

MARIA LÍGIA DOS REIS BELLAGUARDA

**VIDA MORRIDA, MORTE VIVIDA:
UMA ABORDAGEM DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL
NO DOMICÍLIO**

FLORIANÓPOLIS

Julho 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

VIDA MORRIDA, MORTE VIVIDA:
UMA ABORDAGEM DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL
NO DOMICÍLIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

MARIA LÍGIA DOS REIS BELLAGUARDA

ORIENTADORA:

Dra. LÚCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

FLORIANÓPOLIS

Julho 2002

MARIA LÍGIA DOS REIS BELLAGUARDA

VIDA MORRIDA, MORTE VIVIDA: UMA ABORDAGEM DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL NO DOMICÍLIO

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 08 de julho de 2002 atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração; Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
- Presidente -

Vera Radünz
- Membro -

Rosane Gonçalves Nitshke
- Membro -

Angela Maria Alvarez
- Suplente -

Dedico esta experiênça de vida a todos aqueles que têm no amor a essênça de sua existênça. E a todos aqueles que ainda não o perceberam como essencial.

A À Melina, menina flor, mel, doçura e
G amiga fiel. Ao Gregório, menino luz,
especial e forte. Obrigada, meus filhos,
R pela compreensão e por serem a razão do meu
viver.

A À Marilda dos Reis Bellaguarda, minha
D mãe, mulher de fibra, sábia em quem me
E espelho. Ao Sidney Bonfiglio de Oliveira
C Bellaguarda, meu pai, irmão de fé e de
caminhada. Luzes que me deram a vida,
exemplos de dignidade, disposição, retidão,
fidelidade, fé e seres férteis de amor.
Obrigada por serem tudo e muito mais para
mim do que eu mereço.

I Aos meus irmãos Anderson e Fabiana
M Bellaguarda, obrigada pelo Lucas e por
participarem dos meus devaneios, por rirmos
e chorarmos juntos.

E A minha amiga LUA e sua filha, agradeço
a confiança em mim depositada e a crença
amorosa na efetividade deste estudo.
N Obrigada por nossos momentos.

T A minha amiga SOL e sua família,
O agradeço a receptividade e a harmonia com
que me fizeram sentir a importância deste
processo de cuidado.

S À Dr^a Cacilda Furtado, ser iluminado que
foi colocado em meu caminho para que eu
desse vazão ao meu amor incondicional.

À Enfermagem como profissão sublime e
dignificante, que me faz um ser do cuidado.

À Dr^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves,
minha orientadora, ser ético e de sabedoria

que me oportunizou o equilíbrio, a paz e resgatou em mim a crença em meu potencial.

À Dra Alcione Leite da Silva, orientadora na primeira fase deste estudo que aceitou o grande desafio de me orientar e me presentear com o Cuidado Transdimensional.

À Dra Vera Radünz, Dra Rosane Nitschke, Dra. Ângela Maria Alvarez e Dda. Juliana Sandri, componentes da Banca Examinadora, meu muito obrigada pelas orientações e contribuições para a valorização científ: deste estudo. Sinto-me homenageada pelas belezas que me fizeram ver, sentir e viver durante suas avaliações.

A Às educadoras da Pen-UFSC, que me
G fizeram acreditar numa Enfermagem
científica, artística, construtivista,
R imaginária, real, competente, cuidadora,
poética, disciplinar, profissional e, acima
de tudo, transdimensional.

A Às amigas de todas as horas: Claudinete
D Bezerra Vasconcelos, pela paciência e
perseverança; Helga Regina Bresciani, pelo
E equilíbrio e tranqüilidade; Lúcia Marcon,
pelas falas espirituosas e providenciais;
C Maria de Lourdes Hames, pela alegria e
discernimento; Silvana Sidney dos Santos,
pelo carinho e consideração.

I Às/aos companheiras/os da turma do Curso
de Mestrado, meu carinho pelas discussões
M enriquecedoras e momentos vividos com
satisfação.

E Aos amigos que fazem parte dos
bastidores do nosso dia-a-dia acadêmico,
N Ana, Cida, Cláudia, Fabiana, Luzia, Odete,
Rafael e Rita, um beijo em seus corações e

T

O

obrigada por sempre estarem sorrindo e me serem tão afetuosos.

À Enfermeira Áurea Boing, Diretora Administrativa do Grupo Vita - Florianópolis, a minha gratidão e o meu reconhecimento.

Aos meus companheiros de trabalho, obrigada por me escutarem, me auxiliarem e engrandecerem o meu cotidiano profissional.

Aos guias espirituais, amigos verdadeiros, seres que me dão suporte e confirmam diariamente que o "essencial é invisível aos olhos".

A Ti, Uno, Indivisível, Todo Poderoso, Absoluto: DEUS, pela presença divina em todas as coisas; em permitir eu "ser", em me oportunizar o encontro com as Tuas verdades; por eu ser mulher, filha, irmã, mãe e amiga; obrigada pela minha existência simples e apaixonada. Nas Tuas mãos soberanas ó PAI, estão o meu corpo, a minha alma e o meu destino. Muito Obrigada!

RESUMO

Neste estudo, desenvolvo um processo de cuidado com clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer no domicílio. Teço uma análise reflexiva a partir da experiência vivida baseada no processo de morte-renascimento à luz do Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente de Alcione Leite da Silva. A partir deste referencial, utilizo conceitos, pressupostos e padrões de significados e de estética do cuidado nele estruturados, bem como pressupostos próprios. A pesquisa qualitativa convergente-assistencial de Trentini & Paim subsidia toda a construção metodológica na efetivação desta experiência. Este estudo foi desenvolvido com duas clientes com câncer e suas famílias, em seus domicílios na grande Florianópolis, Santa Catarina, no período de dezembro de 2001 a janeiro de 2002. Para compor o movimento destas vivências, desenvolvi um processo de cuidado dialógico a partir da história de vida e do processo da morte e do morrer dessas clientes juntamente com suas famílias, na busca da compreensão do princípio de morte-renascimento na dinâmica da vida. Este processo de cuidado acontece durante encontros que denomino de “vivência”, com temáticas que direcionam o diálogo com vistas à compreensão desejada. Amplio a análise desta experiência através da reflexão em que o cuidar é o acesso ao outro num movimento científico, dialético, educativo, poético, amoroso e ético na transdimensionalidade do cuidado em família.

Palavras-chave: Morte-renascimento. Cuidado transdimensional. Família. Domicílio.

A DEAD LIFE, A LIVED DEATH: AN APPROACH TO AT-HOME TRANSDIMENSIONAL CARE

ABSTRACT

A care process is presented by the author next to clients and families who go through the process of death and dying at-home. A reflexive analysis is made from this lived experience based on the death-rebirth process as seen from a Transdimensional Care view: an emergent paradigm created by Alcione Leite da Silva. From this reference basis the author employs concepts, premises and patterns of meanings and of care esthetics structured within said patterns, and also premises born from the author herself. Trentini and Paim's convergent-assistance qualitative research forms the means supporting the whole methodological construction in conducting this experience. The present study was carried out with two cancer patients and their families, at their homes in the large Florianópolis- Santa Catarina from December 2001 to January 2002. To elaborate the form such lived experiences were conducted, a dialogic care-process was developed based on the life story and the death and dying process of those clients, in association with their families, in a search for an understanding of the death-rebirth principle in the dynamics of life. This care process takes place during meetings which the author calls "Living Experience", using themes which orient dialogue towards the desired understanding. The author enlarges the analysis of the present experience through the reflectioning that care is to have access to the other person within a movement that is scientific, dialectic, educative, poetic, loving and ethical in the transdimensionality of care practiced in the family.

Key words: Death-rebirth. Transdimensional care. Family. Home.

VIDA MUERTA, MUERTE VIVIDA: UN ABORDAJE DEL CUIDADO TRANSDIMENSIONAL EN EL DOMICILIO

RESÚMEN

En este estudio, desarrollo un proceso del cuidado con clientes y familias que tienen como vivencias el proceso de la muerte y del morir en el domicilio. Construyo un análisis reflexivo a partir de la experiencia vivida basado en el proceso de muerte-renacimiento a la luz del Cuidado Transdimensional: un paradigma emergente de Alcione Leite da Silva. A partir de este referencial, utilizo conceptos, presupuestos y padrones de significados propios. La investigación cualitativa convergente-asistencial de Trentini & Paim ayuda durante toda la construcción metodológica en la efectividad de esta experiencia. Este estudio fue desarrollado con dos clientes con cáncer y sus familias, en sus domicilios en la grande Florianópolis, Santa Catarina-Brasil, en el periodo de diciembre del 2001 a enero del 2002. Para conformar el movimiento de estas vivencias, desarrollé un proceso de cuidado dialógico a partir de la historia de vida y del proceso de la muerte y del morir de esas clientes junto con sus familiares en la búsqueda de la comprensión del principio de muerte-renacimiento en la dinámica de la vida. Este proceso de cuidado ocurre durante encuentros que denomino de “vivencia”, con temáticas que direccionan el diálogo con miras a la comprensión deseada. Profundizo el análisis de esta experiencia a través de la reflexión en que el cuidar es el acceso al otro en un movimiento científico, dialéctico, educativo, poético, amoroso y ético en la transdimensionalidad del cuidado a la familia.

Palabras clave: Muerte-renacimiento. Cuidado transdimensional. Familia y domicilio.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.....	20
A MORTE, O CUIDADO EM ENFERMAGEM E O DOMICÍLIO	20
1.1 Aspectos Históricos e Sócio-Culturais da Morte	20
1.2 O Cuidado e a Enfermagem	25
1.3 O cuidado de enfermagem, em domicílio, no processo da morte e do morrer.....	29
CAPÍTULO II.....	36
NA BUSCA DO ESSENCIAL: A UTILIZAÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO	36
2.1 Considerações sobre a teórica.....	37
2.2 Conceitos	39
2.2.1 Consciência individual.....	39
2.2.2 Consciência universal	40
2.2.3 Enfermagem.....	40
2.2.4 Cuidado	41
2.2.5 Processo de Morte–Renascimento	42
2.3 Pressupostos	43
2.4 Pressupostos pessoais	45
CAPÍTULO III.....	47
3.1 Seleção da clientela.....	47
3.2 Participantes do estudo.....	48
3.3 Contexto do Estudo	48
3.4 Processo de cuidado	49
3.5 Movimento do processo de cuidado.....	51
3.6 Sistematização das informações	
CAPÍTULO IV	59
AS VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE CUIDADO.....	59
4.1 Vivência SOL.....	60
4.1.1 Apresentando Sol.....	60
4.1.2 Fragmentos da história de vida de SOL.....	61

4.1.3 Processo de cuidado	62
4.2 Vivência LUA	70
4.2.1 Apresentando LUA.....	70
4.2.2 Fragmentos da história de vida de LUA.....	71
4.2.3 Processo de cuidado	72
4.3 Avaliando o processo de cuidado.....	84
CAPÍTULO V.....	89
ÉTICA E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO	89
5.1 Bases éticas na construção do conhecimento	90
5.2 Educação e construção de um conhecimento	95
CAPÍTULO VI	100
TEMPO DE NOVOS PARADIGMAS: ENSAIO DE ANÁLISE DO REFERENCIAL TEÓRICO.....	100
CAPÍTULO VII.....	107
VIDA MORRIDA, MORTE VIVIDA: A TRANSDIMENSIONALIDADE DO CUIDADO EM FAMÍLIA.....	107
7.1 Vida morrida	107
7.2 Morte vivida	112
7.3 A transdimensionalidade do cuidado em família.....	116
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
A N E X O S.....	131
Anexo 1	132
Anexo 2	133
Anexo 3	134
Anexo 4	135
Anexo 5	136
Anexo 6	137
Anexo 7	138
Anexo 8	139

"Por tanto amor, por tanta emoção
a vida me fez assim, doce ou
atroz, manso ou feroz, eu caçador
de Mim".

(Sérgio Magrão &
Sá, 1983)

APRESENTAÇÃO

A reflexão é o pensar analítico, crítico e, porque não dizer, poético do processo de criação humana, à medida que experienciamos o viver. No entanto, a rigidez cotidiana e imposições sociais que tomam conta de nossa existência inibem, consideravelmente, o processo reflexivo, comprometendo o engajamento e ação humana no mundo das relações.

Considero que viver é estar em constante processo de reflexão e, conseqüentemente, em transformação. Essa compreensão tenho adquirido ao longo de minha trajetória existencial, na qual me descubro como ser humano reflexivo e apaixonado pela vida.

