas no cuidar, equipe de enfermagem e pacientes, familiares;
- atividades: reuniões, procedimentos técnicos, dinâmica de trabalho, ocorrências nos encontros;
- atos: ações individuais (verbais e não verbais) de cada pessoa envolvida no ambiente do cuidar;
- sentimentos: emoções sentidas ou expressas por gestos, falas, estado de humor das pessoas no ambiente do cuidar;
- tempo: seqüência em que acontecem os fatos durante o período de observação e
- relações interpessoais: proximidade e/ou distanciamento entre os que fazem acontecer o processo de cuidar na realidade escolhida para o estudo.

Nas observações, leva-se em consideração os aspectos de *representatividade e perspectiva* que se referem, respectivamente, aos dados que realmente têm identidade com o que se busca com o estudo, e ao ângulo que se observa uma vez que a realidade é infinitamente complexa permitindo ao homem vê-la de diferentes maneiras sem apreendê-la em sua totalidade. O ato de ouvir é igualmente importante, nele o pesquisador tem a realidade na perspectiva dos sujeitos. Palavras como “é” revelam o conteúdo objetivado da realidade das pessoas, coisas ou dos eventos, e como “porque” dizem das razões, causas e reações dos eventos naquela realidade vivida, Schatzman e Strauss (1973).

Registro da Observação

Para registro da observação foi criado um instrumento denominado de *Nota de Campo* (Anexo A) que tem por base o preconizado por Schatzman e Strauss(1973). A nota de campo é constituída por: *notas de observação* (NO) que contemplam a observação detalhada ou as notas reais do campo, ou seja, *o que, quando, quem, onde e como* dos fatos e sujeitos no mundo do cuidar; e notas teóricas que contemplam as percepções iniciais relativas ao que se busca com o estudo. Compreendem inferências que, em um processo de abstração, levam a um conjunto de idéias das quais podem se desvelar os elementos estruturais do processo de cuidar. Como exemplo deste estudo, cita-se:

“processo de cuidar (PC) passa pela relação afetiva entre os pacientes e a equipe de enfermagem; PC contempla fatos ocorridos no cotidiano da vida dos pacientes, envolve o cuidado físico; compreende orientações da enfermeira, prescrição de enfermagem, logo o processo de enfermagem; envolve ações interdependentes e independentes (suspender heparina,

administrar buscopan, fazer curativos); envolve a participação da família, envolve o respeito com o outro; envolve ações administrativas da enfermeira; envolve o controle de materiais/ interface com outros profissionais da área da saúde.”

O detalhe operacional que precisa ser visto ou replanejado é feito no mesmo turno ou dia, uma vez que a leitura dos registros é realizada ao término da observação. Caso contrário, a busca fica para uma próxima estada no campo, se tendo o registro prévio do que elucidado. Este registro faz parte da “nota metodológica”, na concepção dos autores. Exemplo de nota metodológica:

“Plano para amanhã: observar atividades da equipe de enfermagem no início do plantão da manhã; pontuar atividades de cada membro da equipe; observar ocorrências durante a passagem de plantão entre os turnos; esclarecer aspectos da dinâmica da unidade com a enfermeira chefe.”

Entrevista

Para se obter respostas às questões que orientam o estudo, se buscou estar com os cuidado e cuidante através da entrevista em um encontro que se dava no mundo do cuidar. Neste momento de estar com o outro, havia apropriação da linguagem falada, bem como daquela expressa em um gesto, olhar e/ou postura. O instrumento que se utilizou foi a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños (1987), porque dá liberdade de ação gradual e intencional em direção ao que se buscava investigar. A entrevista tem por objetivo ir ao encontro do que os sujeitos apreenderam com a experiência vivida no mundo do cuidar na enfermagem.

“A interrogação tem de ter uma trajetória: interrogo o quê? Não os sujeitos; interrogo minha perplexidade diante do mundo. Perplexidade é uma necessidade de uma resposta e não a ter. Assim se iniciou a filosofar. Se está diante do mundo de valores e o filósofo inicia seu pensar diante de questões que não têm respostas.” (Martins, 1992, p.65).

A entrevista teve caráter individual. O sujeito teve total liberdade de expressar seus sentimentos e opiniões, sendo que o papel da pesquisadora era de incentivá-lo a falar sem, contudo, forçá-lo a responder. A entrevista ocorria até que as possibilidades manifestas nos discursos contivessem os dados necessários aos propósitos do estudo.

Na pesquisa de campo, não há, a priori, o que perguntar aos sujeitos, pois o contexto de estudo se reveste de infinitas possibilidades, sendo que o pesquisador desconhece de antemão o que vai acontecer naquela realidade. Motivo pelo qual pode ter em mente uma ou mais perguntas que utiliza de acordo com aquele momento vivido, sem contudo perder de perspectiva as questões norteadoras do estudo.

A medida que foram formuladas as perguntas (Anexo B) aos sujeitos, dependendo da resposta, foram geradas sucessivamente novas perguntas, com vistas a elucidar e a obter o máximo de elementos sobre um dado ou fato.

Para garantir o armazenamento das informações, fez-se uso de micro gravador. As entrevistas se dão durante a observação e têm duração média de sessenta minutos. Após foram transcritas na íntegra, utilizando-se o microcomputador, para então se organizar os discursos.

Organização dos Discursos

O discurso é uma manifestação da linguagem através da qual o indivíduo se mostra, com significados expressos pela que pensa, sente e deseja (Ricoeur,1990). Os discursos foram obtidos através das observações e entrevistas e constituem a matriz de interpretação do estudo.

Após a transcrição em microcomputador, os dados foram, manualmente, organizados para a análise, contudo, considerando a quantidade de dados dos discursos, optou-se pelo *software ethnograph* (Seidel, Friese e Leonard, 1995). Com este instrumento, os dados são organizados. O dado bruto dos discursos foi processado e numerado linha por linha; a cópia do material auxiliou na primeira e terceira etapas do processo de análise, que foram a leitura inicial das descrições e análise estrutural.

O *ethnograf* processa a extração dos segmentos tematizados pela pesquisadora, o que aconteceu em duas oportunidades, visto que, após refletir sobre os significados emanados dos discursos, procurou-se unir os temas afins. Aconteceu um terceiro momento de junção destes temas, o qual foi feito manualmente porque, com as leituras anteriores, já se tinha uma certa seleção dos dados.

Aspectos Éticos

A ética tem se constituído um dos principais pontos de discussão na modernidade, no sentido de se resgatar os valores e o respeito ao ser humano. Nela, reside, pois, o fundamento último de se alcançar uma imagem autêntica do homem, de dignificar a si e ao outro, o que o leva a realizar-se livremente ao longo de sua existência. Trata pois das relações do homem para consigo e das relações entre os homens que existem em conaturalidade. Assim a ética expressa um modo de ser do homem no mundo, Santin (1995).

A questão da ética na saúde tem merecido especial atenção na área da pesquisa por parte dos legisladores. Este é um estudo que se preocupa com os sentimentos, os valores e a liberdade do outro. Assim em atenção ao Decreto nº 93.933/1987 do Conselho Nacional de Saúde em seu Capítulo II, Art. 4º e Art.5º, que legisla sobre os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, foi apresentado aos sujeitos do estudo um termo de compromisso denominado “consentimento pós-informação” (Anexos C e D), que foi assinado por aqueles que aceitaram fazer parte do estudo.

Quando do início do estudo, foi dado conhecimento prévio à equipe de saúde e aos pacientes sobre a realização da mesma, bem como dos procedimentos da pesquisadora. Durante a gravação das entrevistas, foi assegurado aos sujeitos que seu anonimato seria mantido.

Análise

Identificados os meios que levam à intimidade do mundo do cuidar junto aos cuidados e cuidantes, buscou-se um referencial que oferecesse melhores possibilidades de interpretação dos dados. Isto porque optou-se por utilizar a pesquisa de campo apenas para a coleta dos dados. Tendo em vista os propósitos do estudo, foi preciso entrar no mundo do cuidar e ver não a situação observada ou verbalizada, mas apreender o que está por trás desta linguagem ou buscar o sentido existencial destes discursos. Assim, optou-se, neste estudo, pela análise filosófica hermenêutica de Ricoeur (1990) para a interpretação dos dados.

Estudando as raízes da palavra hermenêutica, Palmer (1969) diz que tem origem no verbo grego *hermeneueins*, que significa “expressar e interpretar”. A palavra grega *hermeios*, que se referia ao sacerdote do oráculo de Delos, o verbo *hermeneuein* e o substantivo *hermeneia*, remetem para o deus Hermes a quem os gregos atribuem a descoberta da linguagem e da escrita, ferramentas que a compreensão humana utiliza na busca do significado das coisas e na comunicação com os outros.

Assim, a partir de sua origem grega, as palavras hermenêutica e hermenêutico sugerem o processo de “tornar compreensível”.

O uso contemporâneo da hermenêutica diz respeito a compreensão e interpretação como processo, epistemologia, modo de ser e ontologia, sendo que o foco não está mais somente nos textos literais, mas também na história, na arte, no modo de interpretar, no mito e

na ação humana, emergindo, assim, como um importante recurso para o estudo das ciências humanas (Reeder, 1988). O emprego da hermenêutica na enfermagem ainda é emergente, contudo, observa-se que algumas enfermeiras pesquisadoras a têm utilizado com sucesso em seus estudos (Lakomy, 1993; Reeder, 1988; Cuoggo, 1994; Nunes, 1995; Silva, 1996).

O método de Ricoeur (1990) tem por objetivo a descoberta do sentido a fim de esclarecer a existência humana. Nele, a linguagem foi pensada não através do que diz, mas do que esconde. Assim, o sentido deve ser procurado por sob as palavras, a fim de que o real pudesse ser percebido em sua totalidade. À medida que o sentido se dá, ele se oculta, não podendo ser reduzido ao que é visto, mas ao que pode ser visto, organizando-se como linguagem. A tarefa da hermenêutica de Ricoeur é entender os comportamentos simbólicos expressos na fala e escrita, mostrando a verdade que se oculta no aparente e, assim, compreender e interpretar o sentido produzido na e pela linguagem, Viana (1980).

Compreender é entender, baseia-se em uma intenção presente no fundamento do que o texto a ser compreendido, pretende dizer. Interpretar é, sobretudo, discernir, reconhecer as intenções que aparecem espalhadas no discurso e que expressam um sentido, Ricoeur (1990).

Neste estudo, busca-se compreender o processo de cuidar a partir do que acontece no mundo do cuidar, através da observação e da experiência vivida e expressa no discurso verbal ou gestual daqueles que fazem acontecer a enfermagem. Pelo discurso o cuidado e o cuidante falam de si, mas também falam do outro. Então, o que falam no discurso (o aparente) e o sentido (o oculto) que dão ao cuidar, se articulam resultando um significado que é o núcleo

da problemática hermenêutica. São destacados os dados significativos dos discursos, observação e entrevista, os quais, uma vez analisados, organizados e interpretado levam aos elementos ou as diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar na enfermagem, naquela realidade vivida.

A análise e interpretação dos discursos, com base na filosofia hermenêutica de Ricoeur (1990), que levaram a estruturação deste estudo, seguiram o seguinte processo :

- ◆ **Leitura inicial do texto** - Esta é a primeira etapa do processo, tem por objetivo iniciar uma compreensão ingênua dos discursos, ou seja, perceber os primeiros significados emanados das observações e entrevistas. De posse da listagem dos discursos, a leitura é feita sem se questionar o mundo do texto, ou seja, se o contido no mesmo é verdadeiro ou não. Com a leitura inicial, que se realiza tantas vezes quantas necessárias, emergiram dos discursos os primeiros significados acerca do processo de cuidar. A pesquisadora apreendeu estes significados e os organiza. Neste primeiro passo, se teve a primeira visão do que se buscava desvelar o estudo, a partir do que começou a emergir dos discursos..
- **Distanciamento** - Esta etapa não representou uma fase operacional do processo de análise, contudo é o momento que configura condição primeira para interpretação. Afim de preservar o emanado dos discursos, a pesquisadora teve o cuidado de abster-se de suas crenças e preconceitos, evitando assim de arremeter-se sobre os discursos. Lakony (1993), ilustrando esta etapa, evoca o pensamento de Klein que diz que o pesquisador para entender o que emerge dos discursos deve tornar-se um ser reflexivo isolado da intenção do texto. Ao manter este distanciamento, o pesquisador não se coloca no texto,

levando-o a fazer uma “reflexão descontaminada” do que emerge do mundo do cuidar através dos discursos. Neste estudo, esta é uma postura que a pesquisadora adotou durante os momentos reflexivos da análise hermenêutica.

- **Análise Estrutural** - Esta é a etapa em que a pesquisadora relê profundamente e criticamente o que está aparente nos discursos, ou seja, o que consta da leitura inicial na primeira etapa, passando a explicação, compreensão e interpretação dos mesmos buscando assim a semântica profunda, ou seja, o sentido ou o significado do que está na face oculta dos discursos. O significado desvelado é tematizado e compreendido, o que faz emergir os temas e subtemas emanados dos discursos daquele momento existencial naquela realidade vivida.
- Para Ricoeur (1990) a frase, o parágrafo, a seção, o capítulo e a seguir o texto constituem a unidade de análise para a hermenêutica. O significado ou o sentido é expresso em unidades de sentença.
- **Identificação da Metáfora:** Esta etapa do processo de análise compreendeu a criação momentânea de uma linguagem que desvelou um novo significado até então implícitos no cotidiano da prática profissional, mas que são explicitados através da interpretação hermenêutica. Nesta etapa, definiu-se os temas e subtemas desvelados na fase anterior com o objetivo de se compreender os significados dos discursos. No estudo, esta compreensão se faz à luz do referencial filosófico existencial de Heidegger, o que leva a desvelar as diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar na enfermagem.

- **Apropriação:** Esta fase finalizou o processo de análise e interpretação hermenêutica de Ricoeur (1990). O sentido dos discursos, antes obscuros, passaram a frente do texto, se tornando mais visíveis. O ato de apropriação, como o próprio termo diz, é quando a pesquisadora se apropriou do que é desvelado dos discursos e está apta para a compreensão da metáfora. A apropriação acontece a partir da compreensão dos discursos que expressam experiências vividas no mundo do cuidar.

CAPÍTULO IV

FUNDAMENTANDO O REFERENCIAL FILOSÓFICO: OS EXISTENCIAIS BÁSICOS DE HEIDEGGER

Pensar filosoficamente é pensar o homem fenomenologicamente.

É pensar sua condição de ser e estar no mundo com os outros. E, uma vez

diante das possibilidades pensadas, é assumi-las como referências

para o nosso existir!”

Maria da Graça Crossetti

Busca-se, neste capítulo, apresentar a fundamentação filosófica de que se apropriou para compreender o processo de cuidar na enfermagem. Esta se pauta em alguns princípios que orientam a filosofia existencialista de Martin Heidegger, por entender que existem em seu projeto filosófico conceitos que permeiam o cuidar na enfermagem, cujo sujeito singular de sua atenção é o homem. É preciso, pois conhecer o que é este homem heideggeriano, para compreender o processo de cuidar na perspectiva existencial. Assim, Pensa-se, pois, se fazer necessário assumir o discurso de Heidegger sem, entretanto, dominá-lo, uma vez que o ser não é um resultado adquirido e que concluir sobre o sentido do ser¹, é entrincheirá-lo em palavras, não cedendo espaço para o imprevisível.

Para tanto, buscou-se as idéias do próprio filósofo e nos pensamentos de outros que já as interpretaram. Não se tem, nesse estudo, o propósito de se interpretar Heidegger. O que importa é fazer a linguagem heideggeriana falar a enfermagem de maneira distinta dos habituais discursos técnicos-científicos.

Heidegger, ao desvelar a constituição existencial de do *Dasein*², mostra que este só pode ser compreendido por meio de sua estrutura como ser no mundo, esse é o modo de ser da existência humana, cujos traços chama de existenciais. Existir é a maneira de ser exclusiva do ser humano. Os existenciais, como o nome indica bem, são concernentes à existência e a

¹ “Ser” é a maneira como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e finalmente conhecido para o ser humano, para o “Ser-ai” ou “Dasein”. Dr. Solon Spanoudis, na apresentação do livro: *Todos nós Ninguém*, de Martin Heidegger. Ed. Moraes. 1981, p. 11.

² “Dasein”- É o termo que se refere literalmente a “se” ou “estar-ai”, palavra alemã que designa existência e indica o caráter peculiar e distinto da existência humana, é o lugar do Ser, é o terreno onde este se manifesta” Vattimo. *Gianni Introdução a Heidegger*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1995, p. 27.

definem. São concretos, mas todavia universais, já que são válidos para todo o ser humano. Estes caracteres ontológicos³ determinados, a partir da existencialidade do ser, representam os modos indeterminados de revelar-se do ser do homem existindo-aí (Verneaux, 1968).

Os existenciais básicos são oriundos de um exercício, isento da busca de respostas absolutas ou precisas que visassem um apropriar-se de conclusões com conteúdos prontos e fechados. Assim, descrever-se-á a leitura que se fez dos existenciais básicos que emergiram dos discursos e que compreendem a matriz analítica deste estudo, os quais estruturaram o caminhar na busca da compreensão do processo de cuidar na enfermagem. Portanto, neste capítulo, abstendo-se de uma tendência apressada, determinada e conclusiva, própria das ciências naturais, discorre-se sobre os existenciais de Heidegger na forma como apreende-se, decompondo-os apenas por necessidade de exposição uma vez que resultam em uma estrutura única e irreduzível.

O ESTAR LANÇADO NO MUNDO

No cotidiano de nossas vidas, com freqüência experimenta-se sentimentos das mais variadas naturezas e intensidades que bruscamente se instalam no ser, sem que se saiba de onde provêm e para onde nos levam. Situações que sensibilizam e que fazem lembrar que se existe sem, contudo, se ter uma consciência explícita das mesmas. São estados afetivos que

³“Ontológico”- refere-se “às origens genuínas que possibilitam a tudo manifestar-se e apresentar-se. É aquilo que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto, presente, criado, produzido, atuado, sentido”. Dr. Solon Spanoudis, na apresentação do livro *Todos Nós Ninguém*, de Martin Heidegger, São Paulo, Ed. Moraes, 1981, p. 10.

se colocam diante da desnudez da condição original, ou seja, da condição de ser humano. Estados de alma intensos, através dos quais, revelam a totalidade do ser. Isto ocorre devido ao fato de se ter sido “lançados na existência e nela abandonados” (Garcia, 1994).

O homem encontra-se existindo em situação lançada no mundo e a si mesmo sem saber por quem, de onde, nem como veio. É assim e assim tem de ser. Logo, como ser no mundo, o homem mergulha nele e nele se perde solicitado pelas coisas e com elas se preocupando. A esta existência imposta ao homem, Heidegger chama de “*derelicção*” ou “*o estar lançado no mundo*” (Waelhens, 1986; Verneaux, 1968).

Contudo em que pese esta idéia de abandono e de que o homem tenha que existir no mundo, sem para isto ter sido consultado, tal idéia não significa que a existência do homem tenha que se dar de modo passivo. A derelicção pressupõe responsabilidade e obrigação do homem em se consumir. Apesar da sua impotência, ele está-aí no mundo, desde o primeiro momento em que sentiu o seu existir. Portanto, a realidade da derelicção ou a luta supostamente imposta por descobrir-se, sem ter tido a vontade própria para estar-no-mundo jamais serão abolidas, pois o estar lançado é um fato pretérito, invencível e contínuo ao longo da existência.

Então a derelicção, em sua significação completa, expressa o modo de existir de um ser que, lançado ao mundo sem o seu consentimento, não poderá ser ou ter a sua existência caracterizada, senão graças às suas próprias possibilidades e por elas compreendido. Assim entendida, a derelicção denota a compreensão autêntica da existência (Waelhens, 1986).

A *existência autêntica*, no pensamento heideggeriano, caracteriza-se por viver de acordo com o próprio modo de ser, por se ter consciência das próprias limitações e por assumir a condição de estar lançado no mundo. É no extremo da limitação, do nascimento à morte, que se situa a duração da existência. Contudo, neste aspecto de tempo, compete ao homem realizar-se, buscar concretizar os seus desejos, não ficando assim, apenas à espera de seu fim.

O homem vive a existência autêntica quando, em um ato de liberdade, toma a decisão em aceitar suas próprias limitações, vivendo de acordo com o seu próprio modo de ser, mantendo, sempre diante dos seus olhos, a realidade inevitável da morte, determinante de suas possibilidades. “*A morte desvela ante o Dasein o nada*”.⁴

O homem autêntico atreve a enfrentar-se com a desnuda realidade da morte, que lhe revela que seu ser é um nada. Esta constatação em vez de afetá-lo negativamente, impulsiona-o a buscar, a partir da idéia de morte, razões para definir o sentido de sua existência. (Garcia, 1994).

Entretanto, para viver uma existência autêntica não se faz necessário que se afastem das tarefas cotidianas ou das preocupações, basta fazer suas atividades, de certa maneira e em certa perspectiva, tendo a consciência de que se tem, no horizonte da vida, a finitude.

⁴ Jubero. Fontan. *Los Existencialismo - Claves para su Comprension. Ediciones Pedagogicas. 1994. p. 65.*

Esta é a grande questão do viver cotidiano do ser humano. Pois, este estado de acabamento por ele não é aceito. Está em um mundo em que a idéia de que um dia morrerá limita o seu existir, quando diante de situações inesperadas, como o saber que se está com uma doença grave. Fato que desestrutura sua existência, bem como a daqueles com quem convive. A aceitação da situação seria menos desestruturante, se tivesse consciência da finitude do homem, o que requer um esforço constante, sob pena de permanecer circunscrito as circunstâncias da vida. Por isto, a autenticidade não é um estado, senão uma conquista sempre precária, considerando a forma como se encontra no mundo e como o apreende. Isto significa viver dentro dos limites que foram impostos pela condição humana. Ser autêntico é assumir a finitude da vida.

Em suma, no pensamento heideggeriano, o homem autêntico é aquele que aceita a sua situação. A partir do momento em que isto acontece, ele aceita a sua finitude, vê e vive suas tarefas, todas as coisas, o mundo e ele mesmo, tais como são e como ele é. Assim sendo, está em condição de ser o que é, e de fazer o que faz, aceitando todas as coisas presentes tal como são, tendo como caminho o estar lançado no mundo para a morte. Isto confere uma existência autêntica em que o homem tem a responsabilidade pessoal sobre seu próprio destino.

Contrariamente, porém, à autenticidade existencial, percebe-se que o cotidiano do homem pode reduzi-lo a condição de membro *impessoal*⁵, ficando assim absorvido na consciência da massa. O que equivale a negar e conhecer a sua própria condição de ser

⁵ "Impessoal" define o modo de ser na cotidianidade, não sendo nada determinado, mas aquilo que todos são. Na convivência, sendo e estando com o outro, o homem promove a medianidade (caráter existencial do impessoal. Na medianidade, o impessoal se liga aquilo que é conveniente, admitindo-o como valor ou não valor..." HEIDGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Ed. Vozes. Petrópolis. 1993. p. 179.

humano. Neste caso, ao invés de ser um “eu”, o homem não é mais que um “se”; *se diz, se faz, se acostuma*. O Dasein se converte em um ser totalmente anônimo, impessoal e massificado (Waelhens, 1986).

