

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – EXPANSÃO POLO I  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – CONVÊNIO REPENSUL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PROGRAMA DE  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**A CORPOREIDADE PROPICIANDO O COEXISTIR DA  
RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE  
CUIDAR**

LILIANA MARIA LABRONICI

CURITIBA  
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – EXPANSÃO POLO I  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – CONVÊNIO REPENSUL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PROGRAMA DE  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**A CORPOREIDADE PROPICIANDO O COEXISTIR DA  
RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE  
CUIDAR**

**Autora: Liliana Maria Labronici**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Ymiracy Nascimento de Souza Polak**

**CURITIBA  
1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – EXPANSÃO POLO I  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – CONVÊNIO REPENSUL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PROGRAMA DE  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**A CORPOREIDADE PROPICIANDO O COEXISTIR DA  
RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE  
CUIDAR**

**Autora: Liliana Maria Labronici**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Ymiracy Nascimento de Souza Polak**

**CURITIBA**

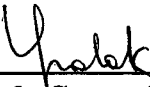
**1998**

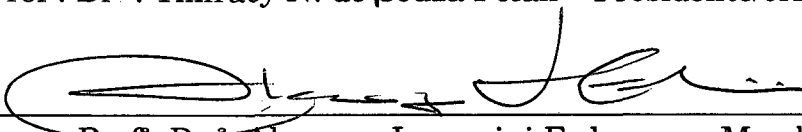
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – EXPANSÃO POLO I  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – CONVÊNIO REPENSUL  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PROGRAMA DE MESTRADO  
EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

**A CORPOREIDADE PROPICIANDO O COEXISTIR DA  
RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE NAS PRÁTICAS DE CUIDAR**


LILIANA MARIA LABRONICI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora, para obtenção do título de **Mestre em Assistência de Enfermagem e Aprovada** em sua forma final em 08 de maio de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ymiracy N. de Souza Polak – Presidente/orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Alacoque Lorenzini Erdmann – Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanda Maria Galvão Jouclas – Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dda. Maria de Lourdes Centa – Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Mercedes Trentini – Membro Suplente



Dedico

*A Alberto Quinto Labronici, meu pai “in memoriam” .  
Quanta saudade...*

*À Célia Vieira Labronici, minha mãe, pelo amor,  
carinho, compreensão, apoio, que sempre respeitou e  
incentivou minhas escolhas durante minha existência.*

*Aos meus filhos Eduardo Augusto, Fernanda e Renata,  
corpos viventes, meus amores, que compreenderam meus  
momentos de ausência, compartilharam e  
acompanharam esta caminhada, aconchegando-me,  
nutrindo-me e me incentivando.*

*À Juliana Maria, minha irmã e sua família, pelo apoio,  
carinho e por acreditarem em mim.*

*Aos meus Príncipes, que coexistiram comigo nesta  
caminhada e compartilharam do vivenciado como  
corpos enfermos, possibilitando a realização deste  
trabalho e ao Príncipe da Terra “in memoriam”.*

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu pai, que é luz, poder, bondade fecunda e infinita, que caminha comigo em todos os momentos da minha existência, que me dá a sabedoria e a força para que eu possa seguir em frente, ultrapassando todos os obstáculos colocados em minha vida e fortalecendo-me para que possa cumprir minha missão.

À **prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ymiracy Nascimento de Souza Polak**, corpo vivente, corpo cuidador, mestra, presença amiga, sincera: ao socializar o seu saber, ajudou-me na construção deste trabalho, compartilhando comigo todos os momentos nesta caminhada, nutrindo-me, apoiando-me, aconchegando-me e fazendo-me acreditar que vale a pena ir em frente, mesmo com todas as dificuldades encontradas ao longo destes dezoito meses.

À **prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann**, mestra querida, corpo vivente; com sua simpatia e seu astral maravilhoso me conquistou e me incentivou a ir em frente.

À **prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria Galvão Jouclas**, ombro amigo que soube ouvir e silenciar diante de meus desabafos, pela disponibilidade e abertura demonstradas, pelo seu jeito sereno de ser e estar-com.

À **prof.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Centa** que, por acreditar em mim, sempre me fez ir em frente antes mesmo do meu ingresso na docência e no curso de mestrado, pelo seu abraço gostoso, aconchegante e pelo apelido de “Barbie”.

À **prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mercedes Trentini**, por incentivar-me e mostrar-me a importância de se dar continuidade a trabalhos apresentados na comunidade científica da Enfermagem, pela simpatia e pelos ensinamentos como mestra.

Aos **professores** do curso de mestrado: a dedicação, a abertura, a disponibilidade, o compartilhar do conhecimento e o incentivo penhoraram o meu reconhecimento.

Aos **colegas** do curso de mestrado pelo apoio, pela palavra amiga, pelos momentos de troca que nos levaram a um processo contínuo de crescimento e amadurecimento.

Aos **acadêmicos de enfermagem da graduação**, que compartilharam comigo os desafios desta caminhada, o meu muito obrigado pela compreensão e apoio.

Às **Coordenações de Pós-Graduação da UFPR e UFSC e à REPENSUL**, o meu perdurável muito obrigado.

Aos **professores e funcionários do Departamento de Enfermagem**, pelo apoio, compreensão e solidariedade durante minha desafiadora jornada.

Ao **Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA e ao Grupo de Estudo em Metodologia da Assistência – Gema**, pelo apoio, pelo aprendizado e crescimento.

Ao **Laboratório de Informática do Setor de Ciências da Saúde**, meu muito obrigado pelo apoio dado por todos os funcionários.

Ao **Dr. Carlos Ravazzani** por fazer parte da minha trajetória profissional, pelo apoio, disponibilidade e pelo amparo que me deu, permitindo a ilustração deste trabalho.

Ao **Instituto de Bioengenharia do Hospital Erasto Gaertner**.

À **Irmã Glaci** pelas orações, pelo auxílio espiritual e pelas bênçãos que me deu, fortalecendo-me e ajudando-me a enfrentar e superar todos os reveses que surgiram durante esta caminhada.

Ao **Padre Ramiro** pela sua disponibilidade e pelas suas dadivosas bênçãos.

A **todos aqueles** que direta ou indiretamente fizeram parte desta aventura cultural e que não foram aqui citados, minha duradoura gratidão, admiração e respeito.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 O INICIAR DA CAMINHADA.....	1
1.2 O RECORTE DA MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.....	12
<b>2 BUSCA DE SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA FUNDAMENTAR O MARCO CONCEITUAL</b> .....	19
APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL.....	23
<b>3 O DESCORTINAR DA CAMINHADA</b> .....	34
OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL.....	34
RETROSPECTIVA HISTÓRICA.....	36
ADUZINDO O CENÁRIO DA PRÁTICA.....	41
PERCEBENDO-ME COMO CORPO CUIDADOR.....	43
PERCEBENDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	46
PERCEBENDO OS CORPOS ENFERMOS.....	48
<b>4 DESCREVENDO A CAMINHADA</b> .....	83
<b>5 REFLEXÕES DE UM CORPO CAMINHANTE</b> .....	131
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	136
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	140

## RESUMO

Labronici, Liliana Maria. **A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar.** Curitiba, 1998. 141p. (Dissertação) Universidade Federal de Santa Catarina Rede de Pós-Graduação em Enfermagem- REPENSUL Extensão Polo I – Universidade Federal do Paraná. **Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ymiracy Nascimento de Souza Polak.

O presente estudo se caracteriza como relato de vivência de iluminação fenomenológica, no qual a autora teve como objetivo operacionalizar os conceitos de Enfermagem e de cuidar de Polak (1996), que tem a corporeidade como marco. Para tanto foram escolhidos os clientes hospitalizados numa Clínica de Ortopedia e Traumatologia de um Hospital de Ensino da grande Curitiba durante o mês de abril e maio de 1997. Nesse período, cuidei de corpos com problemas ortopédicos, norteados pela concepção de Polak. Descreve-se neste estudo o vivido com quatro clientes o Príncipe das Marés, o Príncipe da Terra, o Príncipe Órfão e o Príncipe Artista, segundo os momentos do processo de cuidar de Polak, que são a percepção, a descoberta e o diálogo, a construção do novo conhecimento e a implementação das ações de cuidar; pude perceber-me e perceber o outro nas situações de encontro/interação, que caracterizam as situações de enfermagem. O caminho percorrido possibilitou a constatação de que os conceitos de Polak são aplicáveis na prática, permitindo ao corpo cuidador a expansão de suas potencialidades, mediante um exercício contínuo de deixar de ser um “em si” para transformar-se em um “nós”, estabelecendo, assim, uma relação de intercorporeidade, na qual o corpo cuidado se torna sujeito do processo de cuidar, processo este que tem o respeito como fio condutor.

## ABSTRACT

Labronici, Liliana Maria. **Corporeity brings forth the co-existence of rationality and sensitivity in caring practices.** Curitiba, 1998. 141p. (Dissertation) Federal University of Santa Catarina –Nursing Graduation Network – REPENSUL Extension Poll I – Federal University of Parana. **Advisor:** Professor – Dr. Ymiracy Nascimento de Souza Polak.

The present study features the lived experience of phenomenological enlightenment whose author objectified the operationalization of Polak's nursing and caring concepts (1996) having corporeity as their landmark. The selected clients were hospitalized in a clinic of Orthopedics and Tramatology at a Teaching Hospital in the metropolitan area of Curitiba from April to May/1997. During this time, I took care of bodies with orthopedic problems guided by Polak's conception. The lived experience with four clients, the Prince of the Tides, the Prince of the Earth, the Orphan Prince and the Artist Prince, was described in this study, according to Polak's caring process steps which are as follows: perception, discovery and dialogue, building of new knowledge and implementation of caring actions; I could face myself and the other in situations of meeting/interaction which feature the nursing situation. That trajectory enabled to acknowledge that Polak's concepts are feasible in practice, enhancing the caring body's potentialities through continuous exercise on changing the "self" into "we". Thus, an ultimate relation of intercorporeity to the cared body has been brought about; the cared body to becomes the subject of the caring process. It is pointed out that respect is the guiding line in this process.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O INICIAR DA CAMINHADA

Existem várias maneiras de narrar fatos, acontecimentos ocorridos durante a existência de cada um e que ficam registrados no nosso corpo, veículo do ser no mundo, no qual são armazenadas todas as significações vividas.

Antes de falar desse corpo eu os convido a ler uma história.

*“Era uma vez um espermatozóide que há dezoito anos encontrou um óvulo e o fecundou. Após 36 semanas nasceu um corpo.*

*Quem é esse corpo?*

*O nome não importa. O que importa é que ele é um corpo feminino que foi lançado ao mundo, vivenciando situações que marcaram seu corpo, sua existência. Esse corpo nasceu, foi para o berçário e a cada três horas era levado ao encontro da sua mãe que a aconchegava, nutria, tocava, acariciava e cuidava. Tudo caminhava bem, mas era necessário o controle da bilirrubina, em virtude da incompatibilidade sangüínea pelo sistema ABO e pelo fator Rh. Por este motivo não pode ter alta hospitalar. Apenas sua mamãe teve alta no terceiro dia, ficando a recém-nata sob os cuidados especializados, realizado por profissionais. Assim, mãe e filha foram separadas. No dia seguinte, ao retornar à maternidade para visitar a filha, a mãe foi informada que ela estava no Centro Cirúrgico, realizando exsangüíneo transfusão. Aí começa o calvário do corpo da recém-nata, ao adquirir uma bactéria, a *Klebsiella*, responsável pela septicemia, evoluindo para artrite séptica generalizada com comprometimento de todas as articulações. Em consequência disto, ela teve*



*necrose de cabeça de fêmur, vindo a perdê-la. Em virtude disto foi submetida a duas cirurgias: a primeira para limpeza cirúrgica na parte proximal do fêmur e a segunda na parte distal do fêmur e proximal da tibia. Os ortopedistas imobilizaram a criança com gesso desde a região abdominal até o pé. Só seus dedinhos ficavam de fora. Foi vencida a segunda batalha; a partir de então, essa criança tornou-se uma jovem que teve todo o período da infância e adolescência acompanhada por uma equipe de ortopedistas, sendo submetida a mais cinco cirurgias: osteotomia de fêmur direito, osteossíntese de quadril, retirada de parafusos no fêmur e quadril, colocação do Ilizarov e nove meses depois sua retirada.*

*Você ainda está curiosa para saber quem é esse corpo feminino?*

*Quem é não importa. Ela é um corpo que sofreu, cresceu, amadureceu e que acredita que vale a pena viver porque viver é fazer da vida um sonho e deste uma realidade. Viver é amar, é sorrir, é chorar..."*

Viver é cuidado, é preocupação com a vida, que se faz presente em toda a existência, do nascer ao morrer, e se dá em certo tempo e lugar. O cuidado nesta perspectiva é inerente ao viver humano, transmitido de geração a geração, desde os primórdios; com a evolução, foi transformando-se, institucionalizando-se, passando, desde o século passado com Florence Nightingale, a ser a finalidade precípua da Enfermagem, sendo desta forma concebido sob nova percepção, ou seja como cuidado profissional.

O cuidado profissional é uma ação desenvolvida pela enfermeira no contexto das Instituições de Saúde, nas indústrias, nas escolas e creches, no domicílio, ou seja, em qualquer lugar no qual exista vida humana. No entanto,

para falar de uma proposta de cuidar profissional, é preciso contextualizá-la, porque ela surge em dado momento da existência humana, quando enfermeira e o sujeito que busca o cuidado intencionalmente se encontram e juntos vivenciam as situações de enfermagem. Para falar de cuidar, é mister a compreensão do que seja a existência, saúde/doença, do que seja cuidado e quem é esse ser que cuida e é cuidado.

E o que é existência?

Para abordar a existência humana, é preciso conhecer o significado do que seja existência, o que remete à procura etimológica desta palavra. Existência é derivada do latim, onde “ex” significa lançamento e “sistere” é direção para, lançar adiante. O ser do homem é a existência, é o **Dasein**; existir é ser lançado no mundo, é nascer; é ser-com-os-outros projetando-se num mundo de possibilidades (Heidegger, 1981).

Entre as possibilidades inerentes à existência está o processo saúde/doença, que se faz presente desde o nascimento até a morte. O processo saúde/doença, na modernidade, é percebido por vários autores como uma situação existencial, subjetiva, influenciada direta e indiretamente por fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos, éticos e culturais.

Outras concepções de saúde também são observadas e entre estas destaca-se a que vê saúde como necessidade vital e historicamente definida por diversos profissionais da área da saúde. Saúde foi oficialmente definida pela Organização Mundial de Saúde em 1946 como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”. Essa

compreensão, exige a formulação de novas políticas e estratégias que possibilitam ao homem outra forma de viver o seu processo de vida.

Ressalto que isto não é freqüente no mundo e em nosso país, pois é lamentável que o lema “Saúde para todos no ano 2000”, preconizado desde 1978 pela Organização Mundial de Saúde, na Carta de Alma Ata, esteja ainda neste final de milênio tão distante da realidade, porquanto a promoção da saúde e a prevenção das doenças parecem utópicas, não relacionadas ao atendimento das necessidades humanas básicas. Essa realidade é constatada ao verificar-se o descompasso presente neste final de século, quando a pobreza e a degradação ambiental se avolumam cada vez mais, criando bolsões de miséria e verdadeira convulsão social. Em decorrência disto, o viver com melhor qualidade não passa de uma utopia, e o cotidiano parece desprovido de toda e qualquer esperança de melhor porvir.

No Brasil, vive-se entre inúmeras crises, dentre elas a do setor saúde, que é notória e advém da falta de investimentos e, são o reflexo de políticas que não priorizam as questões sociais. Constantemente a mídia anuncia a falência, a deterioração do sistema de saúde, mostrando nas suas manchetes cenas dramáticas e chocantes de corpos doentes amontoados, que se arrastam, quase desfalecidos, outros até semimortos, implorando por atendimento médico em longas filas de espera, em macas estacionadas nos corredores dos hospitais, vivendo a incerteza do atendimento ou submetidos a atendimento precário.

Como profissionais da área da saúde, não só assistimos como vivenciamos essa crise, a frieza e o descaso por parte dos governantes em resolvê-las. Observa-

se que o direito do cidadão previsto no artigo 196 da atual Constituição a qual explicita que: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, não lhe é assegurado .

O desconhecimento dos direitos do cidadão mostra o grau de insensibilidade e a pensar no quanto a dor e o sofrimento alheio não possuem eco, talvez em virtude da origem dos sujeitos, que geralmente são os oprimidos ou excluídos sociais que lutam pela sobrevivência e vivem na esperança de um porvir mais digno. Essa insensibilidade reitera a falta de compromisso com as questões sociais e com o mais humano do homem: a vida.

Próximos do novo milênio, ouvimos falar da busca da hominização concebida por Morin (1995) como “o desenvolvimento de nossas potencialidades psíquicas, espirituais, éticas, culturais e sociais” e na busca da humanização em diversas áreas; no entanto nunca estivemos tão distantes e necessitados de resgatar o humano nas práticas de saúde, de buscar formas que possibilitem uma prática de enfermagem que valorize o sujeito na sua totalidade, que clama por ajuda e apoio para viver o seu processo de recuperação, de saúde ou de morte digna.

↳ Apesar da importância de vermos o outro em sua totalidade, a academia pouco enfatiza essa visão, porque a formação é regulada pelo modelo biomédico, cartesiano, mecanicista e hegemônico, cujas ações de cuidar são voltadas para as causas que privilegiam os sintomas e a patologia que fragmentam o ser humano.

A visão fragmentada valoriza o *Körper*, ou seja o corpo objeto, totalidade físico-orgânica, presença natural, situada no mundo pelo seu espaço-tempo (Vaz, 1991). Nesse contexto, o corpo é visto como máquina, cujas peças podem ser recuperadas ou repostas, conforme o desgaste apresentado. É o corpo objeto de diagnósticos, de prognósticos e terapêuticas médicas, que tem o seu vivido, os seus medos, as suas angústias pouco ou nunca considerados pelo modelo vigente de saúde (Polak, 1997).

A concepção cartesiana, mecanicista, é o alicerce da maioria das ciências, legitimadas pela cultura vigente que, por sua vez, influencia todo o pensar do humano, com ênfase neste estudo, para o pensar da enfermeira que reflete nas práticas de enfermagem. Estas sofrem o influxo desse modelo, que dicotomiza o homem em corpo-mente, corpo-espírito, tornando o cuidado uma ação direcionada para o atendimento de necessidades fragmentadas, ou seja, para as necessidades biopsíquicas e socioespirituais, priorizando o biológico e o fazer técnico, dissociando-o do simbólico, tornando-o frio e estéril de significação.

Paralelamente, com o cenário frio, registra-se o desconhecimento da doença por parte do cliente, do sujeito que vivencia a doença como momento existencial único, singular, atípico; que o faz sentir-se fragilizado, com redução do seu potencial pessoal de segurança, de autocontrole e, em algumas situações, com diminuição da autoconfiança e da auto-estima, o que é refletido em sua auto-imagem.

O modelo acima questionado norteou minha formação acadêmica e me inquietou, pois mostrava que a prática de enfermagem era fundamentalmente

tecnicista, que as ações de cuidado eram desenvolvidas por atendentes, por auxiliares e técnicos de enfermagem, e que a enfermeira sempre estava distante do cliente, envolvida com requisições de medicamentos, com a elaboração de escalas, revendo o estoque de medicações, controlando entorpecentes e outras atividades ligadas à administração da unidade, o que provavelmente a impedia de elaborar um plano de cuidado individualizado e de prestar o cuidado direto ao cliente. Vivenciei esse distanciamento na graduação, durante quatro anos, e esta situação, percebida por mim enquanto acadêmica, me incitou ao desenvolvimento de uma prática mais humanizada, emergente do entrelaçamento das ações técnicas ou instrumentais com as ações expressivas, ou seja, aquelas voltadas para o sensível, para a singularidade, para a subjetividade de cada um, de forma a propiciar um atendimento individualizado e mais humano, e reiterou a minha crença de que para cuidar é preciso estar com o outro.

Assim, sentia e sinto a necessidade de resgatar o humano na enfermagem, mediante a aproximação do cliente, aproximação que me possibilita adentrar no seu mundo de dor e de sofrimento para conhecê-lo e compreender os significados armazenados no seu mundo, no seu corpo, a fim de que possa realmente ajudá-lo.

Hoje, percorridos dezessete anos na enfermagem, sofro ao verificar que o cuidado direto é cada vez menos desenvolvido pela enfermeira assistencial ou de campo, que se envolve cada vez mais com a administração da unidade do que com a administração do cuidado, distanciando-se do cliente e do cuidado direto. O cuidado direto é ensinado na academia como fazendo parte da prática profissional da enfermeira; no entanto observa-se, na prática cotidiana, que a atividade de

administração da unidade é predominante, muitas vezes imposta e cobrada pela própria Instituição, levando a enfermeira a delegar o cuidado às demais categorias da enfermagem.

Salienta-se que as atividades administrativas são muito valorizadas pelas Instituições e principalmente pela academia. Esta valorização pode ser claramente constatada, conforme a Portaria nº 1721/94, que dispõe sobre o novo currículo mínimo do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, que estabelece o mínimo de 15% da carga horária do curso para a área de administração, o que corresponde a 525 horas. A carga horária destinada à área de administração, supervaloriza a administração geral, levando a questionar a importância da administração do cuidado na nova proposta curricular, que reitera a realidade da Enfermagem atual.

A administração do cuidado permite uma aproximação entre a enfermeira e o cliente, possibilitando um planejamento das ações de cuidado individualizado e a administração geral envolve atividades indiretas de planejamento, que visam à qualidade da assistência prestada.

Destaco que o cuidado direto não implica no desempenho das ações pois pode-se estar desempenhando um ato desprovido de intencionalidade que, mesmo dispensado ao corpo, não se constitui cuidado direto mas sim a execução de uma simples tarefa. Compreendendo o cuidado como resultante de uma situação de encontro, como o projetar-se em direção ao outro, retirando este outro do seu "em si". Isto é considerado neste estudo como cuidado direto, ou seja, ação interativa,

dialógica, fruto da percepção e que exige uma relação quiasmática, de reversibilidade.

Outro aspecto, que deve ser lembrado e considerado sobre a pouca ênfase no cuidado direto, talvez decorra do fato de que ele parece não dar “*status*”, e ser pouco valorizado no *curriculum vitae* da enfermeira e nos processos avaliativos, que priorizam mais a produção científica. Acredito haver um erro de interpretação da questão tanto pelos examinadores quanto pelos candidatos, pois se pode pesquisar a partir do cuidado direto. Para isso existem as pesquisas aplicadas, pouco exploradas pelas enfermeiras. O contato direto com o corpo é visto como pejorativo, repulsivo, em virtude dos odores e das secreções que repelem o profissional (Rodrigues, 1975 & Polak, 1996). Ressalto que a repulsa não é tão forte entre outros profissionais da área da saúde, que também lidam com secreções, odores e, no entanto, ostentam as placas das suas especialidades nos consultórios, como os odontólogos, os proctologistas e os ginecologistas.

✕ Penso ser necessário refletir sobre esse distanciamento, sobre a rejeição do cuidado direto ao corpo enfermo pela enfermeira. Esse distanciamento vem sendo denunciado e analisado por vários estudiosos como Ferreira Santos citado por Paim (1977) e outros, há mais de duas décadas.

Ferreira Santos, citado por Paim (1977), comprova o afastamento da enfermeira da função de cuidar e interpreta tal fato como evasão às atividades que lhe são específicas, ocasionando o distanciamento do processo de cuidar. A autora justifica tal comportamento em virtude da escassez numérica de enfermeiras que permanecem quase sempre distanciadas dos clientes, a não ser



em situações especiais e de maior complexidade, alegando estarem ocupadas com atividades administrativas ou outras nem sempre explicitadas.

A literatura reitera a necessidade de ampla discussão sobre estes três aspectos: a distância da enfermeira do leito do cliente; o porquê nos mantemos indiferentes a essa situação, que só acarreta prejuízos ao processo de cuidar e o como minimizar os efeitos maléficos desse distanciamento nas práticas do cuidado.

Creio que, se houvesse maior discussão e clareza sobre o cuidar, haveria maior compreensão do papel da enfermeira e outra face do fazer na enfermagem. Talvez essa falta de clareza seja um dos motivos que têm despertado o interesse por parte de muitos estudiosos, que elegem o cuidar como o foco dos seus estudos, com o intuito de não só compreender esse conceito, como também em relacioná-los com a prática da enfermagem.

O cuidado ou o ato de cuidar é uma atividade ligada à história do mundo. Desde os tempos mais distantes da história da humanidade até o fim da idade média, nas sociedades ocidentais, as práticas de cuidado são atribuídas à mulher; até o fim do século XIX eram atribuídas à mulher consagrada e, do fim do século XIX até o início do século XX, registra-se uma mudança quando as práticas de cuidado passam a se identificar com a mulher profissional, a enfermeira (Collière,1989). Posteriormente, as práticas de cuidado foram denominadas de “cuidados de enfermagem”. Na década de 60 o cuidar/cuidado é introduzido na enfermagem por Madeleine Leininger, por ocasião da apresentação do trabalho sobre o Cuidado Transcultural. Segundo a autora (1981) o cuidado é necessidade

humana essencial para o desenvolvimento completo e sobrevivência do ser humano e para a manutenção da saúde.

Mayroff (1971) enfatiza que cuidar é ajudar o outro a crescer e a se realizar, e que para isso é preciso conhecer o outro, adentrando no seu mundo e entendê-lo. O cuidado para o autor se desenvolve no processo de superação de obstáculos e dificuldades.

Cuidar para Noddings (1984) é concebido como forma de conhecer, de ser e de perceber, que envolve intuição, sensibilidade, desejo de paz e amor, além do sentimento de empatia, que nos permite entrar no outro e apreender todo o significado existente na experiência vivenciada.

Genericamente falando, percebo cuidado como fenômeno essencial, criado historicamente, enraizado na existência humana, que assegura a sobrevivência, a perpetuação e o desenvolvimento do homem. Na enfermagem, concebo o cuidado como ação que envolve o ser humano na sua totalidade, e que para cuidar, é preciso o encontro, o “estar com”; é perceber o outro e ser percebida; é dialogar, ouvir, tocar, calar, ensinar, respeitar e compartilhar experiências.

Mesmo com uma concepção ampla de cuidado, continuei a busca de um marco que desse maior sustentação à minha prática profissional, o que ocorreu no Curso de Mestrado; será descrito neste estudo com o fito de contribuir com uma maior humanização das práticas de cuidar mediante a operacionalização da concepção de Cuidar e de Enfermagem de Polak (1996).