Muito cedo, manifestou-se em mim o desejo de cuidar, possivelmente devido à história familiar relacionada ao cuidado. Bastante ligada aos meus pais e ao meu irmão, cresci num ambiente de união, comprometimento e muito amor, o que entendo por um verdadeiro lar. Nesse processo, muitas foram as dificuldades, mas maiores foram as alegrias.

Meu primeiro contato com o cuidado à saúde foi o dispensado ao meu avô, por meus pais. Sofrendo de um câncer hepático, ele optou por viver seu processo de morte e morrer em casa, junto aos familiares. Vivi todo o sofrimento que envolveu essa perda. Todavia, o dia-a-dia me fez compreender que a vida reserva para todos nós sempre algo de melhor.

Pensar a vida e refletir as perdas que venho experienciando em minha existência, fizeram-me assimilar o processo da morte e do morrer com mais serenidade. Sinto-me

feliz em estar neste espaço, em tempo qualquer, transformando meus significados, sendo influenciada e influenciando seres que cruzam o meu caminho e mostram-me que tudo vale a pena, nada é desprezível, nem mesmo o sofrimento e as perdas. “Na verdade, acreditar que cada momento traz em si tudo o que ele mesmo possa vir a exigir de nós é a maior de todas as esperanças” (BONDER, 1994, p.144). Isto quer dizer que não deve haver o desespero, mas a atenção em tomar consciência de que seja o que for que aconteça nunca é o pior. Tudo é suportável.

Expericiamos o processo de viver sem nos darmos conta que o viver e o morrer são extremamente complexos e paradoxais. A morte, enquanto acontecimento inerente à vida, nos coloca face a face com a nossa fragilidade. Conforme Kovács (1992), a forma como vimos a morte certamente influenciará a nossa forma de ser e viver. Uns com maior serenidade e maior capacidade de consciência interior que outros.

As questões referentes à vida e à morte acompanham o desenvolvimento humano desde tempos remotos (KOVÁCS, 1992). As religiões e a filosofia sempre procuraram questionar e explicar a origem e o destino do ser humano. Por tradição cultural, familiar ou mesmo pessoal, cada um possui uma representação da morte, a qual influenciará sobremaneira nosso processo de ser e viver no mundo. Neste sentido, nosso entendimento da morte é diretamente influenciado pelas crenças e valores que compõem uma tradição cultural e familiar.

A minha experiência pessoal e familiar contribuiu consideravelmente na busca de respostas no tocante a esta temática, dada a consideração do morrer como processo natural. Desde cedo, tive uma preocupação e desejo interior de ajudar as pessoas em suas dificuldades, em especial as que vivenciam o processo da morte e do morrer. A morte nunca se apresentou feia e desesperadora para mim, o que despertou o meu desejo de buscar uma profissão que possibilitasse minha ação, de alguma forma, nesse processo. Ao me tornar enfermeira, me posicionei na tentativa de modificar o cuidado dispensado aos/as clientes¹ e suas famílias envolvidos com as questões do morrer.

¹ Utilizado aqui para identificar pessoas que interagem e interferem no seu cuidado, bem como àquelas que têm a liberdade de concordarem ou não com as ações de cuidado voltados à sua saúde.

Passei a me dedicar no auxílio aos/as clientes e suas famílias, vivenciando e absorvendo novas situações.

No decorrer da minha vida profissional no Hospital de Caridade e Hospital Universitário, vivenciei momentos que considero especiais, com clientes e suas famílias no processo de morte e morrer. As limitações institucionais e mesmo da equipe de saúde para o cuidado com esta clientela incitaram-me a tentar agir, cuidar diferente. Depois, com o nascimento dos meus filhos, este desejo de cuidar diferente cresceu ainda mais e decisivamente.

Considero que o meu momento mais reflexivo quanto a estas questões tenha sido durante os grandes reveses da minha vida pessoal, na qual elaborei novos significados para minha existência. Estas experiências serviram para fortalecer meu interesse acerca do processo da morte e do morrer.

Nesta trajetória, tenho detectado a carência de um cuidado efetivo a seres que vivenciam este processo. Essa carência se expressa na solidão enfrentada por estes seres e suas famílias no ambiente hospitalar, bem como pelo caráter de um cuidado predominantemente biológico. O avanço tecnológico e o conhecimento científico vêm transformando a equipe de saúde, aqui em especial a de Enfermagem, em competentes técnicos, mas muitas vezes não tão competentes no cuidado ao ser humano fragilizado.

Sob o predomínio do paradigma da modernidade, do qual o modelo biológico tem suas raízes, as questões da morte e do morrer têm sido encaradas de maneira fria e distanciada. Este fato é evidenciado na transferência do cuidado antes no lar e em família para o espaço referencial nos hospitais, em meio a aparelhos complexos e seres estranhos ao seu convívio. Neste espaço, a equipe de saúde, com uma proposta tecnicista, ainda se encontra despreparada para trabalhar as questões da morte e do morrer de forma sincera e autêntica, caracterizando este processo existencial enquanto acontecimento solitário e impessoal. Este fato pode ser explicado não só pela nossa tradição cultural ocidental, como também pelo próprio processo de formação, fundamentado exclusivamente no processo de cura.

Esta perspectiva fica evidente quando nos voltamos para a literatura de Enfermagem, a qual encontra-se, ainda, em crescimento acerca de estudos sobre o processo da morte e do morrer. Embora a ênfase nos aspectos técnicos e biológicos na prática assistencial permaneça mais evidenciada, a perspectiva de mudança se amplia ao nos voltarmos para os estudos de Radünz, 1999; Lacerda, 2000; Souza, 2000, Marcelino, 2000 entre outras.

Todos estes fatores demonstram a necessidade urgente de transformação do que está posto. É preciso buscar novos referenciais que transcendam a visão biológica e técnica do cuidado aos seres que vivenciam a morte e o morrer, para incluir a complexidade que permeia este processo natural de transição humana.

Por outro lado, verificamos hoje uma tendência crescente de retorno ao cuidado em domicílio neste período existencial. Com isto, a família volta a desempenhar um papel importante de parceira no cuidado, como também de cliente do cuidado profissional. Neste sentido, o cuidado vai até o núcleo familiar, numa relação interacional com o ambiente, as particularidades e as pessoas com quem e onde os/as clientes, possivelmente, pensam vivenciar o processo da morte e do morrer. Por ser esta uma perspectiva ainda recente, nos deparamos com uma carência de estudos na área.

Diante da necessidade sentida de ampliar meus horizontes epistemológicos e buscar instrumentais para uma maior capacitação teórico-prática no cuidado a clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer, vi no mestrado esta oportunidade e, ao mesmo tempo, o desafio para empreender esta nova jornada em minha vida. Para fundamentar teoricamente este estudo optei pelo Cuidado Transdimensional² de Silva (1997).

A opção por esta base paradigmática se deve ao fato de ela vir ao encontro de minhas crenças e valores. Este referencial, ao promover um deslocamento epistemológico na concepção de vida e morte, cria novas possibilidades para um

² Silva (1997) utiliza a terminologia Transdimensional por entender a realidade como una, indivisível, a qual ultrapassa a noção de justaposição das multidimensões e de suas inter-relações. Uma realidade complexa, paradoxalmente plural e, portanto, rica em diversidade, a qual extrapola a tridimensionalidade, indo para além da noção espaço-tempo.

cuidado mais integral e humanizado. Aqui, morte não é vista como acontecimento oposto à vida, mas como parte integrante desta. Por outro lado, a morte não pode ser entendida como oposta ao renascimento, tendo em vista que ambos são inseparáveis e inerentes à própria vida. Neste sentido, todos estamos morrendo e renascendo a cada instante de nossas vidas. O Cuidado Transdimensional, ao ter como foco o processo de morte e renascimento, nos oferece uma nova visão da realidade a ser vivida, bem como de pensar e agir no cuidado aos seres, em especial os que estão vivenciando o processo da morte e do morrer. Assim, a morte e o morrer são recortes do processo de morte-renascimento que possibilitam uma releitura de todo o processo vivencial. O Cuidado Transdimensional, como guia nesta intervenção de Enfermagem a clientes e famílias no processo da morte e do morrer, certamente elucidará a partir das versões diferentes e histórias de vida, novas possibilidades de cuidar, amar e viver.

Após a contextualização e delimitação geral desta proposta, sintetizo o conteúdo e o apresento da seguinte maneira: no primeiro capítulo, faço uma revisão da literatura que aborda conteúdos sócio-culturais, históricos e de Enfermagem relativos à morte e ao cuidado.

Seguindo as abordagens, crenças e valores que venho construindo no decorrer da minha formação pessoal e profissional, apresento no segundo capítulo as bases paradigmáticas do Cuidado Transdimensional que nortearam a prática proposta. Assim, a metodologia utilizada segue, no terceiro capítulo, com base na pesquisa convergente-assistencial. Contempla a seleção da clientela, participantes do estudo, contexto do estudo, processo de cuidado, movimento do processo de cuidado e a sistematização das informações.

O processo de cuidado é descrito no quarto capítulo, onde relato as experiências vividas neste cuidado. No quinto capítulo, discorro sobre questões éticas e educativas que considero importantes no cuidado aos clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer.

Em forma de ensaio, no sexto capítulo, abordo uma análise inicial do referencial teórico que fundamentou este estudo. Faço no sétimo capítulo a análise aprofundada

da prática realizada do ponto de vista do referencial teórico, evidenciando os padrões de significado e de expressão estética do Cuidado Transdimensional manifestados pelas clientes e suas famílias.

Finalmente, no oitavo capítulo, teço considerações acerca do processo vivenciado, levando em conta a incompletude e profundidade da temática em questão.

Objetivos Gerais

O desenvolvimento deste processo de cuidado tem como **objetivos gerais**:

- Desenvolver um processo de cuidado a clientes e suas famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer em domicílio.
- Avaliar a prática desenvolvida no domicílio sobre o processo da morte e do morrer junto à família com bases paradigmáticas do Cuidado Transdimensional.

"A paz invadiu o meu coração, de repente me encheu de paz como se o vento de um tufão arrancasse meus pés do chão onde eu já não me enterro mais".
(Gilberto Gil e João Donato)

CAPÍTULO I

A MORTE, O CUIDADO EM ENFERMAGEM E O DOMICÍLIO

A Enfermagem em todo seu processo histórico se constitui no aprimoramento do cuidado. Vem se firmando como disciplina-profissional³, da qual emergem novos posicionamentos, valores e significados do cuidar. Um cuidado que contempla o técnico, o científico, a educação, a pesquisa e a ética.

Para compor este primeiro capítulo, faço uma breve revisão da literatura que aborda conteúdos sócio- culturais e históricos da Enfermagem relativos à morte e ao cuidado.

1.1 Aspectos Históricos e Sócio-Culturais da Morte

A morte e o morrer sempre fizeram parte das questões de interesse da humanidade ao longo de sua história. O que se observa é que em vários momentos da história da vida, a humanidade processa adaptações e inaptações às questões da morte. Há períodos de remissão e estagnação, nos quais os conflitos existenciais dão espaço a crenças que atenuem as incertezas para com os mistérios da vida, tornando quase que esquecida a presença da morte, na vida. No decorrer das atribuições,

devaneios, guerras e lutas pelo poder, a história da morte vem formando um conteúdo de idas e vindas nas crenças, nos rituais de luto e nos atributos valorativos da sociedade em cada época.

Segundo Chiavenato (1998), nas sociedades primitivas, nas totêmicas em particular, acreditava-se que a vida cessaria somente através de um fenômeno não-natural, um acidente.

As primeiras manifestações da literatura antiga egípcia, por exemplo, negam a possibilidade da morte; o espírito ou a alma transmigrava, reencarnava ou descansava, neste último caso, na forma de múmia (CHIAVENATTO, 1998). Na China, o culto aos antepassados garantia um vínculo da família com o ser morto. Assim, recebiam a bênção para a prosperidade. O culto aos mortos é um componente comum em todas as religiões antigas e permanece em todas as religiões atuais.

Na Grécia, Pitágoras iniciou, em sua academia de Crotona, o grande movimento de idéia acerca da imortalidade da alma, seguido por Sócrates e Platão, através de seus livros Fedon, o Banquete e a República (SILVA, 1996).

No período do cristianismo primitivo, a morte era encarada como natural, pois acreditavam que esta era uma passagem para um mundo mais feliz. Na idade média, com o lento surgimento do capital como força de produção, a morte deixa de ser encarada como acontecimento natural. Este é o período no qual, segundo Ziegler (1977), o ser humano vivo tem direitos e pode quase tudo, doente ou morto nada significa, não produz, não transforma seu mundo nem seu futuro. Nestes termos, a insistência em provar a finitude do ser humano tem sua fundamentação na terminalidade biológica.