Esta impessoalidade é facilmente atendida quando se ouve expressões desta natureza: a gente diz que ..., a gente faz isto ou aquilo A expressão “a gente” é uma tradução dos termos “Das Man”, do alemão, “On” do francês.

Não assumindo a posição de sujeito de seu próprio destino, o homem deixa-se levar pelas coisas e pelas pessoas que o rodeiam, vivendo frivolamente na superfície, adaptando-se a um modo de ser neutro e impessoal, exatamente o que caracteriza a *existência inautêntica*. Neste modo de existir, o homem renuncia a liberdade de eleger-se a si mesmo e adota respostas mecânicas e estereotipadas, limitando-se a uma vida falsa.

Dentre as características do modo inautêntico de existir, Heidegger (1993) aponta: anonimato (ignorado, desconhecido, dissolvido entre a multidão); mediocridade (fazer o que os outros querem que faça); irresponsabilidade (não pensa as possíveis soluções que lhe exigem o esforço da decisão, tampouco prevê as conseqüências ou implicações posteriores); inconsciência (evadir-se da realidade da morte e das grandes interrogações da existência humana, insípido, trivial, vulgar). (Mouriño e Revuelta, 1995).

Assim, resumidamente, pode-se dizer que a existência inautêntica se caracteriza pelo fato do homem assumir uma existência banal e despreocupada. Desempenhar suas atividades, sem questionar o seu existir, negando-se a assumir o lugar de pensar sua situação original, do ser humano de estar lançado no mundo.

O MUNDO

O senso comum, quando do emprego do termo *mundo*, o faz utilizando os significados de que nos falamos no léxico, ou seja, o conjunto de realidades visíveis e materiais, as coisas a ele circunscritas e com as quais convive, dando a idéia de que homem e mundo configuram duas entidades autônomas, coabitando apenas em um mesmo espaço cósmico. O mundo seria este conjunto de realidades que estão fora e se opõem à realidade individual de cada homem.

Contrário a esta visão, a analítica existencial heideggeriana evidencia, como determinação fundamental da existência humana, o existencial Ser- no-mundo. Expressão de estrutura complexa, formada por uma pluralidade de elementos embora designe um fenômeno único (Garcia, 1994). O que significa dizer que o homem é mundano, isto é, ele está no mundo.

Quando se refere a este *mundo*, que aparece na expressão Ser- no-mundo, Heidegger está se referindo ao que primeiro se nos mostra do mundo, ou seja as coisas, a que o filósofo denomina de *entes intramundanos* (Waelhens, 1986).

Esses devem ser vistos não como a soma de objetos sem significados jogados no mundo, mas sim como aqueles pelos quais o homem tem interesse, porque deles se utiliza em seu convívio diário. Antes de serem simples presença, as coisas são utensílios. Sua utilidade ou todos os modos, como se incluem na existência (ameaças, prazer, alegria, felicidade), não se agregam a objetividade e sim são modos originários que se apresentam em nossas experiências, portanto, detendo certo significado para vida e finalidades. Por serem utensílios “que se usam”, não significa que estejam isolados, sempre são instrumentos para algo.

Nesta perspectiva, o mundo não é uma soma das coisas, senão é a condição para que as coisas apareçam e sejam. Assim o utensílio não se refere ao uso específico para o qual foi feito, mas também às pessoas que o usam. Neste contexto, é importante salientar que a existência da vida diária não percebe o mundo como tal, senão de forma reduzida, o que chamamos de *mundo ambiente*. Este mundo, geralmente, não só se refere aos objetos materiais mais próximos de nós, mas também compreende, de maneira existencial, os sentimentos, as idéias sobre os objetos (Vattimo,1995).

O mundo ambiente está, pois, delineado pelas preocupações e não pela situação especial do *Dasein*, ainda que possa coincidir com ela. As realidades de nosso mundo ambiente podem se apresentar em formas diferentes de preocupação, na medida em que esta, a preocupação, tem relação direta com a utilidade dos utensílios dispostos neste ambiente. Por conseguinte, a inutilidade das coisas não está só no seu servir efetivo, mas também no seu valor, que representa para nós um sentido ou outro. Então o *útil* não é somente o utensílio empregado, é aquilo do qual alguém pode se servir. Neste sentido, o útil não é igual a coisa,

pois inclui em seu ser uma referência ontológica ligada a outros úteis, e uma referência que remete a existência de um *Dasein*.

O mundo tem, então, um modo particular de existir, ou seja, um referencial a que Heidegger chama de *estar à mão* (Heidegger, 1993), a fim de pôr em evidência a natureza prática do ser do utensílio e sua dependência ontológica em relação a nossa atividade. É somente no uso de um utensílio e não no seu saber teórico que descobrimos a sua utilidade.

Esta relação ou sistema de referência leva a concluir que cada objeto tem a sua implicação constitutiva no mundo. Assim, o lugar de um objeto não é indiferente, ele está fixado por sua utilidade. E neste sentido, Heidegger alude que o mundo está *aberto*, e por isso, abre o espaço em que se dão as coisas. Este é o seu modo peculiar de ser fenômeno sem ser objeto, senão uma totalidade de significados, uma vez que a intencionalidade primária de Ser-no-mundo não está referida a objetos e, sim, a existência autêntica (Heidegger, 1993).

Heidegger (1993) pontua ainda, ao analisar o ser dos objetos no mundo circundante, o modo como estes estão nele dispostos, ou seja, a *espacialidade*. Saliênte, o filósofo, que os seres intramundanos são espaciais, contudo não ocupam um espaço geométrico em que linhas, dimensões ou regiões são importantes, e sim ocupam um espaço qualitativo, em que os caminhos que tomam é que são relevantes, expressos pelo significado que representam.

Quanto à espacialidade do *Dasein*, a visão heideggeriana nos mostra que este não pode ser concebido de maneira espacial, ou seja, como as coisas entre as coisas, entretanto, é dotado de uma espacialidade diferente da do objeto. O *Dasein* tem uma tendência a superar a

tudo o que o separa do objeto, procurando cercar-se e integrar em seu mundo circundante o maior número possível de objetos. Tendência existencial que podemos ilustrar, sem dificuldades, com o modo de vida do homem moderno que procura estender sem cessar seu mundo circundante e nele dispor tantos objetos quanto possíveis, acompanhando e fazendo uso da evolução tecnológica.

A TÉCNICA

O fenômeno da técnica se faz presente no mundo concebido por Heidegger, não com a idéia e tecnologia em si ou da produção de máquinas ou artefatos, senão com o seu caráter universal, como registro de uma época ou de uma civilização. Neste sentido, o modo heideggeriano de aproximação à técnica é a ótica da história do ser (Garcia, 1994; Road, 1995). A técnica define o modo de ser no mundo do homem na era contemporânea. O homem vive tecnicamente o mundo.

Heidegger faz uso do pensamento da metafísica⁶ como história do ser, para perceber a técnica como um fenômeno que supera a visão banal que dela podemos ter. Alude o filósofo que a denominação de técnica equivale, em seu significado, à “metafísica consumada”. Neste sentido, seu pensamento vai além da visão normal que o homem moderno tem da mesma, ou

⁶ *Metafísica: é a estrutura básica do pensamento ocidental, dominante desde Platão a Nietzsche. Consiste em pensar o ser do ente sob a idéia de fundamento, no horizonte da presença e com a verdade como correspondência. (Garcia, 1994, p.214).*

seja, que se trata de um instrumento cada vez mais poderoso em si mesmo indiferente ao uso que dela ele possa fazer, mesmo estando em suas mãos, o destino da humanidade.

A técnica, enquanto produção, visa descobrir a verdade. Isto a caracteriza como metafísica, pois está sempre a mostrar um ente como ente desta ou daquela maneira, e porque em seu estado atual tem configurado decisivamente a imagem do mundo e estabelecido a priori o modo como as coisas aparecem, demonstrando que tudo é produto do homem e tudo está ao seu serviço. Na técnica como metafísica, impera a atitude de insistência no descobrimento das existências⁷, modo de ser das coisas e do próprio homem como elemento de produção, sendo que o homem se experimenta a si mesmo como existente, o que para Heidegger conduz ao esquecimento da verdade do ser humano. (Garcia, 1994)

Contrário ao pensamento moderno, Heidegger se esforça em dizer que na técnica antiga o homem não agredia a natureza, a ela se adequava de acordo com o que lhe impunha. A utilizava artesanalmente sem ocultar ou mudar o mundo em que se encontra. Para desvelar o seu destino valia-se da angústia para inteligir, reflexiva e interpretativamente, sua própria realidade e a do mundo, em busca do desocultar do seu existir. (Road, 1995; Garcia, 1994).

Diferente deste mundo pétreo, o existir tem se dado em um mundo em que é vital o interesse pela tecnologia, sem envolvê-la em teorias filosóficas. Se por um lado, esta tem aliviado os encargos da vida através dos bens que proporciona ao homem, por outro, tem feito

⁷ Existências - "Heidegger denomina o modo como se apresentam as coisas - seu "ser"- Bestand. "existências" ou "fundos", no sentido de estoque de um armazém. Há existências ou não há existências, tal é a forma universal de Ser- coisa na época da técnica" (Garcia, R.R. Heidegger y la crisis de la Época Moderna. Ediciones Pedagógicas, Madrid, 1994, p. 178-9)

com que a ciência deixe de ser vista como libertadora do homem para converter-se em fonte de produtividade e de consumo, distanciando-se assim do desocultar da verdade real, aquela inerente à situação original do ser humano.

Constata-se que a tecnologia tem feito do homem criador de um novo mundo, de um mundo que se move, facilitando-lhe a sua compreensão, por ser ele o homem quem o constrói. Mundo que lhe oferece perspectivas inacabadas de novas criações com a esperança de um dia ser feliz. Sendo o homem o dono do universo que vai inventando, desaparece a angústia por penetrar em um mundo desconhecido que por ele passa a ser dominado.

Na técnica moderna, preocupada em mostrar o ente como ente de uma forma ou de outra, existe um provocar que atinge o mundo, que detém processos técnicos-industriais qualitativamente diferentes daqueles outrora praticados. O sujeito desta provocação é o homem, aquele que se vê levado a provocar a natureza, sendo impelido a ver o mundo como existências. Assim, a essência da técnica moderna está naquilo que leva o homem a provocar e na imposição, ou seja, o motivo do desocultar que impera na sociedade moderna que se encontra atrelada a vontade de poder. A imposição, hoje, se dá diante de um tipo de obnubilação em que se faz presente o esquecimento do ser, resultando um homem só consigo mesmo e com seu próprio poder, reduzindo-se à condição de objeto (Road, 1995).

A tarefa da técnica não tem sido, pois, propriamente filosófica, senão a de buscar um modo de comportamento humano que a ela se adapte e que seja capaz de acompanhar o desenvolvimento tecnológico. Este homem tecnológico não está preocupado no pensar em si, senão no fazer. Fazer este ligado essencialmente ao que há de mais básico em si, que é a sua

constituição biológica, levando-o a crer que pode transmutar-se através da tecnologia, na busca da perfeição, aspecto este que o distancia de sua existência autêntica.

A onipotência do pensamento técnico tende a rejeitar, no âmbito do possível, outros modos de se revelarem as coisas, tornando ilusória toda realidade que não possa ser assegurada e controlada.

Neste sentido, o ponto de vista ontológico inexistente, só há entes, na forma de puro objetos, requeridos pela técnica, e o ser humano, se é que algum sentido tem ainda esta palavra, não é outra coisa que a forma como aparecem os entes, é dizer, sua pura disponibilidade para o uso.

“É o uso do homem como produtor coletivo do pensamento, como planificação e previsão racional do trabalho, da linguagem como intercâmbio de informação e instrumento de manipulação, da arte como puro reduto estético. É para Heidegger o tempo da clausura de horizontes, de extrema penúria de pensamento. A falta de solo, de pátria”(Garcia,1994, p.182).

Assim no pensamento heideggeriano, a técnica é algo que vai além dela mesma, além do seu produto final, ou seja, a de levar o homem a pensar a sua condição verdadeira, a de poder ser no mundo em que está lançado para a morte.

O ESTAR PARA A MORTE

O homem é ao mesmo tempo ator e autor de sua própria história. Somente quando assume esta enorme responsabilidade ontológica, em seu existir cotidiano, é que vai encontrando-se consigo mesmo e construindo sua existência autêntica.

Este existir concreto, em um mundo também concreto, em total abandono faz com que o homem descubra sua absoluta nudez diante das diferentes situações que têm de enfrentar para realizar o seu *projeto*.⁸ Arelado a esta constatação também se depara com a mais inevitável de suas possibilidades, a morte.

“Morrer se manifesta ao *Dasein*, como sua possibilidade mais insuperável (uma vez que não pode ser evitada), a mais pessoal (posto que a morte me reduz ao meu puro meu mesmo), a mais irracional (visto que me interrompe todas as relações com toda outra possibilidade).” (Waelhens, A. de. 1986, p.128)

Não é, desgraçadamente duvidoso, que a morte conduz o *Dasein* ao desaparecimento. Morrer conduz ao não-ser, ou ao menos, ao não ser mais *Dasein*. Existir, para um homem, é se lançar para suas possibilidades, e o total das possibilidades, é feita pela morte que por isto

⁸ “Projeto” conteúdo básico do existencial “compreender”. Se trata do traço específico da existência humana, pois esta encontra-se permanentemente referida a possibilidades de ser próprias. GARCLA.R. Rodrigues. *Heidegger y la crisis de la Epoca Moderna*. Ediciones Pedagógicas. Madrid. 1994. p. 214.

mesmo, suprime sua existência. Isto quer dizer que o homem é um ser destinado a morrer (Heidegger, 1993).

Waelhens (1986), estudando o pensamento heideggeriano diz que:

“O *Dasein* é em todo instante, desde o primeiro momento de sua vida capaz e está a ponto de morrer. É para seu fim. Um fim que não lhe é externo, que inexoravelmente reside nele mesmo. Mais que um evento incidente, a morte deve ser integrada na potencialidade do *Dasein* e figurar entre as possibilidades que este possui sem tê-las todavia experienciadas.”

Para Heidegger a questão ontológica da morte reside no fato de que ela não é somente um acontecimento biológico, o término da vida ou o último momento. Esta é uma interpretação banal e inautêntica. O ser do homem traz em si a sua finitude, o que caracteriza por excelência a morte como uma possibilidade própria de cada um, na qual, coloca-se em jogo a totalidade de nosso ser.

Dentre todas as possibilidades oferecidas ao *Dasein*, a morte é a principal. Ela não é adquirida, lhe é inerente, pois pertence ao Ser-no-mundo como tal, porque nele está incluída desde o momento em que foi lançado no mundo. Neste contexto, é uma possibilidade peculiar de nossa existência. Sua realidade não é então a de um fato, senão a de uma possibilidade a que estamos referidos. A presença da morte é a de um estar-a-morte, a de um conduzir-se a ela, que não é uma possibilidade qualquer. É a mais intransferível e exclusiva, porque revela ao homem, como nenhuma outra, seu próprio ser como puro poder ser no mundo. (Garcia, 1994; Vattimo, 1995;

Vernaux; 1968, Waelhens, 1986). Característica que a faz um existencial básico, sem contudo assim ser percebida pelo homem, pois é reduzida a um evento que nos assalta e que nos faz mal, não sendo visto ou concebido como uma possibilidade interior que nos ocorre.

O ter que morrer é tido como um fato desagradável e ocasional no discurso cotidiano do homem, contudo é um evento comum. O homem vê morrer parentes, amigos, ou pessoas que lhe são indiferentes, passa assim por uma experiência que em algum momento viverá, pois um dia também morrerá, o que faz da morte um caráter pessoal e intransferível. Paradoxalmente, o homem não tem nenhuma experiência da morte, nem da morte dos outros, pois ela lhes é absolutamente própria. Mas com a experiência de estar no mundo, tem a experiência de morrer, o que se confunde, pois estar no mundo é estar destinado a morrer, sentimento da situação original expresso de maneira inautêntica de existir.

Isto faz com que o homem admita a morte como um fato, porém com extrema dificuldade a tem como uma possibilidade própria, constante e inelutável, ou seja, assumi-la como modo de ser do homem. A postura cotidiana que o homem assume ante a morte se resume em um pensar e agir que conduz a uma desvalorização de sua importância, esforçando-se pois, por adotar uma atitude capaz de dissimular seu significado exato.

Garcia (1994), evocando Heidegger, alude que a autenticidade consiste, antes de tudo, em lucidez, haverá de dizer que, esta autenticidade, consiste em penetrar no sentido

verdadeiro da morte, o qual não é conhecido pelo homem. Diante disto, constata-se que a existência cotidiana é uma deformação ante a significação da morte, por conseguinte a existência autêntica conduz a uma visão exata e a uma aceitação desta significação, ou seja, uma negativa a toda intenção de iludir esta significação.

Este pensamento heideggeriano leva a refletir acerca de como, deve o homem, se comportar diante de tão inexorável possibilidade. Nada mais restando, senão “*assumi-la*” no sentido de “*estar para a morte*”. Isto exige que se lide com ela como quando se comporta positivamente com relação as nossas possibilidades.

Portanto, a autêntica aceitação da morte depende da consciência que temos acerca da mesma. O existente autêntico vive na presença da morte uma possibilidade eminente como um fato que afeta cada uma de suas ações e cada modalidade de seu ser, que enquanto existente se desenrola em um tempo como Ser- no-mundo.

TEMPORALIDADE O SENTIDO DO SER DO DASEIN

Tempo é uma palavra por demais utilizada no cotidiano de nossas vidas, com diversos significados em diferentes situações. É o tempo cronológico, que nos fala daquele marcado pelo relógio, é o das condições ambientais que nos diz do dia chuvoso, ensolarado, nublado, é o tempo dos períodos sazonais que nos coloca em contato com as estações do ano primavera, verão, outono, inverno. É o definido pela ciência que nos fala de um tempo cosmológico, astronômico e mais recentemente de um tempo fisiológico. Assim detendo-se em um tempo

que se situa cronologicamente entre nascimento e morte, que não é independente destes tempos objetivos, matemáticos e impessoais de um mundo no qual se constrói a existência diária. São conceitos que transitam do senso comum ao científico sem a preocupação com uma abstração mais profunda ou se quer com a realização de alguma aproximação à questão existencial do homem.

Seria falar de um tempo, vivido, personalizado e qualitativo, no qual se insere uma atividade existencial humana, uma maneira de ser do homem, em que ele se *temporaliza*, ou vai se *temporalizando*, conforme o pensamento de Heidegger (1993). Isto é, vai existindo enquanto se vive, tendo uma existência que não se dá por si mesma, ela sempre é algo já sido, o que não representa que seja um conjunto de acontecimentos que ocorreram e que já passaram e que agora já não são mais. Pelo contrário, “*este vir-a-ser-no mundo*” é um momento constantemente vigente em nosso ser atual, trata-se de um presente temporal, que caracteriza-se por estar dinamicamente entre passado e futuro. Não se refere, pois, a um presente absoluto em que vivemos somente os eventos atuais, mas sim de um presente que escorrega para o passado retendo-o não o deixando escapar, e que tende para um futuro de possibilidades (Vernaux, 1968).

O passado é a parte de que não se pode mudar, é o que em nós, de nós, é fato e nos orienta em direção a certas possibilidades. Assim não se pode dirigir rumo ao futuro, sem voltar para o passado e assumi-lo como condição básica para uma existência autêntica. Depreendemos disto que o homem é uma presença, cujo passado está constitutivamente aberto ao futuro. A propósito ainda desta relação, Heidegger (1993) alude que o passado surge em certa medida do futuro, porque é, através do passado, que é possível à historicidade

da existência. Isto é passado-presente-futuro, formando algo continuado que faz com que o ser vá se realizando e aperfeiçoando no tempo real de sua vida, modo próprio de gestar-se, baseado em sua temporalidade.

O futuro nasce do projeto, em outros termos, o homem está sempre “*adiante de si*”, está sempre “*a vir*” (Vernaux, 1968). Sem esta perspectiva de futuro, na concepção heideggeriana, a existência petrificar-se-ia. É neste aspecto, que se pode dizer que o futuro constitui essencialmente o homem e, na medida em que permanece incerto porque não se realiza, pode-se dizer que o homem é um ser de esperança. Assim sendo o homem, no presente momento em que está sempre em situação a viver uma existência autêntica, vai ao seu passado sempre a partir do seu futuro, do seu horizonte de possibilidades.

Esta fusão originária de futuro, passado e presente em seu específico sentido existencial é o que na visão heideggeriana constitui a temporalidade, que refere-se ao sentido do ser da existência, porque só nela se faz possível a unidade dos diferentes elementos da estrutura do *Dasein*. Ou seja, é na temporalidade que a existência humana vai se desdobrando em meio a um exercício dialético entre o tempo objetivo ou cronológico próprio do cotidiano do ser humano e o tempo fenomenológico vivido que representa a medida de nossa consistência ontológica, ou a forma de ser do próprio existir, logo a idéia de ser possível.

HOMEM - SER DE COMPREENSÃO

Contrariamente, ao que se está acostumado a entender por *compreender* ou *compreensão*, ao que fazemos referência a processos intelectuais visando apreender ou conhecer algo, a analítica existencial de Heidegger (1993) nos apresenta a idéia de compreensão, antes de tudo, como um modo de ser do homem que se encontra aí no mundo. O filósofo, pensa a compreensão como uma noção de possibilidade, considerando-a essencial à existência humana, uma vez que esta é fundamentalmente possibilidade de ser. A primeira função do compreender é a de orientar em uma situação. O compreender heideggiano é essencialmente um “projetar” em um ser lançado “prévio” (Ricouer, 1978, p.33). Caracteriza-se como modos de ocupação do homem ou de poder ser no mundo, bem como de preocupar-se com os outros, expressando a possibilidade que tem de ser para si em função de si mesmo. Isto é, o homem ao existir realiza possibilidades, ou seja, o que tem de ser tem de ser algo possível para ele, que tem o poder de sê-lo. Esta idéia de “*ser possível*” constitui o cerne da compreensão enquanto existencial básico para Heidegger (1993).

O que se compreende é o modo próprio que o homem tem de ser possível. Assim a compreensão assume a característica permanente do homem poder ser uma coisa ou outra em sua existência, pois a ele pertence desde que lançado ou abandonado no mundo.

Nesse sentido, viver é uma constante realização de possibilidades na medida em que nos encontramos lançados no mundo enquanto “*projeto*”. Heidegger (1993) denomina de “*projeto*” a estrutura do poder ser da existência, isto é a forma de ser do homem que só existe projetando-se para suas possibilidades, o projeto é a ação do homem em busca do seu poder

ser. Então, depara-se com os comportamentos humanos que sempre são realizações de possibilidades ou adoção de modos possíveis de ser, tais como: sentimentos de angústia, de medo e a expressão.