Para tanto descrevo o vivenciado em minha prática assistencial, conduzido pelos momentos propostos pela autora, o que se apresenta em diferentes etapas

deste estudo: estas, interligadas umas nas outras, permitem a compreensão do vivido por mim e pelos sujeitos e que foi sistematizado como se segue:

**Capítulo 1 - O INICIAR DA CAMINHADA** – onde apresento o porquê, os objetivos e o **RECORTE DA MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**.

**Capítulo 2** - no qual apresento o processo de **BUSCA DE SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA FUNDAMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL E O MARCO CONCEITUAL** do presente estudo.

**Capítulo 3 - O DESCORTINAR DA CAMINHADA** – no qual descrevo a Operacionalização do Marco conceituai, a Retrospectiva histórica da Ortopedia: aduzo o cenário, percebo-me como corpo cuidador, percebo a equipe de enfermagem e os corpos enfermos

**Capítulo 4 - DESCRREVENDO A CAMINHADA**, quando procuro mostrar os momentos vividos por mim ao cuidar dos corpos adultos com problemas ortopédicos.

**Capítulo 5 - REFLEXÕES DE UM CORPO CAMINHANTE**, quando procuro cotejar o desejado com o vivenciado.

## 1.2 RECORTE DA MINHA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

O sonho de ser enfermeira foi despertado na minha infância, por meio dos filmes de guerra, nos quais via enfermeiras atendendo aos feridos. Essas cenas, gravadas na minha mente, exerciam enorme fascínio. Paralelamente surgiu outro

fascínio representado pelas visitas, em companhia de meu pai, à Santa Casa de Misericórdia de Tatuí, terra onde nasci e vivi durante 17 anos.

Durante essas visitas, saía do mundo onde vivia o meu cotidiano, tão colorido quanto o arco íris e as flores da primavera, repleto de brinquedos, alegrias, muitas brincadeiras, música, carinho, aconchego, sonhos e fantasias, para adentrar no hospital; era outro mundo, onde a cor acinzentada das paredes transformava o ambiente em lugar frio. Aos meus olhos, pairava a tristeza, a sombra da morte. Podia-se ouvir, pelos longos corredores, gemidos de dor, choro de desespero, murmúrios e lamentos. O ambiente era assustador, pleno de sofrimento, mas não me aterrorizava nem me distanciava; muito pelo contrário, aproximava-me e fascinava-me cada vez mais.

A pediatria era a única unidade na qual podia entrar e fazer alguma coisa; durante as minhas visitas trocava fraldas impregnadas pelas eliminações fisiológicas das crianças com quadro de diarreia, cujo odor me incomodava; hidratava com mamadeira com soro, alimentava outras. Isso me fazia bem, pois sentia que estava ajudando-as.

Assim, vivi minha temporalidade entre a minha infância e adolescência com a convicção de que ser enfermeira era apenas questão de tempo: aqueles momentos, apesar de fugazes, foram a abertura para o meu hoje, para o meu “vir a ser”, que se concretizou, quando em agosto de 1977 iniciei o Curso de Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal do Paraná. A utopia se transformou em realidade em 1981 quando recebi o grau de Enfermeira, vivenciando minha prática profissional em vários cenários, iniciando na saúde

pública, no contexto hospitalar, que abrangeu diversas áreas: Centro Cirúrgico, Clínica Médica e Cirúrgica, Centro Obstétrico, Puerpério, a Infectologia e Nefrologia e a docência.

Como enfermeira assistencial nesta caminhada, passei catorze anos cuidando de seres humanos, de doentes adultos vivos, semivivos e mortos, percebendo a distância da enfermeira do leito do cliente, bem como uma prática pouco humanizada e tecnicista, o que muito me inquietava e inquieta, e tendo cada vez maior a convicção de ser necessário mudar o foco do cuidado. Este deveria deixar de ser somente tecnicista ou instrumental, para ser o cuidado direcionado para o humano, que transcende a dimensão biológica e associa o técnico ao sensível.

Ao reportar a minha trajetória profissional como enfermeira assistencial e docente, mostro situações que revelam como desenvolvia minha prática de cuidado e de ensino. Recordo-me de uma situação vivenciada na infectologia. Estava passando a visita, quando a Dr<sup>a</sup> Y. me chamou e solicitou que conversasse com o cliente X. Eu não o conhecia, sabia apenas que tinha AIDS e que estava internado para realizar exames. Entrei no quarto com toda a paramentação; apesar de imprescindível para a minha proteção, era agressiva, pois me ocultava aos olhos do outro. Retirei a máscara para que o cliente pudesse ver o meu rosto, perceber-me e em seguida me identifiquei. Começamos um diálogo que se prolongou por mais de cinquenta minutos. Tempo suficiente que me permitiu conhecer parte da sua história de vida, da sua existência e de suas necessidades de manter diálogo e de “estar com”. Essas necessidades emergiram

provavelmente da solidão, da frieza e impessoalidade daquele ambiente; elas são entendidas como ação de cuidado por mim, mas não pela enfermagem que desenvolvia apenas as ações de cuidados instrumentais.

Outra situação marcante foi a vivenciada com a paciente J., quando trabalhava no Centro Cirúrgico de um Hospital Geral da Rede Estadual. Agendava as cirurgias, realizava visitas pré e pós-operatórias aos clientes, além de acompanhar o período transoperatório. No término da cirurgia, prescrevia os cuidados de enfermagem que a seguir eram por mim implementados.

Ao visitar a senhora J. e apresentar-me, percebi que estava preocupada e ansiosa por não saber que doença tinha e por ter sido transferida para um hospital geral, a fim de realizar exames para elucidação diagnóstica e provável tratamento cirúrgico. Após a realização desses, o Dr. R., cirurgião geral, procurou-me no Centro Cirúrgico para agendarmos a laparotomia exploradora e em seguida fomos comunicar à senhora J., que ao receber a notícia ficou aflita. Percebendo sua aflição, seu medo, tentei tranqüilizá-la sobre a cirurgia, informando-a que estaria no Centro Cirúrgico e que cuidaria dela no pós-operatório. Foi diagnosticado câncer com metástases para todo o aparelho digestivo. Nada mais poderia ser feito em termos de tratamento, em face do adiantado processo de disseminação da patologia, a não ser esperar pelo momento da sua finitude.

Todas as manhãs que sucederam a cirurgia, realizava o curativo, conversava, estava presente para suprir a solidão gerada pelo distância dos entes queridos da senhora J.. Nossos encontros no pós-operatório foram tornando-se

difíceis, pois ela definhava, piorava a olhos vistos a cada dia, mas alimentava a esperança vã de uma melhora, esperança que, mesmo sendo vã, não tinha eu o direito de torná-la desesperança. No sétimo dia, ao chegar no hospital fui direto ao encontro da senhora J., que não conseguia mais falar e ver. Seu olhar parecia estar parado no nada. Segurei sua mão, num gesto de carinho, de conforto e quando disse quem era, segurou minha mão com o pouco de força que ainda lhe restava.

A sensação que tive foi de que sua existência estava chegando ao limite. Essa situação de terminalidade provocou em mim uma profunda tristeza e sensação de impotência avassaladora, gerada pelo despreparo em lidar com a questão da morte e do morrer, da perda; durante minha formação acadêmica, a abordagem sobre o tema limitava-se apenas aos cuidados com o corpo pós-morte. Naquele momento, achei que a leitura do Novo Testamento pudesse ajudá-la a tranquilizar seu espírito. Foi difícil soltar minha mão que se encontrava entrelaçada com a da cliente. Quando consegui, retirei-me dizendo que voltaria logo para orarmos. Ao chegar à sala da supervisão, fui comunicada sobre o óbito da senhora J.. Retornei à enfermagem e não pude conter o meu choro. Orei, pedi perdão por não ter tido a sensibilidade suficiente para perceber isto: naquele momento do nosso encontro o diálogo não se fazia mais presente, haveria a troca pelo toque e pelo olhar; o cuidado de que precisava era simplesmente minha presença, para que seu adeus à vida não fosse um adeus solitário, o que por si só justifica a importância da enfermagem presença, ajudando o processo de morte.

Essas situações vivenciadas acrescidas a outras tantas, enquanto enfermeira assistencial, geraram muitas inquietações, interrogações que foram armazenadas durante minha trajetória profissional, e vieram à tona quando ingressei na carreira do magistério como professora substituta em julho de 1994 e como efetiva em agosto de 1995.

→ Como docente, conduzia todo o processo de ensino aprendizagem, reproduzindo o modelo cartesiano que norteou minha vida acadêmica e profissional e que se mostrava cristalizado em meu ser. No desenvolvimento da prática de cuidado com as alunas da disciplina Fundamentos da Assistência de Enfermagem à Saúde Individual e Coletiva I e II, agia mecanicamente e focalizava enfaticamente a assistência de enfermagem nas necessidades humanas básicas que fragmentam o ser humano. Essas situações, vivenciadas por mim enquanto docente, acrescidas às outras, vivenciadas por mim enquanto enfermeira assistencial, deixaram lacunas que me conduziram a reflexões e reforçaram minha certeza da necessidade de rever, de mudar o meu modo de ensinar e de cuidar. Destarte, a minha realidade transformou-se numa busca contínua e incessante de respostas para as interrogações que permeiam o meu cotidiano profissional e pessoal, até que surge nessa minha trajetória, a resposta para um sonho alentado por muito tempo. O imaginário se concretiza após meu ingresso no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Expansão Polo I - UFPR.

Ao iniciar minhas atividades como discente no Curso de Mestrado em outubro de 1995, percebi que o vivenciar do meu sonho seria tarefa árdua, o que



começou pelo resgate das minhas crenças e valores, em vista da elaboração de conceitos sobre enfermagem, sobre o ser humano, sobre saúde e ambiente, e pela busca de referencial teórico necessário para nortear a Prática Assistencial e fundamentar o presente estudo. Nessa busca, descobri os conceitos de Enfermagem e de Cuidar de Polak (1996), fundamentada na concepção de corporeidade de Merleau-Ponty. Essa nova abordagem de cuidar na Enfermagem, serviram de marco à minha prática de cuidado e foram o fundamento do presente estudo, que teve como objetivos:

***Geral:***

- Desenvolver uma prática de cuidado segundo a concepção de corporeidade de Merleau-Ponty transsubstanciada para a Enfermagem por Polak (1996).

***Específicos:***

- Implementar o processo de cuidar segundo os momentos indicados por Polak (1996): *Percepção, Descoberta e Diálogo<sup>1</sup>, Construção do novo conhecimento e Implementação das ações de cuidado e*
- Avaliar a aplicabilidade dos conceitos de Polak (1996) no cuidado do corpo adulto com problemas ortopédicos.

---

<sup>1</sup> Polak (1998) acrescentou o diálogo por entender que ele facilita a compreensão de que a descoberta se dá pela comunicação e o diálogo, para confirmação do percebido pelo enfermeiro e pelo cliente durante o primeiro momento. Ressalta que a percepção continua durante todo o processo e que os momentos não são estanques mas dinâmicos e se interpenetram.

## 2 BUSCA DE SUBSÍDIOS TEÓRICOS PARA FUNDAMENTAR O MARCO CONCEITUAL

A busca de referencial teórico exige adentrar no mundo das teorias de enfermagem; ao viajar por esse universo, minhas inquietações foram reforçadas e mobilizaram-me para aprofundar o estudo delas. Essa mobilização propiciou novo horizonte de informações sobre o corpo, a corporeidade, o cuidado e sobre o humano nas práticas de enfermagem.

Visando ao aprofundamento do novo horizonte que se descortinava, encontrei suporte em diversas pensadoras que envidam esforços para a compreensão do que significa cuidado.

Para Collière (1989, p.235) cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia; mas é, igualmente, um *ato de reciprocidade* que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. A autora concebe o processo de cuidado como aproximação; como encontro entre duas ou mais pessoas; como troca, construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidado ou seja, o processo se dá a partir daquilo que se descobre no manejo das informações provenientes da situação, na decodificação destas, em vista da compreensão do seu significado e de como implementar as ações de cuidado.

Patrício (1990) destaca que o cuidado é processo constante de interação com o ser humano; é amplo e possui dimensões humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais, que determinam o processo de ajuda mútua, o

crescimento e o desenvolvimento da enfermeira e do ser cuidado. O ato de cuidar exige envolvimento pessoal, social, moral e espiritual.

Cuidado para Waldow (1995) é visto como relação mútua de ajuda, de crescimento e auto-realização, pautada pelo afeto, pelo respeito ético e moral. O cuidar/cuidado que caracteriza a enfermagem é experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica, mediante a relação interpessoal. Para Gadow citado por Silva (1996) o cuidado é um imperativo moral, a mais elevada forma de compromisso para consigo e com os outros.

Entre as pensadoras de enfermagem americanas que descrevem o cuidar segundo a abordagem fenomenológica existencial destaque Parse (1987), Watson (1985) e Paterson e Zderad (1988). Salienta-se contudo que, uma fundamentação filosófica exige leitura crítica, reflexão, porquanto possuem diversas correntes fenomenológicas e existencialistas, com divergências acentuadas entre si. Considerando as controvérsias existentes, optei pela abordagem de Polak (1996), que se inspirou no filósofo Merleau-Ponty; este compreende o homem como um corpo, como corporeidade, como consciência encarnada, que busca a compreensão da vida humana no entrelaçamento do corpo com o mundo; consegue explicar a ambigüidade e integralidade do homem, rompendo assim com a concepção de corpo racionalista.

A autora, ao descobrir o pensamento assistemático e inquietante de Merleau-Ponty, com ênfase para a sua concepção do corpo, da corporeidade, vislumbrou a possibilidade de nova abordagem para a enfermagem, que tem o corpo como base de todo o processo de cuidar. Polak (1996) descreve e interpreta

os significados do corpo, com ênfase no cenário da saúde, e apresenta uma definição de Enfermagem e Cuidar baseada na compreensão da corporeidade.

Registro que o novo nesta autora, resulta do fato de ter sido a primeira pensadora a fazer a vinculação da corporeidade com a prática da enfermagem, desenvolvendo a tese de ser a enfermeira corporeidade, abrindo assim a possibilidade da percepção do corpo como referencial teórico, alternativo e criativo do cuidado em enfermagem.

O pensamento da autora (1997) reforça a necessidade da minha busca dos aspectos filosóficos que fundamentam o fazer e o viver no mundo da enfermagem e levou-me a estudar especificamente a fenomenologia de Merleau-Ponty para que pudesse apreender com maior clareza a vinculação do conceito de corpo e da corporeidade na enfermagem.

Para Merleau-Ponty (1994) o corpo é o veículo do ser no mundo no qual são armazenadas todas as significações vividas e através do qual vejo, interajo, percebo e sou percebido.

A corporeidade, segundo o autor (1992, 1994), é a essência expressa pelo corpo visto-vidente, sensível, e por isso "*senti-sentant*", isto é, que sente e é sentido, é também tocado-tocante, visto no processo de coexistência, num recruzamento, num quiasma<sup>2</sup>. Este corpo não é somente troca entre mim e o outro: as mensagens que recebe é a mim que chegam, as mensagens que recebo é a ele que chegam; é também troca de mim e do mundo, do corpo fenomenal e do

---

<sup>2</sup>Quiasma é a disposição em forma de X e, na retórica antiga, refere-se à disposição de um período em 4 membros, segundo uma determinada ordem de correspondência ou potencialidade entre eles: o 1º com o 4º e o 2º com o 3º. Na biologia, os quiasmas são por outro lado, os pontos de cruzamento dos cromatídeos, parecendo formar um X, numa determinada fase da meiose (Moura, 1986).

corpo “objetivo”, do que percebe e do que é também percebido: o que começa como coisa termina como consciência da coisa, o que começa como “estado de consciência” termina como coisa.

Polak (1996, p.46 e 119) concebe a corporeidade como

*“condição humana e modo de ser, que caracteriza o homem na existência, é o contido em toda a dimensão humana. É ser flexível, é estar disponível e aberto para o outro e para o mundo; é o resgate do corpo, é o existir, é a história de cada um de nós, que se funde com o outro que também é corpo vivente, que traz na sua bagagem cultural suas crenças, seus valores e sua visão de mundo, num processo de recruzamento”.*

Pelo exposto pode-se inferir que a autora, ao descobrir o pensamento assistemático e inquietante nos conceitos de corpo e corporeidade de Merleau-Ponty, descreveu e interpretou os significados do corpo, com ênfase no cenário da saúde, possibilitando assim nova percepção de Enfermagem e de Cuidar, que tem o corpo como base deste processo, levando-a a definir Enfermagem e Cuidar. A concepção de enfermagem de Polak (1996) rompe com as dicotomias presentes no pensamento racionalista, porque as ações de enfermagem são dirigidas para o ser humano enquanto corpo e corporeidade, ou seja, para o corpo vivente na sua totalidade. Os conceitos de Enfermagem e de Cuidar foram o marco da minha prática na Clínica de Ortopedia e Traumatologia e serão descritos no próximo capítulo.

## 2.1 APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL

Historicamente, a enfermagem na sua trajetória desenvolveu-se até a década de 50 baseada numa prática, cujas ações dependiam da intuição, ou seja, no não científico, conforme o pensamento positivista. Em 1959, foi editado o primeiro trabalho sobre “Princípios científicos aplicados na enfermagem” pela Escola de Enfermagem da Universidade de Washington, que buscavam não só explicar como ampliar o universo das ações de enfermagem e fundamentar cientificamente as técnicas de enfermagem, mediante conhecimentos tomados emprestados das ciências naturais e sociais, visto que não possuía um corpo de conhecimento específico (Almeida, 1989). Desta forma, a enfermagem, por não possuir autonomia nem especificidade, passa a viver outro momento, o da construção do corpo de conhecimentos específicos da Enfermagem.

A preocupação com a construção dos marcos conceituais teve início na década de 60; esses se caracterizavam como o conjunto de conceitos definidos e interrelacionados, que formam uma estrutura abstrata e têm como característica principal a coerência intrínseca e entre as suas partes, formando uma totalidade (Trentini & Dias, 1994).

Para Neves e Gonçalves (1984) marco conceitual é construção mental, logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. Podemos dizer que o marco não é receita, isto é, não é algo pronto, estático, que controla situações específicas, mas algo que é continuamente testado e readaptado para a prática (Neves & Trentini, 1987). Esse dinamismo apontado

pelas autoras reitera a necessidade do bom senso, do exame criterioso da situação pela enfermeira, para que o marco conceitual não constitua “camisa de força”, mas seja facilitador do processo de cuidar.

Fawcett (1989) afirma que o modelo conceitual ou marco conceitual é um conjunto de conceitos e proposições interligados numa configuração significativa. São altamente abstratos e usualmente não observáveis diretamente no mundo real; eles podem clarear especificamente o fenômeno de interesse da ciência da enfermagem.

Considerando a importância do marco conceitual e da sua operacionalização na prática de enfermagem, como eixo norteador para a assistência, para o ensino e para a pesquisa, além de contribuir com o processo de construção do corpo de conhecimento específico, que caracteriza a profissão, passei a ler atentamente sobre a temática e, na disciplina Fundamentos Teóricos e Filosóficos, optei pelos conceitos de Enfermagem e de Cuidar propostos por Polak (1996).

A decisão de trabalhar com esses conceitos decorre dos meus pressupostos de que:

- para cuidar é preciso ser presença;
- para cuidar é preciso conhecer o outro;
- as ações de cuidado são construídas na parceria enfermeira/cliente e enfermeira/família;
- a linguagem permeia todas as ações de cuidado;

- corpo é o ponto de partida para todo e qualquer discurso referente ao homem (Polak, 1996);
- corpo não é fonte complementar das nossas práticas, senão o núcleo irradiante, principal e único (Polak, 1996) e
- corpo é ser de desejos, de necessidades e de prazer, que ultrapassa, transcende e incorpora ciclos, um após o outro (Polak, 1996).

Esses pressupostos me levam a reiterar a definição de Enfermagem e Cuidar a saber: “A enfermagem é o saber, o fazer, o pensar, o sentir, comprometidos com a promoção da vida; é processo contínuo de percepção, de reconstituição, de construção, de reconstrução e de rearmonização de corpos. É presença, suporte, é ajuda, proteção, nutrição; é empatia que se concretiza no encontro de vidas, de corporeidades” (Polak, 1996 p. 97 e 98).

E que Cuidar “é ação que se dá nas situações de encontro; é resultante do processo de construção do conhecimento, como momento espaciotemporal<sup>3</sup>; é movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito, competência, sensibilidade e solidariedade” (Polak, 1996 p. 106 e 107).

Na concepção de Enfermagem e de Cuidar de Polak (1996), delimito como conceitos principais a percepção, a linguagem e o corpo, que serão descritos a seguir.

---

<sup>3</sup> Espaciotemporal visa concentrar a idéia de “na circunstância de tempo e espaço, o lugar”. Em latim a palavra é “spatium”. Aportuguesa-se a palavra para “espacio” que já é castelhano; o fonema E se antepõe por necessidade da língua, é metaplasmo de adição protética.



## Percepção

É concebida por Merleau-Ponty (1990 e 1994) como o modo de acesso aos objetos, ao mundo, ao saber; é ato humano que atravessa todas as dúvidas possíveis para instalar-se em plena verdade, que nos faz conhecer existências e problemas vividos, estando presente em cada momento, como recriação ou uma re-constituição do mundo.

A percepção abre-se sobre as coisas, ou seja, ela se orienta, como para seu fim, em direção a uma *verdade em si*, em que encontra a razão de todas as aparências (1994, p.85). A coisa está em um lugar, mas a percepção não está em parte alguma porque, se estivesse situada, ela não poderia fazer as outras coisas *existirem para ela mesma*, já que repousaria em si à maneira das coisas (1994, p.67). A percepção é portanto o pensamento de perceber, e perceber é envolver de um só golpe todo um futuro de experiências em um presente que a rigor nunca o garante, é crer em um mundo (1994, p.399); perceber é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo, tendo a coisa sempre seu lugar num horizonte de mundo e consistindo a decifração em colocar cada detalhe nos horizontes perceptivos que lhe convenham (1990, p.92 e 93). Para o autor, a percepção é nosso acesso à experiência no mundo, antes da reflexão. É a experiência da percepção que nos ensina a passagem de um momento a outro e busca a unidade do tempo. Neste sentido toda consciência é consciência perceptiva, mesmo a consciência de nós mesmos (1990, p.42).

Orlandi (1980), ao citar Merleau-Ponty, diz que a percepção visa às intenções humanas, não sendo primitivamente apreensão de qualidades puras

dos objetos da natureza; ela é um momento da dialética vivente de um sujeito concreto que tem como objeto primitivo as ações de outros sujeitos humanos.

Para Polak (1996) a percepção é o nosso instrumento de acesso ao mundo; é de fundamental importância nas situações de enfermagem, dado que possibilita a apreensão e interpretação das coisas e do mundo que nos rodeia. A percepção abre o mundo e nos permite entrar no mundo do cliente, conhecê-lo e orientá-lo durante o processo de cuidar, ao mesmo tempo que possibilita ao outro também nos perceber. Ela é o ponto inicial do processo de cuidar, no qual a linguagem é vital e possibilita a compreensão de todo o simbolismo presente não apenas nos rituais de cuidado, mas em todo o viver social. Assim, o percebido se torna visível, ou seja, se objetiva pela linguagem.

### **Linguagem**

É concebida por Merleau-Ponty (1992, p.141) como um sistema de diferenciações, no qual se articula a relação do sujeito com o mundo; é a tomada de posição do sujeito no mundo de suas significações. Ela é apenas um acompanhamento exterior do pensamento que é entendido como a relação consigo, com o mundo e com outrem; estabelece-se, portanto, concomitantemente nas três dimensões. E é diretamente na infra-estrutura da visão que é preciso fazer o pensamento aparecer; é preciso ver ou sentir de alguma maneira para poder pensar, porquanto todo o pensamento que conhecemos advém da carne<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>A carne não é matéria, não é espírito, não é substância; ela é um elemento, emblema concreto de uma maneira de ser geral, é uma massa interiormente trabalhada, é a textura que regressa a si e convém a si mesma. A carne consiste no envelamento do visível sobre o corpo vidente, do tangível sobre o corpo tangente (Merleau-Ponty, 1992).

A partir do momento em que o homem se serve da linguagem para estabelecer uma relação viva consigo mesmo ou com seus semelhantes, deixa de ser um instrumento, “não é mais um meio, ela é uma manifestação, uma revelação do ser íntimo e do elo psíquico que nos une ao mundo e aos nossos semelhantes” (1994, p.266). Portanto a linguagem estabelece a mediação entre o eu e o outro e sedimenta os significados que constituem uma cultura.

A linguagem, segundo Merleau-Ponty (1994, p.12), tem a função de fazer as essências existirem em uma separação que, na verdade, é apenas aparente, já que é pela linguagem que as essências repousam na vida antepredicativa da consciência; a posse da linguagem é compreendida como a simples existência efetiva de “imagens verbais”, quer dizer de traços deixados em nós pelas palavras pronunciadas ou ouvidas (1994, p.237); o resultado da linguagem é se fazer esquecer, à medida que ela consegue exprimir-se (1974, p.25). A linguagem exprime tanto pelo que está entre as palavras, ou seja, nas lacunas, como pelas próprias palavras, e pelo que não é dito, tanto quanto como pelo que é dito, exemplificando que esse fenômeno ocorre quando o pintor pinta, tanto pelo que ele traça, pelos brancos que coloca, ou pelos traços de pincel que não realiza.

Faz-se necessário considerar a palavra antes que ela seja pronunciada, sobre o fundo do silêncio que a precede, que não pára de acompanhá-la, e sem o que ela não diria nada; desta forma precisamos ser sensíveis a esses fios de silêncio com os quais o tecido da palavra está misturado. A palavra só tem como papel reencontrar a expressão justa, antecipadamente assinalada pela linguagem das próprias coisas.

Aranha e Martins (1986) comentam que pela linguagem o homem deixa de reagir somente ao presente, ao imediato; passa a poder pensar o passado e o futuro e, com isso, a construir o seu projeto de vida.

### **Corpo**

É definido por Merleau-Ponty (1994) como espaço expressivo, conjunto de significações vividas, não objeto entre os demais, porque ele é capaz de ver, de sofrer, de pensar, de expressar no olhar, pelo olhar, pela palavra, bem como pela lacuna deixada por ela. Meu corpo é um objeto *sensível* a todos os outros, que ressoa para todos os sons, vibra para todas as cores, e que fornece às palavras a sua significação primordial mediante a maneira pela qual ele as acolhe. O corpo é nosso meio geral de ter o mundo, pois ele me abre ao mundo e nele me põe em situação e em comunicação com o tempo e o espaço, com o mundo visto não mais como soma de objetos determinados, mas como horizonte latente de nossa experiência, presente sem cessar. O corpo é o espelho de nosso ser, é a história de cada um de nós construída durante toda a existência.