Com o passar dos tempos e o advento do capitalismo mercantil, os acontecimentos ligados à morte passam a ser ocultados e privados do viver cotidiano do ser humano. Este, passa a ser visto como uma máquina e a morte um tabu (SILVA, 1996). Assim, o ser humano é privado do que seria seu maior momento de reflexão,

³ Disciplina-profissional entendido neste estudo como um corpo de conhecimento advindo da pesquisa, do ensino, do processo dialógico e reflexivo de um grupo profissional de determinada área específica do conhecimento. Fundamenta a atuação prática desse grupo profissional.

interiorização, aprendizado, ação e transformação: a vivência do seu processo de morrer (SILVA, 1996). Em decorrência deste ocultamento, as questões referentes à morte e ao morrer passam a se distanciar do viver cotidiano. Assim, o medo da morte e o risco de acontecer passam a fazer parte do processo cultural da existência nesta realidade.

Morin (1997) caracteriza esta passagem histórica quando visualiza dois pólos antropológicos da morte: o horror da morte e o risco de morte. Diz ainda, que subjacente a eles há o esquecimento da morte. Segundo Morin (1997, p.76), “a individualidade não fica nunca estável, mas sempre em conflito, e vai sem cessar do esquecimento da morte para o horror da morte, do horror da morte para o risco de morte”. Portanto, o progresso humano edificou-se na defesa e autoridade que instituiu sobre a natureza. E, nesta perspectiva é que a ciência emerge para resolver os problemas de saúde, como se as/os profissionais dispusessem de receitas definitivas para a cura e defesa da morte.

O cuidado dispensado ao/a cliente no processo da morte e do morrer está atrelado ao fator técnico e no pós- morte, aos trâmites administrativos e burocráticos deste processo. Daí haver poucos trabalhos desenvolvidos em busca de inovar o cuidado no processo da morte e do morrer e poucos são os embasamentos nacionais de Enfermagem, retratando assim a literatura existente sobre o tema. Entretanto, nas últimas quatro décadas, alguns estudos de autores/as nacionais e internacionais, de várias áreas do conhecimento, vêm contribuindo para uma transformação significativa na compreensão desta temática, abrindo a possibilidade de novas abordagens no cuidado a clientela nesta condição (GLASER; STRAUSS, 1965; ZIEGLER, 1977; KÜBLER-ROSS, 1998; ARIES, 1977; BOEMER, 1986; KOVÁCS, 1992). Mesmo assim, observamos que os trabalhos desenvolvidos em torno deste assunto partem dos/das profissionais psicólogos/as, psicoterapeutas e psiquiatras, os/as quais abordam comumente estudos destinados ao ensino e preparo da equipe de saúde para lidar com a morte e o morrer. Profissionais, como Kovács (1992) e Chiavenato (1998), abordam esta temática, com enfoque maior na história sócio- cultural, política e religiosa e no sentido de aprimorar a capacitação das equipes de saúde para assistirem clientes em

seu processo da morte e do morrer. Esta capacitação faz parte do processo de polimento educacional a respeito dos processos da própria vida. Isto é evidente no trabalho de Becker (1995), quando faz uma exposição da condição humana numa síntese que perpassa por vários campos do pensamento e das ciências humanas à religião. Entrelaça os pensamentos de Kierkegaard, Rank e Freud, abordando a tendência do ser humano em mitificar a morte, negando a mortalidade humana. É uma literatura que enfoca o medo como propulsor de angústias e da crescente credibilidade na imortalidade do ser humano.

Kübler-Ross (1998), pioneira nos estudos referentes à morte, em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, faz uma análise retrospectiva social, na qual afirma que o ser humano sempre terá medo da morte, por não ser vista como possível de acontecer a nós mesmos. Onde a morte, o sofrimento, a dor é para o outro, para nós seria uma realidade ao longe. Realidade que se distancia dia-a-dia, uma vez que se faz fato a realidade viva, a vida. Esta vida conhecida, saboreada, desfrutada e até mesmo sofrida. Todo este pensar se reflete na pouca experiência em se compreender a verdade explícita da vida: a morte. Para tanto, Kübler-Ross (1998) descreve cinco etapas (negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação) pelas quais atravessa a maioria das pessoas em fase terminal ao se conscientizarem da morte próxima. O trabalho desenvolvido por Kübler-Ross, certamente revolucionou e estabeleceu direcionamentos ao cuidado destes/destas pacientes no processo da morte e do morrer.

Outra importante contribuição, sobre a morte e o morrer, é evidenciada na Enfermagem brasileira pelos trabalhos voltados ao ensino. Boemer et al. (1991) discorrem sobre o desconforto vivenciado pelos alunos da graduação diante desta temática. Mostram que a experiência de educar para a morte possibilita um repensar a prática de Enfermagem. Desta forma, o cuidado de Enfermagem a clientes e famílias no processo da morte e do morrer na perspectiva acadêmica, vem subsidiar novas maneiras de lidar com estas questões. Não como preparação religiosa, mas como ajuste da realidade, da vida, da existência e da capacidade imanente de transcendência humana.

Ainda na literatura nacional, Boemer (1986) assume o discurso heideggeriano, no qual a morte não é um ponto final na existência, mas um elemento que a constitui. Nestes termos, diz que a partir do entendimento da morte como parte da existência, pelos/as profissionais, é que o medo da morte desaparecerá. Pressupõe que a equipe de saúde proporcionando ao/a cliente a compreensão de não se antepor à morte como desafio, poderá auxiliar autenticamente este ser humano no resgate de si mesmo em sua terminalidade (BOEMER, 1986). Já Radünz (1999), ao promover uma filosofia para Enfermeiros, mostra que esse profissional necessita do cuidar de si mesmo para desta forma ampliar o cuidado ao outro. Reflete a compreensão das limitações desses profissionais frente à morte e à inevitabilidade da síndrome de exaustão a que estão expostos os/as profissionais da Enfermagem que cuidam de pacientes com câncer.

O`Gorman (1998) levanta considerações sobre os rituais de morte na sociedade contemporânea, nos relata tópicos essenciais no relacionamento dos seres humanos com a morte. Mostra uma reflexão pessoal que clarifica as próprias crenças e valores da autora voltada para a perspectiva holística do cuidado à doença, à saúde e à morte.

Com enfoque no cotidiano vivenciado pelos/as profissionais da saúde e particularmente os de Enfermagem, Rezende et al. (1996) encaminham uma pesquisa de interpretação dos ritos mortuários. Descrevem os sentimentos e significados diante da morte, a sua temporalidade e sua espacialidade, a morte anunciada e os preparativos do corpo. É uma obra que subsidia um olhar profissional mais compreensivo do lidar com a “finitude” no âmbito público e privado da vida desses profissionais.

Um paradigma que traz outro entendimento do processo da morte e do morrer é o paradigma do Cuidado Transdimensional (SILVA, 1997), que em seu foco central morte-renascimento, refere que os seres humanos morrem e renascem a cada mudança de significados, a partir da aceitação e compreensão dos seus próprios limites de expressão, bem como os limites daqueles que os cercam em busca de transformações. Isto evidencia a necessidade que as pessoas têm demonstrado na procura de novos significados para as suas vidas. Desta forma, a transdimensionalidade caracteriza-se pela atemporalidade e não espacialidade do cuidado bem como na contraposição à finitude. É um olhar diferenciado do processo vivencial.

Numa linha teórico-filosófica do enfrentamento da vida emerge Bonder (1994), numa obra envolvente e profunda sobre desespero e morte. Descreve de forma poética a “arte de se salvar” dos percalços que as situações de perda nos colocam. O escrito de Bonder é apaixonante e fala de amor, de verdade e da sabedoria de que todo ser humano dispõe e nem sempre se utiliza para vivenciar as questões das perdas. Faz uma análise da existência não só do ponto de vista da fé judaica como principalmente do sentimento de esperança.

Em conformidade com o exposto, as questões da morte e do morrer necessitam ser discutidas e clarificadas para o alcance de um cuidado mais humanizado e efetivo nas ações de cuidado.

1.2 O Cuidado e a Enfermagem

Cuidar é uma ação de auxílio, de ajuda, de dedicação, de assistir o outro de forma a desenvolver um cuidado sistematizado, criativo e muitas vezes improvisado. Haja vista, que o cuidado está implícito na doação dos seres a si mesmos, ao seu semelhante e à natureza. Assim, o imprevisto na prestação do cuidado é quase sempre imperativo nas situações diárias do viver. Desta forma, partindo do pressuposto que o cuidado é inerente ao ser humano, pensar o cuidado passa a ser uma tarefa das/dos estudiosas/os. Alves (1998) fala que o imprevisto e o repentino, inspirado nas necessidades do momento, prevalecem no ato de construção do conhecimento de cuidado.

O cuidado vem se constituindo na essência da Enfermagem desde o final do século XIX, pelo saber nightingaleano (SILVA, 1997). É através de Florence Nightingale que o cuidado passa a ter um caráter organizado, dando origem à Enfermagem moderna (COLLIÉRE, 1989). O cuidado de Enfermagem, nesta perspectiva, emerge com bases humanitárias de forma a articular arte, ciência e espiritualidade (SILVA, 1997). A Enfermagem pós- Nightingale, entretanto, adota o modelo biologicista/ tecnicista, numa terapêutica do cuidado em resposta a diagnósticos e prescrições médicas. De acordo com todo o contexto histórico- social, a história da Enfermagem vem sendo construída passo a passo em busca de uma

identidade própria, não só em relação ao cuidado como também em relação à ciência, à arte, à disciplina e à profissão de Enfermagem.

Leininger, seguida por Watson, iniciou o enfoque ao estudo acerca do cuidado na Enfermagem. Leininger desenvolveu a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural onde trabalha o cuidado, em sentido genérico e profissional. Leininger (1991) enfatiza em sua teoria que o comportamento das pessoas e a forma como se expressam é diretamente relacionada com o seu meio cultural. A autora acredita ser o cuidado o foco da Enfermagem.

Watson (1988) centra o cuidado na filosofia e na ciência da Enfermagem, tem maior preocupação com o cuidado como ideal de valores humanos, o que é evidenciado na sua Teoria do Cuidado Humano. Na perspectiva desta autora, há uma mudança nas pressuposições epistemológica, ontológica e ética do cuidado.

O padrão ontológico engloba mente-corpo-espírito; epistemológico com abordagem mais ampla e várias possibilidades metodológicas, e por fim, muda da ética de neutralidade para uma ética valorativa e a pesquisa como ato de cuidado (SILVA, 1997, p.36).

O enfoque no cuidado a partir de Leininger tem sido mais discutido e estudado. Entretanto, nos últimos vinte anos é que a literatura de Enfermagem vem se consubstanciando nesta temática (SILVA, 1997).

Com o propósito de efetivar e incentivar estudos no tocante ao cuidar/cuidado da Enfermagem, foi criada nos Estados Unidos a Associação Internacional para o Cuidado Humano (I.A.H.C.). Inicialmente, o cuidado como fonte do conhecimento da Enfermagem passa de uma abordagem epistemológica e filosófica para uma abordagem educativa, prática e de pesquisa na Enfermagem (WALDOW, 1992).

No Brasil, os estudos sobre o cuidado avançam com Neves-Arruda e Silva (1998). Estas autoras vêm estudando, pesquisando e produzindo conhecimentos acerca do Cuidado de Enfermagem. Através da criação por ambas do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando no Estado de Santa Catarina. Neves-Arruda e Silva (1998) desenvolveram o programa de pesquisa “Cuidando-Confortando”, como direcionador no aprofundamento das questões epistemológicas, ontológicas e

metodológicas do cuidado. Este programa emergiu diante da carência de estudos na literatura Brasileira. A criação deste programa foi um marco importante para a emergência de inúmeros estudos teóricos-conceituais e exploratórios sobre o cuidado e o conforto.

As representações do cuidado se diferenciam de autor para autor. No entanto, é muito constante o fator do cuidar/cuidado ser a base da prática e da educação em Enfermagem (SILVA, 1997; SOUZA, 2000).

O cuidado tem para Silva (1993), no que diz respeito ao cuidado expressivo, como requisito básico o envolvimento “e ele só existe quando existe amor” (SILVA, 1993, p.125). O amor é o propulsor no dispensar um cuidado comprometido com o bem-viver tanto do cuidador como do ser cuidado. As experiências de cuidado devem objetivar a transformação, Clarificar os propósitos dos seres envolvidos, com vistas a uma crescente revisão de valores e conscientização da condição humana. É certo, que o cuidado contempla além da expressividade (sentimentos, emoções e valores) também a técnica, a teorização, o conhecimento, a arte, a educação e a ética.