Sentimento de Angústia

Em seu cotidiano, o homem adota modos de ser que o fazem ter uma relação significativa com o seu meio ambiente, com as coisas e os úteis que lhes são muito importantes. Quando por uma razão ou outra se instala abruptamente uma ruptura nesta relação, o homem passa a compreender que o mundo não é só a soma dos objetos que tem sob os seus olhos. Esta situação provoca o estado de “*angústia*”. Com a angústia rompe-se o discurso da cotidianidade, se nesta se encontrar como em casa, familiarizado com o seu mundo, a angústia desperta um sentimento oposto, o de inospitalidade. Assim desmoronando a totalidade das significações, e, como a angústia nunca se manifesta por um existente determinado, sente-se inquieto, desamparado e sem rumo, assistindo a familiaridade de seu cotidiano se despedaçar.

Desprotegido desta familiaridade, sente-se “*estranho*” em um mundo que não lhe diz mais nada, por ter o seu mundo circundante mergulhado, de repente, em uma nulidade absoluta. Desabrigado, vê-se completamente perdido e desorientado. Toda ajuda ou atenção que receber é ineficaz para dirimir o que sente. É este estado provocado pelo mundo como tal, que revela ao angustiado a sua condição de estar no mundo. (Silva, 1991; Garcia, 1994; Waelhens, 1986).

É a angústia que revela um destino que sem ela ficaria oculto, e nada saberia-se da verdade de quem se é, Waelhens (1986). Está, pois, presente no existente autêntico, quando este pensa sobre sua existência concreta e tem consciência de sua situação original, levando-o a enfrentar o absurdo da morte e a adotar uma resposta criadora com seus próprios valores. Situa-se assim a angústia como centro do existir autêntico.

Heidegger apresenta, ainda, que é pela angústia que o homem revela o seu poder ser mais próprio, ou seja, o caminho de sua liberdade, a possibilidade da escolha. Diante de si, pode o homem optar pela “*fuga*” da angústia, se neste estado, continua na direção da monotonia e da indiferença da vida cotidiana, convivendo tranqüilamente com os entes intramundanos, perdendo-se no impessoal, vivendo por conseguinte na inautenticidade. Ou pode o homem optar por “*superar*” a própria angústia, manifestando o seu poder de transcendência sobre o mundo e si mesmo e projetar a sua possibilidades de conferir um sentido ao seu “Ser”. (Silva, 1991; Garcia, 1994; Vattino, 1995.

Sentimento de Medo

Na análise existencial heideggeriana outro modo de poder ser manifesta na estrutura do *Dasein*, que se distingue da angústia é o *medo*. O medo é descrito como uma perturbação experimentada, com o aparecimento inesperado de um existente intramundano ou de um outro *Dasein*, que faz menção de se introduzir no nosso mundo circundante, sem nos apercebermos como fazer face a essa intrusão. Ligado a um perigo concreto, o medo é uma reação que se manifesta em nós face a toda situação que parece ameaçar o nosso *ser* e nos torna incapaz de

uma ação coerente para deter o perigo. O que se teme possui o caráter de ameaça, que está associada a um conjunto de fatos ou situações que podem levar a um dano. Só quando estes elementos danosos se aproximam do ser humano é que apresentam o caráter de ameaça, podendo isto acontecer ou não.

Na medida em que uma ameaça se abate sobre o Ser-no-mundo o temor se transforma em “*pavor*”, algo conhecido e familiar cujo modo de encontro ou aproximação com o homem se dá de forma súbita. Ao contrário, se o que ameaça constituir algo totalmente desconhecido do homem, o temor transforma-se em “*horror*”, (Heidegger, 1993).

Neste contexto, apreendemos no pensamento heideggeriano que o medo é uma inibição ou um esquecimento do homem. Alguém começa a temer quando esquece do que é capaz, ou poderia fazer, é o esquecimento de suas possibilidades ou de si mesmo. Percebemos ainda que, na forma como se dá o medo, existe uma antecipação que se manifesta no temor, evidenciando que neste há uma espera do que está por vir, a espera do futuro. Assim o futuro do medo consiste em antecipar a presença do fato temido mostrando que o medo é um revelador da inautenticidade.

Não sendo estes os únicos modos de disposição do Ser-no-mundo Heidegger (1993) aponta ainda a “*expressão*”, como um elemento essencial a existência humana, e que assim como os outros existenciais, é igualmente importante neste estudo.

Expressão

A “*expressão*” como poder ser radica em nós como uma capacidade que temos de nos atribuirmos significados, bem como de significar os objetos, nos permitindo assim termos acesso ao mundo. Manifestando-se através do discurso ou linguagem, entendida como totalidade de palavras, a expressão dá ao homem uma identidade originária disposta de infinitas formas ou estilos de “*dizer*”, próprios do *ser*, nele estando em silêncio para serem revelados. (Silva, 1991).

O homem é um ser que fala mesmo quando se cala, se expressa, pois no silêncio existe um sentido. Sendo assim, a palavra é a gestão do silêncio, não havendo nada, nem além ou aquém dela. Então, mesmo não havendo a palavra explícita, existe um expressar que se traduz no discurso silencioso que se dá apenas pela presença do homem. Contudo, paradoxalmente, só a palavra tem a possibilidade de falar o silêncio, de traduzir o não dito que habita o discurso. O pensamento de Heidegger vai mais além, ao dizer que, no calar-se do discurso tudo vibra e vive na originalidade do sentido, pois ouvir falar não é só ouvir palavras. Para ouvir, é preciso Ser-todo-ouvidos, ultrapassar o contexto anatomo-fisiológico para então chegar-se ao ouvir autêntico, ou seja ao escutar e ao recolher o que “*a fala deixou*” ou “*o eco do dizer*”, Heidegger (1993).

Ainda sobre a compreensão do discurso encontramos no pensamento heideggeriano o que o filósofo chama de “*fatalório*” ou “*tagarelice*”. Tal situação acontece quando o Ser-ai se limita apenas a repeti e a passar adiante a fala sem solidez, por frases ocas, conversa fiada ou fofocas. Formas de expressão que, segundo o filósofo, não constituem um estado

depreciatório do homem, mas sim um modo de ser deste, na sua maneira cotidiana de compreender e interpretar. No falatório, o homem não se apropria previamente da coisa, dispensa a tarefa compreensiva autêntica, assim o que se fala e do que se fala se arrasta e se espalha com facilidade, assumindo caráter autoritário, ou seja, *“as coisas são como são porque delas se fala assim. O que é clichê transforma-se em verdade, e se não há questionamentos, a tendência é tornar-se estático”* (Silva, 1991. p.96).

Como uma condição de possibilidade de ser do homem, a expressão, enquanto um existencial, faz com que este Ser-aí-no-mundo também se encontre afeto a outros *Dasein*.

A AFETIVIDADE

Modo de sentir o mundo e o outro

O viver diário caracteriza-se por um constante estar com *os outros e com as coisas* que fazem parte do mundo a que se pertence, consubstanciando assim uma relação de conaturalidade, uma vez que este *encontro* faz parte do existir como um ser que não apenas “é” e “está” no mundo, mas que também se relaciona. Neste estar frente a frente, abre-se para o mundo, toca e se deixa tocar por outros, sendo pois atingidos por esta situação. Fato este que, na analítica existencial heideggeriana, refere-se ao “encontrar-se ou a afetividade”. Para Heidegger nos encontramos sempre em uma situação afetiva, ou seja, estamos no mundo sempre em determinados estados de ânimo, ou seja, as experiências por que passamos

em nosso cotidiano não acontecem apenas como mero dados objetivos sem significados, senão que as vivenciamos expressando estados que podem nos parecer agradáveis, prazerosos, temíveis, indiferentes, que em contrapartida nos fazem sentir alegres, tranquilos ou assustados. Enfim, modos de ser que dizem se estar desta ou daquela maneira, que falam de como nos encontramos, logo tem caráter informativo essencial. Estas disposições anímicas universais ao homem, tradicionalmente têm sido entendidas em termos de “sentimentos”, o que atesta a condição afetiva de nosso Ser-no-mundo, o modo originário de nos encontrarmos e nos sentirmos no mundo.

Para Heidegger a afetividade abre ao homem o universo do seu existir, ou seja, toda relação específica com as coisas individuais só é viável devido a esta abertura ao mundo, garantida pela afetividade, Silva (1991). Se não dispuser da afetividade como um existencial, o mundo não teria significado e seria incolor, pois estaria desprovido do interesse, da curiosidade, do cuidado que naturalmente lhes pertencem e suscita em si a descoberta.

A afetividade nos fala de nossa relação com o outro. “Outro que é indispensável a minha existência, tal como aliás ao conhecimento que eu tenho de mim”.(Heidegger, 1993) Neste sentido, a afetividade pode manifestar-se sob as formas de cuidado, preocupação e solicitude.

O Homem para Heidegger (1993), ao revelar-se lançado no mundo, encontra-se perplexo frente ao que é. Seu ser é para ele a grande questão, o que lhe gera um estado de angústia permanente, que experimenta enquanto existir. Angustiado, inquieto com a responsabilidade de estar-no mundo, diante de si e do mundo. Vivendo de maneira

preocupada o homem encontra-se sempre em uma situação de cuidado para consigo mesmo e para com os outros do seu redor.

Estando no mundo, o homem vive em um constante relacionar-se com o outro de maneira significativa e envolvente, estado este que Heidegger (1993) chama de “Solicitude”, que detém como características básicas o “*TER consideração*” e “*TER paciência*” com o outro, através de experiências e expectativas.

Heidegger fala de duas maneiras extremas de solicitude ou cuidar do outro. Uma delas é o “*Einspringende Fürsorge*” que quer dizer: “Cuidar do outro saltando sobre ele ou acalentando-o como um colo um carinho, mimando-o, fazendo tudo pelo outro, seja dominando-o ou manipulando-o, ainda que de forma sutil. A outra maneira de cuidar do outro é o ‘*Vorspringende Fürsorge*’, ou seja, saltar à frente do outro, possibilitando ao outro assumir seus próprios caminhos e assim, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo” (Spanoudis, in: Heidegger, 1993, p.19)

A solicitude apresenta dois modos extremos possíveis: tomar conta do outro, colocar-se à disposição de cuidar, assumindo a responsabilidade que é do outro de cuidar de si mesmo, lançando-se para fora de seu próprio lugar. Ele retrocede quando algo precisa de sua atenção, ou mesmo pode tomá-lo como alguma coisa já acabada e a sua disposição, ou ainda a desencarregar-se dele completamente. Em tal solicitude, o outro pode tornar-se alguém que é dominado e dependente (Nunes, 1995).

“Em contraste a esse modo de solicitude, há um outro que não consiste em se antecipar ao outro (ihm vorausspringt) em sua existência possibilidade-para-ser.

Um modo que é o de não se proteger do outro,mas fazer com que ele se volte para si mesmo automaticamente, buscando apropriar-se de si mesmo. Este modo de solícitude pertence essencialmente ao autêntico “cuidar”, isto é zelar pela existência do outro, vendo-o não como um objeto a ser cuidado, impedindo-o de se conhecer de forma transparente em busca pela liberdade”(Heidegger, 1993, p.41)

Portanto, solícitude inclui o cuidado com o outro de forma que ele possa assumir os seus próprios caminhos.

Preocupação

Segundo Heidegger (1993), é a preocupação que abre ao homem o universo do existir, torna significativa a vida e a existência humana. Ser-no-mundo é cuidar, é ser zeloso, preocupado, é, pois, o estado primordial de ser do Homem, no seu esforço em adquirir autenticidade, é a essência ou a estrutura da existência humana que compreende os diversos elementos do “*Ser- no-mundo*”

O homem ao estar no mundo em constante e atenta observação ao ambiente que o circunda, encontra-se, pois, ocupado. Este estado de “ocupação”, a que Heidegger, define como o modo de se tratar com as coisas, e que caracteriza o cotidiano “*Ser-no-mundo*”, expressando a forma habitual de cuidado (Garcia, 1994).

A ocupação determina um modo de Ser- para entes que surgem como ocupação. O ente com o qual *Dasein* se comporta enquanto Ser-com não possui o modo de ser do instrumento a mão, já que ele mesmo é *Dasein*. Logo, com ele não se ocupa, mas se preocupa.

Muitas vezes, a ocupação pode aparecer em simetria com a preocupação. Ex.: ocupar-se de um corpo doente, dar alimentação, etc. é preocupação. “O outro se descobre, antes de tudo na preocupação das ocupações.” (Silva, 1991).

Para Heidegger (1993), na maior parte das vezes, o homem se mantém nos modos deficientes de preocupações. Ser contra o outro, sem os outros ou não sentir-se tocado pelos outros são, para o filósofo, modos possíveis de deficiência na preocupação. São modos de deficiência e indiferença que caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com outro. Nesses modos de convivência indiferente, do não se sentirem tocados uns pelos outros, evidencia-se um entendimento momentâneo e imediato do ser que impede e compromete uma interpretação daqueles que convivem uns com os outros.

Com referência aos aspectos positivos da preocupação, Heidegger (1993) desvela duas possibilidades:

- quando a preocupação retira o cuidado do outro e toma-lhe o lugar nas ocupações, substituindo-o. É a preocupação assumindo a ocupação que o outro deve realizar. Nesse modo de preocupação, o outro pode tornar-se dependente e dominado, mesmo que seja um domicílio silencioso e oculto para o próprio dominado. Este tipo de preocupação negativa que “retira do outro o cuidado” se refere à ocupação do instrumento pronto à mão.

- quando a preocupação se *antepõe* ao outro em sua possibilidade de ser. Nesse modo de preocupação, busca-se não a retirada do cuidado, mas a sua devolução como tal. Diz respeito ao cuidado propriamente dito, isto é, à existência do outro, e não a uma coisa de que se ocupa. É um modo de preocupação que “ajuda o outro a cuidar de si mesmo”. Nesse tipo de preocupar primitivo, a relação se dá de maneira envolvente e significativa.

Estes estados de preocupação levam a concluir que esta envolve tanto o mundo da ocupação como o ser para consigo mesmo.

Percebe-se que é entre os dois extremos da preocupação, substituição dominadora e anteposição libertadora, que se mantém-se a convivência cotidiana. E é na cotidianidade que o homem pode perder-se naquilo que está meramente-aí, e se vê frente a frente a uma fértil insatisfação. Nesta insatisfação, evidencia-se a possibilidade do cuidado, da solicitude, da preocupação. O cuidado requer, entretanto, a possibilidade de ser livre. Consequentemente, o descuidado, a despreocupação, a negligência caracterizam os homens livres. (Silva,1991).

Estas múltiplas formas de cuidado levam a concluir que o: “cuidar-se indica cuidar do disponível, das ferramentas, dos materiais de nossa vivência. Indica uma preocupação pelos outros que pode ser entendida como solicitude. Acima de tudo, “Sorge” é uma preocupação com uma responsabilidade em face da presença e mistério do próprio Ser do ser; um Ser que transfigura os entes”. (Silva, 1991, p.35).

A idéia de cuidado nos permite compreender os ingredientes essenciais da existência, não como meros episódios, mas em uma unidade, o cuidado, no sentido de cuidar de algo, de cuidar do outro.

Este ser com os outros (Mitsein) é tão constituinte de existência como do próprio mundo. O ser “com” não representa um estar algo junto a algo, que há outros homens junto a mim, senão o estar a priori aberto aos outros.

Estar só, para Heidegger só é possível unicamente para quem previamente está referindo aos outros, assim, a preocupação como solicitude é a forma geral de relação com os outros que admite múltiplas variações desde o exclusivismo absorvente até a total indiferença. Enquanto “Ser-com-no-mundo, estou a priori aberto, logo exposto a presença dos outros em mim. Assumir o “Eu” nunca está só na sua experiência do *Dasein*⁹. O encontrar com o outro não significa apenas estar próximo mas com os outros.

A nossa compreensão da presença de outros é da relação destes com o nosso existir é, em si mesma, uma forma de ser. Compreender a presença de outros é existir. O Ser-em (no mundo) e Ser- com os outros, ou seja, o Ser-em-si destes outros é coexistência.

Ser em para Heidegger, é entendido como um modo onde *Ser-no-mundo*, *Ser-em* é concebido como *Ser-dentro*. É o modo de ser de um ente que está *dentro* de um outro. É um dentro que leva a pensar uma relação de ser de dois entes entendidos *dentro* do espaço, os

⁹ Steiner. George. As idéias de Heidegger. São Paulo: Cultrix. 1978. p.79

quais se relacionam entre si, levando em consideração o seu lugar nesse espaço (Ser-em indica habitar, estar habituado, ser familiar de, ter o costume de...). O Ser-com os outros pertence ao ser do Homem. Enquanto Ser-com o homem é essencialmente em função dos outros. Mesmo não se voltando para os outros, mesmo quando acredita não precisar deles, o homem ainda é no modo de Ser-com. Para Heidegger, os outros não são seres simplesmente dados como sujeitos soltos no ar, os outros não significam todo o resto dos demais além de mim do qual o eu se isolaria. Os outros são aqueles dos quais, na maioria das vezes, ninguém se diferencia e em meio aos quais nos encontramos. Estar também com os outros significa a igualdade no ser enquanto Ser-no-mundo. Não há um sujeito junto a outros sujeitos, senão um mundo compartilhado. (Heidegger, 1993)

Isto posto, desprendemos que a afetividade sendo na dimensão constitutiva do Ser-no-mundo não é apenas um aspecto acidental do homem. Constitui no próprio modo como as coisas se dão a nós, colocando pois perante o nosso modo originário de captar e compreender o mundo. A afetividade é o que cada um de nós tem de mais profundo e cambiante.

Um estudo aprofundado e dedicado do pensamento heideggeriano, com certeza, levaria a compreensão da essência da filosofia. Contudo, mesmo sem este e apenas com a reflexão que se acaba de fazer sobre alguns dos existenciais desvelados neste estudo, se constata a importância da filosofia quando se trata de questões próprias do ser humano. Nossa cultura prima em sua historicidade a conquistas cada vez mais endereçadas para coisas mensuradas e controladas, sendo pois aflitivo para se lidar com um pensar que não possa nos dar respostas que não sejam objetivadas, e nesse continuun se vai perdendo de vista o modo de ser do homem.

Tomando como tema a ser considerado, neste estudo, o processo de cuidar, traz a evidência de que este se dá no mundo do cuidar na enfermagem, contexto em que se defrontam com uma teia de relações que, de forma singular, tem o “homem-sendo-com-os-outros-homens”. Este sermos-com-os-outros no mundo do cuidar é o que vem a dar-lhe significado e, conseqüentemente, a enfermagem.

Esta premissa realça a importância de compreender-se o homem em seu modo existencial de ser, quando se deseja pensar e fazer enfermagem não apenas como uma tarefa a ser concretizada.

CAPÍTULO V

O PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES

Vou aguardar passar esse ano e depois vou entrar na lista para transplante cadavérico”, e diz mais: “um dia vai ter sol, não pode sempre chover na minha vida”.

(Relato de um paciente – NO)

Busca-se, neste capítulo, sob o olhar existencial de Heidegger, descrever e interpretar o sentido dos discursos que expressam a realidade vivida pelo cuidado e cuidante no mundo do cuidar. À compreensão do que acontece, neste mundo, revelam-se quatro temas interligados uma vez que resultam em uma estrutura única: *a relacionalidade no mundo do cuidar, o Ser-aí no mundo do cuidar, caminho do ser: a temporalidade e morte: o evento finito no mundo do cuidar*, cujos significados vêm a configurar as diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar na enfermagem, em uma realidade hospitalar.

RELACIONALIDADE MUNDO DO CUIDAR

O mundo do cuidar, no hospital, é tudo o que faz a enfermagem acontecer. Muito mais do que um simples lugar ou o conjunto de realidades visíveis e materiais, guarda em si uma pluralidade de elementos que o definem como uma dimensão importante no processo de cuidar. É um mundo que se configura por uma teia de relações necessárias para que o cuidar aconteça. São as relações com o ambiente, as técnico-científicas e as pessoais expressas pelo encontro de cuidado e do cuidante no contexto do cuidar. Esta relações manifestam-se no estudo pelos temas relacionalidade ambiental, tecnológica e pessoal.

RELACIONALIDADE AMBIENTAL

A relacionalidade ambiental, enquanto uma dimensão do mundo do cuidar, adquire diferentes significados para os participantes deste estudo. Assim o processo de compreensão dos mesmos leva a aprender que esta circunscreve a organização e a gestão do ambiente do cuidar.

ORGANIZAÇÃO

Os utensílios

Na organização da unidade no que tange a recursos físicos, observa-se que o ambiente do cuidar possui diferentes recintos destinados às várias atividades que acontecem naquele contexto, tais como atividades de ensino, administrativas e assistenciais. Destacando a área própria para o cuidar, os pacientes são lotados em salas devidamente equipadas com mobiliário, equipamentos, materiais, soluções e medicamentos dos mais diversos organizados de modo a permitir a sua pronta utilização. São recursos que o ambiente dispõe em quantidade e qualidade necessários para o cuidar daqueles que naquele contexto se encontram.

A área física é ocupada de acordo com a finalidade dos seres nela dispostos. Assim se percebe, no ambiente, em um quadro mural controlado pelas enfermeiras, a identificação das salas, relação dos cuidados, bem como turnos e dias que dialisam. O registro dos cuidados

neste mural é feito com cores distintas de modo a identificar o cuidado crônicos e o agudo. Igual procedimento é feito para os materiais (filtros e linhas venosas e arteriais) que são de uso individual dos pacientes e acondicionados em espaços e sala própria para este fim. Os cuidados, sempre que possível, são dialisados na mesma máquina enquanto em tratamento.

Caracterizando ainda a organização do ambiente do cuidar, os discursos atestam uma realidade que oferece um bom apoio logístico para que o cuidar aconteça dentro dos padrões em que os princípios de cidadania constituem ingredientes fundamentais na prática profissional nele exercida.

“Limpeza, apoio da lavanderia, estamos muito bem assessorados, são coisas que nós precisamos, roupas, cestos, hoje em dia, temos como separar umas coisas das outras, isto melhora a nossa qualidade de serviço, sala separada para lavar o material, isso é muito bom” (E1).

“Trabalhar em uma instituição que possibilita tu usares os melhores equipamentos, emitir parecer desfavorável para o material que tu vês que vai prejudicar o paciente, sem sofrer pressão econômica em termos de lucros, quando o objetivo é a qualidade da assistência, dá uma grande satisfação, porque eu tenho mais certeza de estar fazendo um trabalho melhor”(E2).

O mundo não é como se imagina no sentido comum, ou seja, a simples soma dos objetos que o contém e que circundam o homem. É necessário explicar os objetos pelo mundo e não o mundo por seus objetos. O homem é delineado por suas preocupações, podendo estas confundirem-se com os materiais que estão ao seu alcance. As realidades de nosso ambiente e, mais ainda, o sentido global que damos ao mesmo, não podem ser indicadas por uma visão objetiva do que de fato nos rodeia. Esta tem relação direta com a utilidade dos objetos ou

utensílios, dispostos neste ambiente. Por conseguinte, a utilidade das coisas não está só no seu servir efetivo, mas também no valor que representam para nós, Heidegger (1993).