Neste estudo, o corpo cuidado é o cliente com problemas ortopédicos; presença intencional e sujeito de relações que coexiste com o outro, com o mundo. O corpo cuidador é a enfermeira, presença intencional, ser de relações, que tem como principal finalidade ajudar o corpo enfermo, facilitar o seu processo de vida, de recuperação, de manutenção da saúde ou auxiliá-lo no drama da terminalidade, para lograr morte digna e humana (Polak, 1996).

## Saúde/doença

São conceitos que ao longo da história da humanidade foram definidos, redefinidos isoladamente ou como binômio, e que vêm evoluindo conforme os diferentes sistemas de pensamento e modelos explicativos sobre os fenômenos naturais e sociais.

Helman (1994) afirma que as definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais, destacando que em grande parte das sociedades não industrializadas, a saúde é conceituada como “o equilíbrio no relacionamento do homem com o homem, com a natureza e com o mundo sobrenatural. A doença é a resposta subjetiva do paciente, e de todos os que o cercam, ao seu mal-estar. Ela é parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura em particular”.

Para Capra (1982, p.315 e 317)

saúde é realmente um fenômeno multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes; é uma experiência subjetiva, algo que pode ser conhecido intuitivamente, mas nunca descrito ou quantificável e doença é uma consequência de desequilíbrio e desarmonia e pode, com muita frequência, ser vista como decorrente de uma falta de integração.

Steven Polgar citado por Moura (1989), na sua pesquisa realizada até o final da década de 60, conseguiu classificar as idéias mais significativas no amplo universo de idéias e noções vigentes sobre saúde, entre autores renomados de países orientais e ocidentais, em torno de três concepções prevalentes a saber: a **assintótica**, a **elástica** e a **aberta**. A principal característica da primeira

concepção conceitua a saúde como um ideal de que as pessoas podem aproximar-se, porém nunca conquistar inteiramente, enquadra a definição da Organização Mundial da Saúde nessa categoria, tecendo comentários a respeito dela; a concepção **elástica de saúde** é resultante da acumulação de resistência contra agressões potenciais ou perigos eventuais, e acrescenta que a medicina preventiva parece alicerçar-se nela; na concepção **aberta** o autor tenta explicar que se deve “começar da morte como uma espécie de zero absoluto”, e recuar até o momento em que a pessoa manifestou plena adaptação física, mental e social ao ambiente onde vive.

Para Rosen citado por Moura (1989) a boa ou má saúde significa um “estado dinâmico de um organismo, resultante da interação de fatores internos e ambientais, que se dá em um cenário espaço-temporal”.

Polak (1996) concebe saúde/doença como “condição existencial subjetiva, relacionada à visão de mundo e ao modo de ser e de viver de cada um, que permeia a existência do ser humano, sofrendo influências direta e indiretamente dos fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos, éticos e culturais”.

Concebo saúde/doença como condição existencial subjetiva, resultante da interação de fatores intrínsecos e extrínsecos que levam o ser humano à busca contínua da manutenção de equilíbrio e de harmonia consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

## Situação de encontro/interação

É o momento singular, único, intencional e de reciprocidade, que caracteriza as situações de enfermagem. Interação é concebida neste estudo como relação existencial que faz parte do mundo humano, que se efetiva mediante o processo quiasmático, que não é somente a troca do eu com o outro, mas também troca de mim e do mundo, do corpo fenomenal e do corpo “objetivo”, do que percebe e é percebido. Desta forma, o encontro entre o corpo cuidador e o corpo cuidado reitera a ambigüidade do corpo visto-vidente, tocado-tocante e por isso “*senti-sentant*”.

Almeida (1988) comenta que a primeira definição literária, poética de encontro foi publicada por Moreno em 1914, e explicita que:

Um encontro de dois: olho no olho, face a face  
 E, quando estiveres perto, arrancarei teus olhos  
     e os colocarei no lugar dos meus  
     e tu arrancarás meus olhos  
 e os colocarás no lugar dos teus;  
     então eu te olharei com teus olhos  
     e tu me olharás com os meus.  
 Assim até a coisa comum serve ao silêncio e  
     nosso encontro é a meta sem cadeias:  
 O lugar indeterminado, em um momento indeterminado,  
     a palavra indeterminada ao homem indeterminado.

A definição poética deixa claro para Moreno, que a palavra *encontro* significa estar com o outro; é o contato de dois corpos que se vêem, se percebem, se tocam, se sentem, se conhecem intuitivamente no silêncio ou no movimento, se comunicam por meio da linguagem e de gestos; assim, o encontro é evento humano permeado pela comunicação interpessoal, é a reunião de duas pessoas,

de duas consciências que se vivenciam e se compreendem, cada uma com todo o seu ser.

Conforme o explicitado fica claro que o encontro pressupõe a presença do outro; ele é relacionamento entre corpos, entre consciências que dinamicamente se percebem, se descobrem, se reconhecem e se contrastam e, quando vivenciado sob a forma de “nós”, será relação verdadeira e de transcendência.



### 3 O DESCORTINAR DA CAMINHADA

#### OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL

O meu caminhar para a operacionalização do marco conceitual foi conduzido pelos quatro momentos indicados por Polak (1996), que são os fios condutores do agir da enfermagem, enquanto corporeidade: *Percepção, Descoberta e Diálogo, Construção do novo conhecimento e Implementação das ações de cuidado*.

Para Merleau-Ponty (1992) a percepção é construída com estados de consciência a partir do real, não nasce em qualquer lugar, ela emerge no recesso de um corpo e visa às intenções humanas. É construída a partir do percebido, ou seja, do nosso contato com o mundo a partir daquilo que esse contato nos ensinou sobre o mundo. A percepção é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam, e ela é pressuposta por eles.

Para Polak (1996) a percepção permeia todas as etapas do cuidado, é o ponto inicial do processo de cuidar, pois permite ver o invisível no visível, correlacionar o olhar que escuta ao olhar que fala; é o movimento de equilíbrio entre a palavra e o mundo que se mostra.

A percepção abre o mundo, nos mostra e prepara o corpo cuidador e corpo cuidado para vivenciarem o segundo momento do processo de cuidar: *o momento de descoberta e do diálogo*, no qual a linguagem, a comunicação são forças motrizes, porquanto favorecem a confirmação de impressões, a complementação de informações necessárias ao cuidar e à descoberta. O corpo cuidador, nesse

momento, deve estar imbuído de todos os sentimentos que favorecem a abertura, que criam o solo fértil da interação. A linguagem permite que ambos, corpo cuidador e corpo cuidado, se mostrem. Há um movimento no tempo e no espaço do corpo cuidador ao projetar-se em direção ao corpo cuidado, com o intuito de apreender o significado do seu mundo, da sua história, em conhecer as suas expectativas, o seu mundo de desejos. É mister salientar que, durante essa fase, o corpo enfermo está também a esquadrihar o mundo do corpo cuidador, sentindo-o, percebendo-o. Caso o encontro seja denso, rico de descobertas, há um envolver de corpos que deixam a relação “eu-tu”, “eu-eles” e passam a ser uma relação do “nós”, mediante o entrelaçamento, o processo quiasmático, ou seja, de intercorporeidade. Nesse momento há o compartilhar, a troca de experiências, que possibilita o processo de descoberta. Da descoberta e da troca emerge a articulação do saber acadêmico com o senso comum, mediante a complementaridade, gerando um novo saber e que concretiza *o terceiro momento*, ou seja *a construção, ou reconstrução, ou reconstituição* do saber da enfermeira e do saber do corpo enfermo, levando-os à *construção do novo conhecimento*, base do cuidado. Assim, as ações de cuidado são desenvolvidas e planejadas em parceria e norteadas pelas reais exigências do cliente.

Após o delineamento das ações de enfermagem, surge *o quarto e último momento: o momento da implementação das ações de cuidado*, da execução, cujos resultados se expressam e se evidenciam pelo grau de satisfação do cliente (Polak, 1996).

Ressalto que a avaliação, nesta modalidade de cuidado, é processual, foi feita por conversas e não por formulários mecânicos e frios.

Para vivenciar e apreender com clareza os quatro momentos do processo de cuidar, bem como a relação vivida pelo corpo cuidador e pelo corpo cuidado, escolhi quatro corpos enfermos hospitalizados com problemas ortopédicos; a descrição dos dois primeiros momentos foi feita considerando a triangulação **corpo cuidador x corpo cuidado x instituição**. A opção por essa apresentação foi intencional, porque não posso cuidar desconhecendo quem sou, quais são as minhas crenças e valores, a minha visão de mundo, as minhas fragilidades, potencialidades e limitações bem como a minha filosofia de trabalho.

Com relação ao corpo cuidado, foi imprescindível conhecê-lo enquanto corporeidade, saber de onde veio e para onde retornaria, quais os recursos de que dispõe e que poderiam ajudá-lo e dar-lhe-iam o apoio necessário durante e após a sua hospitalização. Foi preciso conhecer como ele via e se relacionava com a equipe de saúde.

Considerando que esse processo foi vivido no cenário da Instituição, foi necessário também conhecer os recursos existentes e disponíveis neste universo do cuidar; qual a filosofia da Instituição e da Enfermagem, como o corpo cuidado é visto pela equipe de saúde, como se dá o processo de cuidar e qual o referencial utilizado nas práticas de Enfermagem da Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

#### RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA ORTOPEDIA

Antes de iniciar a caracterização do cenário em foco, minha curiosidade

levou-me à procura da etimologia da palavra ortopedia. Ao buscá-la viajei na história da medicina e descobri que a Ortopedia, muito antes de tornar-se especialidade, já era alvo de preocupação e estudo. Desde a época da construção das pirâmides, os traumas eram problemas agudos e desafio para os cirurgiões. Estes problemas levaram os egípcios a práticas que envolviam manipulações, trações e imobilizações.

As afecções ortopédicas, as seqüelas da poliomielite, as tendodistrofias e deformidades dos membros entre outras, já eram também conhecidas pelos egípcios e foram alvo de estudos. Exemplos dos conhecimentos ortopédicos da civilização egípcia foram testemunhados na poliomielite pintada no túmulo de Menna em Tebas e nas múmias que figuram nos Museus do Cairo e de Filadélfia, além do caso sobre uma lesão de coluna cervical, rotulada de luxação da vértebra do pescoço com uma descrição bastante detalhada de toda a sintomatologia, descoberta em 1862 pelo egiptólogo E. Smith e posteriormente estudado pelo renomado egiptologista o professor Breasted.

Na civilização helênica as afecções ortopédicas e as lesões traumáticas também foram objeto de estudo; deu-se especial atenção às luxações da mandíbula, do quadril e do ombro, às luxações congênitas, aos pés tortos, à afecção da coluna, posteriormente identificada como mal de Pott. Os traumatismos eram tratados por Hipócrates, figura prodigiosa da época, com talas de imobilização e extensões contínuas. Ainda na Grécia antiga, temos a figura do filósofo e médico Galeno, que além da grande contribuição para a anatomia e fisiologia, se preocupou com assuntos ligados à ortopedia, criando seu

método de reduzir luxações da coluna.

Durante séculos na história da medicina, inúmeras foram as personalidades que contribuíram particularmente para os avanços da Ortopedia e Traumatologia, mas foi somente em 1741 que a palavra ortopedia foi usada pela primeira vez na medicina, quando Nicholas Andry publicou sua obra intitulada “L Orthopédie ou l’ art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps”. Andry criou a palavra ortopedia através da conjugação de duas palavras gregas ORTHOS (reto) e PAIDION (criança), e individualizou essa especialização médica.

A Ortopedia passou a ser considerada originalmente como uma especialidade da medicina preventiva e também como parte da cirurgia e dos diversos métodos que descreveu para a prevenção e correção das deformidades do corpo das crianças (Mercer, 1967; Maia, 1986 & Adams, 1994).

Com a evolução da medicina, a ortopedia operatória no início do século XIX foi invadindo o terreno da especialidade cada vez em maiores proporções, alcançando desta forma a categoria de uma especialidade cirúrgica, sem contestação, por parte dos clínicos, que aceitaram a transferência sem relutância e desaparecendo a restrição de abranger apenas afecções na infância, salvo nos países em que foi mantida ligada à cirurgia infantil.

O historiador A. Castiglione citado por Maia (1986) afirmou: “O início da Ortopedia nasceu da necessidade de socorro imediato embora com instrumentos grosseiros e empíricos; foi somente mais tarde que sobreveio o aperfeiçoamento do instrumental técnico, e que o melhor conhecimento da mecânica do corpo

permitiu uma aplicação mais ampla e racional das medidas terapêuticas”.

Nos dois últimos séculos quando se analisa a evolução da Ortopedia, observa-se que ela veio caminhando por duas trilhas absolutamente divergentes. A primeira tinha orientação conservadora e utilizava métodos físicos, ginásticas e massagens ou as manipulações seguidas de imobilizações. A Segunda era favorável ao emprego dos métodos cirúrgicos, complementados muitas vezes por imobilizações e fisioterapia. Mas a convergência entre essas opções veio inclinando acentuadamente para a escolha de métodos cirúrgicos, devido às descobertas e aos aperfeiçoamentos técnicos advindos na metade do século XIX até a atualidade. Exemplificando, podemos citar a anestesia, a antisepsia imaginada e praticada por Lord Lister (1827-1912), paralela e contemporânea das descobertas de Pasteur (1822-1893) sobre a origem microbiana de numerosas doenças e a assepsia de Von Bergmann (1836-1907), diminuíram os graves riscos das infeções operatórias que determinaram tantos insucessos no passado; as transfusões sangüíneas; a radiologia descoberta em 1896 por W. Roentgen (1845-1923); a metalurgia pelas novas ligas utilizadas para osteossíntese, além de outras descobertas como o acrílico, o cimento cirúrgico, etc.; os antibióticos com a descoberta da penicilina por Fleming, em 1939, e a descoberta das sulfonamidas de Von Domagk (1934) e as vacinas tetânica, Salk e Sabin.

Os enxertos ósseos autoplásticos, utilizados em larga escala, foram substituídos em grande parte pelos homoplásticos; o transplante com osso conservado, cujo emprego foi relatado em 1941 por Inclin A. e a difusão dos chamados bancos de ossos, semelhantes aos bancos de sangue; as ressecções

ósseas de grande extensão de articulações inteiras com substituição por transplantes homoplásticos, vem sendo praticada desde 1948 por Volkov no Instituto Central de Ortopedia e Traumatologia de Moscou. A cirurgia plástica que alcança grande evolução neste século, também vem colaborando com a Ortopedia; reimplantes de segmentos de membros pelos chineses; as próteses totais para o quadril, joelho e outras articulações e as micro cirurgias vasculares.

Conforme a retrospectiva histórica, pode-se entender que o tratamento ortopédico se divide basicamente em três categorias a saber: nenhum tratamento, apenas orientação e aconselhamento; tratamento incruento e tratamento cruento ou cirúrgico.

Os métodos de tratamento incruento ou não cirúrgico incluem: repouso e imobilização, que basicamente caminham juntos. Neste a fisioterapia com exercícios ativos é muito importante como também o é, no pós-operatório das afecções ortopédicas, porque ajudam a mobilizar as articulações, a fortalecer os músculos e a melhorar a coordenação e o equilíbrio.

Com relação aos tratamentos cruentos ou cirúrgicos, são inúmeros os métodos utilizados. Tais métodos muitas vezes requerem o uso de endopróteses, de fixadores externos, de tração, ou seja, de tecnologia que invade os corpos como os pinos que transfixam e parafusos que fixam ossos, fios metálicos, arroelas, dispositivos versáteis para imobilização, hastes, etc. Tal tecnologia transforma os corpos com problemas ortopédicos em verdadeiros corpos objetos da mecânica.

Outra característica da Clínica de Ortopedia e Traumatologia, que a diferencia das outras Clínicas, é o material básico utilizado para as imobilizações,

os tipos de leitos usados neste cenário e os demais artefatos necessários para fixar e tracionar ossos e tendões.

Em função da tecnologia e de todo o arsenal utilizado na Ortopedia, a enfermagem deve ter conhecimento técnico-científico, habilidade e preparo para trabalhar na Clínica de Ortopedia e Traumatologia, percebida por mim como verdadeira “Oficina de Corpos”.

#### ADUZINDO O CENÁRIO DA PRÁTICA

Ao descrever o local onde desenvolvi minha prática, descortino o cenário que foi o palco da concretização do processo de cuidar do cliente hospitalizado com problemas ortopédicos tendo o corpo e a corporeidade como marco conceitual. O palco escolhido para a realização da minha prática foi a Clínica de Ortopedia e Traumatologia de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba. Este é referência para a região sul/sudeste, possui 635 leitos, com taxa de ocupação de 80% quase todos utilizados por clientes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Instituição em tela teve o seu funcionamento oficial em 05 de agosto de 1961, tendo como finalidade promover o ensino, a pesquisa e assistência na área de saúde.

O seu Organograma possui uma Direção Geral formada por sete direções: A Direção de Enfermagem, Médica, Corpo Clínico, Recursos Humanos, Técnica e Financeira; e por três assessorias: Informática, Planejamento e Comunicação. A Direção de Enfermagem faz parte do Conselho Diretivo e do Conselho de Administração, órgão máximo de análise e decisão. Essa Direção está subdividida



em cinco coordenações: Ambulatorial, Clínica, Cirúrgica, de Área Crítica e Materno Infantil. O “corpo” de enfermagem é composto por 255 enfermeiros, 144 técnicos de enfermagem, 697 auxiliares de enfermagem e 65 atendentes de enfermagem, perfazendo um total de 1161 funcionários, conforme levantamento realizado em 02 de junho de 1997. Para o desenvolvimento de minha prática foi necessário fazer um recorte que corresponde ao cenário escolhido, a Clínica de Ortopedia e Traumatologia, localizada no 6º andar do hospital. A estrutura física é constituída de 10 enfermarias com 26 leitos. Destes, 4 leitos são destinados ao isolamento (2 enfermarias com 2 leitos cada); 2 banheiros, um masculino e outro feminino, 1 sala de curativos, 1 expurgo, 1 posto de enfermagem, 1 copa, 1 vestiário com banheiro, 1 sala de aula/reunião. No que concerne ao recurso humano de enfermagem, a equipe atualmente é composta por 21 funcionários, subdivididos por turnos de trabalho. O período matutino conta com 1 enfermeira assistencial, 3 auxiliares de enfermagem e 2 técnicos de enfermagem; o período vespertino conta com 1 enfermeira assistencial, 2 auxiliares de enfermagem e 1 técnico de enfermagem; o período noturno conta com 7 auxiliares de enfermagem e 3 técnicos de enfermagem, distribuídos nos plantões noturnos e finais de semana. Possui uma enfermeira administrativa e uma nutricionista, que não são exclusivas dessa unidade, 2 secretárias, a equipe médica, 2 fisioterapeutas, 1 assistente social e 1 psicóloga; os clientes também são assistidos pela Clínica da Dor. Além desses profissionais, a Clínica conta com 3 copeiras e 3 sanitizadoras, que se revezam por turno de 12 horas de trabalho por 48 horas de descanso, e 2

zeladoras que se revezam em turnos de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso.

Para adentrar no cenário, palco da minha pesquisa e apreender o significado do verbalizado e do não verbalizado, o contido no invisível, que está coberto pelos véus da tecnologia e preso à rede de poder que permeia todo o fazer no contexto hospitalar, encaminhei à Diretora de Enfermagem e à Comissão de Ética minha proposta de trabalho: solicitei autorização para o desenvolvimento dela durante o primeiro semestre de 1997.

#### PERCEBENDO-ME COMO CORPO CUIDADOR

Ao iniciar minha prática de cuidado, tinha a sensação de não estar fazendo nada de diferente; era como se não tivesse ocorrido nenhuma mudança no meu modo de cuidar, de perceber o corpo cuidado e a equipe de enfermagem. Reproduzia exatamente o modelo aprendido, o modelo biomédico, que detém o poder e o saber, interferindo em todas as áreas da saúde, disciplinando, normatizando. Havia, na verdade, uma postura cristalizada em mim, da qual não me havia dado conta, e que me fazia agir mecanicamente. Existia entre o meu pensar e o meu fazer certa incoerência, incoerência que me foi mostrada pela minha orientadora, presença amiga, sincera, austera, meiga; estrela guia presente e muitas vezes ausente, corpo cuidador que durante esta caminhada se aproximava, falava, calava, se distanciava, mas mesmo à distância nutria-me, fazia-me olhar para dentro e para fora, para perceber-me, perceber o mundo e os corpos viventes que me circundavam.

Enquanto orientadora e corpo cuidador, mostrou-me a necessidade de começar um processo de autodesmecanização, ou seja, retirar a postura mecânica do meu corpo, para que este pudesse humanizar-se. A autodesmecanização teve início com o autoconhecimento, exercício difícil e desgastante, mas fundamental para a existência humana e para o desenvolvimento de qualquer prática e imprescindível para o cuidar segundo a corporeidade.

Para desmecanizar é preciso o autoconhecimento; este é definido por Taylor (1992) como o conhecimento sobre o porquê de determinadas crenças e sentimentos. Sérgio (1997, p.213) comenta que, dada a aparente intimidade que cada um de nós tem consigo mesmo, somos os fenômenos mais acessíveis ao nosso próprio conhecimento; tão acessíveis que esse conhecimento é imediato; com dificuldade reconhecemos isto: o conhecimento que temos a nosso respeito é necessariamente mediado por outros homens e que o autoconhecimento é um produto social. Nele está a possibilidade de autogoverno, de autocontrole. Valverde (1997) enfatiza a importância do autoconhecimento na Enfermagem, citando a definição de Jung, que considera o autoconhecimento como o domínio imediato da consciência, que permite a sintonia com a situação global que nos envolve com as pessoas ao nosso redor e com o ambiente aqui e agora, como um todo.

O autoconhecimento não é fácil, pois nos faz despir de todos os preconceitos, das máscaras que usamos para enfrentar os inúmeros momentos de nossa existência, nos faz reconhecer conceitos cristalizados, que às vezes necessitam ser refutados, repensados, para que outros possam ser incorporados.

Ele nos remete a uma introspecção e nos faz mexer em muitas chagas já cicatrizadas, que voltam a sangrar, a doer; implica reconhecer as mágoas acumuladas em relação à vida e aos outros corpos viventes, que fazem parte do nosso cotidiano profissional e pessoal.

Recorro ao pensar metafórico e comparo a mágoa com a ferrugem. Esta se instala no metal, corroendo-o e destruindo-o. A mágoa se instala nos redutos do amor próprio ferido; quando não superada, paulatinamente se desdobra em processo enfermo, que termina por vitimar o corpo vivente que a hospeda. Como seqüela, instala-se o sentimento de aversão, que estimula o ódio, passando para uma etapa mais grave, o processo destrutivo. A superação da mágoa significa crescimento pessoal.

Como sujeito, como corpo vivente, percebo-me muito sistemática, rígida; tal rigidez, muitas vezes, acaba estendendo-se para aqueles que estão à minha volta. Não consigo esconder meus sentimentos, meu estado de espírito, pois meus olhos são o espelho tácito de minha alma; exteriorizo o que penso, por meio do meu corpo; isto muitas vezes me prejudica, pois o social rejeita esta postura. Cobro muito de mim no que se refere à perfeição, a qual sei que não existe e que transcende meu mundo; sabemos que, como seres humanos, somos imperfeitos e passíveis de deslizos, de erros, dos quais não tenho medo e nem vergonha em reconhecê-los e assumi-los. Minhas contradições manifestam-se quando me percebo como pessoa humana, com paciência e às vezes não ajo como tal. Vivo nas extremidades dos pólos do sim e do não, o que denota certa dificuldade de minha parte em aproximar-me do ponto de convergência existente entre eles.

Sou uma guerreira, um corpo vivente que está na defensiva, tornando-me às vezes um pouco agressiva e cheia de melindres. Considero-me uma pessoa alegre, agitada, divertida; gosto de estar com as pessoas e ajudá-las; acredito possuir uma essência humanística, o que me impulsiona cada vez mais, enquanto ser humano, corpo vivente, corpo cuidador e corpo docente, a delinear estratégias que possibilitem a inserção do humano nas ações de enfermagem, de forma que valorize cada vez mais o mundo humano com todos os seus matizes.

Para dar continuidade à minha prática de cuidado foi necessário superar o impacto inicial, que emergiu do exercício de autoconhecimento. Esse impacto foi sendo superado a partir do momento em que, enquanto corpo vivente e corpo cuidador, adotei uma postura mais aberta, mais disponível, postura de escuta e de olhar atencioso, com o que potencieei o processo interativo, dinâmico, de percepção e de descobertas dos corpos cuidados e da equipe, mediante o diálogo. A cada dia que transcorria, percebia-me como corporeidade; esta permitiu-me vivenciar o cotidiano, ampliando as possibilidades e os horizontes inesgotáveis do corpo cuidado e o s meus enquanto corpo cuidador. Percebendo-me como corporeidade, pude refletir sobre a existência, o que trouxe crescimento pessoal e profissional, pois me fez reencontrar e redefinir o meu próprio sentido no mundo.

#### PERCEBENDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Perceber a equipe de enfermagem significou perceber-me, pois faço parte desse universo no qual vivencio o meu cotidiano; para desvelar a teia de

significados nele contida, usei como estratégias a percepção, o diálogo e a linguagem.

Sentindo a frieza do cenário, percebi que a equipe de enfermagem é receptiva, trabalha em conjunto, com aparente harmonia. Registra-se um movimento constante, em direção ao cliente, para a realização das tarefas instrumentais a saber: verificação dos sinais vitais, medicações, curativos, encaminhamento de todos os clientes que não podem sair do leito para o banho de aspersão, mudanças de decúbito e outras, que demonstram competência predominantemente técnica. A equipe não demonstra habilidade para o desenvolvimento das ações expressivas do cuidado, tornando-se distante e indiferente com o sofrimento do outro. Cotejando com o que havia sido verificado por mim desde a época da graduação, significou o pouco ou nenhum avanço.

→ Prosseguindo com minhas percepções, constatei que a enfermeira assistencial, enquanto corpo cuidador, não é aparentemente submissa, demonstra abertura e disponibilidade para com a equipe e possui competência técnico-científica. Todavia essa competência a coloca numa condição de poder e de autoritarismo com os elementos da enfermagem, estendendo-se também aos clientes, mas paradoxalmente tem postura de submissão perante a equipe médica.