Boff citado por Souza (2000a, p.99) diz: “o cuidado representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Isto nos remete a uma reflexão em que o ato de cuidar e a necessidade do cuidado nas relações são o desenho da própria vida. Da vida humana, porque à humanidade foi reservada a consciência que advém o pensar, julgar, amar, conviver, conhecer, ter compaixão e demais sentimentos. Da vida da natureza, por observarmos o ato de cuidar no viver dos outros seres vivos. Advindo daí o desenho da vida!

Segundo Neves-Arruda (1999, p.175)

o horizonte no cuidado de Enfermagem localiza-se em transcender os possíveis e arquitetar os alicerces de uma reconstrução em que, muitas vezes, a situação humana de saúde de alguém dá o itinerário e, nessas situações, a arte ocupa lugar, e cria convergência com a ciência, caminhando juntas em expressões de Enfermagem que conspiram o ar emancipatório que humaniza o ser.

Neste sentido, o cuidado é uma convergência da arte e da ciência, isto devido as situações que impõem as/os profissionais de Enfermagem à disponibilização de um cuidado científico, competente, interativo e comprometido com o ser.

Morse et al. (1990), em um estudo sobre cuidado, estruturaram uma revisão literária de Enfermagem na qual destacam algumas perspectivas de cuidado: cuidado como imperativo moral ou ideal, como um sentimento, como um relacionamento interpessoal e cuidado como intervenção terapêutica. Explicitam o cuidado, de caráter ético, expressivo, de inter-relação e técnico-científico. Alves (1998), diz que a construção do conhecimento no cotidiano das/dos Terapeutas do Cuidar se dá a partir do ato criativo, do senso comum da prática e é um espaço capaz de qualificar o cuidar. Para tanto, enfatiza que a improvisação ainda é a forma mais comum de construção do conhecimento no processo de cuidar em Enfermagem, no entanto um número reduzido de enfermeiras/os da prática documentam e sistematizam o cuidado. Esta autora refere-se à construção prática do cuidado, quando as/os profissionais têm que abrir mão da improvisação como meio criativo para possibilitar a ação do cuidado.

Acredito que o improvisado se estabeleça também em meio à sistematização do cuidado. Isto se mostra quando mesmo seguindo a sistematização posta, diferenciamos o cuidado com um escutar, um cantar, um tocar, com um desestruturar desta sistematização, visando uma assistência atenta ao interesse do ser cuidado.

No Cuidado Transdimensional, proposto por Silva (1997a), outra abordagem do cuidado emerge, com vistas a garantir um cuidado em que os seres envolvidos interajam com o meio de forma dinâmica, intuitiva e criativa. Em sua obra Silva (1997a) desenvolve um pensamento teórico-filosófico sobre o cuidado. Representa um novo pensar a estrutura do cuidado. Ao adjetivar o cuidado como transdimensional, Silva (1997) demonstra sua insatisfação com a perspectiva fragmentária e reducionista que até então tem sido incorporada pela Enfermagem.

Para Silva (1997a), o cuidado emerge das experiências compartilhadas, cria um clima de descobertas e encoraja a expressão dos seres envolvidos. O cuidado é um

espaço para oportunizar o desejo, a imaginação, o afeto, a paixão de ser e viver esperançosamente (SILVA, 1997a).

Outros trabalhos vêm sendo desenvolvidos com enfoque no cuidado transdimensional, cuidado a clientes e seres cuidadores de Enfermagem. Neste sentido, o cuidado passa a ser a essência não só da Enfermagem como disciplina-profissional, mas como arte, quando se destitui de fórmulas pré definidas e avança em busca de um cuidar efetivo, intenso, dialógico e reflexivo com os seres envolvidos no processo da vida.

1.3 O cuidado de Enfermagem, em domicílio, no processo da morte e do morrer

Em decorrência dos complexos desafios do mundo contemporâneo, são requeridos da Enfermagem e de outras disciplinas, novas perspectivas de visão do mundo e novas compreensões do ser humano e suas relações. Contudo, o surgimento de novos paradigmas nas várias áreas da ciência trouxe grandes transformações para o processo de cuidar em Enfermagem (SILVA, 1996). São propostas atuais que envolvem o ser vivo na sua totalidade. Desta forma, o cuidado passa a contemplar o ser desde seu nascimento até sua morte.

Emerge, na sociedade contemporânea, a importância do retorno ao lar, ao convívio familiar no tocante aos cuidados de saúde. Nitschke (1999, p. 41) diz que “falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do lugar onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos”. Considero, que família é a união co-sangüínea ou não de pessoas que apresentam afinidades ou não, mas buscam os mesmos objetivos enquanto grupo social. Apresentam sentimentos, valores e significados próprios da existência e da própria vida em comum. Vivem amores e conflitos sem perderem o referencial de lar e união. Família é o “porto-seguro”, onde os indivíduos são amparados pela compreensão.

Para Biasoli-Alves (1999) a representação de família é muito particular, ligada a afetos, emoções, juízo e expectativas satisfeitas ou não. A autora discorre ainda sobre o desenvolvimento familiar que vem se modificando com o tempo, as funções, os papéis do pai, da mãe, do filho e de outros indivíduos que se incorporam à estrutura familiar. Ela enfoca as representações culturais deste grupo. São as relações extra-familiares descritas por Nitschke (1999), as interações e influências da cultura da vida em sociedade. A Enfermagem aparece neste contexto como precursora desta atividade, considerando sua história e foco no cuidado global do indivíduo, família, comunidade e sociedade.

A assistência de Enfermagem domiciliar data do período pré-cristão. Primeiramente tinha um caráter assistencialista, sem preocupação científica (MAZZA, 1998). São Vicente de Paula, no séc. XVI, cria o Instituto das Filhas de Caridade. As irmãs prestavam assistência aos doentes e pobres, em domicílio. Para esta atividade, dispunham de um manual de procedimentos a serem seguidos (MAZZA, 1998).

Nesta perspectiva, o movimento Hospice, segundo Nascimento-Schulze (1997), data do século IV d.C., quando da hospitalidade dos cristãos aos viajantes e forasteiros com destino a locais santos. Muitos destes turistas adoeciam e vinham a morrer. Apesar do intuito de cura a estas pessoas o caráter de conforto espiritual sobressaía na assistência prestada.

O modelo Hospice mostrou seu avanço mais efetivamente a partir dos anos de 1950 e 1960 com o empenho da enfermeira e médica Cicely Saunders (NASCIMENTO-SCHULZE, 1997). Em 1967 fundou o Hospice St. Christopher, no Reino Unido, para cuidar do/da cliente terminal. E, instigar o ensino e a pesquisa na área.

Seguindo esta linha, Santana et al. (2000) descrevem o modelo “Hospice” que desenvolvem no Núcleo de Renascimento Elizabeth Kübler-Ross (NUREKR), em Salvador. O modelo Hospice, segundo Callannan e Kelley descrito por Santana et al. (2000, p.292), “é um comportamento, uma postura diante do processo da morte e do

morrer”. Dizem que se caracteriza mais por ouvir, entender e comunicar-se honestamente com a/o cliente, possibilitando dignidade nesta etapa da existência.

A filosofia e os princípios do movimento Hospice, na verdade, estão para além do ouvir o “ser doente” já sem perspectivas de cura. Estão sim voltados para a garantia da qualidade de vida até a morte, aliviar a dor e o sofrimento, dando condições de vida ativa e criativa, autonomia, integridade e auto-estima, como também, apoiar o grupo familiar na vivência da doença em família no processo da morte e do morrer (NASCIMENTO-SCHULZE, 1997). Baseado nesta perspectiva de visão mais abrangente do/da cliente, o movimento Hospice incorpora o novo modelo de atenção à saúde e à doença. Modelo este que privilegia a interdisciplinaridade, atende o/a cliente em sua realidade social e respeita as suas crenças e seus valores espirituais.

Assim, “a filosofia do movimento Hospice propõe: assistência para o cuidado paliativo e não curativo, aceitação de uma morte digna e o foco nas necessidades sócio-psicológicas do cliente e de sua família” (NASCIMENTO-SCHULZE, 1997, p.66).

Alguns autores discutem o cuidado de Enfermagem em domicílio com enfoque nas políticas, implicações econômicas e modelos comunitários de atenção à saúde (LARSON, 1984; ANDERSON, 1990; ROSENFELD e BARGER, 1993; MAGILVY et al. 1994). Desta forma, enfatizam as dificuldades financeiras e mesmo de estrutura governamental para ações de cuidado domiciliar. No Brasil, as ações de cuidado em domicílio iniciam com a Enfermagem de Saúde Pública. O texto da Conferência de Alma-Ata explicita preceitos para os cuidados primários de saúde. Considera, a atenção domiciliar como um dos meios para obtenção de apoio dos indivíduos, famílias e comunidades no planejamento, organização e atuação nos seus cuidados (MAZZA, 1998).

O Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, é uma vertente importante do cuidado no domicílio. Este programa segue os princípios do Sistema Único de Saúde e tem o propósito de reorganizar a atenção e prática à saúde. Tem a estratégia de integração e mobilização da comunidade, das prefeituras,

das secretarias de estado e municipais de saúde e instituições de ensino superior. Esta articulação busca oferecer uma melhor qualidade de vida à população (Ministério da Saúde, 2002).

O cuidado dirigido ao ambiente domiciliar possibilita serviços paliativos de apoio psico-social, físico e espiritual para pessoas à morte e suas famílias. Os cuidados paliativos têm caráter pessoal, em respeito às particularidades e características do contexto em que são desenvolvidos.

Kübler-Ross (1998) descreve a importância da relação familiar com a equipe de saúde para a eficácia da assistência ao cliente à morte. Faz alguns relatos de experiência com seus clientes quanto à expressividade destes para com a família e vice-versa. Fala dos conflitos referentes à comunicabilidade, o lidar com a realidade de doenças em fase terminal na família, o pós-morte e soluções para os sentimentos de pesar e ira. Mostra que o/a profissional enfermeiro/a, médico/a, capelão, assistente social e outros devem se fazer presentes, ouvir, partilhar e deixar clientes e familiares enfrentarem seus sentimentos.

Nesta mesma perspectiva também Andershed & Ternestedt (1999) vêm desenvolvendo estudos acerca do envolvimento das famílias no cuidado de clientes no processo morte-morrer. Traçam paralelos do cuidado em diferentes culturas. Acreditam que o/a enfermeiro/a possa direcionar os familiares com cuidado de seus entes em fase final, já que sabem o que a família/cliente quer e pode fazer. Sendo assim, a presença e participação da família no cuidado ao cliente no processo da morte e do morrer, representa segurança, ameniza a solidão e afasta o abandono.

Com uma abordagem social, Baraldi & Silva (2000) fazem uma reflexão sobre a influência da estrutura social no processo da morte e do morrer. Demonstram que a morte social está presente no processo institucionalizado, seja ele hospitalar ou domiciliar. E de certa forma contrapõem o encontrado pelas autoras anteriores, pois identificam a dificuldade dos/das profissionais de Enfermagem em responder aos questionamentos dos familiares quanto a esta temática.

Desta forma, Bellato (2001) ao falar do desejo de uma “boa morte”, refere-se aquela junto aos entes queridos e que não se dê com sofrimento. Discorre ainda sobre a problemática da hospitalização e que a “morte desejada não é aquela que acontece no hospital” (BELLATO, 2001, p.163).

Em sua pesquisa qualitativa Alvarez (2001) descreve o processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar, aborda a questão da morte e do morrer na perspectiva das circunstâncias da morte, o caminho a este momento e a vivência do luto pela família cuidadora. Relata os sentimentos, as dúvidas e incertezas da família frente a esta certeza do processo de cuidado a clientes cuidados em domicílio por seus familiares.

Lacerda (2000) traz uma abordagem diferenciada do cuidado no contexto domiciliar quando identifica através dos/das enfermeiras/os participantes do seu estudo, dois fenômenos que identificam ao/à enfermeiro/a a direção profissional que o cuidado em domicílio deve efetivar. Estes fenômenos referem-se ao “vir-a-ser profissional em cuidado domiciliar” e o outro “experienciando-se como profissional no cuidado domiciliar”. Ambos os fenômenos identificados pela autora trazem à tona a importância da expressão profissional do/da enfermeiro/a no cuidado em domicílio.

Estudos de Enfermeiras da prática assistencial, com enfoque no cuidado domiciliar, corroboram com efetivas contribuições e reflexões acerca do movimento de ações à saúde nos cuidados paliativos. Estes estudos contemplam a convivência/interação profissional-cliente-família no cuidado a pessoas com câncer avançado. São trabalhos com enfoque no cuidado humanizado (MARCELINO, 2000; SOUZA, 2000b).