Isto justifica a importância que cuidados e cuidantes dão para os objetos presentes no ambiente do cuidar. A relação que têm com estes é uma relação de necessidade. A falta ou a falha no funcionamento de um material ou equipamento vem acompanhada instantaneamente de uma ruptura geral do equilíbrio das atividades no ambiente. Depreende-se disto que o organização do ambiente, dotado de utensílios necessários para cuidar, tem a sua importância pela inserção em uma rede de relações complexas, em que se cortando o mais pequeno fio desta rede, todas as mais simples possibilidades de ação dos cuidados e cuidantes se vêm anuladas. Só um novo objeto ou utensílio fará retornar o equilíbrio das atividades.

Heidegger diz que as relações que constituem um utensílio estão determinadas pelo lugar que este ocupa em um sistema global, o qual remete para o *Dasein*. O sistema existe par o *Dasein*, a relação entre os dois é apenas existencial (Waelhens, 1986). Então a organização dos utensílios no ambiente do cuidar existem para servir o cuidado e o cuidante.

O modo como os materiais, equipamentos e mobiliários estão dispostos no ambiente do cuidar, remetem ao que Heidegger chama de espacialidade. À primeira vista, se pensa que estão a ocupar apenas um espaço geométrico, contudo se percebe que este é qualitativo, é feito de direções e não de dimensões, nele descobrem-se caminhos e não distâncias. Sua topografia revela exclusivamente a preocupação dos cuidantes em cuidar existencialmente.

“As minhas tarefas vão desde o preparo do material até ligar o paciente na máquina, mas como eu sou auxiliar de

enfermagem, vou abrangendo todas as partes não só as da hemodiálise (...); se ele [paciente] está bem nós estamos preparando o material”(E1)

Esta narrativa é respaldada na situação observada quando da verificação das atividades da equipe de enfermagem. Ao iniciarem seus turnos de trabalho, as técnicas e as auxiliares de enfermagem, após se uniformizarem, dividem-se em suas salas e com muita atenção começam a preparar as máquinas (montagem dos filtro, linhas e soros), e o material para as punções e heparinização. São responsáveis ainda pela limpeza, regeneração e armazenamento dos filtros, busca de medicamentos na farmácia e controle dos materiais que são esterilizados bem como a organização dos armários para guardar de materiais e equipamentos da unidade. No que diz respeito às enfermeiras, compete a elas o controle final, a requisição, a emissão de parecer técnico e identificação da necessidade dos mesmos, suprimindo assim o setor.

A importância que o cuidado e o cuidante dão aos utensílios, no ambiente do cuidar, é notória quando se referem às máquinas de hemodiálise, fato ilustrado com os seguintes depoimentos:

“As máquinas estão desnudas, então temos que colocar filtros, soros, baldes, pegar o nosso material de sinais vitais, nosso filho (...), fundamental é prestar muita atenção e ter muita calma e ter uma visão do todo. A visão do todo, em primeiro lugar, é ver se a máquina está em bom funcionamento, se o filtro está impecável para o paciente ser colocado na máquina.”(E1)

“A hemodiálise é uma coisa que exige bastante, porque a gente trabalha com o paciente e, além do paciente, precisamos ter aquela técnica das máquinas.”(E3)

Igual destaque é dado pelo cuidado, como nos dizem as seguintes falas:

“As máquinas que estão aí são melhores, assim, nós não saímos tontos, não saímos fracos. Não sei se é porque está tudo controladinho na balança (...) isso não tinha antes (...) agora eu acho que está bem melhor.”(P2)

“Pois é, no começo, é difícil, como eu te disse, tu pensas que tens que viver por uma máquina, que a máquina é o teu subsídio no caso de vida assim, é complicado (...) aí, depois que tu vês que a limitação é grande, (...) a máquina é essencial para tua vida, isso aí é inevitável, (...) tu vês que tem que mudar a tua maneira de viver, daí às vezes tu te chocas, tu queres misturar as duas coisas, tu queres rejeitar a máquina e tu queres fazer aquilo que tu podes, sabe daí dá uma confusão.”(P5)

Na relacionalidade ambiental em alusão, ainda aos utensílios, percebe-se nos discursos dos cuidantes e dos cuidados uma nítida relação do homem com a máquina, uma relação de dependência que representa a possibilidade dele existir e de continuar a sua história de vida. Contudo, esta dependência mecânica, e porque não dizer o controle do corpo pela máquina, deve ser vista com prudência.

Analisando a presença da máquina no ambiente do cuidar à luz do pensamento heideggeriano, depreende-se que esta representa um utensílio e não somente um instrumento empregado que está isolado no contexto, é algo do qual alguém, o cuidado e o cuidante, estão se servindo porque tem um valor. É somente no uso de um utensílio e não no seu saber teórico que descobrimos a sua utilidade, e que descobrimos a dependência ontológica que dele se tem em relação a atividade ou às necessidades do homem. Assim o significado atribuído a máquina de hemodiálise por aqueles que dela dependem é fixado pela sua utilidade.

Ranger (1975) estudando alguns relatos de pacientes que se submetem à hemodiálise, identificou que eles passam por algumas fantasias relacionadas à máquina e à imagem do

corpo. O fato do paciente estar ligado à máquina normalmente é visto como uma representação simbólica da relação mãe-filho. A máquina representa a mãe através do seu potencial de dar a vida, enquanto que suas conexões, o filtro e as linhas representam o cordão umbilical e a solução dialítica, simboliza o útero.

Relato semelhante se pode constatar na narrativa de um dos membros da equipe ao se referir aos materiais como “nosso filho”(E1). Neste sentido, existe uma relação de cuidado ou de proteção com o material, que leva a um manuseio extremamente cuidadoso do mesmo como foi observado.

Outro aspecto a ser considerado no ambiente do cuidar e inerente aos utensílios, diz do uso do corpo como máquina. Heidegger (1993) chama a atenção disto ao aludir que a tarefa da técnica não tem sido propriamente filosófica, senão a de buscar um modo de comportamento humano que a ela se adapte e que seja capaz de acompanhar o desenvolvimento tecnológico, em um ambiente altamente tecnicista como o de uma unidade de hemodiálise, em que constantemente novas máquinas de alta resolutividade são testadas, se corre, pois o risco do cuidado ser colocado não na posição de sujeito da ação, mas sim de ser reduzido a condição de paciente-como-objeto.

Gadow (1985)¹⁰ refere que esta redução se dá porque o respeito do corpo exclusivamente como um objeto científico nega a validade do significado subjetivo das experiências pessoais, os quais inexistem no objeto científico. Aponta ainda a autora que o

¹⁰ Gadow, S. (1995). *Nurse and patient: the caring relationship*. In A.H. Bishop & Scudder Jr. (Eds). *Caring, Curing Coping: nurse: Nurse. physician. patient relationship*. Alabama: The University of Alabama Press.

exercício do poder é outro determinante do uso do corpo como máquina, pois aumenta a vulnerabilidade de alguém sobre outro. Em alusão a esta última citação podemos dizer que não raro os cuidados são submetidos a vontade daqueles que gerenciam o cuidar na saúde em nossa realidade.

Outro aspecto de destaque na organização, que caracteriza a relacionalidade ambiental, manifesto pelo cuidado e o cuidante, é o fato de que este lhe é acolhedor ou íntimo. As narrativas a seguir refletem o dito:

“Eu sinto como se estivesse na minha casa (...) eu chego aqui, eu me sinto assim como se estivesse em um refúgio sabe.”(P1)

“Quase todos já foram embora para suas casas, noto que uma paciente assiste TV, pergunto se espera alguém para buscá-la, responde que ficou para assistir a novela das seis. A paciente parece sentir-se em sua casa”(NO).

“ A maior parte da minha vida mesmo se resume no trabalho; aí chegando aqui já sou de casa. (E1).

Este modo de sentir-se à vontade na unidade está referido às experiências vividas no campo ou a historicidade de cada um dos sujeitos autores dos relatos. O cuidante atua no campo há vinte anos e os cuidados fazem parte do programa para pacientes em tratamento dialítico na unidade seis e sete anos respectivamente, o que lhes permitem expressar um sentimento de bem-estar, pelo tipo de relação que tem com as pessoas e os utensílios enquanto um Ser- aí naquele mundo.

Gestão

Na relacionalidade ambiental, revela-se o tema gestão cujos constituintes compreendidos se referem a recursos humanos e às normas técnico-administrativas, manifestas nos discursos dos cuidado e cuidante.

O homem é Ser-com-no-mundo, ele nunca está só na sua experiência de *Dasein* (Steiner,1978). O encontro com o outro é um elemento essencial e integral nas relações recíprocas do ser e do mundo.

O mundo, no qual o homem é lançado, tem outros nele, significando que a existência do outro é uma facticidade em seu existir-aí. A partir deste ser no mundo determinado pelo “com” evidencia-se um mundo compartilhado com o outro. Outro com o qual o homem se preocupa e acredita dele precisar. Para Heidegger (1993) os outros não são seres simplesmente dados como sujeitos soltos no ar, estão empenhados na ocupação do mundo que os cerca.

É a partir destes pressupostos heideggerianos que se interpreta a idéia de gestão na relacionalidade ambiental. Por envolver os aspectos relativos a recursos humanos e normas técnico-administrativos, se faz presente neste tema o “outro”, uma vez que remetem para o mundo das ocupações e das preocupações com o cuidado e cuidante, os outros do ambiente do cuidar. Veja-se as falas:

“Enfermeira diz para; ‘estou enlouquecida, a escala de pacientes para dialisar está com 9 pacientes, na sala dos

agudos, onde tem apenas 8 vagas (...) terei que fazer um terceiro turno, os médicos não querem saber da capacidade que a unidade tem para dialisar, dias disponíveis, número de funcionários, disponibilidade de funcionárias””. (NO)

“A enfermeira conversa comigo e fala-me das máquinas dialisadoras novas, da necessidade de adequar o pessoal de enfermagem a partir do momento em que os paciente ocuparem as novas salas na unidade.” (NO)

“Um cuidante faz o seguinte relato:

‘Ter o número de funcionários ideal para uma sala é importante para tu fazeres um bom trabalho.’ Continuando o cuidante refere a fala de um cuidado: ‘bá, mas tinha que ter mais gente para ajudar agilizar e nós irmos embora. Como é que vocês não têm mais gente? Têm que procurar, vocês têm poucas pessoas.’”(E6)

As narrativas fazem referência a recursos humanos, como condição necessária para cuidar. Este aspecto, neste contexto, se destaca considerando o aumento do número de pacientes que estão ingressando no programa, a reorganização da área física com aumento do número de salas para atendimento de pacientes em isolamento, e a aquisição de novos equipamentos, bem como a proposta médica de acrescentar outro tipo de atendimento na unidade.

Vê-se, por de traz destes discursos, a preocupação do cuidante remete-se ao cuidado. Percebe-se que esta preocupação é recíproca, pois cuidados e cuidantes coabitam um mesmo ambiente em um é responsável pelo outro. Ambos existem neste mundo em um estado de ocupação, na medida em que se relacionam com os objetos que neste mundo se encontram e que lhes são úteis, e em um estado de preocupação expresso pela responsabilidade em cuidar do outro, modo de ser do homem.

Somando-se a esta condição, emerge dos discursos dos cuidantes a necessidade de manterem a competência técnica, através da aquisição de novos conhecimentos inerentes a sua prática. O que se manifesta nas falas:

“O fundamental é uma equipe bem treinada; isso é uma das coisas mais importantes para mim, porque tendo uma estrutura de uma boa equipe (...) e treinamento adequado, conseguimos trabalhar em harmonia (...); conhecimento das coisas que vão se modificando, máquinas novas que vão chegando;(...) na prática, a gente até se determina bastante, mas eu acho que, teoricamente, temos coisas mais específicas em um curso técnico, eu tenho certeza que iria me sentir mais cientificamente mais definida”(E3)

“Estou segura com meu conhecimento para poder agir, o conhecimento do profissional é o que vai dar segurança e satisfação naquilo que faz.”(E4)

“Faço cursinhos de atualização. O paciente pergunta alguma coisa e tu sabes, é tu que precisas responder; é tu que precisas saber responder, pois eles confiam mais no teu trabalho.” (E5)

Os relatos traduzem que há, por parte dos cuidantes, uma necessidade evidente de aumentarem seus conhecimentos técnicos-científicos. Destacam as formas de programas educacionais como os cursos de treinamento em serviço, cursos de reciclagem, de educação continuada realização de cursos técnicos visando ampliar seus conhecimentos e qualificar sua prática. Percebe-se também nos relatos que os cuidantes têm o pensamento de que conhecimento técnico e prática devem caminhar juntos

Uma questão presente no discurso da enfermagem, como já foi descrito anteriormente, é a presença da técnica no ambiente do cuidar. Os avanços tecnológicos dos testes

diagnósticos e tratamentos exigem um aperfeiçoamento continuado dos cuidantes, afim de manterem-se atualizados naquilo que fazem, cuidar.

Esta questão passa não só pelo domínio do conhecimento teórico, mas principalmente pelo técnico, ou seja, aquele *eu* o habilita a saber ou operar um dado material ou equipamento. Isto representa poder diante do outro que nada sabe a respeito, mas em contrapartida expressa segurança para quem os manipula e confiança para quem recebe o cuidar. Atrelado à questão do desenvolvimento tecnológico, está presente a questão da especialidade do conhecimento. Fato que pode levar o cuidante a distanciar-se do homem existencialmente, ao aprofundar-se nos aspectos eminentemente fisiológicos deste homem e mecânicos do ambiente do cuidar, vindo a valorizar apenas a doença, esquecendo-se de que o cuidado é um ser sendo naquele mundo. Este é o risco da busca de conhecimentos que não considerem o homem enquanto Ser-no-mundo-com-outro.

O ambiente do cuidar com a chegada de novas máquinas de hemodiálise, força o cuidante na busca de novos conhecimentos técnicos.

Por outro lado, se o cuidante ao buscar aperfeiçoamento atentar para o cuidar existencial, fará do conhecimento adquirido algo compartilhado com os outros, cuidantes e cuidados. Uma vez compartilhado o conhecimento torna possível perceber o que é possível, e criar alternativas. Depreende-se então que a busca do aprimoramento profissional por parte dos cuidantes pode levar a novas formas de pensar e fazer enfermagem.

Impessoal

Para Heidegger, em termos existenciais, a convivência possui um caráter de distanciamento, característica do Ser-com. O homem, enquanto convivência cotidiana, encontra-se sobre a tutela de outros. Esta condição encontra, na relacionalidade ambiental, o cuidado sob a tutela do cuidante. O cuidado não sendo aquilo que é, permite que os outros, cuidante defina as possibilidades de seu ser, o que acontece sem que tome consciência disto. Os outros, os cuidantes são cooperantes na convivência cotidiana no ambiente do cuidar, não se constituem neste ou naquele, é o neutro o impessoal. Na ditadura do impessoal, se cuida impessoalmente, priorizando-se o que é conveniente e admitindo-se como importante ou não. O impessoal escapa quando se precisa de uma decisão, tal fato, retira a responsabilidade de cada um. O impessoal assume e responde a tudo com facilidade. Este pensamento heideggeriano nos remete às rotinas técnico-administrativas na relacionalidade ambiental. São normas preestabelecidas por alguns, mas que todos têm de cumprir. Dentre os todos temos os cuidados que sem terem sido ouvidos acerca de uma tomada de decisão ou implementação de uma norma ou rotina na qual está envolvido, têm de se submeter ao pré-determinado para si pelos outros. São horários, procedimentos, condutas médicas e de enfermagem que tem de seguirem em nome de “esta é a rotina da unidade, ou do hospital, nada podemos fazer”. Ninguém é responsável pela rotina.

Contudo, dialeticamente, não se pode negar que as rotinas técnico-administrativas orientam o fazer dos cuidantes no processo de cuidar, envolvendo em si todos que o fazem acontecer. As rotinas constituem uma necessidade para a organização do ambiente do cuidar. Os discursos a seguir, ilustram esta colocação:

“Em seguida, faço a parte administrativa da unidade, vejo questões referentes a material, pedidos, escalas, ajudo a colega ou ela me ajuda quando saio para alguma reunião”(E2).

“Depois eu vou receber o plantão da minha colega, vou olhar a escala dos meus pacientes, ver se tem algum paciente novo ou se escala continua igual (...) geralmente, os cateteres são ligados por nós, se não tem cateter ajudamos a puncionar as fistulas, e aí vai se fazer a avaliação dos pacientes. (E5)

“Pego os filtros, já vou lavando e montando as linhas (...) agilizamos a saída, vendo a pressão, peso dos pacientes e colocando os filtros para lavar e, assim, é aquela rotina...” (E6)

“Funcionários, em silêncio, preparam a heparina, bombinha como eles chamam, para a heparinização dos cateteres, preparam material para a desinfecção dos cateteres e das máquinas e para os curativos. Após a saída dos pacientes, encaminham-se para a sala de reuso afim de refazerem a regeneração dos filtros.”(NO)

“Funcionário chega com o material do centro de material e esterilização (CME) e medicamentos da farmácia, diz que deixou os cateteres no CME para a esterilização em óxido de etileno com urgência, mas que só ficarão prontos dali a cinco dias.”(NO)

A rotina pode bitolar o fazer profissional, impossibilitando do ponto de vista existencial, que novos horizontes ou perspectivas de modelos de cuidar possam ser descobertos ou desenvolvidos. Isto porque traz consigo a marca de um cuidar cartesiano, mecanizado, logo insensível e impessoal, em que tudo é igual para todos, independente do modo de ser de cada um. Contudo, pode se tornar um utensílio para cuidados e cuidantes se for pensada existencialmente.

RELACIONALIDADE TÉCNICO - CIENTÍFICA

O cuidante como Ser-aí no mundo do cuidar, enquanto um ser profissional projetando-se ao cuidar, tem em si o estado de preocupação para o cuidado, que o faz mover-se em direção a este para implementar ações técnico-científicas para cuidar. Ações que emergiram do processo de compreensão dos discursos e que caracterizam a relacionalidade tecnológica no mundo do cuidar.

Estas ações são implementadas através da utilização de instrumentos metodológicos, os quais estreitam a relação do cuidante com o cuidado visando a resolução de problemas e a definição clara dos objetivos a serem alcançados a partir do diagnóstico da situação clínica do cuidado e implementação da terapêutica médica e de enfermagem, cuja implementação prescinde do profissional enfermeira. Este instrumento recebe denominações como avaliação de enfermagem, solução de problemas clínicos, tomada de decisão clínica. Opta-se neste estudo por compreendê-lo como processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é o registro essencial a qualidade e a segurança do cuidado prestado. É descrito com a aplicação de um método organizado, que proporciona uma estrutura lógica, sobre a qual fundamenta-se o cuidar na enfermagem. É essencialmente um processo que exige julgamento habilidade e perícia na tomada de decisão da enfermeira.

Este processo de tomada de decisão caracteriza-se pela interação entre cuidante cuidado, por se tratar de um método que tem por origem a prática de enfermagem. Para sua operacionalização é necessário se fazer o cumprimento de um conjunto de ações dinâmicas e

interrelacionadas indispensáveis ao planejamento e implementação do cuidar. Neste sentido as enfermeiras diagnosticam e tratam as respostas humanas para os reais e potenciais problemas de saúde, experimentados pelo indivíduo. As etapas do processo de enfermagem emergiram dos discursos dos cuidantes, conforme evidenciam as seguintes falas:

“ Nós [enfermeiras] temos toda a parte inicial; quando o paciente chega, a gente faz uma avaliação de cada paciente (...) procuramos investigar; tentamos adequar a diálise deste paciente com relação aos seus sintomas e até sua avaliação de como ele passou, em casa, se avalia bastante também assim a parte de pressão, peso, ausculta pulmonar e edema.”(E5)

“Direcionar o trabalho, orientar os funcionários sobre algum paciente novo, sobre a prescrição diálise. Avaliar os pacientes com cateter, avaliar todos os pacientes quando chegam, prescrever a diálise deles. Diariamente, tem de avaliar o peso, pressão, estipular perda de peso, enfim, prescrever as alterações. Cada paciente, tem sua prescrição, mas existem pequenas alterações que a gente faz.(...); Então vou fazer os cuidados, curativos, desligar os pacientes que já passaram de 4 horas de diálise, planejar o turno da tarde, atender se é dia de consulta.”(E2)

Emergem, claramente, destas citações as etapas do processo de enfermagem já preconizadas e institucionalizadas na prática de enfermagem. Evidencia-se as fases de avaliação, diagnóstico e prescrição de enfermagem, cujos registros ainda seguem uma forma sistematizada ainda espelhada no modelo biomédico, embora uma tendência nos registros para a busca da compreensão do cuidado como um existencial.

Na busca da compreensão dos sentidos dos significados dos discursos até então interpretados, chama a atenção o uso do vocábulo “a gente” pelos cuidantes. Distinto da analítica existencial em que o “a gente” expressa o impessoal em que a responsabilidade de uma ação não é de ninguém, percebe-se na relacionalidade tecnológica que existem

momentos que a ação de cuidar é de responsabilidade de todos, mas saindo do coletivo, vindo a representar uma atividade expressa no singular, ou no “eu”. Esta é uma característica presente entre os cuidantes, que se auxiliam e que se responsabilizam pelos cuidados em um estar-com permanente para cuidar. Observa-se que quando há um acúmulo de tarefas a serem feitas, eles se ajudam naturalmente ou seja se preocupam uns com os outros, expressando um fazer em que um é o outro, retrato do trabalho em equipe, embora o profissional enfermeiro seja coordenador do processo de cuidar.

Em que pese a tomada de decisão, acerca da terapêutica de enfermagem, ser somente de competência da enfermeira, foi observado que existem ações delegadas dentro da metodologia, confirmando uma divisão das tarefas dentro dos princípios da divisão social do trabalho na enfermagem.

“Durante a sessão de diálise as funcionárias verificam sinais vitais, TA principalmente h/h e, mais seguidamente, controlam equipamentos (máquinas), fluxo sanguíneo, pressão venosa e pressão arterial, condutividade, heparinização de h/h e ficam atentas as reações dos pacientes (movimentos mais, expressão no rosto, gesto que possam significar algum desconforto), segundo informa a funcionária.”(NO)

É importante salientar, que este cuidar apesar de parecer de menor valia, tem um valor expressivo muito grande para os cuidantes. Consta-se que o cuidante está “ocupado e preocupado” com o outro, o cuidado. Ele se vê envolvido “com” este, com tudo que lhe está afeto, não porque representa mais pessoa ou uma mera situação, mas porque ele cuidante tem em si um modo de ser que lhe é peculiar, o cuidar. Ao cuidar do outro, estão também cuidando de si, o homem vive-em conaturalidade. Então o estar voltado para o outro em

qualquer situação, em um estado de alerta permanente reforça a presença deste existencial.

Sobre isto os discursos dizem o que segue:

“A atenção da gente é voltada totalmente para o paciente durante toda a manhã. A gente já se veste de vidente praticamente porque com esses pacientes a gente tem que estar sempre em cima vendo o que acontece, a gente está trabalhando praticamente com a alma do paciente, porque é o sangue então qualquer coisa que aconteça as coisas vêm abaixo.”(E3)

“Tu nunca podes ficar de costas para eles, tu tens que está sempre olhando para eles, porque eles têm uma hipotensão, tem uns pacientes que reagem com hipotensão assim de repente, daqui a pouco, tu vê e eles estão chocando (...) então o teu radar tem que estar com eles a mil (...)”(E6)

Chama a atenção na relacionalidade tecnológica as inúmeras manifestações físicas apresentadas pelo cuidado decorrentes da enfermidade que experimentam e da terapêutica a que estão expostos, bem como a maneira como, cuidado e o cuidante reagem às situações.