A enfermeira sabe o que precisa e deve ser feito, ao verbalizar para o cliente que mantenha posição anatômica e terapêutica do membro afetado, que faça movimentação dele; ao orientar e exigir que o corpo enfermo deambule ou atenda outras solicitações. Ao fazer essas e outras orientações, que estão no plano

biológico e que, por sua vez, são imprescindíveis para a recuperação do cliente, ela fragmenta o corpo enfermo, transformando-o em partes como o joelho, a perna, o braço, a mão, a serem tratadas e cuidadas, mas esquece que este ser humano deve ser visto em sua totalidade. Ao agir dessa forma, a enfermeira desconhece as ações expressivas que estão ligadas à subjetividade do corpo enfermo, que vivencia um momento difícil, pois em muitas situações, de corpo independente passa a ser o corpo dependente, sofrido e muitas vezes solitário, com necessidades outras que transcendem a esfera biológica. Para transcender essa visão biológica, que fragmenta o ser humano, enquanto corpo, e poder vê-lo em sua totalidade, é preciso desejar adentrar no seu mundo. E o acesso ao mundo do outro se dá pela percepção.

#### PERCEBENDO OS CORPOS ENFERMOS

Os corpos enfermos eram vistos por mim como corpos sofridos, submissos, que vivem o seu cotidiano no espaço público da hospitalização, à mercê da espionagem: da tecnologia que os invade e da superespecialização da medicina oficial, que fragmenta cada vez mais o ser humano, descontextualiza e ignora as suas particularidades, a sua realidade social e cultural, além de menosprezar a sua subjetividade. Eles são objeto das subespecialidades existentes na Ortopedia; perdiam sua identidade e ganhavam uma identificação da parte afetada ou da patologia, por meio de um pequeno cartão branco, escrito em letras pretas e plastificado, colocado no leito ou no suporte de soro que fica acima dele. Eram submetidos a uma rotina institucionalizada, que visa ao “bem-estar”,

estabelecendo assim uma falsa adequação entre o real e o racional e uma relação de sujeição.

A percepção do cenário, do corpo cuidador, da equipe de enfermagem e dos corpos enfermos, pode ser mais bem visualizado no esquema seguinte:



# PERCEPÇÃO

## CENÁRIO

Não há identificação do cliente; há identificação da parte afetada ou da patologia, não há vínculo; não há vínculo; recreação.

## CORPO CUIDADOR

Sistemática; rígida; extenuante; guerreira; alegre; agitada; desvelada; posso essência humanística.

## EQUIPE DE ENFERMAGEM

É receptiva; trabalha em conjunto; divide tarefas; desenvolve ações instrumentais mas não as expressivas; descepitada e o corpo enfermo.

## CORPO ENFERMO

É solitário e submisso; é desentendido em sua totalidade; é solitário; não tem lazer; não participa; elaboração das ações de cuidado.



## O corpo adulto portador de tumor ósseo

Visando a maior compreensão do vivido, abordarei a seguir os problemas de saúde e o tratamento dos corpos enfermos que foram por mim cuidados na Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

O corpo é o veículo do ser no mundo, no qual são armazenadas todas as significações vividas (Merleau-Ponty, 1994) durante nossa existência. A existência, muitas vezes, nos faz vivenciar momentos atípicos como, por exemplo, uma doença que deixa suas marcas em nosso corpo, em nossa carne. Essas marcas podem desencadear em nosso ser inúmeras reações; elas modificam temporária ou definitivamente a imagem que temos de nós enquanto corpo, ou seja, a imagem corporal.

Para Wassner (1982) a imagem corporal é a base da identidade, da autoestima e autovalorização, que são os fundamentos que determinam a atuação humana. A percepção da imagem corporal pode ser influenciada pela idade, pela cultura ou pelo sexo e tecnologia.

A imagem corporal pode ser modificada gradativamente durante o ciclo vital como no processo natural do envelhecimento e por fatores outros como, por exemplo, os tumores ósseos. A reação do ser humano, neste caso, dependerá da benignidade ou malignidade deles, da localização ou da parte do corpo envolvida, do tipo de tratamento e das limitações que acarretarão à sua vida pessoal, profissional e social, e poderão manifestar-se por vários tipos de comportamento como ansiedade, medo, negação, evidenciando um momento de crise.

O corpo adulto para vivenciar a experiência da doença, em sua existência, deve ser preparado para receber a notícia de que é portador de tumor ósseo, tomando conhecimento dos tipos de tumores ósseos existentes, bem como as opções de tratamento, para amenizar o impacto e o estigma que existem em relação aos tumores.

Os tumores ósseos são divididos em primários ou secundários (metastáticos). Os tumores ósseos primários do esqueleto podem ser benignos e malignos; podem ser diagnosticados após uma história completa da doença, do exame físico e de alguns estudos laboratoriais. O tratamento pode ser dividido em três fases: estadiamento por imagem, diagnóstico anatomopatológico e tratamento.

Quadro 1: Diagnóstico por Imagem

TIPO DE EXAME	INDICAÇÃO
<b>Radiografias</b>	Dar informações mais gerais sobre o tumor.
<b>Mapeamento ósseo</b>	Fornecer a estimativa da extensão local intramedular do tumor e de outras áreas envolvidas e demonstrar metástases ósseas. É a técnica mais confiável para o diagnóstico precoce.
<b>Tomografia axial computadorizada</b>	Identificar pequenas metástases pulmonares não observadas através das radiografias e da tomografia convencional.
<b>Ressonância nuclear magnética</b>	Avaliar a extensão intra e extramedular do tumor ósseo.
<b>Arteriografia</b>	Avaliar os tumores que serão submetidos a cirurgias preservadoras do membro, nos quais o feixe vaso-nervoso precisa ser sacrificado ou as extremidades que serão submetidas à microcirurgia e colocar catéter junto ao tumor e posterior infusão de quimioterapia intra-arterial. Ela é indicada nas regiões de localização anatômica difícil, como nas cinturas escapular e pélvica.

O estudo da resposta do tumor à quimioterapia e a biópsia também

fazem parte do diagnóstico; têm como finalidade a obtenção de tecido suficiente para o diagnóstico preciso, sem no entanto ocasionar efeitos lesivos e, principalmente, sem prejudicar o tratamento definitivo.

Existem vários tipos de tumores ósseos, mas será abordado a seguir apenas o Osteossarcoma, por ter sido a modalidade de tumor presente em dois corpos cuidados por mim na prática assistencial.

### **Osteossarcoma**

É o sarcoma primário do osso mais comum, representando aproximadamente 20% de todos os sarcomas; é definido como tumor maligno formador de osso com presença de um estroma francamente sarcomatoso e a formação de osteóide neoplásico e osso pelos osteoblastos malignos.

Existem várias formas de osteossarcoma: o clássico ou central, o justacortical, o endosteal, o telangiectásico, o secundário à irradiação e o secundário à doença de Paget.

O osteossarcoma central costuma ocorrer em adolescentes e adultos jovens entre 15 e 21 anos; ocorre na região do joelho, sendo a extremidade distal do fêmur a localização mais freqüente. Ele costuma acometer a região metafisária de um osso longo como a parte distal do fêmur, a proximal da tíbia e do úmero. Quando a fise ainda está presente, o tumor costuma permanecer na metáfise, sem atravessar a placa de crescimento e sem acometer a epífise. Os sintomas costumam estar presentes vários meses antes do diagnóstico definitivo. A presença de dor e de massa são freqüentes; pode haver aumento de temperatura e



a presença de veias no tecido subcutâneo dilatadas pelo crescimento do tumor. Não são freqüentes as fraturas patológicas (Jesus-Garcia, 1996).

O tumor produz metástases precoces através da corrente sangüínea, especialmente nos pulmões e algumas vezes em outros ossos (Adams, 1994) e segundo Apley (1996) quase sempre no crânio e no fêmur.

O tratamento até por volta de 1975 era a cirurgia ablativa (amputação), com uma sobrevida de apenas 20% em cinco anos, nos melhores centros dos Estados Unidos e Europa. Atualmente, em nosso meio, a sobrevida atuarial<sup>5</sup> em cinco anos é de 67%, que se aproxima dos resultados internacionais de sobrevida livre da doença; isto se deve, além dos novos agentes quimioterápicos, ao diagnóstico precoce, ao estadiamento preciso e à cirurgia ortopédica, de preservação do membro, com quimioterapia pré e pós-operatória. A taxa de recidiva local, após um procedimento cirúrgico conservador nos pacientes com osteossarcoma central é de aproximadamente 7% em nosso meio (Jesus-Garcia, 1996).

O plano de tratamento para o osteossarcoma central consiste em:

1. estadiamento e biópsia para se ter o diagnóstico definitivo;
2. quimioterapia neo-adjuvante com 4 ciclos no pré-operatório para ajudar na redução do edema, na diminuição do tamanho do tumor e no efeito sobre as micrometástases;
3. cirurgia, que pode ser ablativa (amputação) ou de preservação do membro (ressecções, endopróteses, homoenxertos) e

---

<sup>5</sup> Parte da estatística que investiga problemas relacionados com a teoria e com o cálculo de seguros numa coletividade.

#### 4. quimioterapia pós-operatória de 6 ciclos.

A radioterapia nesta modalidade é contra-indicada, porque o osteossarcoma central é radio-resistente.

O prognóstico do paciente depende do tamanho do tumor e das margens cirúrgicas conseguidas, ou seja, quando o diâmetro do tumor é menor que 12 cm, a sobrevida é de 65% em 5 anos; quando é maior que 12 cm, a sobrevida é de 52% em cinco anos (Jesus-Garcia, 1996).

O osteossarcoma foi o diagnóstico do **Príncipe das Marés** que foi submetido a tratamento quimioterápico pré e pós-operatório e cirúrgico para ressecção do tumor no 1/3 proximal do úmero direito, colocação de homoenxerto fixado com placa de compressão e 8 parafusos.

O homoenxerto consiste na utilização do enxerto de banco de ossos, que pode ser empregado isoladamente ou em combinação com autoenxerto, geralmente para o preenchimento de grandes cavidades, em substituição da extremidade do fêmur, da tíbia ou do úmero, quando há a necessidade da ressecção em bloco, devido ao intenso comprometimento causado pelo tumor. Essa técnica cirúrgica, com o passar dos anos, pode causar alterações da cartilagem articular, que tende a evoluir para uma degeneração, com conseqüente artrose. No entanto esta degeneração articular poderá ser tratada, após alguns anos, com a colocação de endopróteses convencionais, desde que se tenha removido num primeiro tempo o tumor.

As principais características dos ossos utilizados nos homoenxertos são:

- podem ser armazenados por períodos longos;

- devem permanecer com resistência suficiente após a cirurgia para proporcionar estabilidade estrutural ao esqueleto;
- devem consolidar-se no local de anastomose com o osso hospedeiro;
- devem ser substituídos pelo osso hospedeiro, mesmo que de forma lenta, mas contínua;
- devido ao congelamento, diminuem a capacidade antigênica que, se presente, poderia interferir com a incorporação do homoenxerto pelo hospedeiro;
- a cartilagem articular deve ser preservada do processo de congelamento pelas substâncias crioprotetoras.

Feofiloff e Jesus-Garcia (1996) comentam que apesar das vantagens do método relatadas na literatura como, por exemplo, a redução do tempo de cirurgia e anestesia, da perda sangüínea, existem algumas desvantagens como o risco de transmissão de doenças através de homoenxertos contaminados, as reações imunológicas provocadas pelo enxerto e as altas taxas de infecção.

Segundo Jesus-Garcia et al. (1992) as vantagens do método se devem à disponibilidade de grande quantidade de osso nas formas mais variadas e apropriadas e, como desvantagens e problemas, a diminuição da resistência do osso após sua revascularização e a degeneração articular tardia.

Os autores realizaram experiência com colocação do homoenxerto, utilizando no tratamento pós-operatório imediato a drenagem a vácuo, a antibioticoterapia intravenosa durante quatro dias e, por via oral, por um mês;



imobilização do membro com aparelho gessado ou órtese<sup>6</sup> até a cicatrização das partes moles. A liberação da carga para a extremidade operada foi quando houve consolidação do foco de anastomose e a articulação foi considerada estável. Os resultados obtidos foram graduados, de acordo com a **Musculoskeletal Tumor Society**, neste quadro.

Quadro 2: Classificação dos resultados após tratamento com homoenxerto.

INDICADORES DA CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
EXCELENTE	O cliente não apresenta doença, tem função normal e está apto ao retorno às atividades com limitações mínimas.
BOM	O cliente não apresenta doença ou dor, mas evidencia uma redução da função articular. Não há necessidade de órtese, e o cliente pode retornar à maior parte das atividades, excluindo os esportes.
REGULAR	Não há evidência de tumor, há necessidade de órtese, e o cliente não tem condições de retornar à atividade pré-cirúrgica.
FALHA	Quando há a necessidade de remoção do osso utilizado, amputação, recorrência do tumor, fratura ou infecção.

Musculoskeletal Tumor Society citado por Jesus-Garcia (1996).

O autor comenta que os clientes que apresentaram tumores menores do que 12 cm foram submetidos em 84% das vezes à cirurgia preservadora do membro, contra apenas 47% dos clientes com tumores maiores do que 12 cm.

**As ações de cuidado gerais no pré-operatório de cirurgias ortopédicas são:**

- orientar o cliente sobre:

a importância da fisioterapia no pós-operatório;

6. Órtese é um aparelho usado para suporte, alinhamento, prevenção ou correção de deformidades.



a movimentação terapêutica no leito;

a manutenção do membro a ser operado em posição anatômica;

a fisiologia da dor e a necessidade do uso de analgésicos prescritos;

a importância em manter jejum de 8 horas;

- encaminhar o cliente ao banho e ajudá-lo na realização das medidas de higiene e conforto e outras que se fizerem necessárias;
- preparar o membro de acordo com a rotina da clínica;
- manter diálogo com o cliente e deixá-lo expressar suas necessidades e seus sentimentos.

#### **As ações de cuidado específicas no pré-operatório de Homoenxerto**

**são:**

- orientar o cliente e familiares sobre:
  - a cirurgia, posição do membro no pós-operatório e o uso da tipóia, pois a imobilização ajuda a cicatrização das partes moles bem como a consolidação do foco da anastomose e a estabilização da articulação;
- explicar ao cliente e familiares:
  - a finalidade do dreno a vácuo, demonstrando seu funcionamento;
  - a importância da fisioterapia no pós-operatório.

#### **As ações de cuidado gerais no pós-operatório são:**

- reforçar as orientações do pré-operatório;
- comprometer o cliente dentro de suas possibilidades na implementação

dos cuidados;

- monitorar resposta orgânica ao trauma:

controlando os sinais vitais de 6 em 6 horas, observando a perfusão periférica e queixa de formigamento;

- proporcionar medidas de conforto:

ajudando na movimentação no leito, estimulando exercícios respiratórios, higiene, massagem, utilizando coxins, travesseiros, etc.

- adotar medidas de apoio ao trauma mediante:

o incentivo da dieta hiperprotéica e hipercalórica e da ingesta hídrica adequada;

- implementar medidas de apoio, emocionais e educativas:

sensibilizando os familiares sobre a importância de ajudar o cliente na movimentação, até que ele tenha autonomia suficiente, mantendo diálogo com o cliente e família, deixando-os expressar suas reais necessidades mediante postura de disponibilidade para esclarecer dúvidas;

- implementar a prescrição médica.

**As ações de cuidado específicas no pós-operatório de Homoenxerto são:**

- controlar a dor mediante:

manutenção do dreno a vácuo abaixo do nível do membro operado, fixado na lateral da cama para minimizar danos, evitar acidentes,

propiciar o extravasamento do exsudato na ferida cirúrgica; aplicação de gelo no local; colocando o membro adequadamente e mantendo-o imobilizado com a tipóia;

- controlar o débito do dreno, observando-lhe aspecto, quantidade e anotando na prescrição;
- realizar o curativo e observar eventual presença de secreção;
- orientar sobre a alta hospitalar:

enfaticamente ao cliente e à família a importância da realização do curativo no domicílio para prevenção de infecção, a quimioterapia ambulatorial, retornos e de evitar acidentes e trauma no membro operado.

O osteossarcoma também foi o diagnóstico do **Príncipe Órfão** há mais de nove anos e seu tratamento foi a colocação de endoprótese no 1/3 distal do fêmur esquerdo. Foi internado para troca da endoprótese, porque esta se quebrou após queda da bicicleta que ele sofrera.

A endoprótese consiste na substituição de grandes segmentos ósseos nos casos de fratura de fêmur na idade avançada, em fraturas do colo do fêmur não consolidadas, na necrose avascular da cabeça do fêmur, na fratura cominutiva da cabeça do fêmur e nas neoplasias malignas. São divididas em convencional e não convencional. A endoprótese não convencional é desenhada sob medida; atualmente são estes os materiais utilizados para a sua confecção: aço inoxidável, titânio puro ou ligado a vanádio e alumínio, cromo, cobalto e polietileno,

materiais estes que são biocompatíveis. A vida útil das endopróteses é de 10 a 20 anos aproximadamente.

As complicações no pós-operatório são: formação de hematomas, necrose de pele, infecção, a deiscência após a cicatrização, trombozes, embolias precoces e tardias, trauma nervoso, perfuração da cortical da diáfise com conseqüente extravasamento de cimento pelo orifício, luxações e subluxações, solturas, fratura dos componentes devido às falhas em sua construção, impregnação dos tecidos com partículas do material implantado e desinserção de grupos musculares ou tendões da endoprótese (Jesus-Garcia et al., 1995).

**As ações de cuidado gerais no pré-operatório (vide páginas 57 e 58).**

**As ações de cuidado específicas no pré-operatório de Endoprótese são:**

- orientar o cliente e familiares sobre a cirurgia e a posição do membro no pós-operatório;
- explicar ao cliente e familiares:
  - a importância do uso de muletas no pós-operatório, solicitar a compra, ensiná-lo a deambular com elas, para que possa desenvolver a habilidade em manejá-las e sentir-se mais seguro no pós-operatório;
  - que o trapézio tem por finalidade a elevação da região dorsal, para que possam ser realizadas higiene e massagem para ativar a circulação e prevenir úlceras de pressão, elevação da pelve para colocação da comadre, realização da higiene íntima, proporcionando conforto, ajudar



na movimentação no leito, na troca da roupa de cama e no transporte do leito para a maca;

a segurar no trapézio e fletir o membro inferior sobre a cama, para que se possa movimentar no leito. Pedir que execute várias vezes esse procedimento, a fim de que se possa familiarizar com ele e adquirir confiança;

a importância da realização de exercícios com o membro operado no pós-operatório após a liberação médica, bem como a deambulação com carga parcial mediante o uso de muletas.

**As ações de cuidado gerais no pós-operatório (vide páginas 58 e 59)**

**As ações de cuidado específicas no pós-operatório de Endoprótese**

**são:**

- controlar a dor mediante:  
manutenção do dreno a vácuo abaixo do nível do membro operado, fixado na lateral da cama para minimizar danos, evitar acidentes, propiciar o extravasamento do exsudato na ferida cirúrgica; aplicação de gelo no local; colocando o membro adequadamente e mantendo-o imobilizado com a tipóia;
- controlar o débito do dreno, observando-lhe aspecto, quantidade e anotando na prescrição;
- realizar o curativo e observar eventual presença de secreção;
- ajudar o cliente na deambulação com carga parcial mediante o uso de

muletas, após liberação médica;

- orientar sobre a alta hospitalar:

ênfatizando ao cliente e à família a importância da realização do curativo no domicílio para prevenção de infecção, a quimioterapia ambulatorial, retornos e de evitar acidentes e trauma no membro operado.

As Figuras um, dois três e quatro, ilustram o que é uma endoprótese do 1/3 distal do fêmur e a agressividade na colocação dela.



Figura 1



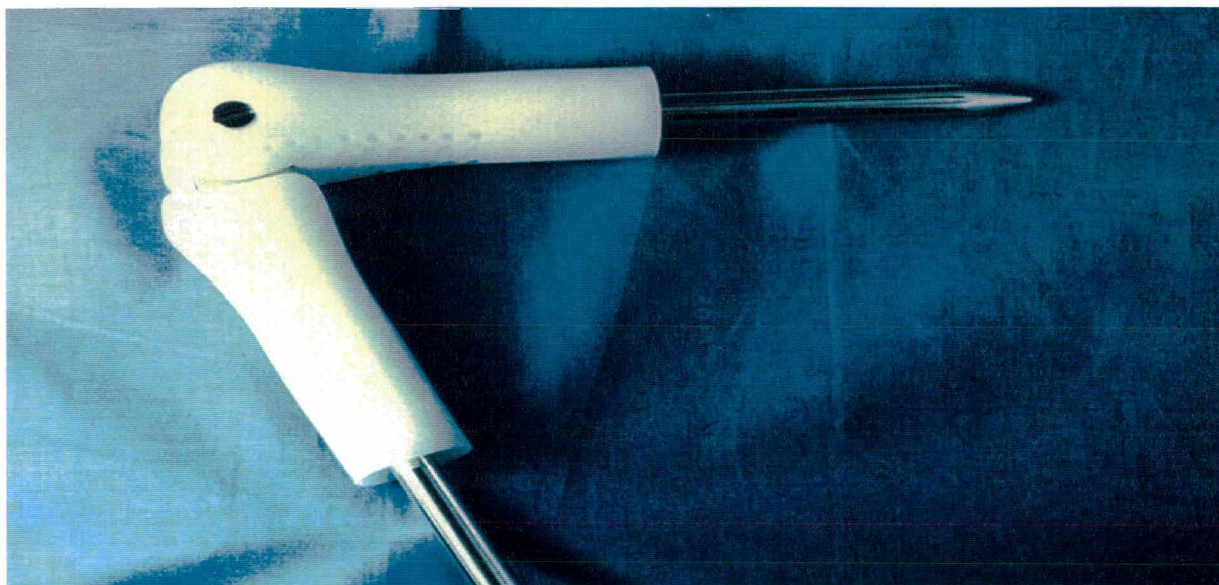


Figura 2

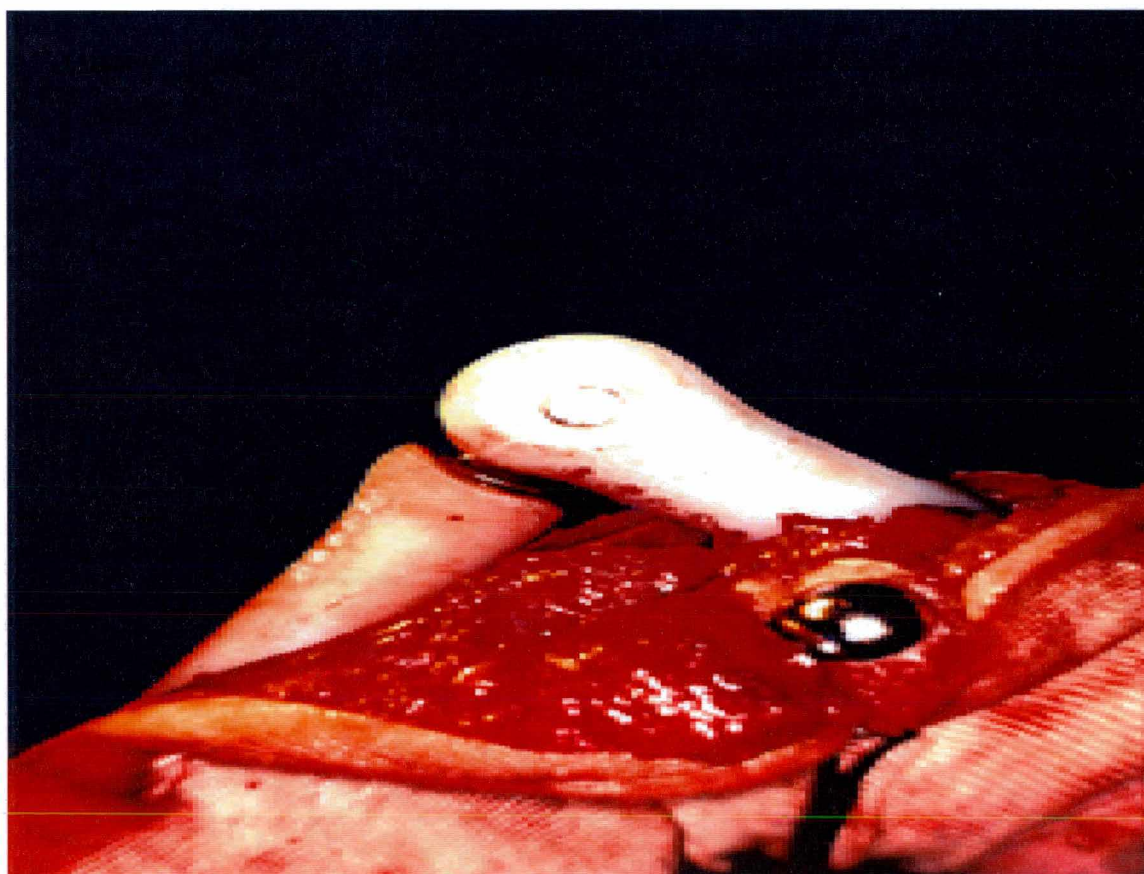


Figura 3

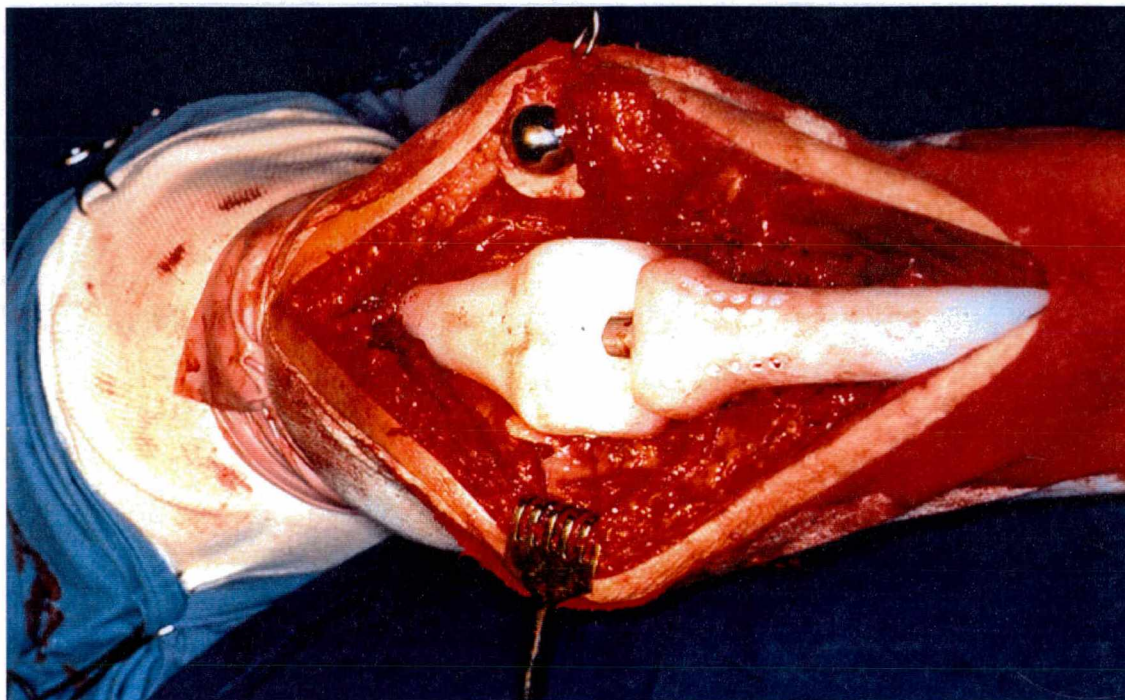


Figura 4

### **Luxação**

É o deslocamento do contato anatômico de duas extremidades ósseas que formam a articulação, total ou parcialmente, com perda da sua função e é acompanhada de ruptura de ligamentos, tendões e vasos. Podem ser classificadas em luxação congênita, luxação espontânea ou patológica e luxação traumática.