Outra forma de pensar o espaço para o desenvolvimento do cuidado é visto no Cuidado Transdimensional, que em seu padrão de não-espacialidade e de atemporalidade implica na ausência de um espaço determinado e de uma cronologia estabelecida. Para tanto, explica que para desenvolvermos o cuidado tanto no sentido de ajudar ou ser ajudado o ser humano vive num processo dinâmico, contínuo e criativo (SILVA, 1997a). Desta maneira, Silva (1997a) enfoca o cuidado como

Transdimensional, buscando ampliar a perspectiva do cuidado, com atitudes de integração disciplinar, profissional aliada a famílias, grupos, comunidade e sociedades. Então, o espaço domiciliar aparece como mais uma oportunidade de interação entre cuidador/a e ser cuidado.

“Longe se vai, sonhando demais,
mas onde se chega assim? Vou
descobrir o que me faz sentir,
eu caçador de mim”.(Sérgio
Magrão e Sá, 1983)

CAPÍTULO II

NA BUSCA DO ESSENCIAL: A UTILIZAÇÃO DE UM REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar das inúmeras discussões sobre a teorização em Enfermagem e a sua construção disciplinar, vejo a teoria como o caminho, o guia, o direcionador de nossas atitudes, pensamentos e nossa prática profissional. Para tanto, é primordial que haja uma identificação com os conceitos e a dinâmica do referencial a ser escolhido. De acordo com Meleis (1985), é certo que uma teoria proporcione diversas perspectivas, o que dependerá de como cada um vê esta teoria. Considerando o exposto, a validade de uma teoria está na sua aplicabilidade e na riqueza de perspectivas que ela vislumbra.

Para Silva e Neves-Arruda (1993), marco de referência é um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de teorias, modelos, conceituações de enfermagem ou outras áreas do conhecimento, até mesmo advindos da própria crença, experiência e valores das pessoas que o concebem, para utilização com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade. Pode ser disponibilizado em situações gerais ou específicas, na assistência, administração ou no ensino de Enfermagem.

Sendo assim, para vivenciar as questões da morte e do morrer de forma a construir novos entendimentos do cuidado, necessito de uma base teórica que contemple o ser humano como um todo e o que para mim é o essencial: o amor. E, é neste sentido, que utilizarei os conceitos, pressupostos, padrões de significados e estéticos de cuidado com base no Cuidado Transdimensional de Silva (1997a).

É um cuidado que privilegia o ser em interação com os outros seres e destes com o meio ambiente. Este paradigma tem um comprometimento com a complexidade e profundidade da percepção de ser e viver. Para tanto se utiliza dos princípios de imanência e transcendência para fundamentar os pressupostos deste cuidado.

A partir destes princípios é que a vivência com os/as clientes e suas famílias que vivenciaram o processo da morte e do morrer buscou a compreensão e redefinição de valores, capacidades e força vital que encontramos quando nos deparamos com situações de sofrimento. Em tempos de procura da verdadeira razão da existência humana este paradigma contribui para o conhecimento de outras formas de interagir com o ser humano, família, grupos e sociedade na sua totalidade, com suas particularidades e num espaço-tempo Transdimensional.

O Cuidado Transdimensional elucida novas possibilidades na Enfermagem com padrões de cuidado, em que o amor e a sabedoria redimensionam este cuidado.

2.1 Considerações sobre a teórica

Alcione Leite da Silva vem despontando como grande estudiosa e educadora no meio acadêmico e científico nacional e internacional. Mulher independente, determinada e inteligente que vem elevando e dignificando a Enfermagem Catarinense no Brasil e no exterior. Firme, com uma visão para além do nosso tempo, mostra-se coerente em seus posicionamentos.

Alcione Leite da Silva nasceu e cresceu no Estado de São Paulo. Graduiu-se em Enfermagem na Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto em 1976. Trabalhou por quatro anos em um Hospital Geral de Cuiabá – MT, como diretora do serviço de Enfermagem. Exerceu atividades como membro da diretoria da ABEn-MT (Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Mato Grosso) e do Coren-MT (Conselho Regional de Enfermagem – Seção Mato Grosso). Assumiu a função de educadora na Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, sendo transferida, em 1991, para a Universidade Federal de Santa Catarina -- UFSC. Concluiu o curso de especialização em Metodologia da Pesquisa. Realizou seu mestrado em Assistência de

Enfermagem na UFSC, quando então desenvolveu um processo de cuidado a clientes com aids, tendo como referencial teórico o sistema conceitual de Rogers, e arsenal terapêutico às terapias alternativas.

Concluiu seu doutorado em Filosofia de Enfermagem na UFSC, em 1997, e passou um ano fazendo doutorado sanduíche na Universidade do Colorado nos EUA, quando teve como orientadora a professora Jean Watson e, no Brasil, a enfermeira Dra. Eloita de Arruda Neves e o filósofo Dr. Selvino J. Hassman. Através da construção do Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente, no Curso de Doutorado, tem possibilitado o conhecimento de outras formas de cuidar e ser cuidado, ampliando a percepção de ser e viver no mundo.

Exerceu atividades como coordenadora didático-pedagógica do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC, é pesquisadora do CNPq, coordenando o Grupo de Pesquisa sobre Tecnologias Inovadoras do Cuidado; Membro do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando-Confortando; Sub-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

Suas áreas de interesse são: Cuidado Transdimensional, Gênero, Tecnologias Avançadas de Cuidado, Processo da Morte e do Morrer e Desenvolvimento de Teorias. É também consultora de vários periódicos nacionais. Participa de Conferências e tem vários trabalhos publicados no Brasil e no exterior. Recebeu duas vezes o prêmio Vanda Aguiar Horta e duas vezes o prêmio Edith Magalhães Fraenkel. Recebeu também o prêmio Nora Pedrosa, promovidos pela ABEn Nacional durante os Congressos Brasileiros de Enfermagem. Atualmente Alcione Leite da Silva se encontra na Austrália, dando continuidade aos seus estudos no pós-doutorado.

A beleza e profundidade do conteúdo de sua obra, o Cuidado Transdimensional, incitaram-me a utilização deste paradigma como guia na construção do meu conhecimento no cuidado com clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer.

2.2 Conceitos

São representações mentais e gerais de determinada realidade. Podem modificar-se, podem desaparecer e, ainda, novos conceitos podem emergir (TRENTINI & PAIM, 1999). Sendo assim, um conceito é a experiência, organização e representação mental de alguma coisa, de acordo com a realidade de alguém.

Os conceitos utilizados neste estudo estão explicitados segundo o referencial teórico a ser utilizado e aos meus próprios em alguns momentos. Como este referencial trata-se de um paradigma, considero importante a apresentação de outros itens indispensáveis a sua compreensão, dada a sua abrangência e complexidade.

2.2.1 Consciência individual

É a percepção limitada do eu, do outro e do mundo. Caracteriza-se pelo desconhecimento temporário dos ilimitados padrões de expressão da consciência, os quais só irão se revelar através da quantidade e qualidade das interferências vivenciais, processo criativo, sensível e interacional com o todo. A consciência individual é a percepção reduzida das potencialidades do ser e da sua realidade. Neste paradigma Consciência Individual é entendida como sendo o ser humano, com suas limitações, seus anseios, suas perspectivas e esperanças.

Constitui-se de um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser (SILVA, 1997a). Capacidade reduzida do potencial de amor e sabedoria, entendida como um microcosmo, a partir de um macrocosmo que é a Consciência Universal (SILVA, 1997a).

Neste estudo, o ser humano, é aquele que vivencia o processo da morte e do morrer e sua família. Seres que, nas suas singularidades, são capazes de transcender seus pensamentos, propósitos, emoções e ações no mundo.

2.2.2 Consciência universal

Realidade complexa, rica em diversidade, que contempla a totalidade do ser-meio ambiente, extrapolando a tridimensionalidade, indo além da noção espaço-tempo (SILVA, 1997a). Caracteriza-se por um espaço repleto de vitalidade e forças que emergem da interação ser-meio ambiente, transpondo espaços e o próprio tempo. Sem fronteiras, apenas a sutileza da liberdade de ser e estar, ir e vir sem tempo e sem espaços delimitados. É uma percepção mais abrangente do todo. Refere-se a uma compreensão em que o espaço e o tempo inexistem. Assim, é imprescindível por parte do ser humano a concentração em cada capacidade, o ver, o ouvir, o tocar, o sentir odores e sabores sem necessariamente estar em contato com a matéria, produto destas sensações.

E, neste contexto, a Consciência Universal caracteriza-se também pelo meio ambiente físico e situacional em que vivemos nossas experiências. Aqui, num entendimento de inexistência do tempo e do espaço, mas também na correlação deles com o domicílio nos limites da dimensão existencial. É nesta perspectiva que a Consciência Universal se caracteriza neste estudo como o domicílio. Meio ambiente em que desenvolvi o cuidado com clientes e suas famílias no processo de morte e morrer. Espaço no qual contemplei seres humanos esperançosos de momentos de felicidade e paz.

2.2.3 Enfermagem

A Enfermagem emerge da convergência da ciência, arte e espiritualidade (Silva, 1997a). É uma disciplina profissional, cujo saber é construído a partir de conhecimentos elaborados com o empenho, a dedicação e a eficiência de profissionais comprometidos com a busca do conhecimento técnico, científico, artístico e espiritual. É uma profissão humanitária já que enfoca o cuidado ao ser humano para garantir qualidade de vida a sua existência.

Silva (1997a, p.67) considera que a “sobrevivência da Enfermagem está diretamente relacionada a uma perspectiva integrada de ações.” Deste modo, a Enfermagem deverá estar integrada a outras áreas do conhecimento e à sociedade, na construção do saber, para realizar transformações na qualidade de vida da população no planeta.

Caracteriza-se, também, pelo desenvolvimento de uma prática especializada direcionada a indivíduos, grupos e comunidades, através dos conhecimentos produzidos para se fundamentar enquanto disciplina-profissional de influência social.

2.2.4 Cuidado

O cuidado emerge da convergência da ciência, arte e espiritualidade. Consiste em um referencial catalisador de reflexão- conscientização- ação- transformação, com vistas a níveis mais complexos de qualidade de vida no planeta (SILVA, 1997a). Este cuidado requer novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais/ racionais, para incluir o amor, a sabedoria, a solidariedade, a intuição, a criatividade, a sensibilidade, a imaginação e as formas multissensoriais de percepção (SILVA, 1997a).

O cuidado engloba responsabilidades mútuas entre o ser cuidador e o ser cuidado. Oportuniza a reflexão, o comprometimento do ser com o meio e com o outro, numa relação transparente de ternura e solidariedade. É um exercício de amor, fé, compaixão, compreensão, habilidade, paciência, harmonia e respeito. Assim, o cuidado se perpetua através do auto-conhecimento e auto-transformação dos seres envolvidos na busca de formas mais sutis de entendimento da sua condição de ser amor.

Neste estudo, o Cuidado Transdimensional norteou a interação com as/os clientes e suas famílias no processo de morte e morrer, de forma a auxiliar no entendimento das experiências desse processo. O intuito é o de privilegiar a essência do ser, tanto do ser cuidado quanto do ser cuidador, com vistas à compreensão de si mesmo, da vida e do mundo.

O Cuidado Transdimensional aqui é entendido como um cuidado de interação entre cuidador e ser cuidado, de forma a dar fluência às emoções, percepções e sensações interiores dos seres envolvidos. Para tanto, deve ultrapassar os padrões de cuidado convencionais. No Cuidado Transdimensional a transparência do propósito, o comprometimento e a cumplicidade do cuidar são primordiais. É o cuidado que privilegia a essência do ser humano, a fé, a dignidade, o respeito, o amor e a verdade.

2.2.5 Processo de Morte–Renascimento

Os conceitos de morte – renascimento, no Cuidado Transdimensional, emergem a partir dos princípios de imanência e transcendência. Estes princípios constituem um sistema dinâmico de forças, no qual imanência procura integração, contração, interiorização, organização e transcendência persegue diferenciação, expansão, exteriorização, desorganização (SILVA, 1997a). É um processo cíclico em que os princípios de imanência e transcendência embora opostos se complementam. Portanto, a imanência dá lugar à transcendência e esta volta a ser imanência no momento em que é interiorizada, mas se diferenciada, já transcendeu a condição imanente. Seria a transformação contínua de nossa percepção. Um ciclo de ser e estar percebendo algo de determinada maneira e percebê-lo de outra através da interação e reflexão.

Sendo assim, a morte é configurada através da força imanente e renascimento através da força transcendente (SILVA, 1997a). A morte pode ser visualizada enquanto um processo vital na vida em si e no contexto de uma dada situação, procurando tornar-se através da interiorização e permanência (SILVA, 1997a). Renascimento, por sua vez, é também considerado um processo vital, consubstanciado no próprio potencial da vida em uma dada situação (SILVA, 1997a).