“Um paciente está furioso, agitado, indignado diz ‘estou abaixo do peso, meu peso seco aumentou, estou com câibras e com sede’ e batendo o braço na poltrona diz: ‘vou morrer de sede’. Enfermeira com atitude firme, mas amigável com paciente, diz: ‘é preciso que o Sr. colabore com o tratamento, precisa se acalmar e deixar que a adequação da diálise seja feita pela equipe, a câibra deixa dolorido, mas é claro que não se morre de câibra, mas se o Sr. ficar com peso mais alto corre o risco de ficar com o pulmão congesto e com água no pulmão o Sr. pode morrer.’ O paciente insiste ‘mas de sede eu vou morrer’, enfermeira autoriza a técnica a dar água ao paciente e se retira, quando retorna o paciente está mais calmo, enfermeira reforça a importância da seriedade no tratamento e que se ele não estiver achando o tratamento adequado fique a vontade para trocar de local para dialisar. Paciente toma a água e se acalma.” (NO)

Este discurso remete às seguintes possibilidades. O cuidado não aceita as limitações impostas pela doença, exigindo do cuidante uma tomada de decisão no sentido de fazê-lo refletir sobre o seu momento de vida, e que ele é responsável também, pelo resultado do seu tratamento. O cuidante com uma conduta que pode parecer agressiva ou um estado de não ter paciência com o outro, orienta o cuidado a uma existência autêntica, na medida em que lhe chama a atenção para o fato de que o desconforto que está sentindo é real, contudo, ele o cuidado, pode melhor suportá-lo se aceitar as dificuldades impostas pela doença e perceber que as equipes médica e de enfermagem estão ali para cuidá-lo. A situação mostra o quanto é importante os cuidantes compreenderem o cuidado e a enfermidade existencialmente ou seja, que estes estão acontecendo e que como tal diferentes possibilidades de ação podem serem realizadas de modo a tornar mais suportável aquele momento.

A doença sob o ponto de vista existencial deve ser considerada como uma situação vivida, que impõe restrições nas relações com o outro e com o mundo. O homem doente em vez de assumir passivamente esta situação ou com revolta, deve experimentá-la como uma facticidade vivida, pois a existência jamais se reduz ao puramente vivido.

Um outro momento ao acompanhar a prática de um cuidante junto a um cuidado, com desconforto físico, foi registrado a seguinte situação:

“A enfermeira dirige-se ao paciente e pergunta-lhe como está, ele responde ‘passei um final de semana muito ruim, nauseado com vômitos não dormi nada, com pressão alta, sinto-me mal’. Enfermeira senta-se ao lado do paciente reforça que ele deve sempre falar quando não está bem e que, logo que a equipe médica chegar, irá revisar seu esquema de diálise a fim de adequá-lo às suas necessidades. Paciente nada diz, parece aceitar o que lhe fora dito.” (NO)

Estamos em um mundo dispostos para encontros, um modo de ser do homem que não apenas está no mundo, mas que também se relaciona, deixando-se tocar pelo outro, estabelecendo assim um estado de afetividade. Conforme evidencia-se na análise existencial heideggeriana o registro das situações acima expressam este estado afetivo do cuidante para com o cuidado, representando um modo de afetividade que é a solicitude e a preocupação com o outro. Analisa-se a atitude do cuidante como um modo de ser, que é o de fazer com que o outro, o cuidado, se volte, automaticamente buscando apropriar-se de si mesmo e assim melhor enfrentar sua doença. É o modo autêntico de cuidar do cuidante que está a zelar pela existência do cuidado. Emerge ainda das situações o estado de preocupação do cuidante. Sendo um modo derivado do cuidar, a preocupação expressa pelo cuidante aparece não apenas como responsabilidade pelo outro porque está próximo dele (o cuidado), mas porque está compartilhando aquele momento em que com ele também está coexistindo.

A orientação como uma conduta da enfermeira resultante da avaliação do cuidado emergiu dos discursos dos sujeitos deste estudo como um constituinte do processo de enfermagem que mereceu e uma atenção especial dos cuidantes. As narrativas a seguir exemplificam esta constatação:

“ Podia ser menos desmistificado o que seja uma hemodiálise.”(P3)

“Eles diziam que iriam fazer uma injeção na veia de 3 em 3 meses, faziam para segurar o rim (...) mas nunca disseram que um dia eu podia vir a fazer hemodiálise,(...) eu também achava que era transfusão de sangue, aí vimos que não era.”(P4)

“ Eu acho que, de repente, podia ser melhor esclarecido a verdade, porque ficou um pouco genérico assim ficou amplo, de repente, tu vais ter que fazer hemodiálise sabe

fica assim...dar uma orientação diferenciada, o que é importante, de repente, o paciente conhece o lado dele da maneira dele (...) pelo grau de conhecimento, têm pessoas que não tiveram estudo e precisam de uma atenção diferenciada.”(P5)

“Eu achei que seriam poucos dias só porque eu descii, eles disseram não, de repente, tu fazes uma e aí depois tu melhora. Poderia voltar a funcionar o rim, mas daí eu comecei a fazer aí eles me deram a notícia que eu tinha que continuar a fazer hemo até conseguir um rim não sabia o que era hemo como é que ficava o que ia sentir, não conhecia nada.”(P6)

Estes relatos expressam o desconhecimento ou a falta de orientação dos cuidados quanto ao tratamento que iriam se submeter. São situações desconfortantes ocorridas no passado mas que estão ainda presentes e que devem tê-los expostos a um tipo de incomodo na medida que são trazidas à tona, mesmo já tendo sido vividas. Tal fato leva a concluir que algo deve estar passando despercebido na relacionalidade tecnológica na medida em que é atestada a existência de desinformação do cuidado quanto ao tratamento que irá se submeter.

Estas falas remetem ao estado de solicitude caracterizado por Heidegger que impede que o outro cresça ou assuma uma atitude de auto-cuidado, quando se faz por ele o que ele poderia fazer por si. A carência de orientação que permita aos cuidados conhecer a sua enfermidade e tratamento, dificulta a aceitação da situação a que está sendo imposto, desta forma pensa a enfermidade como uma carga ou um castigo, passando a existir inautenticamente.

Se é esperado pelo cuidante que o cuidado viva sua enfermidade com autenticidade é preciso que seja preparado para tal, que seja dado o conhecimento necessário, capacitando-o assim para melhor enfrentar os problemas decorrentes da doença e da terapêutica.

Uma outra dimensão evidenciada na relacionalidade técnico-científica é inerente às práticas dependentes manifestadas neste estudo pelo trabalho multidisciplinar. As falas a seguir ilustram este desvelar:

“ Se surge uma situação de desequilíbrio que está fora do nosso manejo, como aconteceu em algumas situações que nós observamos, a gente então pede auxílio da psiquiatria, da psicologia, mas não existe um trabalho nem da psicologia muito menos do serviço social aqui na HD, eu gostaria muito que existisse “(E2)

A interface do trabalho de enfermagem com o trabalho médico não pode deixar de ser notado em todas as situações que envolvem a monitorização das manifestações clínicas do cuidado no mundo do cuidar da enfermagem. Fato este constatado e exemplificado com o seguinte discurso:

“O médico também participa da avaliação (...) fizemos tipo um round, mas quando o médico tem ambulatório e virá mais para o final da tarde, a gente faz avaliação e se algum paciente tem urgência a gente o chama.”(E5)

Existencialmente, estes discursos remetem à questão existencial que expressa a necessidade que se tem do outro. O homem existe no mundo com o outro e em função deste outro, o que traduz uma relação de dependência. Um olhar existencial sobre a execução de um cuidar multidisciplinar, leva a concluir que a relação de dependência está presente na relacionalidade tecnológica, pois existem ações que para que possam serem implementadas os cuidantes precisam da tomada de decisão de outro profissional. É o estar-com heideggeriano, expresso pelo exercício compartilhado de diferentes profissionais, presente no mundo do cuidar.

O mundo do cuidado, no hospital, não só reveste-se das relações da relacionalidade ambiental e da tecnológica mas também daquela que é próprias do encontro dos seres humanos, cujos sentidos são por estes manifestos no contexto do cuidar. Estas relações manifestas, no estudo, configuram a relacionalidade pessoal.

RELACIONALIDADE PESSOAL

No mundo do cuidar, acontece encontros em que cuidante e cuidado, em conaturalidade, compartilham tudo que nele e com eles acontece. A natureza das relações que emergiram dos discursos e que caracterizam a relacionalidade pessoal se referem a: cuidado, família e cuidante.

Cuidado - Cuidante

O cuidado e o cuidante expressam o que sentem quando no encontro no contexto do cuidar. Distintos são os elementos que caracterizam os encontros. As falas ilustram e orientam na descoberta do sentido dos encontros:

“ (...) Sempre alguém por perto para conversar, para te dar força, porque às vezes uma só palavra já levanta a moral.” (P1)

“Fui bem acolhido bem recebido e me dão bastante força às vezes eu estou meio de cabeça baixa até as

“Pessoas notam, (...) às vezes, chego extrovertido conversando e outros dias não, sou mais reservado chego para baixo, um dia, tu estás bem outro dia estás ruim, e assim uma constante da vida de uma pessoa superar obstáculos, e daí que muitas vezes aliás as pessoas têm capacidade para me dar força, todo o atendimento.”(P5)

“Elas passam coisas boas para gente, incentivam reanimam quando a gente está para baixo elas ficam levantando a nossa moral, fazem a gente se sentir bem.”(P2)

“Sinto afeto e carinho e interesse de alguns funcionários pela saúde dos pacientes, são atenciosos e alguns dão a maior força para fazer transplante, até nos encorajam.” (P6)

Mergulhando nos discursos, se ilumina um elemento essencial do Ser-com, presente na relacionalidade do cuidado com o cuidante é a solicitude. Viver em um estado de solicitude com o outro é cuidar deste outro. É estar aberto, é se deixar tocar e deixar vir a si o que este precisa. Quando o cuidante está em solicitude positiva ele ajuda o cuidado a enfrentar as condições que lhe são impostas pela doença. A expressão “*dar força*”, tem este sentido, o de levá-lo a diferentes possibilidades de ser neste momento temporal de seu existir buscando uma melhor qualidade de vida. E para isto contam, estes ser humano com os estados afetivos que nutrem seu relacionamento.

Cuidados e cuidantes vivem um encontro de maneira significativa e envolvente, estabelecendo entre eles um vínculo quase que como um pacto inconsciente em que o “*ter paciência*” e o “*ter consideração*” constituem um dos elementos essenciais para cuidar. Pela solicitude o cuidante não está preocupado em proteger o cuidado mas sim fazer com que este se volte para si mesmo e pense neste momento existencial de sua vida, buscando

entender que tem ainda possibilidades de ser. Este modo de ser do cuidante é o autêntico modo de cuidar de que nos fala Heidegger (1993).

Chama a atenção a seguinte fala:

“O momento de cuidar me diz muito, aprendi que os cuidados precisam ter um vínculo comigo, já que a equipe médica muda tanto e ele é sempre o mesmo. Então é preciso que ele tenha um vínculo, uma referência, esta referência é a enfermeira. O vínculo estabelece cumplicidade.” (E4)

Depreende-se desta fala que, a enfermeira na percepção daqueles que fazem acontecer a enfermagem, é o elemento integrador de todas as ações no mundo do cuidar na enfermagem. É importante salientar que esta referência é distinta da que trata o pensamento heideggeriano, quando se refere a um sistema coordenado de utensílios ou objetos intramundanos dos quais o homem se serve. O estado de preocupação, modo de ser do homem no mundo se manifesta também nesta fala.

Outros elementos expressivos ainda estão presentes na relacionalidade do cuidado com o cuidante, e que se pensa integrarem a solicitude, são eles a segurança e a confiança. Nos discursos, assim foram manifestas:

“Elas passam segurança para gente. Se a gente precisa dar um show,(...) elas estão ali presentes para nos darem assistência, é de coração.”(P2)

“ Eu tenho muita confiança nelas, a mãe também tem muita confiança, ela me deixa aqui porque sabe que eu sou bem cuidada. ”(P1)

Os cuidantes assim se manifestam a respeito da “confiança e segurança”:

Segurança e confiança são dois conceitos que adjetivam o cuidar e resultam também do Ser-com da equipe de enfermagem e de uma presença que não é só estar próxima, mas estar junto em conaturalidade. Olivieri (1985) alerta que esse Ser-com-o-outro difere completamente de uma atitude maternal. Este estar-com se refere a “presença” de que nos fala Heidegger (1993). A presença implica na compreensão do ser e do mundo, em compartilhar com outro. O cuidante, no estado de preocupação, busca estar com os cuidados seja pela relacionalidade ambiental ou técnico-científica, compartilhando este momento que lhes é existencial e, assim sendo, mutuamente crescem.

Sob este prisma, ainda, evidencia-se nos discursos do cuidado e cuidante outros elementos que estão presentes na relação de cuidar é a disponibilidade e disposição para ouvir. Ouvir não se reduz apenas a ausculta de sons. Para Heidegger (1993) ouvir autenticamente é tomar a atitude de escutar. O escutar corresponde ao falar, ao dizer. É na escuta que viabiliza a articulação do discurso com a compreensão, tornando clara a sua compreensibilidade. Só quando escutamos podemos compreender. Nos discursos abaixo, pode-se constatar o valor que é dado a estes no momento do cuidar por seus sujeitos principais:

“Eu gosto de conversar, (...) aqui eu sempre obtive as minhas respostas. (P1)”

“Aqui a gente é muito bem atendida (...) elas conversam muito com a gente, estão sempre se preocupando em saber como é que a gente está, o que a gente está sentindo.”(P2)

Os cuidantes assim se manifestam sobre o “ouvir”:

“É importante ter um tempo com o paciente individualmente para ele falar de sua vida, têm muitos aspectos que eles não gostam de falar na hora do round.”
(E5)

“Quando eu estou prestando os cuidados técnicos eu procuro fazer com que eles conversem sobre seus problemas financeiros, sexuais, problemas com filhos.”(E4)

As relações, no mundo do cuidar, não são somente aquelas que dizem do encontro entre cuidado e cuidante, isso porque outros coabitam neste mesmo contexto. Neste sentido, emergiram dos dados como o cuidado reage diante do seu semelhante, o outro cuidado, que com ele compartilha os acontecimentos daquele mundo.

Cuidado-cuidado

Inúmeras foram as situações observadas que chamam a atenção pela forma como o cuidado se expressava. São situações que se caracterizam por intercorrências decorrentes da terapêutica ou do desequilíbrio do estado de saúde do cuidado, que exige tomada de decisão rápida da equipe e envolve um número maior de profissionais. Situações que deixam, no ambiente de cuidar, um clima tenso e estressante, e que por todos que ali estão são vistas, ouvidas e quem sabe até sentidas, por viverem em um ambiente compartilhado e terem problemas de saúde semelhantes. Ilustra-se esta face do mundo do cuidar através de dois registros. O primeiro expressa a preocupação do cuidante em manter o ambiente livre destes elementos estressores visando manter a tranquilidade do cuidado. O segundo contém

registros de intercorrências que bem exemplificam o sentido que é dado pelo cuidado quando algo de ruim acontece com o outro que com ele existe em conaturalidade:

“Paciente tem rosto triste, parece muito deprimida, é muito solicitante, requisita os funcionários a todo o momento, solicita todo instante alguma coisa. Cuidante se aproxima e diz ‘a senhora tente se acalmar, tente descansar um pouco, para não assustar os outros pacientes com suas reclamações, gemidos e choros’. Paciente responde: ‘preciso me queixar, pois não estou bem, tenho câibras e dores nas pernas’.”(NO)

“Após resolvido o problema com um paciente que estava com sérios problemas decorrentes da doença e do tratamento, ao qual todos os pacientes observaram ao desfecho com atenção, a paz volta a reinar, o fantasma, desapareceu, por quanto tempo? O ruído retorna, todos médicos, enfermeiras, auxiliares e pacientes voltam a conversar alegremente.”(NO)

Este é um fato não manifesto pelo cuidado, porém emergiu também nos discursos dos cuidantes conforme narrativas abaixo:

“Eles começam a sentir o que o outro está sentindo, é bem contagiante, (...) qualquer coisa que acontece com eles interferem em tudo;(...) os outros pacientes que estão na sala junto ficam impressionados com qualquer coisa que acontece, assim uma hipotensão uma crise de hipoglicemia que aconteça a gente vai muito perto do paciente, busca uma medicação e volta; os outros ficam impressionados e eles começam a fazer perguntas para gente, as perguntas são bem variadas e eles querem saber porque acontece isso, a gente procura acalmar e diz que não foi nada.” (E2).

O pensamento heideggeriano nos diz que o mundo no qual o homem se vê lançado tem outros nele, sendo pois esta condição essencial ao seu existir. Outros dos quais, na maioria das vezes ninguém se diferencia e em meio aos quais nos encontramos. Lançado entre outros, interpretando e realizando o nosso próprio existir, como realiza um Ser-cotidiano-

com-os-outros, ocorre que acaba não sendo ele mesmos. Ao invés de existir em seus próprios termos, passa a existir em referência e a respeito de outros. O eu é alienado de si mesmo e torna-se um deles. Ninguém é si mesmo, cada um é o outro” (Silva 1991, p.49). Para Heidegger (1993) os outros não são seres simplesmente dados como sujeitos no ar. o Ser para os outros é diferente do ser das coisas. Cada homem possui em si mesmo uma compreensão do ser e com ela se relaciona. Portanto, na relação com os outros, o homem se revela como projeção do Ser-próprio. Estas idéias facilitam a compreensão dos discursos acima, pois leva a deprender que o sentido dado nos discursos é o de que o cuidado vê-se no outro, que está em uma situação crítica, pensando poder experimentar o mesmo, o que não é de um todo incorreto. O cuidado vive aquele momento como se fosse próprio dele.

Sob o mesmo olhar se pode interpretar os sentimentos manifestos pelos cuidante, mas não como um outro enfermo, mas sim como um alguém que coexiste com o outro no cotidiano de sua vida, de modo inautêntico. Esta maneira de Ser-no-mundo do cuidar prejudica uma relação de solicitude positiva, pois pode levar a um envolvimento que venha a se caracterizar como não cuidar, do qual podem advir futuros desconfortos para o cuidado e o cuidante. Os discursos abaixo ilustram este nosso pensamento:

“Tu não queres esse sofrimento para ninguém, tu sentes, esse é o lado ruim da hemodiálise, o apego que a gente fica com eles, mas aqui é difícil e diferente não tem como tu não te apegares também, então não dá para separar muito isso aí não.”(E6)

“ Se por acaso ele não saiu bem, nós também não saímos, ficamos preocupadas.”(E5)

Estes discursos nos remetem novamente à questão da existência autêntica. Vasconi (1995) diz que, quando se adota uma perspectiva existencial, a enfermidade adquire o caráter

de uma existência dolorosa, o homem se vê apossado pela impotência e impedimentos diversos, contudo é preciso saber que a existência jamais se reduz ao pensamento vivido, o que quer dizer que a doença não é o fim de tudo. O experimentar a doença existencialmente é assumi-la factualmente, é integrá-la em um fazer pessoal.

A maneira como os cuidantes reagem à doença, expresso em suas falas, atestam o seu existir inautêntico, próprio do cotidiano dos cuidantes no mundo do hospital.

Na relacionalidade pessoal, dado as características do mundo observado, um elemento importante se manifesta no processo de cuidar, é a presença da família..

RELACIONALIDADE : CUIDADO-FAMÍLIA-CUIDANTE

A família é uma instituição que tem como centro o Ser-com-o-outro. Ela entra no mundo do cuidar na perspectiva do cuidado e do cuidante com um papel fundamental, o de suporte. Seja na figura da mãe, do esposo, do amigo ou do namorado ela muito contribui para o sucesso da terapêutica e o existir autêntico do cuidado, por estar também na condição Ser-com o seu enfermo. Embora existam situações em que membros da família adotem a atitude de solicitude e ou preocupação negativa, a maioria dos discursos falam da família enquanto presença efetiva para o resultado do cuidar. Os discursos do ser cuidado dão sentido a esta constatação como se pode ver a seguir:

“Ele [esposo] é fora de série e se não fosse ele eu não agüentaria tudo Companheiro mesmo,(...)tenho apoio da minha mãe”(P1)

“Eu converso com uma vizinha minha. Ela diz para mim que eu tenho que lutar... tenho que me preocupar mais com a minha saúde. O meu guri mesmo disse para mim: ‘tu não podes te entregar, enquanto há vida, há esperança. A gente acompanha o teu sofrimento, a gente sabe que tu passastes pior do que isso, então agora mãe tu és obrigada a agüentar, nós te amamos, nós estamos aqui nós vamos te dar força e apoio.’”(P2)

“Minha família é eu e a minha mãe, depois, tem meu avô, meu nono, a minha nona só (...), minha mãe está sempre trabalhando, mas de vez em quando ela vem para casa e ela fica em casa que está sempre cheia de gente. Os meus amigos ficaram mais perto de mim. Eu tenho namorado; ele sempre me ajuda, eu sempre estou com ele”. (P3)

“Meu pai é separado da minha mãe, há uns 8 anos, aproximadamente, a situação aproximou mais pai e filho. Em casa, a gente tinha uma relação muito boa, mas agora com essa situação a gente se uniu mais (...). mãe é sempre mãe, ‘não faz isso, tomou a medicação certa para a pressão’; aqueles cuidados assim que só o de mãe mesmo, a gente respeita (...) Ali às vezes quando eu fico pensando no futuro (...) eles me chamam: ‘tu tens que te preocupar só com a tua saúde e a tua faculdade’; eles sempre colocam isso para mim assim, ‘deixa que o resto a gente resolve’, a partir desse momento, eu tenho uma retaguarda boa sabe eu tenho o apoio da família restrito mesmo.”(P5)

“A minha família é boa eles me tratam muito bem, sempre me ajudando, mais depois do primeiro transplante, aí eles já não me deixaram mais sozinho”(P6)

Os discursos dizem da importância do cuidado sentir-se apoiado, tendo ao seu lado pessoas que o ajudem a suportar as limitações que a doença lhe impõe. Na figura de um familiar ou de um amigo, a família, assume a verdadeira condição de Ser-com e, neste sentido, evocando o pensamento heideggeriano, a doença de certa maneira é também da família e, quando está presente, dando apoio constante ela é compartilhada ou diluída, porque existe com o cuidado, no mundo residencial ou hospitalar, em conaturalidade. Se observa também que existencialmente a doença aproxima a família, através dos sentimentos de

solidariedade e solicitude presente neste momento temporal que não é só do cuidado, mas da família também.