As fraturas e luxações da coluna cervical são grave ameaça à vida, devido à possibilidade de poderem ocasionar danos neurológicos como alterações da função motora, sensitiva e autônoma e levar a conseqüências seriíssimas como lesão medular. Os segmentos cervicais, por serem os mais móveis da coluna vertebral, são também mais vulneráveis a lesões instáveis, tais como luxações e fraturas-luxações, pois a medula espinhal na região cervical está vulnerável tanto para compressão como para transecção.



Os problemas apresentados após uma luxação traumática são: deformidade do contorno articular, assimetria da extremidade afetada, perda total ou parcial da mobilidade normal, mudança no eixo dos ossos luxados e dor ou tumefação da articulação.

A luxação traumática na coluna vertebral que envolve a primeira e segunda vértebras cervicais é chamada de atlantoaxial. Ela pode ser reduzida e imobilizada externamente mediante a instalação de tração transesquelética craniana contínua, do tipo Crutchfield, ou cirurgicamente mediante a artrodese cervical.

Artrodese é a fusão articular realizada cirurgicamente. É indicada nos casos de dor e instabilidade em uma articulação; em algumas circunstâncias, após a substituição de articulação mal sucedida. A desvantagem deste método de tratamento é a rigidez da articulação, apesar de ser um meio seguro de alívio permanente da dor. Existem dois métodos de artrodese, a saber: a intra-articular, em que a articulação, depois de colocada na posição desejada, é imobilizada mediante fixação metálica interna, dispositivo de fixação externa, como por exemplo, o gesso, ou por uma combinação destes métodos, até que a fusão esteja em ordem. Na artrodese extra-articular, a articulação não é alterada, apesar de ser imobilizada por um prego ou pino, mas é criada uma ponte que assegura a fusão óssea sobre ela, acima e abaixo dela, mediante a utilização de enxerto ósseo. Esse método é aplicado principalmente na coluna vertebral, ombro e quadril (Adams, 1994).

Campbell (1989) descreve as várias técnicas de artrodese; os cuidados no pós-operatório dependem da técnica utilizada.

O Príncipe da Terra sofrera uma luxação cervical traumática decorrente do atropelamento que o levou à tetraplegia.

A tetraplegia refere-se a quadriplegia, e significa a diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais devidas à lesão dos elementos neurais dentro do canal medular. Resulta em diminuição da função dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos. Não inclui lesões do plexo braquial ou dos nervos periféricos fora do canal vertebral (Barros Filho, 1994). E como consequência da lesão medular, advêm problemas: pulmonares, circulatórios, cutâneos, intestinais, urinários, musculares e sexuais.

Em fase tardia, surge ainda a hiperreflexia ou disreflexia autônoma, que é uma complicação que ocorre nas vítimas com lesões da medula espinal cervical ou da medula torácica alta, acima da sétima vértebra torácica. Quando isso ocorre, os mecanismos de controle central, por causa da interrupção das vias nervosas ascendentes, não conseguem efetuar ajustes adequados, permitindo que o sistema simpático possa atuar independentemente do controle central; assim, apresentam respostas exacerbadas a estímulos locais externos e internos. Constitui uma urgência clínica, que pode causar hemorragia cerebral e morte, devido à hipertensão paroxística, com convulsões, hemorragias retinianas e acidente vascular cerebral. Os fatores desencadeantes são: distensão ou a manipulação da bexiga e do intestino, estimulação retal, estimulação da pele (por estímulos táteis, dolorosos e térmicos), flatulência, etc.. Esta complicação se objetiva pelos

problemas de cefaléia pulsátil, visão turva, hipertensão grave, sudorese intensa (acima do nível da lesão medular), inquietação, congestão facial, piloereção, náusea, bradicardia e congestão nasal.

#### **As ações de cuidado:**

- prevenir fatores desencadeantes da hiperreflexia mediante:  
ingesta hídrica adequada, dobra ou entupimento da sonda vesical, o esvaziamento regular do intestino. Caso haja impactação fecal, deve-se aplicar no reto uma pomada anestésica (evita uma estimulação maior e o aumento da pressão sangüínea) antes de remover as fezes manualmente;
- observar outras causas de estimulação simpática como corrente de ar, ar frio, objetos pontiagudos que podem estar atuando sobre a pele e tomar as providências necessárias para interromper esta estimulação;
- monitorar a pressão sangüínea a cada cinco minutos até que se estabilize;
- elevar a cabeceira da cama ou colocar o cliente sentado, a fim de baixar a pressão sangüínea ( após detectada a hiperreflexia);
- implementar a prescrição médica.

**Problemas Pulmonares** ocorrem, porque o cliente tem controle muscular insatisfatório para tossir e, conseqüentemente, eliminar as secreções pulmonares,



causando aumento da secreção brônquica, formação de tampão mucoso, broncopneumonia, atelectasia.

**Ações de cuidado:**

- realizar nebulização para ajudar na fluidificação e remoção da secreção;
- estimular o cliente na realização de exercícios respiratórios com luvas, frascos, inspirações profundas (ajudam a aumentar a força e a resistência principalmente do diafragma e aliviam a ansiedade);
- realizar movimentação passiva e ativa (evita complicações pulmonares).

**Problemas Circulatórios** ocorrem pela imobilidade. A tromboflebite é consequência da imobilidade prolongada, súbita da falta de controle muscular que interfere na circulação venosa, diminuição do ritmo respiratório por paralisia dos músculos respiratórios, que dificultam o retorno venoso, podendo causar embolia pulmonar e morte do cliente, após mudanças de decúbito ou mobilizações.

**Ações de cuidado:**

- realizar mobilização motora passiva dos membros paralisados;
- colocar alternadamente na posição de Tredlemburg (favorece o retorno venoso);
- prevenir infecção urinária;
- evitar pressão na região da panturrilha;
- manter os membros inferiores com meias elásticas se possível;

- administrar anticoagulante conforme prescrição médica ou heparina (caso tenha sido detectada a tromboflebite);
- observar sinais de tumefação, calor e rubor na região poplíteia, do tornozelo e ingüinal;
- aplicar compressas de água morna, elevar os membros inferiores, evitar punção venosa nos membros inferiores; permanecer em repouso absoluto no leito.

**Problemas Cutâneos** ocorrem pela imobilidade e pela perda de sensibilidade do cliente. Estas predisõem ao aparecimento de úlceras de pressão nos locais de maior pressão: no sacro, crista ilíaca, tuberosidades isquiáticas, trocanteres femurais, calcâneos, joelhos e cotovelos. São de difícil cicatrização pelas alterações vasomotoras, paralisia muscular, pela perda dos diversos tipos de sensibilidade, diminuição da capacidade de regeneração tecidual, anemia, distúrbios metabólicos, etc. e infectam com facilidade.

**Ações de cuidado:**

- explicar ao cliente e familiares, de maneira simples, o que é úlcera de pressão e todas as ações de cuidado necessárias para prevenção e/ou recuperação, de forma a comprometê-los no tratamento hospitalar e prepará-los para a alta;

- mudar decúbito a cada duas horas, para aliviar a pressão e utilizar coxins, rodas de conforto, luvas com água (calcâneos e cotovelo), travesseiros;
- manter a pele limpa e seca;
- manter a roupa de cama limpa, seca e sem pregas;
- realizar massagem e hidratação da pele (melhora a circulação);
- proporcionar higiene adequada na região perineal;
- incentivar dieta hiperproteica, rica em fibras e em vitamina C e ingestão hídrica adequada;
- expor o cliente diariamente aos raios de sol;
- realizar curativo nas escaras sempre que necessário.

**Problemas Intestinais.** Ocorre depressão da função gastrointestinal e conseqüentemente há retenção fecal, principalmente no reto; com a atonia do trato intestinal, os ruídos intestinais desaparecem. Quando a lesão da medula ocorre acima dos segmentos ou raízes nervosas sacrais e há atividade reflexa, a evacuação pode ser estimulada mediante massagem no esfíncter anal. Esta manobra é contra-indicada, quando a lesão da medula envolve o segmento ou raízes nervosas sacrais, porque o ânus pode relaxar-se e perder o tônus muscular pela massagem anal.

#### **Ações de cuidado:**

- evitar a distensão abdominal (pode causar dificuldades respiratórias, cefaléia, mal-estar geral e aumento da espasticidade), mediante dieta rica em proteínas e calorias, ingestão hídrica adequada (para evitar infecções renais e diminuir a hipercalciúria associada à imobilidade), medicamentos e manobras apropriadas;
- colocar o cliente em decúbito lateral no leito e com fraldas no momento da evacuação, na cadeira higiênica ou no vaso sanitário (evitar o uso de comadre, pois podem ferir o cliente e provocar úlceras de pressão);
- manter (se possível) o hábito de evacuação do cliente antes do acidente ou padronizar horário (preferencialmente após as refeições).

**Problemas Urinários** ocorrem por causa da bexiga neurogênica, ou seja, após a lesão medular a bexiga, torna-se atônica e não reflexa ou autônoma. Os esfíncteres vesicais paralisam, há a estase vesical, podendo haver refluxo uretral, cistite, infecção urinária ascendente e ruptura vesical e outras complicações como litíase, hidronefrose, fístulas uretrais, orquiepididimite e diverticulite. Estas podem levar à insuficiência renal e morte do cliente.

Segundo Faro (1996), os cuidados referentes à eliminação urinária devem ser iniciados imediatamente após o trauma, evitando-se distensão vesical e retenção urinária, mediante cateterismo vesical de demora e, após a estabilização do cliente, deve ser iniciado um programa de reeducação vesical, onde pode-se indicar procedimentos invasivos (cateterismo vesical) e não invasivos (manobras para esvaziamento).



As manobras não invasivas são: piparote ou estimulação suprapúbica (ESP), quando se faz a estimulação digital com leves toques na região suprapúbica; manobra de Credê faz-se compressão do baixo ventre, num movimento de cima para baixo, desde o umbigo até a bexiga (para remover urina dos ureteres). As bexigas reflexas, ou seja, aquelas em que a lesão medular ocorreu acima do arco reflexo ou do centro da micção respondem satisfatoriamente a estas manobras, enquanto a bexiga autônoma é aquela em que há lesão do centro da micção, isolando a bexiga da medula, responde melhor ao Credê. E a manobra de Valsalva consiste na inspiração profunda, seguida de expiração forçada (aumenta a pressão intra-abdominal) (Beyers & Dudas, 1989; Faro, 1996). Essa manobra pode desencadear a hiperreflexia. A utilização dessas manobras, depende de avaliação médica e urológica; atualmente têm sido bastante discutidas quanto aos resultados, sendo o cateterismo intermitente o melhor procedimento na reeducação vesical, definido após avaliação urodinâmica e médica.

É importante explicar ao cliente e aos familiares a causa da interrupção da função fisiológica da bexiga, bem como os sinais e sintomas que indicam bexiga cheia: cefaléia leve, sensação de mal-estar, sudorese, piloereção, porque podem levar à distensão vesical, além do risco de desenvolver hiperreflexia.

**Problemas Musculares** manifestam-se quando há lesão de neurônios motores superiores, depois de passado o período de choque neurogênico. Durante os seis a nove primeiros meses, há tendência a predominar a espasticidade dos



flexores e posteriormente a dos extensores. A espasticidade é a resposta motora do arco reflexo, sendo determinada por estímulos cutâneos representados pelas úlceras; os osteoarticulares pelas contraturas, os intestinais pela distensão, e os vesicais pela distensão e infecção. Os espasmos intensos dificultam o repouso, sono do cliente e podem provocar dores. Em alguns casos há necessidade de tratamento cirúrgico.

### **Ações de cuidado:**

- realizar movimentação passiva para prevenir a espasticidade excessiva;
- dar banho com água morna;
- prevenir posições viciosas, contraturas (estas resultam da atrofia muscular, ausência de mobilidade articular, posicionamento inadequado e desuso dos membros, inflamação das articulações, descompensação entre os músculos flexores e extensores de uma articulação) e anquiloses (diminuição ou impossibilidade absoluta de movimentos de uma articulação móvel) mediante mudanças de decúbito e exercícios passivos; manutenção de uma postura correta ou alinhamento corporal longitudinal no leito;
- implementar prescrição médica.

**Problemas sexuais** devem ser tratados com o cliente e sua companheira com naturalidade, pois o lesado medular é um corpo sexuado que tem parte do

seu corpo paralisado, mas não o seu cérebro, nem a capacidade de ter fantasias eróticas. Ele mantém a libido, a capacidade de ereção, ejaculação e orgasmo mas em proporções diversas, relacionadas ao nível e intensidade da lesão medular. As orientações da sexualidade devem ser realizadas na fase sub-aguda ou crônica onde será dada ênfase aos aspectos mentais e não corporais, sobre a higiene, esvaziamento completo da bexiga e intestino, acomodação da sonda uretral e colocação do preservativo masculino e da possibilidade de gravidez. Já no homem a capacidade de procriação fica limitada pelas infecções crônicas, pela insuficiência seminal e ejaculação retrógrada.

O sucesso sexual do casal vai depender da capacidade de desmistificação do comportamento sexual, da aceitação e colaboração de ambas as partes.

### **Fixador externo Ilizarov**

É um aparelho inventado em 1951 pelo Dr. Gavril Abramovich Ilizarov, nascido em Khuavy, na região de Daghestan na União Soviética. Iniciou o estudo experimental e clínico em 1952; a primeira comunicação reconhecida dessa técnica aconteceu em 1954 intitulada "New Principle of Osteosynthesis by means of crossing Pins and Rings".

O fixador externo é um exoesqueleto que se opõe a todos os deslocamentos no sentido axial, da flexão ou da rotação, mediante a utilização de agulhas de Kirschner transóssea de diâmetro entre 1,5 a 1,8 milímetros. Estas são dispostas em cruz, em quatro corticais que fazem compressão ou distração conforme a necessidade terapêutica, proporcionando estabilidade e elasticidade sem rigidez.

Esse método tem como princípios básicos a corticotomia, que é a osteotomia realizada para fornecer condições de regeneração, e a osteogênese em distração, em alongamento. A osteogênese é a capacidade de regeneração do osso quando submetido a uma força de tração.

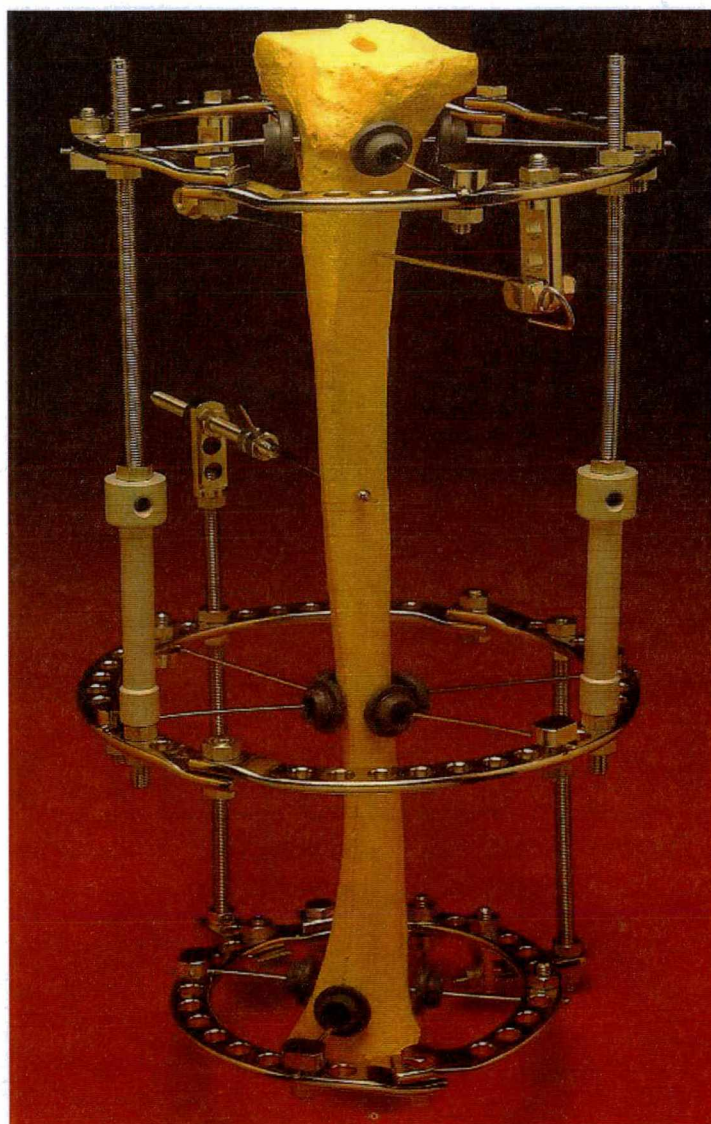


Figura 5



O método é indicado nos casos de fraturas fechadas e expostas, seqüelas de infecção, perdas de substância óssea, deformidades congênitas, seqüela de paralisia infantil, artrodese, pseudoartrose e alterações articulares.



Figura 6 – cliente em alongamento do fêmur



Figura 7 – cliente após o alongamento

Segundo Ilizarov (1990), o tratamento no pós-operatório divide-se em tratamento imediato, primário e secundário e tardio. O tratamento imediato é aquele em que o cliente sai da cirurgia com o membro elevado e com a ponta de saída das agulhas na pele protegidas por gaze; o primário é aquele que se efetua no primeiro e segundo dia após a intervenção; secundário se efetua nos dias subseqüentes até o décimo dia, quando há uma estabilização das lesões musculocutâneas provocadas pela intervenção; o tardio é aquele que se efetua até a retirada do aparelho.

O autor considera a mobilização ativa e passiva importantíssima e fundamental no tratamento pós-operatório, porque influi positivamente sobre o processo de osteogênese, melhora a circulação sangüínea e favorece a rápida formação do calo ósseo e do tecido de regeneração nos casos de alongamento.

As complicações que podem aparecer no pós-operatório segundo Ilizarov (1990) são:

- deslocamento dos fragmentos no aparelho;
- lesões de vasos principais e dos nervos;
- infecções na saída das agulhas da pele, infecções profundas das partes moles e do osso.

Também poderá ocorrer um deslocamento secundário dos fragmentos no aparelho por todas as causas anteriormente descritas mas de um modo mais específico em virtude da:

- ruptura das agulhas ou de qualquer elemento do aparelho devido a seu defeito de construção;

- perda de tensão das agulhas;
- necrose óssea circunscrita;
- incorreta compressão axial dos fragmentos e se não é considerada a direção do plano das bordas da fratura do osso;
- retirada do aparelho, que pode determinar angulações do tecido regenerado

O autor considera a infecção provocada pelas agulhas a complicação mais freqüente no seu método. Ela não compromete o êxito final no tratamento, mesmo nos casos de permanência longa do aparelho.

Essa modalidade terapêutica foi apresentada no Brasil em 1986, pelo pesquisador italiano Antonio Bianchi-Maiocchi, da Universidade de Novara e utilizado pela primeira vez em 1987 na cidade de São Paulo.

Apesar das inúmeras vantagens do Ilizarov, Brutscher (1994) indica como desvantagem séria no caso de alongamento maior que 5 ou 6 cm de comprimento, a retração dos tecidos moles e conseqüente contratura das articulações adjacentes.

Neste tipo de tratamento, é muito importante que o cliente conheça o aparelho e tenha contato com outros clientes que o estão usando. No que se refere às ações de cuidado, estas devem ser iniciadas em nível ambulatorial, quando compete à Enfermeira:

- orientar o cliente para confeccionar ou adaptar suas roupas, mediante a colocação de colchete, “ziper” ou velcro na lateral da roupa para facilitar a passagem do aparelho;

- orientar para que providencie a confecção de muletas, quando o aparelho for colocado no membro inferior;
- ensinar o cliente a deambular com a muleta para que se sinta mais seguro no pós-operatório;
- orientar sobre a importância do autocuidado com ênfase na limpeza do aparelho para prevenção de infecção no local da saída das agulhas (fio) de Kirschner da pele;
- explicar ao cliente e familiares a fisiologia da dor e a importância do uso de analgésicos conforme prescrição médica, principalmente no caso do alongamento ósseo;
- orientar sobre a alteração na imagem corporal em virtude do aspecto do aparelho;
- enfatizar a importância da fisioterapia durante e após o tratamento;
- sensibilizar a família sobre a importância de dar ajuda e suporte necessários ao cliente, durante a hospitalização e após a alta hospitalar.

As ações de cuidado devem não só preparar o cliente para vivenciar o período pré e pós-operatório, como prepará-lo gradativamente para sua alta hospitalar, o que nem sempre é feito<sup>7</sup>.

**As ações de cuidado gerais no pré-operatório (vide páginas 57 e 58).**

**As ações de cuidado específicas no pré-operatório do Ilizarov:**

- reforçar todas as orientações dadas no ambulatório;

---

<sup>7</sup> Destaco que as ações de cuidado de toda e qualquer cirurgia, deverá ser iniciado no ambulatório, no momento em que se confirme a indicação cirúrgica.

- orientar sobre a posição do membro com o Ilizarov no pós-operatório;
- treinar a deambulação com a muleta,
- ensinar a realização de exercícios ativos e passivos, esclarecendo sobre a dificuldade em realizá-los no pós-operatório, bem como sua importância.

**As ações de cuidado no pós-operatório são:**

- monitorar resposta orgânica ao trauma:  
controlando os sinais vitais de 6 em 6 horas, observando a perfusão periférica, coloração, pulso pedioso, sensibilidade e queixa de formigamento;
- controlar a dor mediante posicionamento correto do membro com o Ilizarov, administração de analgésicos e apoio;
- proporcionar medidas de conforto, ajudando na movimentação no leito e estimulando exercícios respiratórios;
- realizar o curativo diariamente com solução antisséptica padronizada pela clínica e observar a presença de exsudato, sinais de infecção no local de inserção das agulhas de Kirschner;
- incentivar a realização de exercícios ativos e passivos para estimular a circulação, manter o tônus muscular e prevenir complicações;
- iniciar a deambulação assistida e com carga parcial, mediante o uso de muleta conforme conduta médica;
- ensinar o cliente a lavar o local da saída das agulhas de Kirschner da pele por ocasião do banho, secar, colocar a solução antisséptica, proteger



com gaze e trocar sempre que houver presença de secreção e pedir que ele demonstre;

- orientar o cliente para que não tenha medo de remover as crostas que se podem formar ao redor da saída das agulhas de Kirschner da pele. Caso isso ocorra ensiná-lo a fazer uma leve pressão sobre a pele, deslocando-a para dentro, de modo a permitir a limpeza da crosta na agulha;
- orientar sobre a alta hospitalar, reforçando aos familiares a importância de participarem no tratamento, dando apoio e suporte necessários à recuperação do cliente, a fim de que ele possa reiniciar suas atividades cotidianas; do tratamento fisioterápico contínuo após a alta hospitalar; esclarecer sobre a prática de esportes, desde que eles não sejam limitados pelo fixador e que, após a cicatrização no local de saída das agulhas da pele, o cliente também poderá nadar em piscina com água clorada ou no mar, tomando o cuidado de em seguida, lavar o membro com água corrente limpa e colocar solução antisséptica, ademais de enfatizar a importância do acompanhamento do tratamento no ambulatório.

#### 4 DESCREVENDO A CAMINHADA

A caminhada por mim vivenciada foi marcada por um momento difícil, pois a instituição passara por mais uma das inúmeras crises que afetam de modo geral os hospitais públicos do país, em função da falta de recursos e investimentos no setor saúde, aliados à uma total ausência, por parte dos governantes, de uma política de saúde. Esta situação gerou uma falta de material muito grande, impossibilitando a realização de tratamentos clínicos e principalmente cirúrgicos, acarretando uma diminuição dos internamentos. Nesse período a taxa de ocupação na Clínica de Ortopedia e Traumatologia era em média de 7 clientes, com tempo de permanência curto. Geralmente eram clientes que se internavam para a realização de exames, portadores de tumores ósseos que não exigiam cirurgias onerosas, ou corpos enfermos com problemas ortopédicos e infectados que exigiam atendimento imediato.

A equipe de enfermagem e o chefe da equipe médica foram informados sobre o trabalho que foi por mim desenvolvido. Como havia insegurança de minha parte em função de estar utilizando uma nova abordagem de cuidar na enfermagem, e por não ter certeza de como seria esse cuidar segundo a concepção de corporeidade de Merleau-Ponty transsubstanciada para a Enfermagem por Polak (1996), optei por transcrever as ações de cuidado elaboradas por mim e pelo corpo cuidado em meu diário de campo e acrescentar a prescrição de enfermagem informatizada, pois a sua implementação, seria feita por mim.

Para poder vivenciar os quatro momentos propostos por Polak (1996), bem

como apreender com clareza a relação vivida por nós enquanto corpo cuidador e corpo cuidado, optei por cuidar de clientes hospitalizados que tinham a possibilidade de um tempo maior de permanência, cuja informação me foi fornecida pela enfermeira assistencial.

Fui ao encontro dos corpos enfermos, apresentei-me como enfermeira, professora e pesquisadora e falei sobre minha proposta de trabalho, esclarecendo que mesmo a participação sendo voluntária, seria necessária uma autorização deles por escrito. Salientei que não haveria nenhuma discriminação e nenhum prejuízo na assistência prestada, caso não desejassem participar dessa proposta. Aproveitei a oportunidade para esclarecer a importância do registro no diário de campo das informações emergidas em cada situação do encontro/interação.