Neste sentido, morremos e renascemos a cada reestruturação de idéias, pensamentos, emoções e ações. O processo de morte–renascimento é a condição permanente de transformação para o alcance de níveis mais complexos de expressão da consciência. É um processo interacional entre a consciência individual e a consciência universal rumo à expressão criativa, artística, intuitiva e espiritual e

absoluto do ser. O processo de morte-renascimento propicia a assimilação e a redefinição de valores, numa compreensão quase que poética da complexidade humana.

No processo de morte-renascimento, é requerido dos seres um comprometimento e envolvimento nos significados das experiências vividas. Assim, a história de vida passada e presente emergem com a reflexão em busca de novos padrões de significados.

Trabalhar o processo de morte-renascimento com clientes e suas famílias que vivenciaram a morte e o morrer foi um desafio, considerando que os valores, crenças e princípios de cada ser humano são diferenciados. Neste sentido, desafiar os próprios limites, o refletir e o dialogar oportunizaram a construção de novos conhecimentos.

2.3 Pressupostos

- O Cuidado Transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída, a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, sem perderem de vista a realidade transdimensional.
- O Cuidado Transdimensional extrapola o processo saúde- doença, tendo como prioridade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão e, como meta, a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, da qualidade de vida no planeta.
- O Cuidado Transdimensional busca contemplar a totalidade do ser-meio ambiente, extrapolando a tridimensionalidade para além da noção tradicional do espaço- tempo.
- O Cuidado Transdimensional emerge da compatibilidade estética e amorosa entre os seres que cuidam e seres cuidados.

- O Cuidado Transdimensional, ao privilegiar a essência do ser, do mundo e da vida, restitui a eles as suas naturezas sagradas e inalienáveis, resgatando o sentido de reverência e de respeito para com a própria vida.
- O Cuidado Transdimensional emerge da relação estética entre os princípios feminino e masculino e se expressa na convergência da arte, ciência e espiritualidade.
- O Cuidado Transdimensional se constitui em uma perspectiva para a integração e transformação.
- O Cuidado Transdimensional emerge enquanto um referencial catalisador de reflexão- conscientização- ação- transformação.
- O Cuidado Transdimensional é um processo eminentemente participativo e reflexivo, no qual os seres envolvidos no cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências.
- O Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades do cuidador, que extrapolam as capacidades intelectuais/racionais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multissensoriais de percepção.
- O Cuidado Transdimensional, ao postular que o ser humano sobrevive à morte em um processo contínuo de transformações, modifica substancialmente a sua forma de expressão no mundo, ampliando-a para uma ordem mais global de realidade.
- O Cuidado Transdimensional com foco no processo de morte- renascimento, busca expandir as capacidades inerentes aos seres, para entrarem em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores neste processo.
- O Cuidado Transdimensional ao ter como foco central o processo de morte- renascimento, privilegia o centro espiritual do ser, com vistas à complexidade

crescente de expressão da consciência e de interação com os outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo.

- O Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte- renascimento, requer o engajamento do ser cuidador e ser cuidado nos significados das experiências vividas, em que juntos estes seres tecem um novo mosaico de padrões de significados.

2.4 Pressupostos pessoais

- A Enfermagem ao desenvolver o cuidado em domicílio expressa o comprometimento com a promoção do bem-estar⁴, da saúde⁵ e da qualidade de vida⁶ ao ir à procura das necessidades reais da sua clientela.

- Cuidado de Enfermagem em domicílio se constitui num resgate do envolvimento efetivo do/da cuidador/a, do ser cuidado e da família no cuidado, através da dedicação, afetividade, sinceridade, respeito e amor.

⁴ Bem-estar: relaciona-se aqui ao se sentir confortável no dia-a-dia ou em determinada situação.

⁵ Saúde: entende-se em ter disposição física, mental, psicológica e emocional para viver.

⁶ Qualidade de vida: considerado neste estudo como cada pessoa se permite ter e fazer para viver com saúde, bem-estar e dignidade.

"Venha, o amor tem sempre a
porta aberta e vem chegando a
primavera nosso futuro recomeça:
venha, que o que vem é
perfeição." (Renato Russo)

CAPÍTULO III

O CAMINHO PERCORRIDO

Neste capítulo, apresento a metodologia que guiou a construção do processo de cuidado com clientes e suas famílias que vivenciaram o processo da morte e do morrer, em domicílio. O corpo deste trabalho inclui a compreensão e a vivência do processo de morte-renascimento, fundamentado no Cuidado Transdimensional de Silva (1997 a). Desta forma, elucido a seleção da clientela, os/as participantes do estudo, a contextualização do ambiente de estudo, o processo de cuidado, o movimento do processo de cuidado, bem como a sistematização das informações apreendidas conforme a pesquisa convergente assistencial.

3.1 Seleção da clientela

Primeiramente, a seleção da clientela seria realizada em uma instituição da rede pública de saúde. No entanto, a greve das Universidades Federais dificultou a entrada na instituição prevista em decorrência de algumas exigências. Como o tempo seria exíguo para responder as exigências do trabalho e ainda fazer evoluir o processo de cuidado, resolvi ir em busca de outro local que possibilitasse o encontro com as participantes do estudo. Foi quando procurei uma profissional médica de uma clínica oncológica e expus a ela minha pretensão, metodologia e objetivos do trabalho. Encaminhei carta de apresentação (Anexo 1) e cópia do projeto à direção da clínica,

para aprovação da viabilidade desta seleção após reconhecimento ético e, imediatamente, o espaço foi aberto.

A médica oportunizou o encontro com as grandes estrelas deste estudo. A apresentação de todo o interesse no desenvolvimento deste trabalho, assim como também a importância de atentar às questões éticas e educativas do conteúdo foram explicitados à clientela. Estavam selecionadas as clientes e suas famílias? Aparentemente sim! Confesso verdadeiramente que para minha surpresa, não as selecionei, eu é que fui a selecionada! Fui selecionada porque eu fui a observada, eu fui a questionada e, finalmente, eu fui a profissional escolhida para introduzir-me em seus lares, suas vidas.

3.2 Participantes do estudo

O grupo participante deste estudo foi constituído de duas clientes e suas famílias, residentes na grande Florianópolis. Ambas do sexo feminino, idade de 69 e 71 anos, com diagnóstico de câncer.

As clientes pertenciam a famílias pouco numerosas. Uma tinha apenas uma filha. A outra um casal de filhos, uma nora e três netos. Quanto aos cuidados referentes à saúde, as clientes encontravam-se em cuidado paliativo com perspectivas de um processo rápido da morte e do morrer.

Para uma melhor caracterização da clientela, farei a apresentação na descrição da vivência do processo de cuidado de cada uma das clientes. Para tanto, utilizarei os codinomes SOL e LUA para identificação das participantes.

3.3 Contexto do Estudo

Este estudo foi realizado no domicílio de clientes e suas famílias que vivenciaram o processo da morte e do morrer, na grande Florianópolis.

Na última década, o domicílio vem se destacando como ambiente propício para se trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade. Desta maneira, explora e valoriza o

contexto social, ampliando as possibilidades para a promoção da saúde. Nesta perspectiva, são vislumbrados os hospices⁷ e atendimentos a domicílio oriundos do sistema privado de saúde, como também da rede básica.

Ao escolher o domicílio como ambiente para desenvolver este estudo, estava ciente dos desafios que encontraria: -Como conseguir chegar até a clientela? - Como manter uma relação transparente com pessoas totalmente desconhecidas, sem invadir a privacidade? - Como ser ética no cuidar? – Até onde “estar”e até onde “ser” participante daquelas vidas?

Pois bem, os domicílios nos quais o processo de cuidado se desenrolou destoavam muito um do outro considerando que os/as clientes pertenciam a um grupo sócio-econômico elevado e semelhante. Um amplo e sofisticado, outro reduzido e simples, um agitado outro tranqüilo, um alegre outro reservado, introspectivo. No entanto, ambos dispunham de toda a estrutura técnica, material e humana para o desenvolvimento de um cuidado qualitativo. Cuidado qualitativo aqui relacionado às condições técnico-materiais existentes nesses ambientes, que permitiram o desenrolar de um processo de cuidado harmonioso.

A peculiaridade de cada ambiente foi fundamental não só na apresentação de uma perspectiva diferenciada do cuidar em domicílio, como também por sugerir prioridades únicas e particulares dos sujeitos envolvidos, no entanto, ambos movidos acima de tudo, pela busca do não sofrimento.

3.4 Processo de cuidado

O Cuidado Transdimensional por ser um paradigma, não oferece uma sistematização ao desenvolvimento de um processo de cuidado. Dada a sua abrangência e caráter filosófico, não dispõe de uma normatização ou regras preestabelecidas que determinem a ação.

⁷ Hospice se constitui em Instituições, que fornecem cuidados paliativos a clientes com prognóstico limitado e seu foco está na manutenção da qualidade de vida até a morte. A assistência é prestada por um grupo interdisciplinar (Nascimento-Schulze, 1997).

O Cuidado Transdimensional pode ser entendido como um processo eminentemente participativo e reflexivo, em que os seres envolvidos no cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências, nas quais, de forma original e única, se auto-conhecem e se auto-transformam (SILVA, 1997, p. 138).

Neste sentido, as histórias de vida emergem do diálogo e da interação para que a partir da reflexão haja uma compreensão e resignificação das experiências vividas.

O processo de cuidado, neste estudo, foi entendido como um processo eminentemente dialógico, reflexivo, participativo e afetivo. Emergiu das experiências subjetivas de reflexão, de afeto, de atenção, de ouvir, de estar presente e apoiar também tecnicamente as clientes e suas famílias. Neste sentido, vivenciar um cuidado compartilhado fez com que cuidadora e seres cuidados ampliassem a expressividade crítica na busca da compreensão do processo de morte-renascimento em suas histórias de vida. Segundo Silva (1997a, p.138) “o Cuidado Transdimensional, com foco no processo de morte-renascimento, requer o engajamento dos seres nos significados das experiências vividas, para que juntos tecam um novo mosaico de padrões de significados”.

Assim, o cuidado está presente em todo o processo vivencial, em toda e qualquer condição humana e espiritual. Desta forma, o cuidado é partilhado no nascer, no crescer, no amadurecer, no morrer e no transcender.

A intuição e a percepção Transdimensional das situações rotineiras da vida são identificadas a partir da reflexão habitual, do ver em si e no outro a possibilidade da presença divina, da fé e do amor. Neste processo, novos padrões de significados e padrões de propósitos na vida reaparecem como oportunidade de um viver mais pleno e harmonioso no processo da morte e do morrer.

A ética integrada a todo o processo de cuidado se constituiu em ações baseadas no respeito mútuo, expressada em atitudes de reverência à autonomia, à dignidade e as particularidades do outro. Desta forma, a construção do conhecimento emergiu da reciprocidade no processo colaborativo em tornar explícitas as histórias de vida,

possibilitando a lucidez e a compreensão, através da reflexão, do cuidado de si mesmo e do outro.

Para dar sustentação ao desenvolvimento deste processo de cuidado foram seguidos os padrões de significados do Cuidado Transdimensional propostos por Silva (1997a): parceria, experiência interior, busca da unidade, prática não-espacial e atemporal, indeterminada e complexa. Para dinamizar este processo foram utilizados também alguns padrões de expressão estética descritos por Silva (1997a), oração, musicoterapia e o toque terapêutico.

O Cuidado Transdimensional caracteriza-se por uma *parceria* entre dois ou mais seres, a qual extrapola as noções espaço-tempo, envolvendo uma relação Transdimensional, tendo como meta a complexidade crescente de expressão da consciência no planeta (SILVA, 1997a). Para tanto, o/a cuidador/a tem que estar em harmonia com o ser cuidado. Assim, há uma interação, uma troca que possibilita um cuidado amoroso, espiritual, transdimensional. A parceria para ser efetiva tem que ter envolvimento com o compromisso de transcender à expressão da consciência já existente. Toda transcendência pessoal é acompanhada de transformações no plano coletivo, o cuidado constitui-se em requisito imprescindível na evolução global de nosso planeta (SILVA, 1997a).

A busca da *unidade* implica em que estabeleçamos uma comunicação, ou seja, que entremos em sintonia com a unidade do nosso ser, dos outros seres, do mundo e da Consciência Universal. Este processo pode ser entendido a partir do movimento de imanência e transcendência da consciência (SILVA, 1997a). A unidade diz respeito à assimilação da consciência universal, a qual nos impregna de vontade-pensamento-sentimento de amor. A unidade implica em termos claros que a felicidade, o bem-estar e todas as soluções para nossas limitações, medos e incertezas estão em nós mesmos. Cuidar devotadamente de si mesmo e do outro é buscar a unidade e modifica substancialmente a realidade de ambos.