Além do papel expressivo, a família tem uma participação efetiva na adaptação do cuidado ao tratamento proposto, através do seu apoio e consideração. A necessidade desta presença está manifesta no sentido dos discursos do cuidante, como se pode constatar a seguir:

“ Nós temos contato com a família dos pacientes dependentes ... seria muito importante que a família acompanhasse, que tivesse perto, que se importasse que a família se responsabilizasse de alguma maneira até pelo tratamento, pelos medicamentos, pela vinda da paciente na hemodiálise, grande maioria participa quando são chamados.”(E5)

“ É dado orientação de alta para os familiares para que ajudem a cuidar, para que entendam os sintomas pós-diálise (...), a família que talvez participe menos do tratamento se torna menos próxima ao problema de saúde do paciente, tem envolvimento menor.”(E4)

Contudo, a família como um elemento nutritivo não é uma constante no processo de cuidar, dedução expressa dos seguintes discursos:

“Mas para falar bem a verdade esse problema renal é uma coisa triste; atingiu o meu casamento de forma assim que (...) eu até perdi o meu marido, porque eu vivo mais no hospital do que em casa ...eu já não sou mais mulher para ele, eu não tenho culpa se vivo mais doente e não consigo atender os desejos dele (...) (P2)

O discurso diz de um estado de preocupação e solicitude negativas, caracterizadas pela indiferença, rejeição ou dificuldade da família em aceitar o outro, o cuidado, em uma condição que não foi por ele escolhida, mas tem que com ela conviver. As vias de encontro,

abertas pelo cuidar que o homem tem com o outro, encontram-se fechadas na medida em que a família não deixa vir a si o ser cuidado com suas necessidades emocionais ou fisiológicas e com ele compartilhá-las.

O aspecto relativo a sexualidade chama a atenção no discurso do cuidado. Barbosa (1993) refere que o ser renálico crônico frequentemente sofre uma deteriorização acentuada de seu impulso e ou desempenho sexual e que os efeitos desta problemática, indo além do simples prazer erótico, são significativos sobre o relacionamento entre o casal. Um sentimento de culpa se instala no ser cuidado, devido à sua incapacidade de realizar as expectativas sexuais do casamento. Quando alguém se reconhece em falta com o outro, se entende e reconhece estar de alguma maneira em dívida com esta pessoa. Esta noção de falta está em relação direta com as idéias de responsabilidade e de causa. “É minha falta”. Significa que um fato do qual o homem é a causa responsável, tenha provocado uma perturbação no outro. Heidegger diz que a idéia de falta enuncia que o culpado é a fonte da privação de uma coisa que de direito pertencia ao outro, Waelhens (1986).

Isto nos leva a pensar que não reside no cuidado o problema sexual e sim na enfermidade que vivencia. E a culpa da falta de relacionamento está sendo por ele e nele atribuído. Se este sentido dado a questão, fosse tratado por um profissional com o cuidado e com o familiar, poderia emergir na relação sentimentos de solicitude, ao fazer emergir a compreensão de a enfermidade é algo que está acontecendo, assim como o cuidado, tendo este pois, a possibilidade de vir a realizar-se como pessoa, no caso, como mulher.

No mundo do cuidar, os cuidantes compartilham experiências de cuidar que estabelecem formas de encontro que compreendem a relacionalidade entre os cuidantes.

Cuidantes

O falatório

A equipe de enfermagem compreende enfermeiras técnicas e auxiliares de enfermagem, profissionais que detêm a competência técnica do fazer específico da unidade de hemodiálise. Pessoas que em um permanente estar-com coabitam o mundo do cuidar como um dos fios que completa a complexa teia de relações neste mundo.

Como Ser-no-mundo estão afetos ao mundo-do cuidar, assim expressam sentimentos em relação ao outro com quem vivem. Pela experiência profissional que somam, têm a responsabilidade de conduzir o cuidado a conviver existencialmente com a enfermidade.

A relacionalidade entre os cuidantes trata, pois, dos encontros entre os cuidantes, isto é, o modo como se relacionam no mundo do cuidado. As notas abaixo expressam os sentidos destes encontros:

“As funcionárias, ao chegarem no vestiário, conversam sobre o tempo, elevador do prédio, roupas... em meio as suas atividades conversam sobre a família, filhos diversão no domingo e cursos (...) depois das 9 horas um a um vão a sala de lanche para o cafezinho, enfermeiras, técnicas e

auxiliares de enfermagem se encontram na sala de lanche e conversam sobre os filhos, sobrinho, TV e outros assuntos, o café é rápido “.(NO).

Estas situações vividas pelo cuidante falam do cotidiano de suas vidas. São assuntos por eles tratados, e que com certeza não são do domínio de todos, mas mesmo que o ouvinte não compreenda originariamente do que trata o discurso, é possível uma compreensibilidade mediana do mesmo, devido a convivência entre os mesmos no mundo do cuidar e a comunicação não partilhada mas que veicula, o que é capaz de mover naquele mundo uma fala comum.. A este discurso que não veicula uma comunicação compreensiva e interpretativa, mas apenas o sentido das palavras, Heidegger (1993) chama de “*falatório ou tagarelice*”. Caracterizado pela falta de solidez às conversas fiadas, às fofocas e às frases ocas que indicam uma expressão do homem enquanto Ser- no-mundo, não representando, pois, um estado depreciatório dos cuidantes, pois é um modo de ser do homem que faz parte de sua cotidianidade. Isto imprime no mundo do cuidar uma certa leveza ou descontração para cuidar do outro.

Destaca-se a maneira solidária, respeitosa e, sobretudo, compartilhada como os cuidantes estão no contexto do cuidar. O estado de solicitude é uma constante, expresso pela preocupação com o outro, o seu colega cuidante. O cuidar é feito a muitas mãos, em que pese a divisão social do trabalho na enfermagem. Evidencia-se, como podemos constatar, a preocupação do cuidador em ter um ambiente de cuidado que nutra as relações neste contexto, visando resultados positivos no cuidado. Os seguintes registros ilustram esta interpretação:

“A enfermeira, técnica e a auxiliar de enfermagem ajudam-se, trabalham em equipe para melhor atender os

pacientes no momento da instalação da diálise, uma funcionária fala: 'lá naquela sala a gente não consegue parar nunca, sabemos que é difícil e sacrificado precisamos nos ajudar' (...). Enfermeira orienta os funcionários sobre os cuidados com equipamentos em um clima de atenção e respeito. Há um bom relacionamento na equipe de enfermagem. Em outra sala encontro um ambiente alegre, funcionário rindo e conversando pergunto o motivo da alegria e me diz uma técnica "a senhora sabe que trabalhar em HD é muito estressante, para melhorar isto a gente resolveu que iríamos trabalhar sempre bem humoradas, brincadeiras, conversas, risos e piadas que são contadas na maioria das vezes pelos pacientes. Também acho importante a música. Eu trouxe de casa um rádio acho que a música ambiental é muito importante para os pacientes, pois eles se concentram ouvindo rádio e tem menos complicações interdialíticas." (NO)

A relacionalidade pessoal caracteriza-se pelos encontros daqueles que fazem acontecer a enfermagem, os quais, enquanto Ser-aí-no-mundo, tem modos próprios de neste estar com o outro, isto manifesta-se no tema, o Ser-ai-no-mundo do cuidar.

O SER- AÍ NO MUNDO DO CUIDAR

O mundo do cuidar na enfermagem é também matizado por aquilo que sentem e expressam o cuidado e o cuidante em relação ao cotidiano de suas experiências. O tema Ser-aí no mundo do cuidar trata, pois, do modo de ser destes sujeitos.

Poder Ser

Buscando entender o sentido dos discursos, se apropriou da idéia de compreensão da analítica heideggeriana, que fala desta como uma noção de possibilidade. Esta se caracteriza como modos de ocupação ou de poder ser do homem no mundo, diz das suas possibilidades de realização ao existir. Nesta perspectiva se pontua as seguintes falas:

“Isso me traz tranquilidade, eu não sei como é que vai ser o dia que eu realmente me desligar da enfermagem, porque eu trabalho por amor à profissão, eu gosto daqui; me faz muito bem saber que eu fiz alguma coisa para aquele ser humano.” (E1)

“Acho que disso tudo que se falou de conhecimento e relação humana, é primeiro vocação, acho que se a gente não tem vontade, a iniciativa de querer estar com o paciente, cuidar de pessoas, não adianta o conhecimento técnico e nem teórico, ou de relacionamento humano que não vai te fazer um bom profissional.” (E2)

Ao decifrar o sentido destes discursos constata-se que apontam para uma qualidade do cuidador que é a *vocação*. Embora sob o ponto de vista do vocabulário bíblico o conceito signifique um apelo de Deus aos escolhidos para se dedicarem exclusivamente à missão que lhes foi confiada em benefício de toda a humanidade. Heidegger identifica-a com o esforço que o homem deverá desenvolver para se realizar autenticamente, isto é, em uma plena coincidência de si consigo mesmo.¹¹

¹¹Freitas, Manuel da Costa. *Vocação* In: Cabral, Roque et alii. *Logos Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia*. Editorial Verbo Lisboa/São Paulo, pag. 560-1. 1996.

O sentido de realização ou poder ser aparece ainda nos discursos dos cuidantes como sentimentos de gratificação, satisfação ou de dever cumprido, quando ao cuidarem de alguém constatarem que o resultado de suas ações foi positivo. Note-se que para um cuidante isto também ocorre mesmo quando o não esperado acontece, depreende-se disto, que mesmo nesta situação este exerceu a sua plena condição de poder ser. Os discursos abaixo ilustram este desvelar:

“Gratifica-me quando eu consigo fazer um bom trabalho e me frustra quando eu não consigo.”(E2)

“Olha, um final de uma manhã com 14 pacientes que a gente começa com acompanhamento de peso e pressão, a gente vai checar o paciente ver se ele está no peso certo o que médico pede, se a pressão está bem, a gente sente satisfação, olha eu consegui, é tipo uma vitória.”(E3)

“Para mim, independente do resultado deste cuidado, que seja bom ou ruim, acho que me gera uma satisfação uma certa felicidade de poder ter ido até os limites, ter ajudado e ter feito o que podia e ter certeza que eu fiz o que eu sabia o que eu podia independente do resultado”(E4)

Sentimento de Angústia

O homem, enquanto um Ser-aí no mundo, em seu cotidiano adota modos de ser que o faz se relacionar de forma significativa com o seu meio ambiente. Quando por algum motivo se estabelece uma ruptura repentina nesta relação, faz surgir em si a angústia. Condição presente no homem, em todas as situações de ameaça que fogem ao seu viver diário.

Neste sentido atentemos para os seguintes discursos:

“Paciente encontra-se cabisbaixo vou até ele e pergunto: algo o está preocupando? Disse-me: ‘sim, cada vez que venho para cá sinto uma coisa por dentro, uma angústia, eu queria encontrar uma resposta ou saber quando isto vai terminar. Sabe enfermeira eu estou quase desistindo, não quero mais sofrer, eu não sou mais o mesmo, não faço o que quero, os outros fazem tudo por mim, já sou um inútil, então para que continuar já estou velho mesmo””(NO)

“Eu sinto uma angústia, assim uma tristeza, porque está aí os meus irmãos todos com saúde e eu aí.”(P4)

“As coisas acontecem, mas do tipo inevitável, por mais preparado que esteja, por mais psicologicamente bem equilibrado que a pessoa esteja, com apoio da família com apoio da terapêutica é uma situação que não tem como fugir. Sabes tu encaras, mas tem dias que tu dás uma fraquejada (...) às vezes a gente fica depressivo é claro eu fico ansioso em uma expectativa de uma melhora de vida”(P5)

O sentido dos discursos está expresso no fato de que com a doença houve um rompimento do modo de ser do cuidado no seu dia-a-dia, fazendo-o sentir-se como um estranho em um mundo que não lhe é familiar, e em condições tampouco por ele escolhidas. Portanto, vê-se o cuidado desabrigado e desorientado na busca de respostas para a situação que se lhe apresenta e com a qual tem que conviver. Assim, assiste o desmoronar de seu cotidiano, o que lhe impõe um estado angustiante. A ajuda que recebe de familiares ou da equipe de saúde pode ser ineficaz, se ele não se ver enquanto sujeito da situação, pois está primeiro no seu íntimo apreender aquele momento de sua trajetória de vida.

A angústia surge como um modo de ser negativo no cuidado, se ele optar pela fuga da angústia, estado em que assumirá a condição de resignação, de passividade, de depressão ou apatia diante da doença, perdendo-se assim no impessoal, na monotonia daquele cotidiano.

Contudo na medida em que ele busca superar a própria angústia manifestando o seu poder de enfrentar às situações críticas advindas da enfermidade, ele confere um sentido a si próprio.

A angústia se revela também no cuidante devido a monotonia de sua prática, o que se desvela na seguinte fala:

“Puxa são sempre os mesmos pacientes não muda nunca, eu já sei que pego a agenda vejo quem vem e eu já sei quais são os problemas. Isso às vezes me gera uma certa frustração porque não aparece assim tantas novidades nessa área”(E4)

Se percebe ainda a presença do estado angustiante no cuidante, quando estes se referem a momentos de seu fazer em que não conseguem superar situações críticas que experienciam com o cuidado em seu cotidiano. Embora representem também fatos que expressam um estado de preocupação com o outro, são acontecimentos que fogem ao padrão esperado, qual seja, ao término do tratamento deve o cuidado voltar para o seu ambiente familiar dentro das condições previstas nos protocolos de atendimento da unidade. Este sentido é ilustrado pelos seguintes discursos:

“Angustia-me porque o paciente até tem um tempo de diálise, um mês e até 3 meses, e se ele transgride muito o tratamento, me sinto impotente, culpada. Ele vai para casa e eu vou para minha casa e se por acaso ele não saiu bem a gente também não sai”(E5)

“ A gente não consegue muitas vezes se desligar do trabalho,... e a vida é o trabalho e a vida pessoal, e a gente mistura muito, tem vezes que eu não consigo superar.”(E3)

Sentimento de Medo

Outro modo de poder ser do Ser-aí do cuidado e do cuidante, desvelado nos discursos e abordado por Heidegger (1993), é o medo. Esta condição foi observada a partir de manifestações e relatos do ser cuidado, como se apresenta a seguir:

“ Paciente amassa um copo plástico que tem nas mãos (parece ansiosa) olha para as linhas capilares onde passa seu sangue e parece chorar, o médico orienta para que ela não olhe para o sangue, ela diz; ‘não é isso, não sei o que estou sentindo’, e começa a chorar desesperadamente. Enfermeira pede que a mãe entre para tentar acamá-la, neste instante, a menina diz que está com dor no abdômen, chora compulsivamente, a mãe beija a filha tenta conter suas lágrimas, sem sucesso ela grita que está com medo, ‘mãe eu estou com muito medo’ a mãe pergunta de que; ela diz não saber”(NO).

“Eu tenho medo porque eu tinha lupus, eu acho que se eu fizer transplante vai atingir o rim de novo.”(P4)

“ Enfermeira vai puncionar, uma paciente jovem a quem ela pergunta onde quer ser puncionada, tem no rosto a expressão de medo, pavor; pergunto a ela porque fica angustiada quando estás sendo puncionada, ela fala: “tenho muito medo das punções, logo que iniciei a hemodiálise tive muitos hematomas e que isso dói muito”(NO)

“Uma intercorrência com um paciente ocorre na unidade, demais pacientes atentos a tudo que se passava naquele ambiente, um paciente com a cabeça coberta pelo lençol parecia estar dormindo (ao checar o fato constatei que não estava perguntei-lhe: a claridade do sol na sala lhe incomoda? respondeu-me: ‘Não, eu não queria olhar ele sofrer, isto pode acontecer comigo também, eu tenho medo’”(NO)

“Eu tenho medo também que não dê certo o meu transplante “(P3)

O medo está ligado a um perigo concreto, é uma reação que se manifesta no homem face a toda situação que parece ameaçar o seu ser e o torna incapaz de uma ação coerente para deter o perigo. Nos discursos descritos, constata-se que a presença do medo se deve a situações já experienciadas, apreendidas do contexto, ou seja, já vistas ou presenciadas, e aquelas caracterizadas pelo medo do desconhecido. É o medo de ter dor, é o medo do que está acontecendo consigo e desconhece, é o medo do insucesso do transplante, é o medo de morrer.

Percebe-se então que o cuidado teme, está associado às experiências apreendidas naquela realidade vivida e que a elas está afeto. São estes elementos que levam o cuidado a sentimentos de ameaça e, quando não, a estados de pavor e ou horror se totalmente dele desconhecidos.

Heidegger (1993) nos diz que o medo é a negação do que se é capaz, nele o homem antecipa, através do temor, o que está por vir. Assim, o futuro do medo consiste em antecipar a presença do fato temido, fato este expresso no sentido oculto dos discursos do cuidado quando se referem ao transplante renal, ou seja, a possibilidade de insucesso com este procedimento, que está ainda por vir. O medo que tem o cuidado antecipa-se a este futuro possível, mostrando que este modo de ser é um revelador da inautenticidade.

Inautenticidade

O homem vive a existência autêntica quando em um ato de liberdade toma a decisão em aceitar suas próprias limitações. Em seu cotidiano, vive contrário ao seu modo de ser, fato

que pode ser ilustrado com a forma como este reage diante da doença, ou seja a de não aceitação da mesma. Neste estudo, dado as características do mundo do cuidar investigado, se deparou com situações que retratam este modo de ser inautêntico do ser humano, vejamos:

“ Percebo paciente jovem de 22 anos, a mais ou menos 2 meses em hemodiálise, está inquieto, tenta ler, tenta concentrar-se, parece não conseguir, chama a funcionária para verificar a TA, tenta assistir TV, amassa lata de coca-cola em sua mão, olha para os demais pacientes, massageia a panturrilha, o estômago, olha para as punções da fistula tem no rosto uma expressão de preocupação e dor, franze a testa. Paciente chama a funcionária e diz a ela que precisa sair mais cedo por motivo de aula, funcionária diz que é com a enfermeira. Chega a enfermeira e a médica para examiná-lo ele desabafa, ‘uma diálise anterior tive muitas câibras, foram tão fortes que tive vontade de nunca mais fazer hemodiálise, fiquei traumatizado’ e reforça, ‘traumatizado é o termo certo’”(NO)

“Paciente teve problemas no cateter no início da diálise, está acima do peso seco, enfermeira comunica ao médico que diz para ultrafiltrá-lo paciente fica revoltado, diz que ‘estou com nojo de tudo, pois sempre tem problema com meu cateter quando não dá tudo errado.’”(NO)

“Sei lá terminou totalmente a minha vida, para mim me deixou assim como é que eu vou dizer ...não tem mais aquele entusiasmo”(P2)

“Não sei eu estou confusa, eu queria parar de vim para cá, eu queria mesmo é que não existisse doença - Eu não gosto de vir para cá.”(P3)

“Às vezes, eu penso, parece que é um pesadelo, a coisa assim foi rápida, não queria aceitar o problema mesmo sabendo que tem que fazer, tendo que vim e fazer, tu diz assim puxa porque eu?”(P5)

Um dos sentimentos que nos salta aos olhos na busca do sentido destes discursos refere-se à revolta. Diversas e repetidas são as situações geradoras de revolta, contudo a razão

está naquelas que limitam as atividades do cuidado. São os desconfortos físicos, as dificuldades sociais e econômicas advindas da doença e de seu tratamento que impedem um existir autêntico. Percebe-se ainda nos discursos a presença de sentimentos de negação, tristeza, desesperança e de não aceitação pelo cuidado, o que dificulta a sua adaptação aquele momento temporal de sua vida.

Sendo um Ser-no-mundo o modo como lida com a doença está interligado com o que se relaciona neste mundo, as coisas, os outros e ele próprio. Emerge assim a dimensão existencial do cuidado em seu conviver com a doença, por ele encarada como algo ruim, que muito afeta e que o leva a pensar na morte.

Neste sentido, é necessário que os cuidantes busquem com o cuidado a compreensão existencial da doença, destacando que ele está vivendo um momento de sua existência onde um segmento do seu corpo está afetado e isto afeta o seu modo de ser no mundo, tais como os seus sentimentos e as relações a que está afeto¹². Cabe ao cuidante, pois buscar uma proximidade existencial com o cuidado visando reconquistar a sua existência autêntica, e para tanto não se faz necessário que este se afaste de suas tarefas cotidianas ou de suas preocupações. É preciso que o cuidado e também o cuidante vivenciem a doença com uma outra perspectiva, de que poderão se realizarem mesmo diante da crise. O cuidado apesar de suas restrições permanece íntegro em sua unicidade o que lhe permite redimensionar sua existência e repensar novas formas de conviver nesta realidade, ou seja com a enfermidade.

¹² Boemer, M.R. et al. *Introduzindo a dimensão existencial do homem na disciplina de fundamentos de enfermagem*. *Rev. Gaúcha de Enf.* n.2, p.49-54. 1992.

Emerge ainda dos discursos dos cuidantes e cuidados enquanto condição de Ser-aí no mundo do cuidar. um modo de ser do homem que é a necessidade que tem de ser visto e considerado como o outro. As falas se manifestam assim:

“ Eu queria assim poder ser uma pessoa normal não queria viver com uma máquina junto .”(P3)

“No começo, eu achei que era diferente a gente claro se torna diferente, ... porque a gente não pode fazer tudo aquilo que os outros fazem (...) não sou mais uma pessoa normal.”(P1)

O sentido destes discursos falam do cuidado em se ver não mais como uma pessoa normal igual as outras e o desejo de poder como estas voltar a ser como estas pessoas, sem doença, sem limitações. Por de trás deste discurso, se encontra a temida rejeição pelo outro, como nas enfermidades que estigmatizam o ser humano, impondo a este restrições sociais. Nestes casos o mundo de relações do cuidado tende a ficar circunscrito à poucos ambientes e conseqüentemente a um número restrito de pessoas, levando-a a se sentir só e excluindo da sociedade. Está, pois, nas mãos daqueles com quem convive, dentre estes, os cuidantes, perceber esta situação e buscar revertê-la.

A escuta

Emergem do discurso dos cuidados e cuidantes o modo de ser destes como ser no mundo do cuidar, o existencial “ouvir”, conforme atesta-se na fala abaixo:

“Tu teres disponibilidade de ouvir e saber ouvir o paciente é uma das coisas bem importantes, esses pacientes são assim, eles necessitam de atenção, muitas vezes eles não tem atenção da família “(E5)

Ouvir não se reduz a uma simples captação de sons. Ouvir é antes de tudo recolher-se recolhendo o escutado. Para ouvir é preciso Ser- todo-ouvidos, Heidegger (1993). Saber ouvir é se deixar escutar, modo de ser que viabilizar a compreensão do discurso, ou do que está sendo dito. No cotidiano de nossas vidas, é comum dizermos que não compreendemos quando não escutamos bem. Logo, só quando se escuta se pode compreender. Ouvir é pois, um modo de ser essencial do cuidante a fim de que possa compreender o cuidado.