Para descrever minha experiência enquanto corpo cuidador com os corpos cuidados e observando o princípio da bioética de garantir e preservar a privacidade e os direitos dos pesquisados, optei por usar a linguagem metafórica, ressaltando que esta seria usada, se eles assim o consentissem. Assim nomeiei-os como o **Príncipe das Marés**, o **Príncipe da Terra**, o **Príncipe Órfão** e o **Príncipe Artista**.

### **“O Príncipe das Marés”**

**Príncipe das Marés** recebeu esse nome por ser um adolescente que, comparado com as marés, possui movimentos de fluxo e refluxo, de vai e vem. Adolecendo ele vive um momento existencial único que afeta todo o seu existir, em função da instabilidade e estabilidade vivenciadas em seu cotidiano, entre

equilíbrio e desequilíbrio, entre as certezas e incertezas, entre independência e proteção, aconchego, entre o se mostrar e o se ocultar, tornando-o vulnerável e sensível para sofrer os golpes do destino, de uma realidade que coloca tragicamente diante dele a finitude, o limite da vida.

O Príncipe das Marés era um jovem adolescente de 19 anos, internado na Clínica de Ortopedia e Traumatologia com diagnóstico de Osteossarcoma no úmero direito para tratamento cirúrgico: enxerto homólogo.

Conhecíamos-nos apenas de vista, até que numa manhã, quando caminhava pelo corredor, encontrei-o saindo do banheiro. Calçava chinelos, usava somente a calça do pijama, tinha o tórax nú, o membro superior direito fletido, apoiado numa tipóia e a incisão cirúrgica sem curativo, apenas coberta pela própria toalha de banho que segurava com sua mão esquerda. Olhando-o atentamente senti que a sua expressão facial me enviava mensagens não verbais, e que era importante descobrir o significado delas.

Aproximei e cumprimentei-o dizendo-lhe: “Bom dia. Você parece estar preocupado? Posso ajudá-lo”? Ele respondeu:

— *“Bom dia, acho que as coisas não vão bem”*.

Ele parou e ficou olhando-me. Nesse momento senti-me percebida por ele, como pessoa que poderia ouvi-lo. Contudo considerei-o vacilante e evasivo na sua resposta; decidi que deveria envidar esforços para aproximar-me dele, permitir que ele me percebesse como alguém com quem pudesse compartilhar aquele seu momento. Assim, intencionalmente, iniciei a minha aproximação, no que fui bem

sucedida, pois conseguimos estabelecer diálogo e transformar esse momento em uma situação de encontro, situação interativa. Refleti rapidamente sobre sua resposta e continuei com a minha postura inquisitiva, aberta, demonstrando interesse, e perguntei: “Por que as coisas não vão bem com você?” Ele respondeu:

— *“Quando tomava banho, a bolha que estava na incisão começou a drenar pus de cor meio amarelado. Por que aconteceu isso?”*

Ao descrever o seu desconforto físico, percebi que buscava uma aproximação com alguém que pudesse ouvi-lo, manter diálogo e explicações ou respostas que justificassem a sua condição naquele momento. Aproveitei para convidá-lo a entrar na enfermaria e sentar-se comigo, para explicar-lhe a formação do pus. Procurei tranquilizá-lo e confortá-lo, pois o Residente havia comentado comigo a introdução de antibiótico por via oral na prescrição do cliente, em função da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ter constatado contaminação no osso transplantado. Perguntei se havia mais alguma outra dúvida, se desejava saber algo mais e ele disse:

— *“Não”*.

Então me coloquei à sua disposição para realizar o curativo, o que foi prontamente aceito. Durante a realização deste, continuamos nos percebendo e nos descobrindo. O resultado da percepção se objetivou mediante a linguagem verbal, gestual, que permitiu apreender os sinais emanados pelo Príncipe das Marés e compreender o seu mundo de significados. No entanto foi necessário certo processo de clivagem, quando assumi postura aberta, evidenciando

disponibilidade de estar com ele, de compartilhar o seu momento existencial, momento atípico de sua vida.

Durante nossos encontros, não utilizei nenhum histórico ou roteiro tradicional para conhecê-lo e descobri-lo. Usei apenas minha percepção e sensibilidade; deixava que falasse de suas expectativas, de seus medos, o que esperava de mim e da enfermagem; deixava as coisas fluírem naturalmente, tendo a certeza de que essa estratégia possibilitaria conhecê-lo enquanto corpo vivente, retirado do seu mundo familiar, social e inserido no mundo da hospitalização. Pedi que falasse um pouco sobre a sua doença; ele prontamente historiou todo o processo.

Ao compartilhar esse momento da vida do Príncipe das Marés, senti nele uma força interior muito grande, que impedia o desmoronamento do seu mundo de sonhos, de fantasias e seus projetos de vida.

Ao contrário dele, eu me sentia apática, revivi momentos tristes, pois veio à tona todo o drama vivido com minha filha adolescente, acometida de um problema ortopédico, decorrente de infecção hospitalar após o seu nascimento. Havia algo comum aos dois que me chamou a atenção: ambos possuíam uma força interior que os incitavam a lutar e a superar, da melhor maneira possível, o desafio de vivenciar tal momento existencial, único, sofrido e muitas vezes solitário. O momento da doença, do corpo enfermo, que afeta todo o seu existir, o corpo vivente na sua totalidade, que superam esse momento às vezes com grandes seqüelas, com cicatrizes que marcam o seu todo e que jamais serão esquecidas. Inquietava-me imaginando como uma pessoa tão jovem como o

Príncipe das Marés encarava a doença, quais eram suas preocupações e expectativas. Ao perguntar sobre essas inquietações, ele respondeu:

— *“Sofri quando soube do diagnóstico. Sou voltado para o espírito e não para o corpo. Chorei não pela doença em si. Chorei ao pensar o que tenho para aproveitar, para viver a vida; pela minha independência ter-se transformado em dependência. Todas as minhas conquistas foram perdidas. Penso na possibilidade de passar a ter uma dependência física, pois não poderia viver a vida sendo uma pessoa totalmente independente e dono dos próprios atos como sempre fui. Minha mãe resolveu mudar para cá; não tive opção para escolher o que seria melhor para mim. Ela impôs essa condição. Agora não tenho mais voz ativa. Ela fica me paparicando demais e me tratando como criança. Não gosto de ser colocado no cabresto e com limites. Não estou preocupado em quanto tempo vou viver. Agora o importante é poder curtir, viver a vida. Estou pensando em noivar e casar para poder sair de casa”*.

Assim vivemos o primeiro e o segundo momento do processo de cuidar, ou seja, a percepção, a descoberta e o diálogo, quando pude constatar na prática a concepção de Enfermagem e de Cuidar de Polak; ao falar de como sentiu o seu diagnóstico, da rejeição à dependência, da superproteção materna e do desejo de casar, ele mostrou-se, abriu o seu mundo, o seu espaço privado e permitiu que fizesse parte dele, o que evidenciou confiança, o início de uma relação centrada no respeito, uma relação ética, na qual fui facilitadora, fui presença, suporte, ajuda. Para chegarmos até essa fase, foi necessário abertura, um processo de reconstrução e reconstituição de tudo o que ele sabia sobre a sua doença, dos procedimentos de cura e de cuidado.

Diante do exposto senti necessidade de continuar com nossas descobertas, de conhecer como ele vivenciava a hospitalização, o que pode ser apreendido no relato a seguir:

— *“Aqui é lugar difícil para ficar e conviver, apesar de ter gostado das pessoas que conheci. O ambiente é frio, não há calor humano. A relação de ajuda entre os pacientes existe, é grande, o que não acontece com a enfermagem. Nós pacientes nos tratamos como amigos. A enfermagem se mantém à distância, não conversa com o paciente, não dá chance de comunicação, de diálogo; ela tem o seu próprio mundo, o paciente o seu; não dá importância às nossas questões, às nossas dúvidas; ignoram e se irritam com as nossas solicitações. Vejo a enfermagem sempre sem tempo em função das suas inúmeras atividades.*

*No 10º andar a enfermagem trata de forma diferente. Aqui me sinto sozinho, num mundo estranho. Tenho receio de conversar, me sinto acuado e não tenho recursos para me comunicar com pessoas amigas pelo telefone e pelo computador. A enfermagem pode auxiliar-me na fisioterapia, pois tenho dificuldade em fazer sozinho, mas não vou pedir ajuda. O meu médico fica dias, semanas sem aparecer, enquanto a médica que cuida de mim na Hematologia é mais humana e veio me fazer três visitas aqui na Ortopedia.”*

O relato estarrecedor e ao mesmo tempo desabafo do Príncipe das Marés denunciava quão difícil é vivenciar o cotidiano da hospitalização. Emergiram questões sérias que precisavam ser refletidas, discutidas, para que a enfermagem se pudesse conscientizar da importância de rever suas práticas, bem como em resgatar o humano no seu fazer.



Continuando com nosso diálogo, perguntei em que poderia ajudá-lo; ele respondeu:

— *“Conversando comigo, mas desde que não sobrecarregue você, pois tem outros pacientes aqui”*.

Disse que quanto a isso não precisava se preocupar, pois havia tempo para todos. Aproveitando a oportunidade, questionei-o sobre sua atitude de não solicitar ajuda da enfermagem na realização da fisioterapia e ele me respondeu:

— *“Esse tipo de atitude faz parte da minha personalidade”*.

Percebendo seu comportamento de negação à dependência física, tentei mostrar-lhe que, em determinados momentos se faz necessário solicitar ajuda da enfermagem, e que neste caso ele poderia ter tido outra atitude, ser mais flexível, pois a própria natureza e o homem sofrem mudanças e transformações. Insisti em que fosse menos rígido e tentasse provocar alguma mudança no seu próprio comportamento e no da enfermagem. Ele ouviu-me atentamente, ficou pensativo e apenas esboçou um sorriso. Em seguida perguntei quais seriam os cuidados que deveríamos elaborar em conjunto para aquele dia. Quanto ao curativo, quantas vezes você acha que deveria ser feito, já que continuava drenando secreção serossanguinolenta? Ele me respondeu:

— *“Tem sido feito duas vezes ao dia, mas à noite às vezes tem de ser trocado”*.

Chegamos à conclusão de que o curativo deveria ser feito sempre que necessário e que seria melhor realizar dois curativos, ou seja, um curativo isolado na parte da incisão limpa e seca, e outro na parte que drenava secreção

serossanguinolenta. Após ouvir essa terminologia estranha e que não fazia parte da sua linguagem cotidiana, perguntou o que era secreção serossanguinolenta. Percebi nesse momento, que o Príncipe das Marés estava sensibilizado e envolvido com a aquisição e construção do novo conhecimento, necessárias para o seu processo de recuperação. Satisfeito com a explicação, disse:

— “*Aprendi mais uma coisa nova*”.

Aqui se deu o terceiro momento, o da construção do novo conhecimento, dando subsídio para a elaboração da sua prescrição e implementação dela, que correspondeu ao quarto momento.

As ações de cuidado, elaboradas em parceria com o Príncipe das Marés, foram acrescentadas à prescrição de enfermagem rotineira da unidade e anotadas em meu diário de campo em que constava:

- reforçar as orientações sobre o problema,
- realizar o curativo em membro superior direito sempre que necessário,
- observar o aspecto do curativo e o tipo de secreção,
- manter comunicação para que possa expressar suas reais necessidades,
- auxiliar na realização da fisioterapia,
- realizar o controle da temperatura,
- estimular alimentação hiperprotéica e hipercalórica.
- e implementar a prescrição médica.

## 2º encontro/interação

Fui ao encontro do Príncipe das Marés, cumprimentei-o, perguntei como se estava sentindo; ele referiu dor na parte mediana do braço direito, quando apoiava o cotovelo, e na articulação do ombro, quando ficava sentado ou em pé, mesmo usando tipóia, mas não quis tomar nenhum dos analgésicos prescritos pela equipe da dor. Perguntei como havia passado a noite e ele me respondeu:

— *“À noite a enfermagem ficou brava comigo porque não chamei para me auxiliarem a levantar da cama”.*

Esboçou um sorriso e em seguida deu uma gargalhada, dizendo:

— *“Ontem à noite fiz um teste com a enfermagem. Quando tive dor, fui até o posto de enfermagem e pedi para fazer uma ligação. Resolvi puxar assuntos gerais com a enfermagem e elas conversaram durante uma hora e meia. Acho que elas estavam de bom humor, pois uma delas falou sobre a reforma da casa e a outra falou um pouco menos, pois estava arrumando as medicações. Depois comentei sobre minha vida, meus planos e elas deram palpite. Fiquei surpreso, me senti muito bem em poder compartilhar um pouco da minha vida e elas também. Recebi afeto pelo fato de uma delas ter me ajudado a tomar danoninho. De todas as noites, essa foi a melhor e a primeira em que consegui dialogar. Após o nosso primeiro encontro, houve uma mudança em mim. Observei que se você tem disponibilidade e intenção de manter um diálogo, eu também posso. Consegui iniciar intencionalmente um diálogo”.*

Ao refletir sobre sua atitude pude constatar que, enquanto corpo cuidador e corporeidade, consegui agir como facilitadora entre ele e a equipe de enfermagem.

Minha postura gerou mudança no comportamento do Príncipe das Marés, que conseguiu adentrar no mundo da enfermagem, até então percebido como impenetrável por ele e manter diálogo com a equipe.

Perguntei se poderia ajudá-lo em alguma coisa; ele disse que gostaria de saber algo sobre a sobrevivência das bactérias. O Príncipe das Marés parecia uma caixinha de surpresa, pois a cada dia tinha uma pergunta a fazer sobre questões que são alheias ao seu conhecimento. Atendi a sua solicitação e passei a explicá-la; durante a explicação, ouvia atentamente, ele não tinha receio de me interromper. A cada resposta, um novo conhecimento era incorporado ao seu. Nossos encontros eram permeados por um processo contínuo de aprendizagem, de fortalecimento mútuo, de respeito, carinho e calor humano.

Enquanto realizava o curativo, alertei-o sobre a questão da dor e da não aceitação da medicação. Avaliei a prescrição de enfermagem do dia anterior e percebi não ser necessário fazer alterações, porquanto havia desencadeado uma mudança no comportamento retraído do Príncipe das Marés, ao buscar conversar com a equipe.

Ao recolher o material utilizado na realização do curativo, observei em sua mesa de cabeceira, um frasco de medicação. Não precisei perguntar absolutamente nada, pois o não verbal expresso pelo meu olhar direcionado para o Príncipe das Marés, foi suficiente para que percebesse o que eu queria saber. Olhou para mim dizendo:

— *“Isso é Aveloz. No nordeste ela serve de cerca viva. É utilizada experimentalmente para tratamento de pessoas com câncer. É doada por uma farmacêutica que faz a pesquisa e que dá gratuitamente. Ela mostra a planta que tem plantada, dá folders e explica tudo. A farmacêutica pede o RG., a data de nascimento, o peso e a altura. Fiquei sabendo através de outra pessoa que tem câncer.”*

Após a explicação, percebi que ao vivenciar esse momento, o Príncipe das Marés teve a oportunidade de transmitir seu conhecimento, compartilhando o que havia aprendido, propiciando assim, o momento de troca.

Assim que tive oportunidade, fui pessoalmente conversar com a farmacêutica e pesquisadora, que prontamente me atendeu, explicando detalhadamente a sua pesquisa realizada em vários hospitais em Curitiba, bem como os resultados satisfatórios. Mostrou-me também em seu jardim a planta.

### **3º encontro/interação**

Cumprimentamo-nos e em seguida perguntei como havia passado o final de semana e ele respondeu:

— *“Foi ótimo. Fui ao 10º andar onde a visita é liberada e pude ficar mais tempo com minha namorada e minha mãe. A secreção está bastante diminuída e é serosa. Houve diminuição do edema e a dor melhorou. Recebi visita médica que explicou a sensibilidade no braço e o amortecimento no polegar. Acredito que recebi esclarecimentos porque esse médico é amigo do meu irmão”.*

Executei os cuidados elaborados por nós; durante a realização do curativo, o Príncipe das Marés descreveu o aspecto da secreção que drenava na incisão cirúrgica, demonstrando não só que estava observando, mas que sabia o porquê dessa situação. Confirmei o aspecto da secreção; em seguida conversamos sobre as ações de cuidado contidas na prescrição do dia anterior. Ao avaliá-la, não achei necessário alterá-la. Arrumei o material e disse que ia ao encontro dos outros clientes que estava cuidando.

Às onze horas e quinze minutos a enfermeira assistencial, que havia folgado durante cinco dias, transferiu o Príncipe das Marés para o isolamento da clínica, alegando que sua cirurgia estava contaminada. Quando cheguei ao isolamento, ele estava triste, sentado na cadeira próxima da janela e olhava para fora. Perguntei o que estava acontecendo; com os olhos marejados, ele discretamente sorriu e disse:

— *“Parece que as pessoas vão jogando a gente cada vez mais para o buraco. A forma como eles fazem ou falam com a gente. Não dão apoio”*.

Fiquei ao lado dele em silêncio, tentando compreender o significado do contido em sua fala, até que estivesse em condições de explicitar o ocorrido. Após ter se acalmado, olhou para mim e disse:

— *“Quando perguntei para a enfermeira assistencial por que estava sendo transferido para o isolamento, ela disse que eu estava jogando verde para colher maduro. E continuou dizendo:*

— De onde você acha que veio esta infecção? Você começou a apresentar febre, fez quimioterapia, é imunodeprimido e fica tentando jogar uns contra os outros aqui dentro. Você é bem esclarecido.

Naquele momento a enfermeira assistencial deveria ter esclarecido o cliente antes de realizar a transferência, para reduzir o impacto do isolamento e ajudá-lo na aceitação. Ela parecia não estar acostumada a ser questionada pelos corpos enfermos; teve postura verticalizada, de disciplina e controle sobre o cliente, estabelecendo relação de sujeição e de poder. Sua visão e atitude foram mecanicistas; deixava de ver o cliente em sua totalidade, de captar o significado do contido no visível e no invisível do corpo enfermo; agia apenas segundo os parâmetros da racionalidade.

Estarrecida com o relato, perguntei se ele havia conversado com a Psicóloga a respeito do ocorrido e ele disse:

— *“Sim. Apesar do meu rosto de menino, sempre quis saber tudo. Se posso contaminar outros pacientes, que o médico ou a enfermagem falem claramente. A enfermeira entra toda poderosa, fala o que tem para falar; quando se pergunta algo, ela ignora, se cala, olha para a secreção serosa e afirma que é achocolatada. Há conflito de informações e como o paciente fica nessas horas”?*

Conversamos longo tempo sobre o assunto, mas nada parecia justificar o modo como a notícia foi dada a ele. No nosso primeiro encontro, ao responder às perguntas do Príncipe das Marés, introduzi na minha fala a possibilidade de uma contaminação no osso transplantado, pois o residente e a enfermeira assistencial já me haviam informado que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

havia detectado contaminação no osso do cadáver. Retirei-me da enfermaria e fui ao encontro da enfermeira assistencial. Esta me informou que a equipe médica não tinha comunicado ao cliente a contaminação. Conversamos a respeito e tentamos acertar as arestas que foram criadas por essa situação. Percebi que a dor, a fragilidade, bem como a angústia do corpo cuidado, passaram despercebidas à enfermeira, que desconhece o cliente em sua totalidade, todo o drama vivido pelo corpo enfermo; a enfermeira procura não se envolver com os corpos enfermos diretamente, mas administrativamente. Voltei à enfermaria e informei o Príncipe das Marés de que havia conversado com a enfermeira.

Esta manhã foi difícil e muito sofrida para mim, enquanto corpo cuidador, que compartilho e que vivo uma relação quiasmática com o Príncipe das Marés.

#### **4º encontro/interação**

Mais um dia difícil; o Príncipe das Marés havia sido informado de que faria nova cirurgia para limpeza e provável retirada do enxerto. Ficou deprimido com a notícia. Procurei ajudá-lo dando suporte, apoio para que tivesse condições de superar aquele momento de angústia, enfatizando que esta cirurgia tinha a finalidade de retirar o foco da infecção, sem necessidade de amputação do membro, o que seria a opção radical. Ele apenas me ouviu atentamente e parecia mais sereno. Perguntei se gostaria de que realizasse o curativo; ele respondeu afirmativamente. Continuamos nosso diálogo durante a realização do curativo; como era o último dia da minha prática de cuidado, nos despedimos. Disse que voltaria para visitá-lo.



O Príncipe das Marés submeteu-se não apenas à cirurgia programada conforme o médico havia explicado, como realizou outra cirurgia, a terceira para a retirada do enxerto e colocação de uma haste para fixação. Saiu do isolamento e retornou para a enfermaria, onde estava anteriormente, cenário do nosso primeiro encontro.

Fui várias vezes até a Clínica de Ortopedia e Traumatologia para visitá-lo e matar as saudades, até que para minha surpresa, o encontrei muito feliz e acompanhado da mãe e da namorada. Fui apresentada a ambas; ele com um sorriso nos lábios disse:

— *“Hoje estou duplamente feliz. Primeiro porque estou completando dois anos de namoro e segundo porque já estou com a alta hospitalar programada”*.

A alta hospitalar significava mais uma etapa vencida na existência do Príncipe das Marés que naquele momento irradiava felicidade. Antes de me despedir, achei que seria importante saber como foi a sua hospitalização e ele me respondeu:

— *“O hospital foi uma escola. Mudou conceitos de vida. Os meus valores já não são os mesmos. Cresci muito. O hospital foi uma terapia, apesar de tudo fez muito bem, pois hoje acredito que não era adulto o suficiente para enfrentar a vida. Foi uma passagem muito repentina. Quando vi você com as alunas, tinha a idéia que era professora, pois não tinha sido apresentado. Não tinha noção do papel da enfermeira. Via você como professora, chefona que só dava ordem e que só colocaria a mão no paciente em último caso. Só que quando eu barrei você no corredor para dizer que achava que as coisas não iam bem comigo, senti em você a amiga que*

*acompanhou a evolução do processo. Os esclarecimentos foram ótimos e ajudaram a mudar o meu jeito de pensar. Não teria tanto tato para perceber que a barreira entre paciente/enfermagem pode ser rompida. Você entrou para mostrar que se pode ver a questão do distanciamento da equipe de enfermagem de outro jeito. Enquanto pessoa, ser humano gostei de você. Você falou da própria vida e deu exemplo da sua filha. Você foi muito companheira. A partir do momento em que pedi a sua ajuda, você passou a fazer parte da minha vida, não como professora nem pesquisadora, mas como amiga a quem podia contar tudo o que se passava em minha cabeça. Você foi a pessoa que colocaram na minha vida na hora certa...”*

Entendo que essa caminhada me possibilitou implementar todos os momentos propostos por Polak (1996), e que seus conceitos de Enfermagem e de Cuidar foram vivenciados por mim intensamente; houve crescimento pessoal para o corpo cuidado e para mim, enquanto corpo cuidador. O crescimento profissional se iniciou quando, após vivenciar os dois primeiros momentos do processo de cuidar e validar as informações no prontuário do cliente, confirmando seu diagnóstico e tratamento, fui buscar na literatura o conhecimento necessário para me dar suporte durante as situações de encontro/interação e no cotidiano da minha prática profissional, porquanto nunca havia trabalhado na Ortopedia nem cuidado de cliente com tumor ósseo.

### **“O Príncipe da Terra”**

**Príncipe da Terra** recebeu esse nome por ser lavrador, homem da terra, trabalhador que ama na semente a planta futura e, na terra reverdecida,

encontra a resposta da vida ao esforço desenvolvido, que se transforma em alimento para toda a sua família. Possui os pés no chão, não semeia ilusão para não ter de colher angústias...

Era um senhor de 57 anos, veio transferido de hospital do interior do Paraná, para a Clínica de Neurologia deste hospital de ensino, onde foi diagnosticada luxação na primeira e segunda vértebras cervicais. Após o diagnóstico, foi transferido para a Clínica de Ortopedia e Traumatologia, para tratamento cirúrgico: artrodese cervical. Trazia em seu corpo, em sua carne, marcas profundas de um momento existencial que mudou sua vida completamente: atropelamento, cuja seqüela foi a tetraplegia. Tinha escaras na região do maléolo direito, nos calcâneos e no glúteo direito, onde era possível ver tecidos e ossos, além de grande quantidade de secreção esverdeada com odor característico. Era cena deprimente ver aquele corpo enfermo nessa situação, tão descuidado; ele era o exemplo do “não cuidado”.

Fazia uso de sonda vesical, apresentava edema de membros superiores, sendo mais acentuado nas mãos, que apresentavam discreto movimento. Foi colocado na cama ortostática, que permite movimentar freqüentemente o cliente, colocando-o na posição supina, decúbito ventral, Tredlemburg, ereta, decúbito lateral, mediante um dispositivo elétrico manual.



Figura 8: Cama ortostática

Em seguida foi iniciada a instalação de tração transesquelética craniana, sem receber nenhum esclarecimento sobre esse procedimento. O Príncipe da Terra era mais uma vez apenas o corpo objeto, o corpo máquina, invadido por pinos. A maior parte do tempo ficou calado, gemendo ao final da instalação da tração, quando houve o deslocamento dos parafusos no crânio. Esta era a única parte do corpo que tinha sensibilidade. Foi solicitado novo material; enquanto os residentes aguardavam, foi colhida secreção das escaras pela enfermeira assistencial e enviada ao laboratório para cultura. Em função da demora na

realização deste procedimento, não foi possível conversar com o Príncipe da Terra. Retirei-me e fui ao encontro dos outros corpos enfermos que estavam sendo por mim cuidados.

## 2º encontro/interação

Fui ao encontro do Príncipe da Terra, mas ele havia sido transferido para outra enfermaria, por ter sido confirmada a infecção nas escaras. Entrei na enfermaria que não era o isolamento; encontrei-o no leito comum, porque a cama ortostática apresentou problemas. Estava tomando banho de sol, em decúbito lateral direito. Não havia nuvens para contrariar o azul do céu nem para esconder o sol, cujos raios entravam pelas janelas do quarto, penetravam em sua carne, em suas entranhas e aqueciam o corpo enfermo desnudado. Dei a volta ao redor do leito para que me pudesse ver, nos cumprimentamos, perguntei se gostaria de tomar o café da manhã e se estava confortável naquela posição e ele respondeu:

— *“Quero, mas o colar cervical está me incomodando. Gostaria que a senhora arrumasse o travesseiro e o colar cervical”.*

O colar cervical era imprescindível para imobilizar a região cervical, aliviar a dor e evitar danos maiores, até que fosse realizada a cirurgia. Posicionei o colar cervical, proporcionando conforto e dei o desjejum. Ao término, ele disse:

— *“Como é bom poder tomar café com leite quente! Como eu não posso chamar a enfermagem para me ajudar, o café e a comida esfriam”.*



O Príncipe da Terra mais uma vez deixava explícito em sua fala a necessidade de ajuda gerada pela dependência física; apesar de não ser reconhecida por ele como cuidado, foi acrescida na prescrição de enfermagem de rotina, transcrita em meu diário. Dando continuidade ao processo de percepção e de descobertas, pedi que falasse sobre o que havia acontecido com ele. Neste momento, o Príncipe da Terra começou a mostrar seu mundo privado. Falou sobre o atropelamento, sobre sua família, sobre seus afazeres e com relação à sua saúde disse:

— *“Sempre tive boa saúde e era um homem forte, mas há 10 anos caí da bicicleta e os médicos falaram que eu tive derrame”*.