O padrão de *não espacialidade* e de *atemporalidade* implica na ausência do atributo do espaço e do tempo nas práticas de Cuidado Transdimensional (SILVA,

1997a). Esta visão de mundo implica na ação por parte dos seres humanos cuidar de diversas e diferentes formas na ordem física e não física. As experiências multissensoriais a que todo e qualquer ser humano pode ter independentemente de espaço e de tempo. No Cuidado Transdimensional, a ação é dispensada a qualquer forma de expressão da existência e em espaços inimagináveis. Esta prática em que o cuidado é expresso independentemente do espaço e do tempo influencia a qualidade de vida no planeta. Isto se deve à congruência de capacidades cada vez mais sutis de dedicação e expressão no mundo.

O Cuidado Transdimensional enquanto *prática indeterminada* caracteriza-se por uma não-repetitividade e pela imprevisibilidade do processo como um todo. Isto porque, os acontecimentos são particulares, únicos e singulares, não podendo ser estruturados de forma rígida (SILVA, 1997a). Os seres são únicos e percebem a si mesmos, aos outros e ao meio de maneira ímpar e original. Não havendo a possibilidade de prestar cuidados determinados, pré-estabelecidos. O Cuidado Transdimensional, enquanto prática indeterminada, garante um processo de cuidado exclusivo e rico em possibilidades de apreender amor e sabedoria.

O Cuidado Transdimensional emerge enquanto *prática complexa*, tendo em vista que ela envolve uma multiplicidade e complexidade fenomênica, que não pode ser contida e totalmente explicada pelas análises intelectivas. Isto porque o Cuidado Transdimensional é constituído por um conjunto de padrões de significado, que emerge da interioridade dos seres envolvidos no cuidado e da indissociabilidade destes com o meio onde se encontram e que se expressa habitualmente pelas percepções multissensoriais destes seres, em participação conjunta com a realidade transdimensional, através de seus aspectos multifacetados e matizes apropriados (SILVA, 1997a). Prática complexa por ser uma condição que vem da expressão interior de cada ser envolvido. Depende do grau de entendimento acerca de suas experiências e do significado que confere a elas. Para se obter uma ação mais ampla é necessário que permaneçamos em constante exercício com nossas experiências interiores, para compreendê-las e podermos aplicá-las para uma relação mais digna, mais pura e mais verdadeira da humanidade.

Os padrões de expressão estética do cuidado são somente parte do processo mais amplo que é o Cuidado Transdimensional. Estes padrões de expressão são meros instrumentos para expandir as capacidades inerentes aos seres, para entrarem em contato com suas potencialidades de amor e sabedoria (SILVA, 1997a).

A meditação e a *oração* podem ser descritas como processo no qual o ser pode ampliar as suas formas de percepção e compreensão de si e da realidade, e expandir seus potenciais de amor e sabedoria. Este processo traz em si o movimento de imanência e transcendência do ser em direção a sua fonte interior/exterior (SILVA, 1997a). A oração é ainda vista, por muitos, como um ato religioso de pedido e/ou agradecimento por graças alcançadas. Entretanto, o que impulsiona este ato verdadeiramente é a fé. A utilização da oração no cuidado a clientes e suas famílias no processo da morte e do morrer, está na tentativa de ampliar a visão de si mesmo e do mundo numa compreensão de que nada é por acaso. As responsabilidades são compartilhadas em toda e qualquer forma de expressão.

Krieger comentado por Silva (1997a) diz que o *toque terapêutico* é basicamente uma meditação para a busca da totalidade do ser, isto é, o ato primário para centrar alguém de uma maneira natural, livre de tensões. Esta prática consiste de habilidades aprendidas para dirigir ou sensitivamente modular as energias humanas. A intensidade destas energias varia de acordo com a sintonia e harmonização dos seres participantes dessa prática de cuidado (SILVA, 1997a). A mente consiste em catalisar energia, onde as mãos funcionam como instrumentos que auxiliam no movimento do espaço energético do ser, harmonizando suas potencialidades. Desta forma, favorece o relaxamento e o alívio ou redução das sensações dolorosas. O toque terapêutico aliado a outras expressões estéticas do Cuidado Transdimensional possivelmente proporcionará benefícios a clientes que não aceitam sua condição de estar vivenciando o processo da morte e do morrer. Sofrem não só a dor física, mas principalmente, a dor espiritual.

A *musicoterapia* é outra expressão estética do Cuidado Transdimensional, que vem sendo incorporada ao ensino, à prática e à pesquisa da Enfermagem. A música é

um estímulo sonoro que age no ser e seu ambiente de forma global, original e única (SILVA, 1997a).

Também descrito em Nitschke (1999), a música apresenta-se como “alimento à alma”, referência feita pelas famílias acompanhadas no desenvolvimento de sua tese de doutoramento. Deste ponto de vista, a música é incluída como agente restaurador e intensificador do “ser” família saudável.

A música então é um processo que faz parte da vida, já que em tudo há musicalidade. A entonação da voz, o som do respirar, o vento que uiva por entre as árvores, os pássaros, o mar. A musicalidade se torna terapêutica quando os seres passam a se concentrar em sua melodia e seu acorde. Daí a sensação de serenidade, paz e segurança. O ser humano se reporta através da música para dentro de si mesmo e compreende melhor os seus sentimentos e suas experiências.

3.5 Movimento do processo de cuidado

O processo de cuidado foi desenvolvido no período de dezembro/2001 e janeiro/2002, no domicílio das participantes. Era constituído de oito encontros sendo que, destes, seis seriam vivências, o primeiro e o último para apresentação da proposta e finalização do estudo acadêmico. No entanto, as vivências desenvolveram-se de maneira não estruturada como proposta. Isto devido à realidade que se apresentou durante o processo.

Foi esclarecido que este processo de cuidado aconteceria de forma participativa cliente-família-cuidadora. Que no caso da morte da cliente, continuaríamos o processo, mesmo que modificado, com a família. A solicitação da presença da cuidadora além dos horários e datas determinadas foi uma possibilidade oferecida pela própria cuidadora aos familiares, garantindo assim comprometimento e continuidade no cuidado.

O primeiro encontro com uma das famílias foi na própria residência da cliente e foi um encontro de aproximação. Na segunda visita é que aconteceu a apresentação da

metodologia e objetivos do trabalho. Foi solicitado pela família que os encontros fossem amiúdes e sem horários preestabelecidos em decorrência do estado da cliente. Com esta clientela, realizei cinco visitas, as quais não seguiram a estrutura das vivências planejadas em virtude da realidade apresentada. Houve um encontro *post-mortem* com a família para analisarmos o processo e falarmos de seus sentimentos.

Já com a cliente e família encaminhadas posteriormente, o primeiro encontro foi na clínica oncológica durante a realização de terapia medicamentosa. A apresentação de toda dinâmica do trabalho e seus objetivos foi explicitada neste primeiro e decisivo encontro. A aceitação foi imediata e a determinação das datas e horários de acompanhamento também. Ficou determinado que as vivências seriam realizadas semanalmente, todas as quartas-feiras das 14 às 16 horas. Aconteceram três vivências, o processo da morte e duas vivências *post-mortem* com a família.

As vivências planejadas seguiram a seguinte temática: 1-Eu sou... (Anexo 3); 2-Minha vida... (Anexo 4); 3-Minha família... (Anexo 5); 4-Estar doente em domicílio... (Anexo 6); 5-Morte-renascimento... (Anexo 7); 6-A morte e o morrer em domicílio... (Anexo 8).

Para dinamizar o processo de cuidado foram utilizados os padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional, música, oração e toque terapêutico. Foi um processo dialógico, técnico, espiritual, humano, individual e coletivo. Desencadeando um processo de cuidado harmonioso, numa relação de confiança e amor no cuidar.

3.6 Sistematização das informações

As informações verbais, não verbais, situacionais e emocionais advindas das vivências foram registradas através da técnica de gravação em cassete e diário de campo. As reflexões e depoimentos da clientela, bem como observações da cuidadora foram transcritas para facilitar, posteriormente, a sistematização e análise das informações.

Todo o conteúdo das reflexões e diálogos obtidos durante o processo de cuidado foram analisados a partir da modalidade convergente assistencial segundo Trentini e Paim (1999). A pesquisa do campo convergente assistencial durante o processo de cuidado visou manter uma relação com a situação social, solucionar problemas, recriar atitudes e inovar a realidade social. Com vistas na melhoria do contexto estudado (TRENTINI & PAIM, 1999).

O pensar e o fazer são contemplados a partir de uma prática de reconhecimento “do que fazer”, “como fazer” e “por que fazer” (TRENTINI & PAIM, 1999). Neste sentido, o pensar e o fazer complementam-se na ação do cuidado. A partir desta interação há que se repensar a prática, a transformação da realidade e assim, a construção do conhecimento.

Para tanto, fez-se necessária a observação participante moderada da cuidadora. Conforme Spradley apud Trentini e Paim (1999, p.91), “o/a participante moderado/a procura manter equilíbrio entre pertencer e não pertencer ao grupo, ou seja, ver a situação de ‘dentro’ e de ‘fora’ e ainda contrabalançar a observação com a participação”.

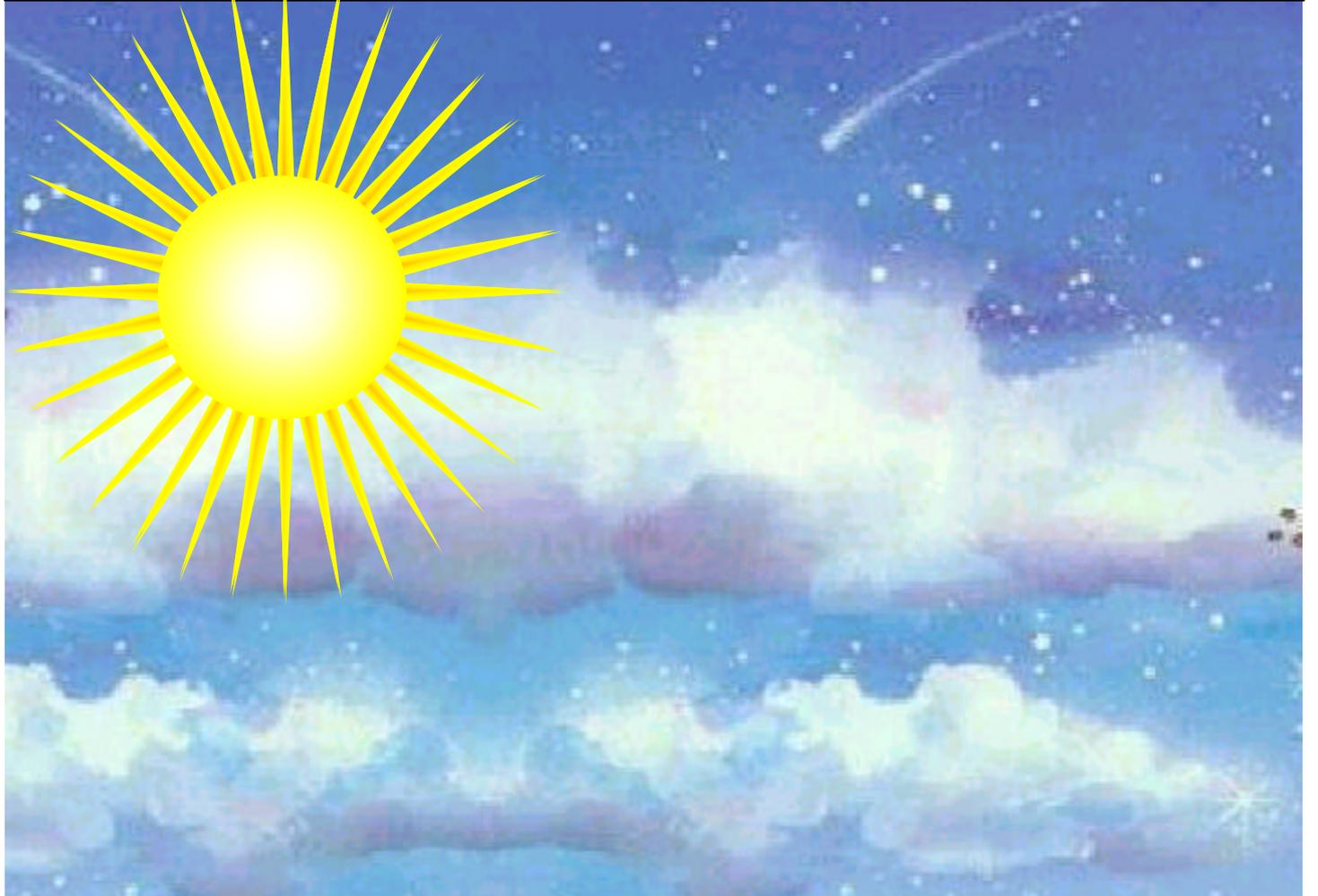
Como o processo de cuidado teve como contexto o domicílio, e a participação das clientes e dos seus grupos familiares, fez-se necessário fazer o entrecruzamento de falas, pensamentos e posicionamentos, numa construção coletiva das informações.