Possuindo o mesmo fundamento existencial da escuta, o silêncio se evidencia como uma outra possibilidade constitutiva do discurso¹³. No desvelar do sentido dos discursos, o silêncio revela-se como mostram os seguintes relatos:

“É que às vezes eu também não deixo transparecer, que eu não estou legal e também isso é um ponto de vista meu,...eu sou mais resguardado, de repente, eu posso demonstrar que eu estou bem e daí, no fundo, a pessoa nota que eu não estou bem, mas eu fico ali”(P5)

“ No silêncio da unidade, fica o ruído das máquinas funcionando, o barulho da TV, há pacientes que dormem ou estão de olhos fechados, outros ficam acordados, percebo que um tem os olhos fixos no chão como que a pensar”(NO)

“Na sala de lanche, chega uma técnica de enfermagem e diz: ‘eu estava dialisando a minha paqueta, que graças a Deus está melhor, está lúcida embora siga com cefaléia constante e intensa hipertensão mesmo com doses altas de nitroprussiato.’ A funcionária faz ainda um questionamento às colegas: que condições de transplante ela terá, me digam? ninguém responde, o silêncio e os entre olhares apavorados, trocados entre as colegas, são suficientes como respostas.” (NO)

¹³ Silva. A.T.da. *Sentido dos Existenciais Básicos para Heidegger. Dissertação de Mestrado em Educação. USP. São Paulo. 1991.*

Silenciar só é possível em um discurso autêntico, pois é diferente de ficar mudo. Só se silencia quando se tem algo a dizer. É no silêncio que o homem encontra-se consigo mesmo, pois é através dele que dispõe de uma abertura própria e rica de si mesmo. Por estar em silêncio o homem se revela, portanto este estado articula a compreensibilidade do ser humano e gera o verdadeiro ouvir.

Neste sentido, o silêncio que se faz presente no mundo do cuidar merece ser ouvido pelos cuidantes, pois muitas poderão ser as possibilidades ditas através dele. Nos discursos descritos se pode identificar sentimentos do cuidado como negação de uma intercorrência, de não querer incomodar os cuidantes de se achar superior aos outros, incertezas ou certezas quanto ao futuro, medo, inconformismo ou desânimo. Sentimentos não ditos verbalmente ou claramente, mas que estão por detrás de uma postura, de um gesto ou de meias palavras.

CAMINHO DO SER: A TEMPORALIDADE

O modo de Ser-aí cuidante e cuidado se manifesta no mundo do cuidar em um tempo sobre o qual vão construindo sua história de vida. Asserção que remete para um outro tema que emergiu do processo de compreensão existencial dos discursos qual seja, caminho do ser: a temporalidade.

A existência do homem se desenvolve na temporalidade mediante seus planos, expectativas e projetos. O futuro se aloja no presente e o conforma. Assim mesmo o passado se faz presente de alguma maneira operando sobre o presente. O homem é assim um ser

temporal, histórico e inacabado. Não sendo inteiramente inteligível, o que lhe confere a característica de um ser em projeto, vai se desenvolvendo, ou se realizando pelo tempo. O homem é constituído pelo tempo, que da mesma que também o constitui.

No mundo do cuidar, cuidado e o cuidante vivem um espaço temporal bem definido, condição existencial dos mesmos, a qual tem de ser considerada no cuidar.

Nas falas dos cuidantes, chama a atenção a importância que dão ao fato de que por estarem experienciando com o cuidado uma enfermidade de prognóstico reservado, se faz necessário que este viva o máximo de suas possibilidades. O cuidante ao cuidar autenticamente procura conduzir o cuidado ao existir autêntico, levando-o a enfrentar os desafios, embora as restrições que lhe são impostas. Os discursos a seguir expressam o sentido que dão os cuidadores a esta condição:

“...Não adianta ficar sofrendo por antecipação, eu acho que tenho que passar para os meus pacientes que não adianta eu ficar chorando, hoje, o que eu sei que vai acontecer amanhã se eu tenho pouco tempo eu não posso ficar perdendo esse tempo. Eu já conversei com pacientes (...) e já tive respostas assim: ‘eu tenho 22 anos tenho insuficiência renal faço hemodiálise há 5 anos não acho que eu vou conseguir chegar aos 50 anos,’ então digo vamos tentar resolver e ele muda de assunto, vamos voltar a conversar e vamos explicar isso que não é porque ele não vai chegar aos 50 anos, que não é motivo para que ele não se cuide agora.”(E4)

“Quando falo de um mau prognóstico, ele é um paciente crônico então ele não tem um bom prognóstico, porque a doença é crônica, não tem cura,(...) então no momento que está tudo bem.....”(E5)

“Enfim, eu acredito que o resultado do meu trabalho, já que eu não tenho alta assim do paciente, é poder

proporcionar uma qualidade de sobrevivência melhor e maior.”(E6)

As falas apontam para uma perspectiva de existir do cuidado que é a melhor qualidade de vida. Esta deve ser a meta contínua daqueles que fazem acontecer aquele mundo do cuidar na enfermagem, é o futuro. O passado o homem não pode mudar, contudo o orienta para certas possibilidades, idéia que está presente nas falas dos cuidantes quando estimulam o cuidado a viver o presente em busca de um futuro melhor. Neste modo de ser a existência humana vai se desdobrando, em meio a um exercício dialético entre o tempo objetivo ou cronológico, próprio do cotidiano do ser humano e o tempo fenomenológico vivido, expresso no pensamento heideggeriano como a idéia de ser possível.

O futuro nada mais é do que uma projeção do presente expresso na temporalidade, assim nasce do projeto o que significa que o homem está sempre “diante de si”, sem esta perspectiva de futuro na concepção heideggeriana, a existência petrifica-se. Este é essencial ao homem e na medida em que permanece incerto porque não se realiza mas que é esperado podemos dizer que o homem é um ser de esperança.

A Esperança

O caminho do cuidado dito e desvelado por ele reside na esperança de submeter-se a um transplante renal. Ele sabe que esta é a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida, no entanto também sabem que não é algo que dependa só dele ou da equipe. Ele espera que o órgão apareça, mas está ciente de que a demanda de receptores é numerosa. Apesar do desejo e da esperança depreende-se dos discursos que o transplante renal é visto como algo difícil e

complexo e que algumas vezes pode não melhorar a qualidade de vida do cuidado quando diante de rejeição do órgão transplantado. As manifestações a seguir ilustram esta interpretação:

“O que eu mais queria era tentar fazer um transplante para ver se pelo menos melhorava um pouquinho para mim, até porque eu preciso criar os meus filhos .Recomeçar de novo e refazer a minha vida de novo, sim porque o dia que eu fizer o transplante eu vou, se der certo, renascer de novo”(P2)

“Ah eu penso fazer um transplante e não precisar mais vir aqui fazer hemodiálise poder fica em casa, trabalhar, continuar estudando.”(P3)

“Sair da hemodiálise acho que é o sonho de todos, fazer um transplante e se dar bem, estou só esperando um transplante que dê certo para mim e para todos que precisam para se livrar dessas máquinas danadinhas.”(P4)

“ Se surgisse agora uma oportunidade de fazer um transplante com certeza... mas é que a gente fica sem perspectiva futura... é que tudo depende ...”(P5)

“ Vou aguardar passar esse 1 ano e depois vou entrar na lista para transplante cadavéricos’ e diz mais: ‘um dia vai ter sol, não pode sempre chover””(P6)

Os discursos nos dizem ainda que o transplante renal representa o restabelecimento do existir autêntico, do viver plenamente a condição de poder ser ou realizar-se livrando desta maneira o cuidado das amarras da enfermidade, nele é colocado toda a esperança a certeza de um futuro melhor.

Arelada a questão dos transplantes não poderíamos de fazer alusão aos aspectos éticos que envolvem es procedimentos. A questão primeira passa pelos critérios ou normas estabelecidas pelos órgãos competentes quanto a escolha do candidato em potencial para o

transplante. Em princípio, está indicado para cuidados portadores de insuficiência crônica terminal, na faixa etária de 1 a 65 anos, desde que não sejam portadores de doenças neoplásicas e ou cardiovasculares profundamente sintomáticos (Sabbaga, 1988). Este já um critério de exclusão, em que cuidados que fogem a estes critérios estão condenados a morrer. Os cuidados em processo de seleção passam por situações extremamente estressantes enquanto fazem os exames que definirão como candidato ou não a um futuro transplante. E mais ainda por ocasião de receberem resultado do processo. Fato constatado neste estudo.

Outro aspecto que merece questionamentos é a questão do doador vivo ou cadavérico. A questão do doador vivo não aparentado é muito séria, pois a doação de órgão que deveria ser algo humanitário assumiu uma condição comercial. Não raro se encontra nos classificados dos jornais oferta de venda de órgãos, são pessoas com problemas financeiros ou presidiários que em troca da redução de suas penas doam seus rins, Abbud (1996).

Já a questão do transplante com rim cadavérico passa também pelos critérios que têm sido utilizados para se selecionar o receptor, bem como o doador. Além dos aspectos éticos infringido por membros da equipe de saúde, que ocorre muitas vezes nos hospitais, pela disputa de órgãos de cuidados em vida vegetativa que são potenciais doadores.

Estas são questões a que estão afetos os cuidados, muito embora, o transplante renal seja aguardado ansiosamente pela maioria, dos doentes renálicos crônicos, por ser algo que pode ser definido e oferecer perspectivas de vida melhor, pois ao ser transplantado livra-se da dependência da máquina.

Contudo, em que pese a realização desta desejada esperança, o ser cuidado percebe a forte relação de dependência entre as possibilidades de tratamento e a vida, o que faz evidenciar sua vulnerabilidade enquanto ser humano. Isso o leva a pensar na morte como o futuro mais imediato.

MORTE: O EVENTO FINITO NO MUNDO DO CUIDAR

Finitude

Por ser o homem finito, a vida se desliza nas cercanias da morte. Ainda que se oculte, se sente ameaçado e exposto, não podendo dissimular esta fragilidade própria da condição humana. No tema em questão, é apresentando o sentido que é dado pelos cuidado e cuidante ao lidarem com a finitude diante da enfermidade.

O pensamento heideggeriano diz que morrer conduz ao não ser, ato em que está colocado em jogo a totalidade do homem. O ser do homem traz em si a sua finitude o que caracteriza a morte como uma possibilidade própria de cada um. Ela não é adquirida, lhe é inerente pois pertence ao Ser- no-mundo como tal, sendo pois, própria da existência humana. Embora tenha a consciência da morte, o que caracteriza o seu próprio viver o homem não se percebe como alguém que nasce morrendo, pois reduz a morte a um evento ruim que o assalta e lhe faz mal, não sendo visto como uma possibilidade interior que lhe ocorre. Ao se buscar o

sentido dos discursos do cuidado e cuidante, emergiu o significado de que a morte é sinônimo de sofrimento, ilustrando esta interpretação, veja-se os relatos:

“Eu tinha muitos conhecidos aqui que morreram, a gente fica meio assustada mesmo que não queira”(P4)

“Já aconteceu de paciente morrer e eu chorar muito de querer sumir, mas o pessoal chega e tem umas mais duronas que não choram (...) eu fico horrorizada quando falece um adolescente, eu fico para baixo, ... tu sentes.”(E6)

“Eu fico triste quando acontece alguma coisa quando a gente perde um paciente, então quando acontece eu saio chocada”(E1)

“Está na emergência, foi para CTI, teve uma parada em casa, essas coisas a gente vai dizendo até que, um dia, a gente chega e diz para os pacientes, olha foi a óbito, é um caos; eles ficam deprimidos um bom tempo.(...) Olha é um baque para eles e para nós nem se fala se é um paciente que ficou 4 a 5 anos com a gente, 3 vezes por semana, a gente fica mal.”(E5)

Embora o pensamento heideggeriano faça referência a morte como a pedra angular da análise do homem enquanto Ser-aí e como um elemento constitutivo da existência, os homens não assumem autenticamente sua finitude, e em geral encaram sua existência como caminho bem arranjado no final do qual está a morte.

Mas a morte, como possibilidade atravessa a sua existência e qualquer momento pode surpreendê-lo. Logo, a postura cotidiana do homem ante a morte se resume em adotar uma atitude capaz de dissimular o seu significado exato (Garcia, 1994). Assume-se a morte de maneira diferente como um fato futuro. A questão da aceitação da morte ou da forma de vê-la diferente, passa pelo existir autêntico que conduz o homem a uma visão exata e a uma aceitação desta significação. Os discursos abaixo tangenciam esta interpretação:

“É todo mundo junto eles assistem óbitos (...) os óbitos que aconteceram aqui dentro a gente sente pelo que acontece com o que morre, mas a gente fica mais também pelos que ficam, porque eles ficam impressionados”(E3)

“Para mim eu não tenho a necessidade de ver o meu paciente pelo melhor, faço o que eu puder fazer para ele, isso talvez tenha sido uma coisa trabalhada, que foi muito difícil para mim; Eu tenho assim grandes perspectivas e não tenho muitos problemas em relação a perda de pacientes, por enquanto eu consigo trabalhar isso de forma razoável.”(E4)

Para aceitarem a morte como um existencial ou como algo que pertence a estrutura existencial do homem, se faz necessário que ser cuidado e ser cuidante assumam no sentido dar-se à morte. Isto exige que lidem com ela como o fazem na busca de suas realizações, ou seja, o assunto morte não deverá ser pensado somente nas situações de crise ou na enfermidade, quando esta toma dimensões por vezes incontroláveis. É preciso ser pensado como uma presença básica e contínua. Portanto, a autêntica aceitação da morte haverá de ser um sentir constante da presença dela.

A partir de uma visão existencialista dos acontecimentos no mundo do cuidar, interpreta-se, hermeneuticamente, os discursos dos quais se revelaram as possibilidades de ser do processo de cuidar na enfermagem. Buscando tornar mais claro este olhar elaboramos os quadros sínteses apresentados abaixo. Eles mostram os temas, subtemas e significados emergidos dos discursos, que na nossa compreensão estruturam o processo de cuidar na enfermagem.

Quadro Síntese 1

PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES

RELACIONALIDADE NO MUNDO DO CUIDAR		
Subtema	Elementos	Significados
❖ Relacionalidade ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Organização do ambiente de cuidar. ❖ Gestão do ambiente de cuidar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Os utensílios: área física e material, relação homem-máquina; o ambiente acolhedor. ❖ O outro: recursos humanos (quantitativo, conhecimento técnico-científico); ❖ O impessoal: rotinas técnico administrativas.
❖ Relacionalidade técnico-científica	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Processo de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ocupação e preocupação com o outro. ❖ A inautenticidade (a não aceitação da doença); ❖ Autenticidade/solicitude (sob o ponto de vista existencial).
❖ Relacionalidade Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relacionalidade do cuidado com o cuidante. ❖ Relacionalidade: cuidado-família-cuidante. ❖ Relacionalidade entre cuidantes 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Solicitude: ter paciência e ter consideração. ❖ Ouvir; ❖ Solidariedade e respeito; ❖ Solicitude negativa, rejeição e culpa. ❖ O falatório: conversando dia a dia; ❖ Solidariedade/respeito.

Quadro Síntese 2

PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES

TEMA: SER-AÍ NO MUNDO DO CUIDAR		
❖ Subtema	❖ Elementos	❖ Significados
❖ SER-AÍ, CUIDADO E CUIDANTE	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poder Ser; ❖ Sentimento de Angústia ❖ Sentimento de Medo ❖ Inautenticidade ❖ Outro ❖ A escuta 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Modos de ocupação, sentimento de realização, gratidão, sensação de dever cumprido. ❖ Não conseguir superar situações críticas advindas da enfermidade, monotonia do trabalho, resignação, depressão, passividade, interrupção do cotidiano ❖ Antecipação do fato temido, medo do desconhecido, medo do insucesso do tratamento, negação do que é capaz. ❖ Revolta em estar doente pelos limites que a doença lhe causa. ❖ Aceitação. ❖ Compreender, ter disponibilidade para ouvir, encontrar-se consigo mesmo, a escuta.

Quadro Síntese 3

PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES

TEMA: CAMINHO DO SER		
Subtema	Elementos	Significados
❖ A Temporalidade	❖ Poder Ser/Sendo ❖ A Esperança	❖ Perspectiva de existir, qualidade de vida, o futuro, viver as possibilidades. ❖ Restabelecimento do existir autêntico; a ética (transplante).

Quadro Síntese 4

PROCESSO DE CUIDAR: REVELANDO SUAS POSSIBILIDADES

MORTE: O EVENTO FINITO NO MUNDO DO CUIDAR		
Subtema	Elementos	Significados
❖ Finitude	❖ Autenticidade/ Inautenticidade	❖ Sentido existencial de dar-se à morte; ❖ Pertence a estrutura existencial do homem; ❖ O homem não aceita autenticamente a sua finitude; ❖ Dissimulação da morte; ❖ A morte como sofrimento.

REFLETINDO O MUNDO DO CUIDAR

“ **A** reflexão é a coragem de tornar a verdade de nossas pressuposições e o âmbito de nossos próprios fins coisas que, sobretudo, são dignas de serem chamadas em questão”.

Heidegger, 1993

“Refletir é pensar pensando” (Martins, 1992). É pensar em algo já pensado e, de certa maneira já feito, para que venha a se constituir autenticamente uma reflexão.

O pensar e o fazer, enquanto modos de ser existenciais do homem, estão imbricados embora a ação de pensar preceda a ação do fazer, porque pensar algo não implica necessariamente em fazê-lo.

Contudo, é preciso pensar quando se deseja que um novo fazer emergja de um novo olhar. O pensar está afeto ao fazer desde que estejamos dispostos a nos libertarmos daquele que nos dá segurança, ou seja, o já convencionado, porque com ele temos a prontidão e a certeza das respostas. Pensar o novo, no que não está dado, mas que está sendo buscado, é a possibilidade de ser, sem se ter previamente definido onde se quer chegar.

Esta compreensão filosófica é que orienta a refletir o processo de cuidar na enfermagem. Pensar existencialmente o cuidar, conduz a um caminho que exige uma preocupação que vai além do conhecimento técnico-científico e da mecanização do mundo do cuidar. Exige, pois, que se pense no cuidar em si, ação esta que movimentou o acontecer deste estudo.

Neste momento, apresenta-se, então, as reflexões que expressam a compreensão existencial do processo de cuidar, convidando-se a delas compartilharem aqueles que se dispuserem a se desfazerem do fazer cotidiano da enfermagem e a superarem o incomodo de acompanhar a leitura que se faz do mundo do cuidar.

Ao enfocar, neste estudo, o processo de cuidar, se traz vista a evidência primeira de ser ele o momento que, com primazia, defrontam-se com as relações homem-homem e homem-ambiente. Isto é manifesta-se, em primeiro plano, o “homem-sendo-com-os-outros-homens”, ou seja, “os cuidados e cuidantes-sendo-com-os-outros” de forma singular. Este “estar-com” acontece no ambiente do cuidar, contexto com o qual cuidados e cuidantes também se relacionam, construindo-o e sendo por ele construídos, pois nele estão em conaturalidade. O processo de cuidar se desenrola, então a partir do “sendo-cuidados/cuidantes-uns-com-os-outros-no-ambiente de cuidar. É, pois, algo extensivo a todas as nuances do mundo do cuidar e não apenas aquela expressa exclusivamente pelas ações de cuidar diretas que envolvem cuidados e cuidantes.

Esta idéia remete a sistematização ou a dicotomização do cuidar, presente em muitos modelos de atenção à saúde-doença, e que leva a perder de vista a razão de existir da enfermagem. É uma divisão imposta no processo de cuidar, que resulta na priorização daquilo que o adjetiva ou o prioriza, juntamente com os recursos que tem ou que são necessários para que aconteça. Recursos humanos que buscam a especialização do conhecimento a partir da manutenção da competência técnica. Fato que conduz a um cuidar inautêntico, onde o ôntico prevalece sobre o ontológico.

Cuidar fora da perspectiva existencial, é cuidar como uma das inúmeras tarefas a serem cumpridas na enfermagem. Uma tarefa predeterminada, sistematizada, que envolve uma ação planejada que é executada em alguém, o cuidado, a priori desconhecido. Embora a tarefa envolva a ação elas não se confundem, a tarefa é o que tem de ser feito e a ação é o “sendo-feito”. Nesta perspectiva, a ação de cuidar no cotidiano da enfermagem não tem seguido este princípio, assumindo o cuidar um caráter de impessoalidade, na medida em que

deixa de ser considerado como algo que está acontecendo, logo com diferentes possibilidades de ser. Soma-se a esta condição, o fato de que é executado e recebido por cuidados e cuidante que existencialmente também estão a projetar-se no contexto do cuidar.

Quando se pensa o cuidar onticamente, evidencia-se no processo de cuidar a enfermidade. Esta passa a ser vista como algo que acontece no interior da pessoa doente, independente das relações que possa ter tido com os outros no mundo que a circunda. Cuidados e cuidantes não fazem parte do mundo do cuidar, eles ali estão de forma independente um do outro, não há trocas, não se relacionam. A enfermidade é tratada ou o defeito causado ou apresentado por um determinado órgão é consertado, por especialistas, os quais habilmente como um artesão sabem lidar com esta peça. As ações de cuidar na enfermagem, são igualmente executadas para corrigir o dano, ficando o cuidado, enquanto ser humano, fora do contexto do cuidar. Isto porque à doença é dado a prioridade de atenção. Nesta perspectiva, a técnica assume igualmente um importante papel. O emprego da técnica que se expressa no desenvolvimento e na implementação de modernos métodos diagnósticos e terapêuticos, assim como de equipamentos altamente sofisticados, é responsável pela imagem de que o cuidar depende essencialmente destas condições. Neste contexto, o cuidado passa a ser um utensílio a mais, pois é apenas um meio de que se lança mão no contexto do cuidar para se aperfeiçoar a técnica.

Embricada neste pensar, surge também a questão da ética. Ética e conhecimento, a técnica envolve o conhecimento técnico-científico, “estão inevitavelmente vinculados na ação, porque esta emprega, ao mesmo tempo o conhecimento e os valores” (Santin, 1995, p.34). Ao se priorizar a técnica, tudo é considerado, menos os fundamentos do agir humano.

Neste sentido, já não mais se mostra no processo de cuidar aquilo que se evidencia a primeira vista no contexto em que acontece, ou seja, sendo-cuidado/cuidante-uns-com-os-outros, e sim tudo aquilo que diz respeito as manifestações da doença, a dependência da máquina, a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, dentre outros aspectos. As relações cuidado/cuidante/ambiente, não mais são os elementos fundamentais do processo de cuidar.

Outra possibilidade que se apresenta para nossa reflexão é a de que pensar o processo de cuidar existencialmente exige de nós pensar o cuidar como algo que está “sendo-com-os-cuidados-e-cuidantes”. O acontecer em que há homens “sendo-uns-com-os-outros”. E se assim se encontram no mundo do cuidar é porque este é um caráter constitutivo do próprio homem que é Ser- aí.

Tendo como fundamento o Ser-com-os-outros, o processo de cuidar, cai na circunmundaneidade de que Heidegger (1993) fala, o existir cotidiano. Neste existir, cotidiano no mundo do cuidar, cuidado e cuidante são encontrados e se encontram envolvidos no mundo do cuidar. São uns com os outros e com os demais entes intramundanos, ou seja, os objetos ou utensílios dos quais se servem enquanto para eles são úteis.

Merece consideração, ainda, nesta condição de ser ou estar-com os outros que constitui o processo de cuidar são os instrumentos metodológicos que orientam os cuidante a aplicarem conhecimentos técnicos-científicos nas ações de cuidar, estes instrumentos expressam o processo de enfermagem. Método que expressa a relação do cuidante com o cuidado na busca da identificação e da solução de problemas de saúde, bem como na implementação da terapêutica médica.