Perguntei se sabia o que era derrame e ele me respondeu:

— *“Não”*.

Senti ser necessário aproveitar esse momento de abertura e disponibilidade do corpo cuidado, para ampliar seu conhecimento sobre a patologia e vivenciar o terceiro momento proposto por Polak (1996): a construção do novo conhecimento. Este é visto como processo de aquisição de conhecimentos e de aprendizagem. Então perguntei se gostaria de saber o que é derrame e ele respondeu:

— *“Se não for complicado e se não ocupar muito o tempo da senhora, quero”*.

Fiquei pensativa sobre sua resposta, pois ao demonstrar preocupação com o meu tempo, implicitamente parecia estar preocupado com o tempo da equipe de

enfermagem, que parece justificar a não permanência ao lado do corpo enfermo em função das inúmeras atividades que desenvolvem no seu cotidiano. Procurei tranquilizá-lo, dizendo que não se preocupasse com o tempo, que estar ali percebendo, descobrindo, compartilhando era importante para nós dois. Iniciei a explicação; ele ouvia atentamente, até que, quando falei da hipertensão arterial como uma das causas que predispõem ao acidente vascular cerebral, o Príncipe da Terra interrompeu-me dizendo:

— *“Depois da queda da bicicleta, o médico falou que tenho hipertensão arterial; deu uma dieta e medicação. Após um ano de tratamento, a medicação foi suspensa e eu continuei com a dieta. Durante o tratamento, fiquei sabendo que sou diabético. Pesava mais de 90 quilos e comecei a emagrecer. Fiz tratamento no próprio Posto de Saúde. Durante o tratamento, comecei a emagrecer e urinar muito. Fiz exames de sangue; o médico disse que estava com problema de açúcar no sangue. Essa doença é chamada de diabete, precisa ser feita uma dieta, além da medicação que faz parte do tratamento. No começo tomei diabinese. Depois tive de tomar insulina. O médico ensinou para mim e para o meu filho como aplicar a injeção, pois no começo tinha medo de aplicar a injeção em mim”*.

Após seu relato, senti que ele abria cada vez mais o seu mundo privado, para que eu pudesse compartilhar da sua história e conhecê-lo. Mostrava de uma maneira ingênua e simples o conhecimento adquirido. Aproveitando o momento de encontro/interação, perguntei-lhe em que a descoberta das doenças que o acometeram interferiram em sua vida; ele disse:



— “*Antes eu era um homem forte, tinha saúde, podia trabalhar pesado. Com as doenças senti-me enfraquecido, debilitado. Com os tratamentos que faço, sinto-me mais forte, mas não o suficiente para voltar a trabalhar na lavoura, no pesado. Cuido só da horta. Agora depois do atropelamento não sei o que vai ser da minha vida*”.

De um homem forte, com saúde conforme o expresso por ele, passou a conhecer a doença como a situação existencial que mudou a sua vida, interferindo nos seus hábitos e costumes cristalizados no seu ser. Mesmo tentando seguir o fluxo da vida, o seu estar no mundo agora era uma incógnita. O seu aqui e agora, o seu presente era luta, uma busca para a aceitação e conscientização do seu estado atual, já que a tetraplegia derrubou o seu projeto de vida e lhe arrancou todas as forças capazes de levá-lo adiante, bem como a liberdade.

Percebendo em sua face uma expressão de cansaço, perguntei se gostaria de descansar um pouco e ele respondeu afirmativamente.

Antes de nos despedirmos, falei sobre a importância da realização de exercícios com as mãos. Ajudei-o a realizar o movimento e orientei que fizesse várias vezes ao dia. Gradativamente ele tomava conhecimento dos diversos tipos de cuidados importantes para a recuperação e manutenção da sua saúde. Iniciava-se o processo de sensibilização do corpo cuidado.

Acrescentei na prescrição de enfermagem de rotina, que transcrevia em meu diário de campo, as ações de cuidado abaixo relacionadas:

- orientar e ajudar o cliente sempre que necessário a realização de exercícios de flexão e extensão das mãos;
- prevenir complicações circulatórias e respiratórias mediante:

realização de movimentação passiva dos membros inferiores e elevação deles para evitar a estase venosa e melhorar o retorno venoso, prevenir a embolia pulmonar, porque os êmbolos se originam nas veias dos membros inferiores ou da região pélvica e prevenir a desmineralização óssea;

- propiciar meios que ajudem na involução e prevenção das úlceras de decúbito mediante:

mudança de decúbito de 2 em 2 horas, exposição aos raios de sol, curativo, roupa de cama limpa, seca e sem pregas;

- adotar medidas de conforto mediante:

higiene, massagem na região dorsal e posição adequada do colar cervical;

- incentivar a alimentação hiperprotéica, rica em fibras e ingesta hídrica de dois a três litros de água ao dia para prevenir a litíase renal;
- observar alterações da eliminação intestinal;
- realizar higiene no meato uretral ao redor da sonda vesical e observar presença de secreção;
- minimizar a solidão mediante a presença, o diálogo, deixando o cliente expressar suas necessidades.

### **3º encontro/interação**

O Príncipe da Terra tinha sido submetido à cirurgia de artrodese cervical.

Entrei no quarto e encontrei-o com os olhos fechados. Era cedo, o café da manhã

não havia chegado. Não querendo incomodá-lo, fiquei calada, mas ele percebendo minha presença, abriu os olhos. Cumprimentamo-nos e, como gostava de fazer a higiene oral na hora do banho de aspersão, aproveitei o momento de descoberta e diálogo, que também é momento interativo, para conversar com ele, pois não podia ir ao encontro de ninguém para conversar, permanecendo a maior parte do tempo sozinho e algumas vezes com um rádio que a enfermagem deixava ligado na enfermaria. Curiosa perguntei se recebia visita dos familiares e ele respondeu:

— *“Não é todo dia que recebo visita. Meus filhos moram no interior, trabalham. Fica difícil para eles virem aqui todo dia”*.

Percebi nesse momento compartilhado, que a sua existência no mundo da hospitalização era solitária não só pela ausência dos entes queridos como pela distância da enfermagem e pela sua condição de tetraplégico, que o impossibilitava de ir ao encontro de outras pessoas, acrescido o fato de ter de permanecer sozinho por estar com as escaras infectadas. Estava à mercê da enfermagem e de qualquer outra pessoa que adentrasse na enfermaria e rompesse o silêncio e a solidão que pairavam, que impregnavam aquele ambiente. Seu corpo havia-se transformado em corpo objeto para a enfermagem, que desenvolvia as ações de cuidado instrumentais necessárias para sua recuperação, expressas pela mudança de decúbito a cada duas horas, cuidados com a sonda vesical, higiene, banho de sol, curativos nas escaras e ignoravam as ações expressivas ligadas à sua subjetividade. O Príncipe da Terra deixou de ser o dono da sua própria existência, para doá-la a outras pessoas. De ser humano



independente passou para a dependência total da enfermagem, que nenhuma explicação dava sobre as ações de cuidado que desenvolvia. Incomodada com a situação na qual não tínhamos tido oportunidade de conversar, perguntei se gostaria de saber por que a enfermagem realizava aqueles procedimentos, ao que ele respondeu:

— *“Se não tomar muito do seu tempo, quero”*.

Mais uma vez, o Príncipe da Terra verbalizava a preocupação com o tempo, o que me levava a pensar que era a própria enfermagem que verbalizava e demonstrava estar sempre muito ocupada. Tranqüilizei-o, dizendo que não tomaria o meu tempo. Após a explicação ele acrescentou:

— *“Foi isso mesmo que aconteceu comigo no hospital do interior do Paraná. Do jeito que me deixavam na cama eu ficava. Quer dizer que aqui no hospital essas feridas chamam escaras”?*

Respondi que sim e acrescentei, brincando, que o inchaço em suas mãos, chamava-se edema; dor de cabeça é chamada de cefaléia e assim por diante. Ele riu e disse:

— *“Aprendi mais uma. Agora já sei por que preciso tomar sol e mudar de posição”*.

Vivenciamos novamente o terceiro momento, ou seja, o da construção do conhecimento, que permitiu ao Príncipe da Terra entender o porquê de cada ação de cuidado implementada pela equipe de enfermagem e por mim.

Ao avaliar a prescrição de enfermagem do dia anterior e lê-la para o Príncipe da Terra, como ele já conhecia o porquê de algumas ações, concordou que não havia necessidade de alterá-las. Expliquei a importância da realização do curativo na incisão cirúrgica e acrescentamos na prescrição de enfermagem da clínica, transcrita em meu diário de campo.

Ao refletir sobre nossos encontros percebi que o Príncipe da Terra, apesar de ser pessoa introvertida, simples, foi exteriorizando o seu conhecimento, as suas dúvidas. A sua falta de conhecimento, pode ser transformada em um novo conhecimento, conhecimento necessário durante a hospitalização e imprescindível para a manutenção da sua saúde, após a alta hospitalar.

#### **4º encontro/interação**

Fiquei sabendo na passagem de plantão que o Príncipe da Terra fora transferido para o isolamento. Fui vê-lo, disse bom dia e perguntei se haviam informado o motivo da sua transferência para o isolamento. Ele respondeu:

— *“A enfermeira disse que fui transferido porque vai internar outra paciente lá”.*

Ele parecia aborrecido e, para confortá-lo, expliquei que estava ocupando uma enfermaria feminina, que não era isolamento, porque não havia mulheres internadas, possibilitando assim o uso exclusivo do banheiro feminino, evitando, assim, contaminação aos cinco outros clientes. Com a liberação das internações, havia necessidade de desocupá-la. Após minha explicação ele acrescentou:

— *“Acho que é melhor assim, mas não gostei muito daqui. Não tem campainha, é mais longe do posto de enfermagem, sinto-me sozinho”.*

Em seu desabafo ele demonstrava a não aceitação do seu estado atual, pois o fato de ter ou não campainha na enfermaria não o ajudava em nada, em função da tetraplegia que o impossibilitava de usá-la. Continuamos conversando, implementei as ações de enfermagem, elaboradas por nós no dia anterior, e perguntei como me via enquanto enfermeira e ele respondeu:

— *“A senhora é uma pessoa honesta, boa, me ajudou muito, ensinou coisas sobre saúde, sobre minhas escaras, como adquiri, o que deve ser feito para evitar”.*

Nossa conversa foi interrompida com a chegada de seu filho mais novo e de sua esposa. Apresentei-me e percebi que os olhos do Príncipe da Terra ficaram marejados e que a emoção parecia ter tomado conta dele. Senti necessidade de retirar-me para que pudessem compartilhar daquele momento raro, tão esperado, sonhado e efêmero. Despedi-me de todos, pois este foi o nosso último encontro e ao sair da enfermaria, pude ouvir o cliente dizendo à esposa:

— *“Agora eu moro na cama....”*

Refletindo sobre o que acabara de ouvir, percebi que o Príncipe da Terra paulatinamente se conscientizava de que não era mais o homem da terra e de que deixara de ser o esteio da casa. Para ele, ser o eterno morador da cama, simbolizava não a morte biológica, mas a morte de sua existência, porque não mais poderia lançar-se ao mundo, horizonte de possibilidades infinitas. É como se não existisse mais possibilidade, a não ser a de ser o eterno morador da cama.



Essa situação fez com que ele perdesse o sentido da própria existência e da sua temporalidade; ao tentar compreender seu ser, conseguiu dar sentido ao seu passado, mas não pôde projetar o futuro, porque não superou a facticidade trágica em que mergulhou e que o levou a recusar seu próprio ser, gerando uma angústia profunda.

Ao avaliar nossa caminhada, percebi que vivenciamos todos os momentos propostos por Polak; mas, diante da não aceitação da sua condição atual, que mudou totalmente o rumo de sua vida, e pela dificuldade dos familiares em vir até Curitiba, não foi possível realizar um trabalho educativo com eles sobre os cuidados necessários para a manutenção e reabilitação da saúde do Príncipe da Terra após a alta hospitalar e mais especificamente a questão da sexualidade, fator importante na vida do casal.

Realizei mais algumas visitas e pude constatar a regressão das suas escaras e a possibilidade de cirurgia plástica. Mas, ao retornar das férias e iniciar minhas atividades como docente, fui informada sobre o óbito do Príncipe da Terra.

### **“O Príncipe Órfão”**

**O Príncipe Órfão** recebeu esse nome porque, quando criança, perdera seus pais, passando a vivenciar e compartilhar o seu cotidiano num orfanato.

Ele era um jovem de 22 anos, solteiro internado na Clínica de Ortopedia e Traumatologia para tratamento cirúrgico: troca de endoprótese de fêmur



esquerdo. Estava no leito próximo à porta da enfermaria, deitado, abrigado em cobertor. Entrei na enfermaria, cumprimentei o cliente e perguntei se estava aguardando alguma visita e ele respondeu negativamente.

Estava diante de um corpo enfermo desconhecido e para conhecê-lo era necessário adentrar no seu mundo privado, usando a percepção. Esta permite conhecer e descobrir o cliente, a fim de que se possa orientá-lo durante todo o processo de cuidar. Assim, iniciamos o processo de percepção e descobertas, ou seja, o primeiro e segundo momento do processo de cuidar proposto por Polak (1996), quando pedi que falasse sobre o motivo de sua internação. Sem me olhar diretamente nos olhos e muito acanhado disse:

— *“Eu caí da bicicleta dia 24 de agosto, senti muita dor, vim para a emergência do hospital e eles falaram que eu fracturei a prótese”.*

Curiosa pedi que falasse sobre a prótese, sobre sua doença.

— *“Meu problema é um tumor no joelho esquerdo. Eu estava brincando com um amigo, levei um chute, começou a inchar e a doer muito. Fui ao hospital em Foz do Iguaçu, onde morava, fiz uma pequena cirurgia e eles me mandaram para Curitiba, aqui no hospital. Faz dez anos. Fiz cirurgia, coloquei uma prótese por dentro, fiz bastante quimioterapia, porque o médico disse que era um câncer chamado osteossarcoma. Caiu todo o meu cabelo, meus pelos, fiquei pelado. Vomitava muito, passava muito mal. Estava tudo bem depois, só que agora eu quebrei a prótese quando caí da bicicleta. Eu estou há dezoito dias aqui esperando a cirurgia para colocar uma prótese nova”.*

O Príncipe Órfão tinha sua existência marcada pela perda dos pais e pelo câncer, mas não se deixou abater. Permanecer no mundo da hospitalização era apenas uma questão de tempo, assim como realizar a cirurgia para troca de endoprótese seria mais uma etapa a ser vencida em sua vida sem esmorecimento.

Preocupada com o horário de visitas e para certificar-me de que não estava atrapalhando, perguntei se ia receber visitas e ele respondeu:

— *“Não. Eu tenho um irmão e uma irmã que moram lá em Foz, outro irmão que mora em Alto Piquiri, outro mora aqui em Curitiba e eu e minha irmã, que é separada e tem dois filhos, moramos em São José dos Pinhais. É por isso que ela não vem me visitar; o outro meu irmão estuda; daí ele vem no sábado e no domingo de vez em quando”*.

Fomos interrompidos com a presença do Residente que comunicou ter marcado a cirurgia para o dia seguinte. Orientou sobre o jejum, despediu-se e retirou-se da enfermaria. Após a saída do residente, ele esboçou um sorriso. Perguntei se estava feliz e ele respondeu:

— *“Que bom que eu vou operar amanhã”*.

Como havíamos iniciado o processo de percepção, descoberta e diálogo, não consegui naquele momento resgatar o que o Príncipe Órfão sabia em relação aos cuidados com a endoprótese no pós-operatório. Percebi que era necessário resgatar seu conhecimento, reconstruí-lo ou construí-lo, pois quando colocou pela primeira vez a endoprótese, tinha apenas treze anos. Perguntei se gostaria de falar sobre algum assunto e ele respondeu:

— “Não”.

Despedimo-nos, fui até o posto de enfermagem para ver o aviso de cirurgia. Não encontrando no mural, onde são fixados os avisos de cirurgia, indaguei da enfermeira o que acontecia, já que o residente havia confirmado e orientado o cliente sobre o jejum. A enfermeira assistencial ficou surpresa e disse não saber de nada: nenhum residente havia comunicado nem entregue o aviso de cirurgia, mas ia informar-se.

Como a enfermeira assistencial não havia conseguido nenhuma informação por não ter localizado o residente, optei por não fazer nenhum comentário com o Príncipe Órfão, para evitar contradição e conflito de informação, o que poderia aumentar a sua ansiedade.

Ficou claro que existe problema de comunicação entre a equipe médica, de enfermagem e os corpos enfermos.

## **2º encontro/interação**

Para minha surpresa, ao descer do elevador, encontrei o Príncipe Órfão andando de cadeira de rodas no corredor, pois não podia apoiar a perna com a endoprótese quebrada e não havia muleta na Clínica. Cumprimentamo-nos e fomos até a enfermaria. Perguntei por que não tinha feito a cirurgia, e ele aborrecido respondeu:

— *“Por que não chegou a prótese ainda. Às nove horas eu perguntei para um médico; ele disse que talvez seja operado na segunda-feira. A enfermagem não sabia,*



*não tinha nada avisado. Eles não colocaram a placa do jejum, só a placa do meu problema”.*

Para confirmar o percebido por mim, perguntei se estava triste e ele confirmou acrescentando:

— *“Faz quase vinte dias que estou aqui. Fui para casa e voltei e não faço cirurgia”.*

Senti ser necessário explicar que as endopróteses bem como outras próteses são compradas pelo hospital; que muito provavelmente não tinham chegado.

Percebendo-o aborrecido, perguntei se não estava satisfeito com sua hospitalização e ele disse:

— *“Está bom, pelo menos aqui é o melhor hospital para o meu problema. O pessoal trata bem, o anestesista, a psicóloga, a assistente social falam comigo. Muitas pessoas não falam o que são, começam a fazer pergunta e não dão tempo de eu fazer perguntas”.*

E a enfermagem?

— *“Eles conversam quando vêm trazer remédio, ver a pressão, a febre, ver o coração. Eles perguntam se eu estou com dor, eles conversam quando vem fazer alguma coisa”.*

Diante do exposto, o Príncipe Órfão deixou claro que a permanência da enfermagem ao lado do corpo enfermo se restringe ao horário da realização das ações instrumentais e que a comunicação se limita às perguntas ligadas aos

sintomas. Esse tipo de comunicação parece demonstrar a falta de interesse por parte do corpo cuidador em conhecer o corpo cuidado em sua totalidade, em conhecer suas angústias e expectativas, além de gerar distanciamento, aumentar sua solidão e manter o corpo cuidado isolado, privado da coexistência do cotidiano hospitalar.

O antropólogo Todorov (1996) comenta que a existência humana não é ameaçada pelo isolamento, pois este é impossível e contrário à natureza humana. Ela é ameaçada por certas formas de comunicação empobrecedoras e alienantes, e também por representações individualistas em curso e que nos fazem viver como tragédia o que é a própria condição humana – nossa incompletude original e a necessidade que temos do outro. A solidão não passa de um caso particular da interação social.

Na concepção de Merleau-Ponty, o corpo é consciência encarnada, temporal e histórica, que existe com as coisas e com o mundo. Destaque-se, ainda, que as coisas, os objetos, não são não históricos. Estão rodeados de fantasmas que são facilmente apreendidos pelo corpo vivente, porquanto ser corpo é ser no mundo com os objetos e as coisas. Mundo e coisa que tecem os fios do visível, ou seja, do corpo. A solidão do corpo enfermo decorre do fato de este estar cercado por pessoas desconhecidas, por terminologias estranhas, por cenário diferente do seu mundo anterior, quando clama por uma enfermagem de presença.

A solidão que o Príncipe Órfão apresentava acentuava-se pela distância de seus familiares, pela distância que a enfermagem mantinha, pela falta de tempo, pela falta de comunicação. Por outro lado, eu sentia que como corpo cuidador,

como corporeidade, era a presença intencional que dava suporte, ajuda, proteção e nutrição, de modo que ele pudesse vivenciar o cotidiano no mundo da hospitalização numa dimensão não apenas de dor e de sofrimento, mas também ética e de respeito mútuo, de valorização do humano. Dando continuidade ao processo de percepção, de descoberta e diálogo, perguntei como se sentia diante do fato de não receber com frequência a visita de seus familiares e ele respondeu:

— *“Eu fico triste. Preferia estar lá em casa. Só fico pensando nisso, me sinto um pouco sozinho. Eu gosto de ficar com meus sobrinhos de sete anos, de cinco, de quatro e de dois anos e aqui não pode entrar criança”*.

A solidão é um sentimento que envolveu o Príncipe Órfão e que cresce graças ao clima de muita impessoalidade, que a enfermagem cultivava ao desenvolver apenas as ações instrumentais, que transformam o corpo enfermo em corpo objeto. Minha presença em parte o ajudava a suportar a solidão e a espera pela realização da cirurgia, que pareciam ir lentamente minando seu ânimo. A cada dia, a cada situação de encontro/interação nós compartilhávamos a realidade concreta, nos percebíamos e nos descobríamos. Era como se agora eu fizesse parte da sua história.

Depois de ouvir o desabafo do Príncipe Órfão, perguntei se gostaria de elaborar as ações de cuidado e ele respondeu:

— *“Quero, mas agora eu acho que não preciso de nenhum cuidado. Eu não tenho dor, não tenho febre, só estou esperando a cirurgia”*.



O Príncipe Órfão não via a presença, o diálogo como cuidado, apesar de reclamar da frieza e da falta de diálogo. Acrescentei na prescrição de enfermagem de rotina, transcrita em meu diário de campo, as ações de cuidado abaixo relacionadas:

- manter diálogo com o cliente, para que possa expressar suas necessidades;
- orientar sobre os cuidados com a endoprótese no pós-operatório;
- explicar ao cliente a importância da realização de exercícios com o membro inferior esquerdo após a liberação médica, bem como a deambulação com carga parcial mediante o uso de muletas;
- orientar sobre a fisiologia da dor e a importância do uso de analgésicos conforme prescrição médica.

Perguntei se tinha alguma dúvida e ele respondeu negativamente.

Despedimo-nos.

Fui ao encontro da enfermeira assistencial para saber se a enfermagem poderia implementar as ações de cuidado; ela disse que teria de falar com a enfermeira administrativa. Esta disse que não era possível, porque os funcionários estavam envolvidos em novo projeto da Clínica, e que implementar as ações de enfermagem segundo essa nova proposta de cuidar ia sobrecarregá-los e confundi-los.

Ao refletir sobre sua resposta, percebi que para mudar uma prática de cuidado, que envolve uma filosofia de trabalho da enfermagem que está cristalizada, faz-se necessário desenvolver um trabalho de sensibilização com a



equipe de saúde. Respeitei a posição da enfermeira administrativa e dei continuidade ao meu trabalho.

### **3º encontro/interação**

Os nossos encontros sempre aconteciam à tarde, exatamente no horário de visita. De certa forma eu intencionalmente procurava nesse horário estar com o Príncipe Órfão, porque ele era o único na enfermaria que não recebia visitas. Implementava as ações de cuidado, enfatizando a importância dos cuidados com a endoprótese no pós-operatório. Concordamos em não alterar as ações de cuidado elaboradas no dia anterior. Até o momento não tínhamos nenhuma previsão de quando seria realizada a cirurgia, pois a prótese não havia chegado.

Durante nossos diálogos pude perceber que para o Príncipe Órfão vivenciar a hospitalização, durante essa fase de espera e de ansiedade, significava para ele atender suas necessidades humanas básicas. A cirurgia em si não lhe causava medo ou qualquer outra expectativa, porque já sabia quais eram os cuidados que deveria tomar no período pós-operatório e, de modo geral, no seu cotidiano. Como não havia nenhum outro cuidado a ser executado, despedimo-nos.

### **4º encontro/interação**

Cumprimentamo-nos e em seguida perguntei como se sentia, sabendo que tinha câncer e ele respondeu:

— *“Antes eu estava preocupado, pois o médico disse que poderia voltar em no máximo cinco anos ou aparecer em outro lugar. E a quimioterapia que eu fiz foi para diminuir o tumor”?*

O Príncipe Órfão, ao expressar seu desejo de reconstruir seu conhecimento, propiciou a oportunidade para que nós vivenciássemos mais um momento, o da construção do novo conhecimento, que permite a troca, o compartilhar do saber acadêmico, complementado com o saber do senso comum do corpo cuidado. Ele ouviu atentamente toda a explicação. Em seguida perguntei quais seriam as ações de cuidados que deveríamos elaborar e ele disse:

— *“A única coisa que eu quero é que marquem a cirurgia logo. Eu não preciso de cuidados, não estou tomando nenhum remédio. Como, durmo e estou ganhando peso”.*

O Príncipe Órfão, ao verbalizar seu desejo, demonstrava sua impaciência em permanecer no hospital. Disse que o compreendia, mas que não podíamos fazer nada, pois a cirurgia só poderia ser marcada com a chegada da prótese. Ele ficou calado, cabisbaixo. Disse que não precisava de mais nada naquele momento. Mantive as ações de cuidado do dia anterior e nos despedimos.

### **5º encontro/interação**

Entrei na enfermaria, encontrei o Príncipe Órfão com o rosto semicoberto. Disse boa tarde e ele, permanecendo do mesmo jeito, me respondeu:

— *“Boa tarde”.*

Por um instante pensei que se estivesse escondendo de mim ou não tivesse vontade de conversar. Para validar ou não o percebido, perguntei se estava se escondendo de mim e ele disse:

— *“Não, eu estou chateado. Faz muito tempo que estou aqui”.*

Eu posso ajudá-lo em alguma coisa? Ele respondeu:

— *“Estou precisando de muleta. Eu não pedi para a firma. A psicóloga ligou pedindo. Eu não tenho mais a minha muleta velha. O pastor levou e agora não tem como tirar a medida”.*

Você conversou com a assistente social?

— *“Ela ligou lá na firma e o administrador não está com tempo para vir aqui tirar a medida”.*

Para tentar confortá-lo, disse que entendia os motivos que estavam deixando-o chateado, ansioso, mas que nesse caso especificamente não tínhamos condições de solucionar o problema, porque não dependiam de nós nem da enfermagem. Ele descobriu o rosto para se despedir, pois sabia que era nosso último encontro.

Todos os momentos propostos por Polak (1996) foram vivenciados por nós de maneira peculiar, porque as ações de cuidado estavam ligadas à subjetividade do Príncipe Órfão e a uma situação que ele já tinha vivenciado anteriormente e que não o amedrontava, ou seja, a cirurgia para colocação da endoprótese. Pude partilhar com o corpo cuidado, em cada situação de encontro/interação, a fase de



espera, de expectativa da cirurgia, que se fazia presente no cotidiano de sua hospitalização, sendo presença, dando apoio, suporte e ajuda, em vista da superação daquele momento.

### “O Príncipe Artista”

O Príncipe Artista recebeu esse nome porque, num dos nossos encontros, revelou que uma das coisas que mais gosta de fazer é desenhar rosto humano, demonstrando não só sua criatividade como também sua sensibilidade em captar o expresso pelo corpo.

Era um jovem de 26 anos, solteiro, que veio transferido de um hospital do interior do Paraná com diagnóstico de fratura recidivante em fêmur esquerdo. Internado na Clínica de Ortopedia e Traumatologia para tratamento cirúrgico: colocação de Ilizarov. Mantendo tração transesquelética em fêmur esquerdo.

Entrei na enfermaria, cumprimentei o Príncipe Artista; para iniciar o processo de percepção e de descobertas, a fim de que pudesse adentrar em seu mundo privado e conhecer um pouco da sua história, pedi que falasse sobre sua doença.

Historiou minuciosamente todo o processo dizendo:

— *“Sofri um acidente automobilístico ocorrido há cinco anos e dez meses. Fiz cirurgia e foi colocada uma haste que infectou. Após três meses de tratamento, a infecção ainda estava presente, fui transferido para a cidade de Campo Alegre em Santa Catarina, onde foi feita a retirada da haste, limpeza e colocação do Ilizarov*

*para alongamento de mais ou menos cinco centímetros. Sentia muita dor durante o alongamento. Fiquei um ano com o aparelho, até setembro de 1992. Em outubro sofri uma queda e fracturei novamente o fêmur. Colocaram uma placa com doze parafusos por um ano, mas a calcificação não aconteceu e a placa se deslocou. Fui encaminhado para este hospital; em dezembro de 1993, retirei a placa; em janeiro de 1994 fizeram enxerto e em outubro colocaram o Ilizarov. Fiquei com ele até junho de 1996 para consolidação do osso. Após dez meses, quando já estava andando sem auxílio da bengala, senti uma dor. Continuei andando e fui até o hospital de Rio Negro onde fiz RX que constatou fratura no mesmo local. Colocaram uma tala para imobilização e me transferiram para cá. Aqui foi colocada tração cutânea durante quatro dias e depois tração transesquelética até que o aparelho chegue e a cirurgia seja marcada”.*

Durante seu relato deixou claro que seu corpo parecia uma máquina que, de tempos em tempos, necessitava de reparos; isso ele fazia no hospital ou como eu chamo “Oficina de Corpos”. Relembrou que a pior fase foi quando colocou o Ilizarov para fazer alongamento, pois sentia dor insuportável amenizada muito pouco pelos analgésicos. Ao abrir seu mundo de sofrimento e dor, nem se quer se pode perceber e imaginar o quanto me deixou fragilizada naquele momento, porque fez emergir todo o drama vivido com minha filha, que também fez uso do Ilizarov para alongamento do fêmur direito e sentia dores horríveis. Envolvida por tristeza e silêncio profundo, senti necessidade de abrir meu mundo privado e partilhar o vivenciado por mim e por minha filha com o Príncipe Artista. Nosso diálogo foi interrompido, quando os técnicos de enfermagem foram buscá-lo para

levá-lo ao banho de aspersão, que é rotina na clínica. Aproveitei esse intervalo e fui ao banheiro para chorar. Sentia-me sufocada, mas sabia que cada vez que me deparasse com um cliente que estivesse usando o Ilizarov ou passado por essa experiência, estaria revivendo um passado triste, porém repleto de esperança e que deveria ser superado. Mais aliviada, fui ler seu prontuário em que constava o diagnóstico de pseudoartrose e como tratamento a colocação do Ilizarov.

### **2º encontro/interação**

Entrei na enfermaria, cumprimentei o Príncipe Artista e observei no seu leito a placa de jejum. Sabendo que ele aguardava a cirurgia, perguntei se a enfermagem o havia orientado sobre o jejum por causa da cirurgia; ele respondeu afirmativamente. Percebi, enquanto conversávamos, que ele tinha muita habilidade para lidar com o trapézio, equipamento ortopédico que proporciona condições para que o cliente se movimente, de modo que possa elevar seu corpo no leito ou mover-se de um lado para o outro sem a ajuda da enfermagem.





Figura 9: Cama com o trapézio

Segurava o trapézio para se movimentar um pouco no leito e aliviar a região dorsal com muita facilidade, mas mesmo assim perguntei se precisava de ajuda e ele respondeu:

— *“Já estou acostumado. Só tenho que cuidar e manter a perna na posição correta. A enfermagem me explicou isso”*.

Fomos interrompidos, quando um funcionário da enfermagem entrou na enfermaria e retirou a placa do jejum. Imediatamente o Príncipe Artista perguntou o porquê; o funcionário respondeu que mais tarde o médico passaria para falar com ele.

O comportamento da auxiliar de enfermagem demonstrou claramente o agir mecanicista, do fazer por fazer ou do fazer porque alguém, que hierarquicamente acima dele, solicitou. Este agir mecanicista ignora a subjetividade do corpo cuidado, desconsidera e desvaloriza o corpo enfermo, que tem o direito de inteirar-se do seu tratamento.

O Príncipe Artista olhou para a janela e disse:

— *“Agora a gente fica sem saber por que a cirurgia foi suspensa. O médico disse que levaria de 8 a 10 dias para chegar o Ilizarov e que a cirurgia seria hoje. E no sábado a enfermagem me avisou que seria hoje. De lá para cá já passaram quatro dias e nenhum ortopedista passou para falar comigo”*.

Pedi licença ao cliente e fui atrás de informação mais concreta. Procurei a enfermeira assistencial para saber o motivo do cancelamento da cirurgia; ela me informou que o aparelho não havia chegado. Retornei à enfermaria, expliquei ao cliente o que estava acontecendo; disse-lhe que provavelmente a demora na aquisição do aparelho seria em função do seu custo elevado e da crise pela qual o Hospital estava passando. Mais tranqüilo, ele olhou para mim e disse:

— *“Como é bom conversar com alguém que traz respostas para a gente e saber o porquê, senão a gente fica boiando. O bom é explicar realmente e não apenas dizer e pronto”*.

Em seguida perguntei quais seriam as ações de cuidado que deveríamos elaborar em conjunto e ele respondeu:

— *“Eu acho que deve ser feito curativo no local do pino, pois já tomei banho”*.

Percebendo pela sua resposta que ele sabia da necessidade de realizar o curativo no local do pino, perguntei se tinha conhecimento sobre a importância dessa ação de cuidado. Ao responder negativamente, tivemos a oportunidade de vivenciar o terceiro momento do processo de cuidar proposto por Polak (1996), ou seja, a construção do conhecimento. Aproveitei a oportunidade para explicar a necessidade de realizar exercícios isométricos, para manter o tônus muscular e estimular a circulação. O Príncipe Artista ouviu atentamente a explicação e imediatamente realizou o movimento, enquanto eu executava o curativo.

Acrescentamos à prescrição de enfermagem de rotina, transcrita no meu diário de campo, as seguintes ações de cuidado:

- esclarecer e orientar o cliente sobre suas dúvidas sempre que necessário;
- realizar curativo ao redor do pino após o banho de aspersão, esclarecendo a importância da limpeza desse local;
- orientar sobre a importância da realização de exercícios isométricos, estimulando a sua realização;
- incentivar alimentação e ingestão hídrica;
- observar eliminações;
- proporcionar medidas de conforto;
- manter diálogo com o cliente, para que ele possa expressar suas reais necessidades.

### 3º encontro/interação

Fui ao encontro do Príncipe Artista; tão logo nos cumprimentamos, ele compartilhou a sua felicidade comigo, dizendo que o residente havia agendado a cirurgia para a próxima semana. Como ele já havia tomado banho de aspersão com a ajuda dos auxiliares de enfermagem, perguntei se gostaria de que realizasse o curativo, e ele respondeu afirmativamente.

Iniciei o curativo no local do pino da tração; ao terminá-lo, o Príncipe Artista perguntou por que eu usava o álcool glicerinado no curativo e a senhora da limpeza também usava para limpar a mesa de cabeceira e de refeição.

Ao explicar a finalidade da solução de álcool glicerinado, pude compartilhar o meu saber acadêmico com o corpo cuidado, e ajudá-lo na aquisição de novo conhecimento. Em seguida avaliei a prescrição de enfermagem de rotina; outras ações de cuidado foram acrescentadas por mim. Considerei não ser necessário alterá-la, porque as ações de cuidado iam ao encontro das reais necessidades do corpo cuidado.

Antes de nos despedirmos, o Príncipe Artista pediu que providenciasse papel, lápis e borracha, se possível, para que pudesse desenhar. Providenciei o material, por entender que essa atividade seria terapia para ele e poderia contribuir para transformar a hospitalização num período menos entediante.

#### 4º encontro/interação

Entrei na enfermaria e encontrei o Príncipe Artista com a prancheta na mão providenciada pela enfermagem, desenhando um rosto feminino. Curiosa, perguntei com quem ele tinha aprendido a desenhar e ele respondeu:

— *“Sozinho. Quando desenho, o tempo passa sem que eu perceba”*.

Ele deixou claro em sua resposta que realizar alguma atividade ajuda a passar o tempo, principalmente quando se tem a oportunidade de fazer algo de que se gosta, como no seu caso desenhar.

A cada situação de encontro/interação nos percebíamos, nos descobríamos e ele abria seu mundo, partilhando situações vivenciadas em sua existência. Perguntei se sabia quais os cuidados que deveria ter após a instalação do Ilizarov e ele respondeu:

— *“Acho que sei”*.

Senti a necessidade de resgatar o conhecimento que tinha sobre o Ilizarov, para então ajudá-lo na sua reconstrução. Compartilhei o meu conhecimento acadêmico, enfatizando as ações de cuidado durante todo o tratamento. Ele ouviu-me atentamente e agradeceu. Implementei as ações de cuidado, com exceção o banho de aspersão, porque este era executado pelos técnicos de enfermagem. Em seguida nos despedimos.

## 5º encontro/interação

O Príncipe Artista estava em contagem regressiva, pois faltavam apenas três dias para a cirurgia; em contrapartida, sabia que era nosso último encontro. Conversamos, implementei as ações de cuidado, perguntei se gostaria de mais alguma explicação ou orientação, e ele respondeu negativamente.

Esse foi nosso último encontro; antes de nos despedirmos, brinquei dizendo que agora ele poderia andar tranquilamente com o Ilizarov, pois sabia um pouco mais sobre ele. Desejei sucesso na cirurgia e na sua recuperação. Ele sorriu e agradeceu.

Considereei essa caminhada a mais difícil para mim, porque num momento de descoberta do corpo cuidado, vieram à tona sentimentos promanados de um passado que marcou a minha existência. Essa situação me fez encontrar mecanismos de enfrentamento e de superação, propiciando-me crescimento pessoal e profissional.



## 5 REFLEXÕES DE UM CORPO CAMINHANTE

Olhando para o caminho ora percorrido, percebo quantos desafios e enfrentamentos foram vivenciados por mim e por todos aqueles corpos que entraram em contato comigo até o momento presente.

Ao refletir sobre o nosso transitar, pude perceber as rupturas que exigiram muito de mim e do outro; tinha eu de mudar, se desejasse prosseguir em busca da realização de uma utopia, a de cuidar sob nova ótica, que tem o corpo como marco de todas as ações referentes ao homem, o cuidar segundo Polak.

Para cuidar nessa perspectiva foi necessário projetar-me em direção ao outro, em exercício contínuo de deixar de ser um “em si” para transformar-me em “nós”, nas situações de encontro/interação, ou seja, nas situações de enfermagem, quando fui conduzida pelos quatro momentos propostos por Polak (1996), para o processo de cuidar segundo a corporeidade que são: *Percepção, Descoberta e Diálogo, Construção do novo conhecimento e Implementação das ações de cuidado*.

Ao vivenciar esses momentos do processo de cuidar propostos pela autora, pude constatar que esta abordagem é altamente positiva, porquanto possibilita ao corpo enfermo estabelecer uma relação de intercorporeidade com o corpo cuidador, relação interativa, horizontal e não justaposta. Tal relação é imprescindível, pois permite ao corpo cuidado participar no planejamento das ações de cuidado, opinando, questionando, decidindo e discutindo o que considera melhor para si, transformando assim as ações de cuidado numa prática

democrática, centrada no outro e preocupada com o desenvolvimento do seu potencial e não com a sua regulação.

Hoje, fazendo uma retrospectiva da trajetória percorrida, destaco ser possível implementar o proposto pela autora nas situações de enfermagem junto a corpos hospitalizados com problemas ortopédicos; posso afirmar que, além de ser possível a sua aplicabilidade nas práticas de enfermagem, a abordagem propicia o encontro efetivo e a enfermagem de presença.

Ressalto que o transitar no campo de prática, enquanto corporeidade, não foi solitária. Outras corporeidades também coexistiram comigo, cada uma conforme a sua possibilidade e disponibilidade, apoiando, nutrindo e aconchegando-me, ao mesmo tempo que eram ajudadas, nutridas, e aconchegadas também, em evidente processo de troca.

Fazendo uma analogia, enfatizo que alguns desses corpos foram como o vaga-lume: com seus flashes de luz clarearam meus pensamentos e me ajudaram a prosseguir. Assim, compreendi que a condição prévia de toda a coexistência é o reconhecimento de nossa existência, no olhar, pelo olhar e pela palavra do outro.

Foi no coexistir com os corpos enfermos no mundo da hospitalização, no olhar, pelo olhar e pela palavra, que pude apreender, perceber e compreender o que significa ser retirado do seio da família, do mundo privado e ser remetido ao mundo público da hospitalização, quando passam a viver momento de angústia existencial, o da morte social, marcado pela perda, escamoteio ou diluição da identidade.

Percebi nesta caminhada que:

- o descaso com os corpos enfermos adquire maior dimensão ao serem caracterizados no leito por placas, que os identificam conforme a sua patologia ou a parte do corpo afetada, como por exemplo: coluna, mão, joelho, quadril, neoplasia, acrescida periodicamente por novas placas referente a jejum, controle de diurese, preparo para cirurgia;
- o corpo é transformado em objeto à mercê dos profissionais da saúde e da tecnologia, que os invade e os transforma em corpos dóceis e submissos;
- ao adentrar no cenário da hospitalização, o corpo enfermo é alvo da trama do poder e do saber, que se faz presente com todo o seu simbolismo e impõe uma rotina institucionalizada, em nome do bem-estar do cliente;
- o corpo é desconsiderado, enquanto corporeidade e totalidade humana;
- o corpo é submetido aos controles e vigiado pelo olho do poder, que se torna como que invisível, imperceptível;
- o corpo enfermo vivencia os rituais da hospitalização, quando uma nova socialidade lhe é imposta; paradoxalmente, é desconectado da rede de relações existentes nesta socialidade<sup>8</sup>;
- a desconexão evidencia-se pela não participação e pelo não envolvimento do corpo enfermo no seu processo de cura ou de cuidado, quando não se lhe asseguram os seus direitos de cidadão;

---

<sup>8</sup> Socialidade é entendida como as minúsculas situações da vida cotidiana de não finalismo e de solidariedade orgânica; reside num misto de sentimentos, de paixões, de imagens e diferenças que incitam a relativizar certezas estabelecidas e uma multiplicidade de experiências coletivas (Maffesoli, 1984).

- o corpo é submetido a ações verticalizadas de cuidado e de cura, inviabilizando a possibilidade de encontro/interação da enfermagem de presença, e a questionar a existência do cuidado humano neste cenário.

A percepção do vivido pelo corpo enfermo neste cenário possibilitou-me ainda vivenciar o meu agir enquanto corporeidade: pois permitiu-me apreender todo o significado contido nos corpos enfermos, perceber os momentos de cuidado como situação de encontro/interação, processo contínuo de percepção, de descobertas, de ensino e aprendizagem, de crescimento e de reflexão, tanto para mim, corpo cuidador, quanto para o corpo cuidado; propiciou o cuidar ético e favoreceu que ambos os corpos se lançassem na exploração do mundo desconhecido, invisível e privado de cada um.

Cuidar de corpos enfermos, tendo como referencial a corporeidade, foi para mim grande desafio, porquanto representou abordagem ousada, inovadora que liberta da prática engessada e mecanicista, e preenche as lacunas deixadas ao longo da minha existência profissional, em processo contínuo de superação.

Destarte, reputo a aplicabilidade dos conceitos de Polak (1996) exequíveis, porque faz a enfermeira reassumir seu papel no cotidiano da prática de cuidado, aproximando-a do corpo enfermo e a vivenciar um processo de coexistência, de relação quiasmática harmoniosa, de abertura e disponibilidade e possibilita o fazer cada vez mais humanizado.

Várias inquietações mobilizaram-me e provocaram algumas reflexões. A primeira delas está relacionada à equipe de enfermagem, que desenvolve uma prática mecanicista, cujas ações de cuidado são predominantemente

instrumentais, o que exige um repensar, uma revisão e nova forma de ação, de modo que possamos sensibilizar os Serviços e as Instituições de Ensino sobre a importância de reverem como se dão as práticas de cuidado; a segunda inquietação está relacionada à postura da enfermeira que privilegia as ações administrativas, distanciando-se do corpo enfermo; a terceira inquietação diz respeito à Instituição no sentido da necessidade de rever a proposta e filosofia de trabalho da enfermagem, da necessidade de investimento em oficinas de sensibilização e cursos; a quarta e última inquietação decorre da ausência de lazer, de recreação na Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

Essas inquietações me levam a afirmar que o presente estudo não se encerra aqui, e que este subsidiará futuras discussões e o desenvolvimento de outros trabalhos em vista do resgate do humano nas práticas de cuidado.

“Se queremos mudar a história, não devemos repeti-la, trocando apenas as personagens ou o cenário; devemos escrever uma nova história”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, J. C. **Manual de Ortopedia**. 11. ed. São Paulo : Artes Médicas, 1994.
- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- ALMEIDA, W. de. **Formas de encontro : psicoterapia aberta**. 2. ed. São Paulo : Ágora, 1988.
- APLEY, A.R. **Ortopedia e fraturas em medicina e reabilitação**. 6. ed. São Paulo : Atheneu, 1996.
- ARANHA, M.L., MARTINS, M.H.P. **Filosofando : introdução à Filosofia**. São Paulo : Moderna, 1986.
- BEYERS, M.; DUDAS, S. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Tratado de prática clínica. v.4, 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.
- BARROS FILHO, T.E.P. Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 29, n. 3, mar. 1994.
- BRASIL. Portaria nº 17 de 16 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a formação do Enfermeiro, em curso de graduação e revoga a Resolução nº 4 de 25/2/72. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 238. p.19801-19802.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 7. ed. São Paulo : Atlas, 1996.
- BRUTSCHER, R. Biological principles of callus distraction. **Injury**, Guildford, v.25, supp. 1, p. S-A27 - S-A32, 1994.
- CAMPBELL, W.C. **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 7. ed. São Paulo : Manole, 1989.
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo : Cultrix, 1982.
- COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa : Printipo, 1989.
- FARO, A, C. M. Assistência de enfermagem ao paciente com traumatismo raquimedular. In: VENTURA, M. de F. et al. **Enfermagem ortopédica**. São Paulo : Ícone, 1996.



- FAWCETT, J. **Conceptual models of nursing**. 2. ed. Philadelphia : F.A. Davis, 1989.
- FEOFILOFF, E.T., JESUS-GARCIA, R. Técnicas de obtenção, processamento, armazenamento e utilização de homoenxertos ósseos. Protocolo do Banco de ossos da Escola Paulista de Medicina. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.31, n.11, nov. 1996.
- HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém** : um enfoque fenomenológico do social. São Paulo : Moraes, 1981.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
- ILIZAROV, G.A. **Osteosínteses** : técnica de Ilizarov. Madri : Norma, 1990.
- JESUS-GARCIA, R. **Tumores ósseos** : uma abordagem ortopédica ao estudo dos tumores ósseos. São Paulo : Universidade Federal de São Paulo, 1996.
- JESUS-GARCIA, R. et al. Enxerto homólogo no tratamento dos tumores ósseos. Experiência inicial da Escola Paulista de Medicina. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 27, nov./dez., 1992.
- JESUS-GARCIA, R. et al. Tratamento das complicações de endopróteses não convencionais utilizadas em tumores ósseos. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 30, n. 11/12, nov./dez., 1995.
- LEININGER, M.M. **Caring** : an essential human need : proceedings of three national caring conferences. New Jersey, 1981.
- MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro : Rocco, 1984.
- MAIA, A.B. da S. **História da ortopedia brasileira**. Belo Horizonte : Santa Edwirges, 1986.
- MAYROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro : Record, 1971.
- MERCER, W., DUTHIE, R.B. **Cirurgia ortopédica**. 6. ed. Barcelona : El Ateneo, 1967.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo : Martins Fontes, 1994.
- \_\_\_\_\_. **O homem e a comunicação** : a prosa do mundo. Rio de Janeiro : 1974.

- \_\_\_\_\_. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas.** Campinas : Papirus, 1990.
- \_\_\_\_\_. **O visível e o invisível.** 3. ed. São Paulo : Perspectiva, 1992.
- MORIN, E. **Terra – Pátria.** Porto Alegre : Sulina, 1995.
- MOURA, D. **Saúde não se dá : conquista-se.** São Paulo : Hucitec, 1989.
- MOURA, J.B. **Da representação à praxis : itinerário do idealismo contemporâneo.** Lisboa : Caminho, 1986.
- NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (Florianópolis, 1984). **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1984. p.210-229.
- NEVES, E.P., TRENTINI, M. **A questão da aplicação de teorias/marcos conceituais na enfermagem : relato de experiência na UFSC.** Trabalho apresentado na Semana Wanda Horta, USP, São Paulo, 1987.
- NODDINGS, N. **Caring : a feminine approach to ethics and moral education.** Berkeley : University of Califórnia Press, 1984.
- ORLANDI, L.B.L. **A voz do intervalo.** São Paulo : Ática, 1980.
- PAIM, L. **Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem.** João Pessoa : Universitária, 1979.
- PARSE, R. **Nursing sciences : major paradigms, theories and critiques.** Philadelphia : W.B. Saunders, 1987.
- PATRÍCIO, Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- PATERSON, J., ZIDERAD, L.T. **Humanistic nursing.** National League for Nursing : New York, 1988.
- POLAK, Y.N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem.** Florianópolis, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. **Socialidade da doença** : multidões de corpos e corporeidades solitárias. Curitiba, 1997. Tese (Titular) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

RODRIGUES, J.C. **O tabu do corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro : Achiamé, 1975.

SÉRIO, T.M. de A.P. A concepção de homem e a busca de autoconhecimento : onde está o problema? In: BANACO, R.B. **Sobre comportamento e cognição** : aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. São Paulo : ARBYTES, 1997. v.1, p. 209-215.

SILVA, A.L. da. Transcendendo feminino e masculino : uma relação estética para a consciência do cuidado. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v.5 n.1 jan./jun. 1996, p. 18-33.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

TODOROV, T. **A vida em comum – ensaio de antropologia geral**. Campinas: Papirus, 1996.

TRENTINI, M., DIAS, L.P.M. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis : UFSC, 1994.

VALVERDE, M.M.M.V. **Um referencial amoroso para assistir-cuidar das adolescentes grávidas**. Pelotas : Universitária/UFPEL, 1997.

VAZ, H.C. **Antropologia filosófica**. São Paulo : Loyola, 1991.

WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneira de ensinar** : a enfermagem entre a escola e a prática de enfermagem. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

WASSNER, A. The impact of mutilating surgery or trauma on body image. **International Nursing Review**, Geneva, v.29, n.3, p.86-90, 1982.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. East Norwalk : Appleton - Century - Crofts, 1985.

## BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- ASSMANN, H. **Paradigmas educacionais e corporeidade**. Piracicaba : UNIMEP, 1993.
- CIANCIARULLO, T.I. (organizadora). **Instrumentos básicos para o cuidar : um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo : Atheneu, 1996.
- COELHO, N., CARMO, P.S. do. **Merleau-Ponty : filosofia como corpo e existência**. São Paulo : Escuta, 1991.
- DADIO, J. **Da cultura do corpo**. Campinas: São Paulo : Papyrus, 1995.
- DONAHOO, C.A., DIMON, J.H. **Enfermagem em ortopedia e traumatologia**. São Paulo : EPU, 1979.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 8. ed. Petrópolis : Vozes, 1991.
- GADOTTI, M. **Pensamento pedagógico brasileiro**. São Paulo : Ática, 1987.
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- HORTA, W.A. **O processo de enfermagem**. São Paulo : EPU, 1979.
- LARSON, C.B., GOULD, M. **Orthopedic nursing**. 5. ed. St. Louis : Mosby Company, 1978.
- MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería**. San Elias : Barcelona : Rol, 1989.
- MERLEAU-PONTY, M. **Signos**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.
- MOREIRA, Wagner W. **Corpo presente**. Campinas : Papyrus, 1995.
- NUNES, M.P., ARRUDA, E.N. Repensando o “conforto” no processo de cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n. 1, p.139, jan./jun. 1995.
- PITTA, A.M.F. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde : elos de uma cadeia possível**. Documento preparado para Representação do Brasil da OPS/OMS (mimeografado), 1993, 32p.

POLAK, Y.N. de S. O corpo próprio como um “em si”, um ser “para o outro e como objeto do conhecimento e do fazer da enfermagem. **Anais do ENFITEC**. São Paulo: 1994. 547-555p.

POTTER, P.A., PERRY, A.G. **Fundamentals of nursing** : concepts, process e practice. 3.ed. St. Louis : Mosby, 1993.

REZENDE, A.M. **Concepção fenomenológica da educação**. São Paulo : Cortez, 1990.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente** : teoria e ensino. 2. ed. São Paulo : Robe Editorial, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. BIBLIOTECA CENTRAL. **Normas para apresentação de trabalhos**. Curitiba, 1994. v.2, 6, 7, 8.