O mundo do cuidar é um mundo que conduz cuidados e cuidantes em suas situações de existência, assim estão sempre sendo levados de uma condição de existência. Este fato que dá forma ao processo de cuidar, fazendo com que se manifeste como um acontecendo, movimento que pela maneira como se dá no cotidiano, se caracteriza por partir de condições inautênticas ou impróprias para outras em igual condição. O que se exemplifica pela visão que é dada a doença e como se estabelece os padrões de conduta neste mundo. Isto nos leva a pressupor que o cuidar encontra seu fundamento no inautêntico.

Pensando com Heidegger (1993), cuidado e cuidante diferem dos demais entes. Têm em si o caráter de ser em possibilidades de realização pessoal e profissional durante o processo de cuidar. Se ao cuidado e ao cuidante é dada esta condição, tanto a autenticidade como a inautenticidade, como modos de ser do homem no mundo, lhes estão abertas. Isto quer dizer que embora o cotidiano no mundo do cuidar se caracterize pela inautenticidade, existe a possibilidade da autenticidade vir a ser a sua característica, modificação existencial que pode acontecer a partir dos modos de ser e estar de cuidados e cuidantes responsáveis pelos movimentos do processo de cuidar.

Assim, tendo por fundamento a síntese dos discursos deste estudo, pensa-se que é a partir da solicitude e da preocupação que o processo de cuidar deve ser pensado, pelo modo como cuidado e cuidantes se relacionam e se expressam enquanto Ser-aí no mundo do cuidar.

Neste sentido, destaca-se, neste estudo, o existir solícito do cuidante, que embricado do “ter paciência” e do “ter consideração”, faz com que se envolva no mundo do cuidar de forma preocupada e afetiva com os outros, cuidados e cuidantes.

O estado de solicitude leva o cuidante a cuidar como um libertador, orientando e ajudando o cuidado na busca de elementos que o estimule a continuar “existindo” em direção à sua realização e a uma melhor qualidade de vida, e a perceber a doença como uma facticidade em seu existir. Assumindo igual papel se manifesta a família que no estar-com, do seu Ser-aí, se vê presente no mundo do cuidar, como um elemento nutridor no processo de cuidar.

No cotidiano do seu existir, o homem, enquanto homem só situa-se no “aqui” no mundo. No processo de cuidar, capta-se que o cuidado ao existir na condição que está sendo vivida por ele, ou seja, o seu “estar-aí” recebe um sentido do “lá”, embora este “lá” esteja embricado no seu passado. Desta maneira o cuidado projeta o seu futuro com base nas experiências vividas no ontem e no hoje, isto o faz ser um ser de esperança. Assim vai construindo o seu caminho.

Dialeticamente, entretanto, com a esperança de continuar existindo o cuidado manifesta o sofrimento de ter de morrer. Condição que se antecipa diante do próprio fato, a morte, motivada pelo estar doente e pelo não aceitar a condição humana que é finita e limitada, aceitação que os desobriga de serem perfeitos e absolutos.

Outro aspecto pensado, no processo de cuidar, é que cuidado e cuidante em sendo-com-os-outros expressam sentimentos que retratam o seu Ser-aí, que existencialmente está afeto a encontros com pessoas e ou situações no mundo do cuidar. Sentimentos traduzidos por medos, angústias, culpas, realizações, satisfações ou outras expressões do seu sentir que são o seu modo de ser.

Para buscar a compreensão do processo de cuidar, elaborou-se, neste estudo, questões que orientaram a conhecer o que acontece no mundo do cuidar, que movimentos lhe dão forma e o que é preciso para que se dê o encontro entre cuidado e cuidante, sobre a ótica destes que o fazem. As respostas a estes questionamentos, foram encontradas nas diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar, objetos das reflexões que se acabou de apresentar.

Ao pensar existencialmente o processo de cuidar, vem a compreensão de que é algo dinâmico, portanto, expressa-se por movimentos interligados que estão em um contínuo acontecer. É pois no acontecer do processo de cuidar que estes movimentos se dão, onde ao se encontrarem, cuidados e cuidantes estão sendo uns com os outros no ambiente que os circunda.

Esta é a estrutura existencial do processo de cuidar. Estrutura que tem em si as relações ambientais, técnico-científicas e pessoais, o caminho em que cuidados e cuidantes vão construindo o seu existir, bem como pelo seus modos de Ser- aí e pela morte, o evento finito no mundo do cuidar.

Estes construtos estruturais compreendem elementos que expressam o que é necessário para que se dê o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar. Os construtos, elementos e os significados emergidos deste estudo, estruturam o processo de cuidar. Esta é a compreensão de processo de cuidar na enfermagem. Procurando dar concretude a este pensar, apresenta-se a seguinte figura:

Processo de Cuidar na Enfermagem

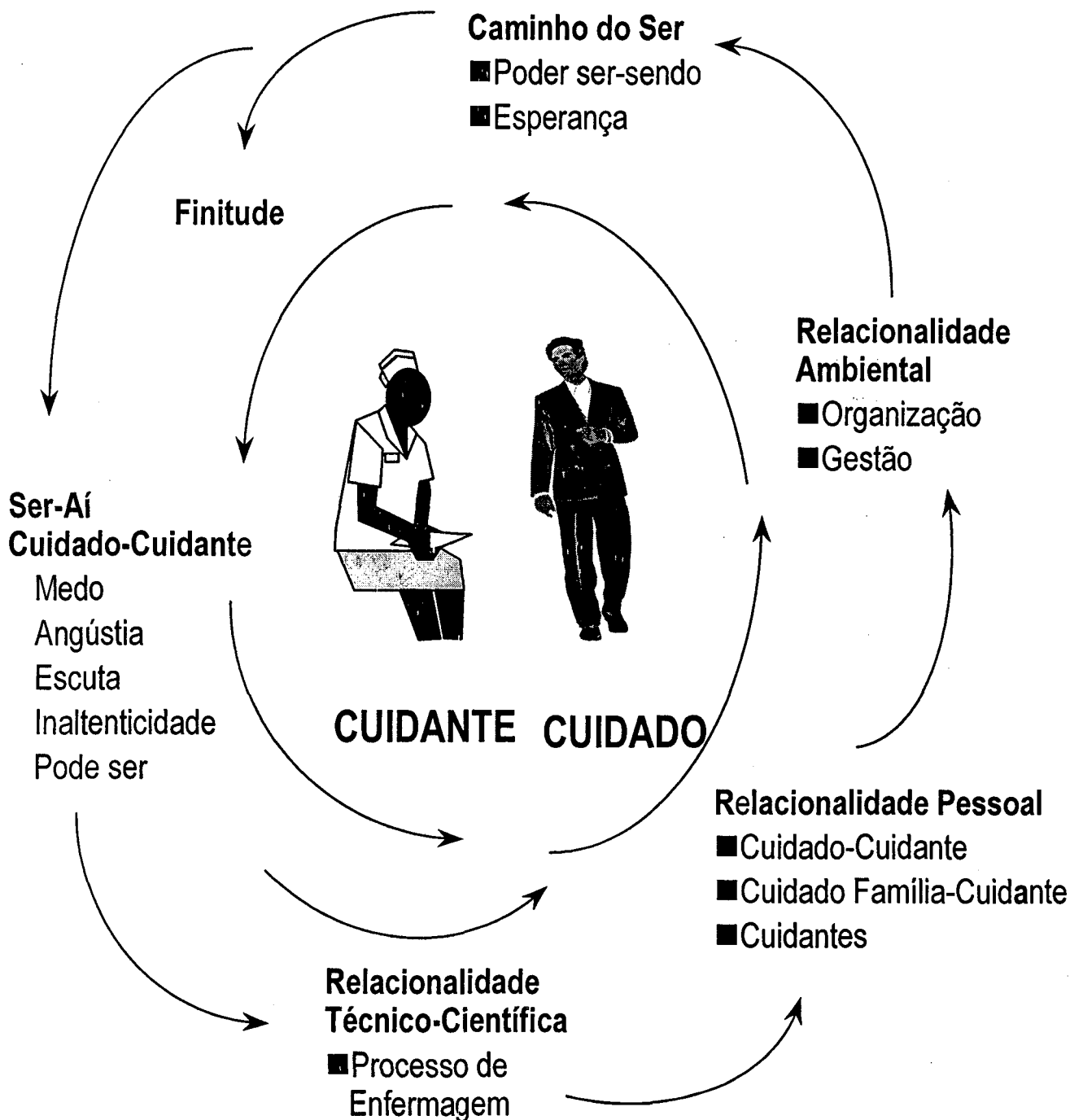


Figura 1. Crossetti, 1997.

O aqui apresentado mostra o olhar ao estudar o processo de cuidar na perspectiva existencial. Contudo, em “sendo”, o mundo do cuidar oferece diferentes possibilidades de ser do processo de cuidar, que poderão ser por outros apreendidas na busca do desenvolvimento do conceito de “cuidar” e conseqüentemente do conhecimento substantivo da enfermagem. Desta forma procurando apontar para possibilidades sugerimos:

- que o pensar filosófico existencial seja introduzido no ambiente do cuidar, através de grupos de estudos visando se conhecer o homem como realmente ele é, e assim se compreender a estrutura do processo de cuidar e fazer acontecer o cuidar existencialmente;
- que sejam desenvolvidos estudos que estreitem a relação da filosofia com a enfermagem na busca de novas formas de se pensar e fazer enfermagem;
- que se repense o “já-dado” no pensar e no fazer enfermagem, na busca de adaptação ou desenvolvimento de novos instrumentos metodológicos para o cuidar.

Ao pensar o já pensado, buscou-se aproximar o pensamento filosófico de Martin Heidegger às questões que ocupam o espaço circunmundano referente ao cuidar. Implica em pensar que se pode fazer uma enfermagem diferente, se pensar e fazer o processo de cuidar acontecer, estruturando-se na compreensão de como é o homem Ser-aí, *Dasein*. Encerrar, portanto, o já pensado é apenas abrir possibilidades para novos pensamentos.

“Esta é a minha obra. Expressão concreta e materializada de um momento do meu ser no mundo. Sendo, a construí com todas as possibilidades manifestas em mim neste tempo. Fazendo-a, me descobri existindo existencialmente com o outro. Nele vi minhas angústias, incertezas e meus medos. Vi também meu entusiasmo, minhas alegrias e esperanças. Esperança de que esta obra continue “sendo” para o outro o início de um caminho que tenha singularmente como seu desenhista, o homem”.

Maria da Graça Oliveira Crossetti

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ABBUD, F. M. Por uma ética dos transplantes. **Veja**, São Paulo, v. 8, p.90, 1996.
- 02 ANGER, D. The psychologic stress of chronic renal failure and long-term hemodialysis. **Nursing Clinics of North America**: v.10, n.10, p.449 – 460, 1975.
- 03 ARRUDA, E. N. e Silva, A. L. da. Cuidando - Confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v.3, p.128-136, jan/junho, 1994.
- 04 BARBOSA, J. C. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1993.
- 05 BEVIS, O. A life force In: Leininger, M. **Caring an essencial human need**. Thorofare, Charles B. Slack, 1981. Cap.5, p. 49-59.
- 06 BOEHS, A.E. & PATRICIO, R. M. O que é este “cuidar/cuidado”? - uma abordagem inicial – **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo: p.111-116, abril, 1990.
- 07 BROWN, L. The experience of care: patient perspectives. **Topics in Clinical Nursing**, July, 1986, v.8 n.2, p.56-62.
- 08 _____. **Behaviors of nurses perceived by hospitalized patients as indicators of care**. Dissertacion. P.L. Colorado: University Colorado, 1981.
- 09 CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- 10 CLARKE, J.; WHEELER, S. A view of the phenomenon of caring in nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, p.1283-1290, 1992.
- 11 COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- 12 CRITELLI, D. M. Para recuperar a educação. In: HEIDEGGER, Martin. **Todos Nós Ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.
- 13 CROSSETTI, M.G.O. **Análise da estrutura da prescrição de enfermagem: implicações assistenciais e educacionais**. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1990 a.

- 14 _____. Estudo sobre a composição dos registros de enfermagem elaborados pelos acadêmicos de enfermagem em um hospital escola. D. F. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.4, n.2, 1990 b.
- 15 _____. **Padrões de respostas humanas dos pacientes com danos crônicos segundo a Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA**. Porto Alegre: XI Semana científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Pôster), setembro, 1991.
- 16 _____. Elementos do cuidar e do cuidado na perspectiva das enfermeiras. **Subtema**. In: I ENCONTRO BRASILEIRO DE CUIDADO E CONFORTO NA ENFERMAGEM. Itapema, 1996. Programa.
- 17 CROSSETTI, M.G.O.; VEIGA, D. A. **Manual de procedimentos básicos de enfermagem**. Porto Alegre: Luzatto, 1996.
- 18 CUOGGO, A. L. P. **Ensino de auxiliares de enfermagem: racionalidades que orientam as ações docentes em uma escola de qualificação profissional**. Porto Alegre: PUCRS, 1994. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1994.
- 19 ERDMANN, A. L. **Sistemas de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas: Universitária - UFPEL, 1996.
- 20 FOSBINDER, D. Patient perspectives of nursing care; an emerging theory of interpersonal competency. **Journal of Advanced Nursing**, v.20, p. 1085-1093, 1994.
- 21 GARCIA, R. R. **Heidegger y la crisis de la epoca moderna**. Madrid: Ediciones Pedagógicas, 1994.
- 22 GAUT, D. A. A theoretical description of caring as action. In: LEININGER, M. **Care: the essence of nursing and health**. Thorofare, New Jersey: Charles B., Slack Publishing, 1984.
- 23 HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- 24 _____. **Todos Nós Ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. Tradução e comentário de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes, 1981.
- 25 HOUFEC, J. F. Nurse's perceptions of the dimensions of nursing care episodes. **Nursing Research**, v.41, n.5, p. 280-285, sept.
- 26 HORTA, W. A. **O Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1971.
- 27 JUBERO, P. F. **Los existencialismos: Claves para su comprension**. Ediciones Pedagógicas, 1994.

- 28 LAKONY, J. M. The interdisciplinary meanings of human caring. In: GAUT, D. A **Global Agenda for Caring**. New York, National League for Nursing, 1993.
- 29 LARSON, P. Comparison of cancer patient's and professional nurses perceptions of important caring behaviors. **Heart Lung**. v.16, n., p.187-193, 1993.
- 30 LARSON, P.; FERKETIN, S. L. Patient's satisfaction with nurse during hospitalization. **Western Journal of Nursing Research**, v.5, n.6, p. 690-707, 1993.
- 31 LEININGER, M. **Caring an essencial human need**. Thorofore, New Jersey: Charles B., Slack Publishing, 1981.
- 32 LERSCH, P. **El Hombre En La Actualidad**. Madrid: Gregos, 1982.
- 33 MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poesia**. São Paulo: Cortez, 1992.
- 34 MOURIÑO, J. M. G.; REVUELTA, J. A. F. **História de la filosofia – el existencialismp**. Madrid: Alhambra Longmam, 1995.
- 35 MORRISON, P. Nursing and caring: a personal construct theory study of some nurse's self - percepciones. **Journal of Advanced Nursing**, n.5, m. 14, p. 421-426, 1989.
- 36 MORSE, J. M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances Nursing Science**, v. 13, n.1, p. 1-14, 1990.
- 37 NUNES, D. M. **Linguagem do Cuidado**. São Paulo, Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1995.
- 38 OLIVIERI, D. P. **O ser doente: dimensão humana na formação profissional de saúde**. São Paulo: Moraes, 1985.
- 39 PALMER, R. E. **Hermenêutica: o saber da filosofia**. Lisboa ; Edições 70, 1969.
- 40 PAULA, N. S. de. A formação do enfermeiro. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo: v.4, n. 1, jan/fev/mar, 1994.
- 41 PETERSON, B.H. A qualitative clinical account and analysis of care situation. In: LEININGER M. M, ed. **Qualitative Research Methods in Nursing**. New Yorky: My Brune & Stratton, 1985.
- 42 PEGRAN, A. How do qualified nurse perceive care? **Journal of Clinical Nursing**, v.1, n.1, p. 48-49, 1986.
- 43 REEDER, F. Hermeneutics In: Sarter, Barbara. **Paths to Knowledge: Innovative research methods for nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

- 44 RICOEUR, P. **O conflito das interpretações**. Rio de Janeiro: Linargo Editora Ltda., 1978.
- 45 _____. **Interpretações e Ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- 46 ROAD, A. **Modernidad y Pos modernidad: coincidencias y diferenciais fundamentales**. Chile: Andres Bello, 1995.
- 47 SABBAGA, E. Transplante renal. In: RIELLA, M. c. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidro-eletrolíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- 48 SANTIN, S. **Educação Física: ética, estética, saúde**. Porto Alegre: Edições est., 1995.
- 49 SARTRE, J. P.; FERREIRA, Virgílio. **O existencialismo é um humanismo**. 2º ed. Lisboa: Presença, 1968.
- 50 SCHWITZMAN, L. & STRAUSS, A.L. **Field Research: Strategies for a Natural Science**. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall, 1973, p.
- 51 SHERWOOD, G. Expressions of nurse's caring: the role of compassionate healer. In: GAUT, A; Leininger, M. M. (Eds.) **Caring: the compassionate healer**. New York: National League for nursing, p.79-80, 1991.
- 52 SILVA, A. L. da. **O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado**. Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (Títular-Docência). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- 53 SILVA, A. T. **Sentido dos existenciais básicos para Heidegger**. São Paulo: PUC, 1991. Tese (Mestrado). Departamento de Psicologia, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, 1991.
- 54 SEIDEL, J.; FRIESE, S.; LEONARD, D. C. **The ehtnograph v.4.0: a program for the analysis of text based data**. Amherst, MA: Qualis Research Associates, 1995.
- 55 SPANOUDIS, S. Apresentação In: HEIDEGGER, Martin. **Todos Nós Ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.
- 57 STEINER, G. **As idéias de Heidegger**. São Paulo: Cultrix.
- 58 TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- 59 VASCONI, R. La salute como problema existencial. In: CAPONI, G. et al. **A saúde como desafio ético. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995.
- 60 VATTINO, G. **Introduccion a Heidegger**. Barcelona: Gedisa, 1995.

- 51 VERNEAUX, R. **Leçons Sur L'Existencialisme**. Paris: Chez Pierre Pequi, 1968.
- 62 VIANA, A. C. **Paul Ricoeur e a hermenêutica**. Porto Alegre: Letras de Hoje, n.39, ano 13, p. 19-28, março, 1980.
- 63 WAELHENS, A. de. **La Filosofia de Martin Heidegger**. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1986..
- 64 WALDOW, V. et al. **Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 65 WATSON, J. Somme issue related to science of caring for nursing practice. In: Leininger M. **Caring an a essencial human need**. Thorofore, New Jersey: Charles B. Slack, 1981.
- 66 _____. **Nursing: human science and human care: a Theory of nursing**. New York: National League for Nursing press, 1988.
- 67 WOLF, K. R. The caring concept and nurse identified caring behaviors. **Topics in Clinical Nursing**. v.8, n.2, p. 84-93, 1986.

ANEXOS

MODELO DE NOTA DE CAMPO

Local:

Data:

Período:

NOTAS DE OBSERVAÇÕES	NOTAS METODOLÓGICAS
NOTAS TEÓRICAS	

ROTEIRO DE ENTREVISTA

❖ COM EQUIPE

1. Fale-me sobre o seu trabalho aqui na Unidade de Hemodiálise?
2. Como você se sente quando cuida dos pacientes aqui na Unidade de Hemodiálise?
3. Que condições você acha que são necessárias para cuidar dos pacientes aqui na Unidade de Hemodiálise?

❖ COM PACIENTE

1. Fale-me como é ser uma pessoa que faz tratamento dialítico?
2. Como o senhor (a) se sente quando as enfermeiras, as técnicas e auxiliares de enfermagem lhe cuidam aqui na Unidade de Hemodiálise?
3. Que condições o senhor (a) acha que são necessárias para que as enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem possam lhe cuidar?

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ao assinar este documento, estou consentindo em ser entrevistado pela Enfermeira Pesquisadora, Maria da Graça Oliveira Crossetti, autora de uma pesquisa que tem por objetivo estudar o processo de cuidar na enfermagem. Este estudo auxiliará no aprofundamento dos conhecimentos a respeito do assunto e, conseqüentemente, poderá oferecer subsídios para reorientar a prática de enfermagem.

A pesquisadora prestou-me as seguintes orientações:

1. Minha participação no estudo é de caráter voluntário, e que não serei obrigado a responder todas as questões, bem como poderei interromper a entrevista assim que desejar;
2. A entrevista terá duração máxima de uma hora, será gravada ou, caso contrário, anotada na íntegra;
3. Serei orientado (a) quanto ao procedimento da entrevista antes do seu início e poderei interrompê-la sempre que necessário para esclarecimentos;
4. Os dados da entrevista serão sigilosos, não serei identificado (a) assegurando assim meu anonimato;

5. Participarei do estudo sem qualquer ônus financeiro para mim ou para a pesquisadora;

6. A pesquisadora também fará observações quando da minha presença ou não na Unidade de Hemodiálise, registrando-as;

7. Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação no estudo, poderei contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto, /enf. Maria da Graça Oliveira Crossetti, pelo telefone (051) 249-2918.

Estou ciente de que minha contribuição será de extrema importância para o desenvolvimento da enfermagem, pois auxiliará a descoberta de elementos que estão presentes no processo de cuidar na enfermagem, aspectos importantes para todos os que cuidam e são cuidados.

Paciente

Data

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ao assinar este documento, estou consentindo em ser entrevistado pela Enfermeira Pesquisadora, Maria da Graça Oliveira Crossetti, autora de uma pesquisa que tem por objetivo estudar o processo de cuidar na enfermagem. Este estudo auxiliará no aprofundamento dos conhecimentos a respeito do assunto e, conseqüentemente, poderá oferecer subsídios para reorientar a prática de enfermagem.

A pesquisadora prestou-me as seguintes orientações:

1. Minha participação no estudo é de caráter voluntário, e que não serei obrigado a responder todas as questões, bem como poderei interromper a entrevista assim que desejar;
2. A entrevista terá duração máxima de uma hora, será gravada ou, caso contrário, anotada na íntegra;
3. Serei orientado (a) quanto ao procedimento da entrevista antes do seu início e poderei interrompê-la sempre que necessário para esclarecimentos;
4. Os dados da entrevista serão sigilosos, não serei identificado (a) assegurando assim meu anonimato;

5. Participarei do estudo sem qualquer ônus financeiro para mim ou para a pesquisadora;

6. A pesquisadora também fará observações quando da minha presença ou não na Unidade de Hemodiálise, registrando-as;

7. Caso necessite de algum esclarecimento sobre minha participação no estudo, poderei contatar com a pesquisadora responsável pelo projeto, /enf. Maria da Graça Oliveira Crossetti, pelo telefone (051) 249-2918.

Estou ciente de que minha contribuição será de extrema importância para o desenvolvimento da enfermagem, pois auxiliará a descoberta de elementos que estão presentes no processo de cuidar na enfermagem, aspectos importantes para todos os que cuidam e são cuidados.

Membro da Equipe de Enfermagem

Data