A escuta e a percepção atentas e sensíveis da cuidadora foram imprescindíveis no desenvolvimento deste cuidado. As informações foram compiladas num resgate das histórias de vida em busca da compreensão dos/das clientes e famílias no processo da morte e do morrer. Durante os encontros, os diálogos surgiram naturalmente e conforme a disponibilidade dos/das clientes, haja vista o respeito aos limites da liberdade do outro. Houve o respeito ao humor e à vontade dos/das participantes. Os registros do diário foram feitos posteriormente ao cuidado, fora do espaço familiar de estudo, bem como as transcrições das gravações.

Então, para estruturar os objetivos deste trabalho foram seguidos os passos metodológicos de análise das informações de acordo com a pesquisa convergente assistencial: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

Neste estudo, as informações foram organizadas em NO - nota de observação, relatos das informações obtidas nas observações; NM - nota de metodologia, relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta das informações; NT - notas teóricas, relato das interpretações feitas pela pesquisadora por ocasião da coleta ou durante a organização das informações; ND - notas de diário, relato do que acontece diariamente em relação à pesquisa como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações, enfim, ocorrências consideradas importantes pelo/a pesquisador/a; NC- nota de cuidado, ações de cuidado/assistência, desenvolvidas durante o processo de pesquisa que envolvem pesquisador/a e informantes (TRENTINI & PAIM, 1999, p.103).

O processo de síntese diz respeito ao exame subjetivo das associações e variações das informações. É quando a cuidadora está completamente familiarizada com as informações adquiridas. A teorização está relacionada à fundamentação teórico-filosófica e sua associação com os dados analisados. É um trabalho de revisão e esquema teórico das relações evidenciadas no processo de síntese. Já o processo de transferência “consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares” (TRENTINI & PAIM, 1999, p.107), para deste modo, ampliar os resultados obtidos no processo e ter aplicação no cenário assistencial como um todo.



CAPÍTULO IV

AS VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE CUIDADO

Relatar momentos especiais da vida é muito prazeroso, emocionante e sagaz. A recordação é um combustível precioso, pois oportuniza reflexões dos momentos vividos. Instiga a um repensar estes espaços numa realidade presente e, é claro, totalmente diversa. São situações, comportamentos, atitudes e coragens desiguais. Os acontecimentos são únicos, particulares, indeterminados e envoltos muitas vezes em magia. Esta, só é percebida com a reflexão.

E, é de reflexão que este processo de cuidado se consubstancia. Para tanto, apresento a seguir alguns momentos especiais da minha vida e das vidas de pessoas que como eu são comuns, mas extraordinariamente únicas e importantes para seus familiares e amigos. Deste entrelaçar de histórias de vida, vamos observar quanta vida há na morte e quanta morte há na vida.

Como foi anteriormente descrito, duas clientes e suas respectivas famílias foram as construtoras deste processo. Apresento-as como SOL e LUA. Estes codinomes foram escolhidos a partir da reflexão que se instituiu em minha mente após uma vivência específica com as clientes. Sugeri às famílias e à cliente LUA. Quando dessa percepção, SOL já havia feito sua passagem. A aceitação em participar deste cuidado foi feita com espontaneidade, entrega, afeto e transparência. Através da perspectiva das vivências propostas SOL e LUA mostram suas resignificações, seus processos de morte-renascimento. Vivências estruturadas com as temáticas: 1) Eu sou...; 2) Minha

vida...; 3) Minha família...; 4) Estar doente em domicílio...; 5) Morte-renascimento...; 6) A morte e o morrer em domicílio....

Como forma de clarificar o processo de cuidado, apresentarei separadamente o processo vivenciado com SOL e o processo vivenciado com LUA, suas famílias, em seus domicílios.

4.1 Vivência SOL

4.1.1 Apresentando Sol

O Sol numa atuação do macrocosmo sobre o microcosmo está relacionado ao coração (MORTARI, 1998). A energia radiante, forte, intensa e profunda emanada pelo astro Sol revisita nosso ser numa tentativa de mostrar o brilho da vida, da alegria, da luz e do amor.

Assim, como o Sol aparece a cada dia transformando lentamente a matéria, o físico, o emocional, o mental e a própria natureza, a luz interior também transmuta o espírito, a essência. A luz interior faz de nós seres únicos, saudáveis, belos e livres.

SOL era assim, uma mulher exuberante, iluminada, radiante, de uma personalidade forte. Mulher de 69 anos, estatura média, corpo edemaciado pelos medicamentos, morena clara, olhos acastanhados mais para a cor do mel. Com seus poucos fios de cabelo mantinha-os penteados e pintados, era maquiada diariamente e suas unhas bem feitas e ornamentadas de vermelho. Sempre perfumada, com jóias, roupas bonitas, sem que em nenhum momento perdesse a vaidade. O mais lindo em SOL era o sorriso, a transparência em ser autêntica e verdadeira, como pude constatar pela observação de suas atitudes e afirmação da família e dos amigos.

Com tanta vida e exuberante despojamento, não falava de morte. Não queria a morte, tinha planos, mas sabia que logo chegaria. E mesmo sabendo do seu diagnóstico, SOL resolveu continuar vivendo intensamente sua alegria interior.

4.1.2 Fragmentos da história de vida de SOL

SOL foi amada, criada e educada por um casal no Rio Grande do Sul, dividia as atenções dos pais com uma irmã e dois irmãos. No entanto, sempre foi a preferida, o dengo de seus pais. Já adulta, casou-se com um homem austero, de formação militar. Desse relacionamento harmonioso, nasceram dois filhos, ele também militar, e ela médica. O filho e a nora lhe deram um neto, residem em Florianópolis. Sua filha e seus dois filhos moram em Brasília.

Aproximadamente há dezoito anos, quando do recebimento da herança de seus pais, SOL foi informada de que era filha adotiva. Foi um choque, ficou bastante decepcionada, magoada e triste, não por ter sido adotada, mas pela forma tempestuosa com que lhe foi dada a notícia por um de seus irmãos. SOL amava os pais e de forma alguma este sentimento se modificou com a revelação deste segredo, mas pela indelicadeza de como seu irmão a fez conhecer esta verdade. SOL não falava com o irmão desde este dia. Diante disso, seu marido não permitiu que SOL aceitasse a herança, que na verdade era desejo de SOL doar a outra pessoa de amizade da família. A vida continuou, altos e baixos, alegrias e tristezas.

Há quatro anos, num exame médico de rotina, SOL ficou sabendo do seu diagnóstico de câncer de mama e mesmo assim, foi passear pela Europa com o marido. Há dois anos, o marido e ela, resolveram mudar-se para Florianópolis, já que ele era nascido em Santa Catarina. Poucos dias antes da mudança para Florianópolis, SOL o encontrou deitado no seu quarto, já sem vida, vítima de um ataque cardíaco. Por desejo de seu marido houve a cremação e as cinzas jogadas ao vento sobre o mar, em Florianópolis. SOL continuou o projeto de vida idealizado por seu marido, mudou-se para Florianópolis e se estabeleceu na residência adquirida por ele. Uma casa ampla e confortável, bem arejada e iluminada pela luz do Sol. Tinha muitos cômodos, a sala dividia-se em três ambientes agradáveis, sendo que dois abriam portas-janelas para a área de lazer que era constituída de churrasqueira e piscina. Toda a decoração dos ambientes tinha a identidade de SOL, visualizada nos detalhes como fotografias da

família nas paredes e orações coladas nas paredes de seu quarto. Neste ambiente, continuou a sua história, dividindo sua vida com muitos amigos e sua família.

Iniciou o enfrentamento de um carcinoma pulmonar metastático consistente. Realizou todo o tratamento quimioterápico que foi possível. Por déficit do quadro clínico e não resposta aos quimioterápicos iniciou cuidados paliativos em domicílio. E é a partir daí que eu apareço nesta história.

4.1.3 Processo de cuidado

O processo de cuidado vivido com SOL e sua família, se deu em cinco visitas em seu domicílio. SOL encontrava-se num processo da morte e do morrer adiantados. Apesar da lucidez, gravações não foram possíveis, uma vez que SOL se expressava em tom de voz muito baixo.

Fui convidada pela médica de SOL a ir visitá-la. Seria o encontro de aproximação, de apresentação se possível das minhas pretensões. Chegamos à residência de SOL, eu e a médica, para o chá das cinco, literalmente. Recepcionadas por sua nora, que era um dos raios de SOL. Num ambiente requintado, mas muito agradável pela simplicidade e alegria que espargia, fui apresentada como mestranda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina às pessoas presentes. Era uma reunião de amigas, comemorando, ao meu ver, a “vida”. SOL, em cadeira de rodas, bem vestida, perfumada e maquiada, fez com que eu me sentasse e participasse do colóquio. Em meio a assuntos diversos, SOL solicitou auxílio para realizar suas necessidades. Auxiliei a técnica de enfermagem e sugeri à família que providenciasse alguns utensílios e materiais para maior conforto de SOL. Sugestão aceita e providenciada imediatamente.

Durante o cuidado, iniciamos um diálogo de apresentação, quem somos, o que fomos e quem fazia parte de nossas relações. SOL pôs-se a dizer que a culpa por sua condição era somente dela. Senti que havia uma grande necessidade de confessar sua displicência consigo mesma, o seu não cuidado. E ao mesmo tempo senti que o que SOL queria mesmo era desabafar e quem sabe, falar da morte que estava anunciada, às claras, não desejada, mas que estava prestes a chegar. Expressei a ela que estas coisas

não têm a ver com culpa, mas com entendimentos, com opções. Entretanto, SOL insistiu em culpar-se.

Percebi que a interação estava se fazendo presente, a empatia e mesmo a necessidade de falar com alguém, que não fosse do seu círculo relacional, sobre seus sentimentos. Com o propósito de auxiliá-la na compreensão destas incertezas, e do seu processo de morte sem medos e sem culpas, eu estava ali. SOL queria mostrar-se consciente da sua condição final, mas sabia o que queria e como queria que tudo acontecesse.

Observei que havia muitas orações xerografadas e fixadas nas paredes e nos armários do quarto. Na continuação do diálogo, SOL expressou ser bastante católica e que gostava muito de orações. Esclareci que trabalhava com a oração, a música e o toque terapêutico (imposição das mãos), que num outro momento se fosse de sua vontade eu faria um toque. O que teve uma resposta afirmativa e imediata.

Após alguns momentos, já na sala, permaneci por mais alguns instantes. Despedi-me de SOL e suas companheiras e indaguei se poderia voltar outro dia. SOL respondeu altivamente que eu poderia voltar sempre que quisesse. Neste sentido, já existia o cuidado, havia iniciado no momento em que SOL, eu e sua família fomos apresentadas, passamos a interagir, dialogar e, conseqüentemente, nos conhecermos e nos doarmos.

Neste primeiro encontro, o processo de cuidado precedeu a apresentação da metodologia e objetivos do estudo. Desta forma o cuidado começa a se apresentar indeterminado. A grande preocupação nesta hora foi com as questões éticas deste processo. Apesar de ter sido esclarecido o intuito do estudo para a nora, oficializá-lo eticamente era de suma importância. É evidente que estes fatores já estavam contribuindo para um aprendizado, pois este processo de cuidado dependeria na sua totalidade da relação que se estabeleceria entre cuidadora e ser cuidado. A cuidadora em ter percepção e sensibilidade para apreender informações de cada situação e a cliente em depositar confiança e permitir a interação. Interação era algo que SOL entendia muito bem!

No próximo encontro, vi SOL bastante disposta e é claro com a casa repleta de gente, música, alegria. Os diálogos aconteciam sobre assuntos diversificados, viagens, roupas, festas, família e tantos outros assuntos surgissem. Aproveitei o movimento para conversar com a nora e apresentar a ela oficialmente, o estudo pretendido. Após a exposição, considerou um trabalho bonito e importante e dependia da aprovação de SOL. Referiu sua observação, de não ver mais SOL como aquela mulher que até então foi sua sogra, estava diferente, algo tinha mudado. Chamou-me atenção, uma vez que a filha da outra cliente havia comentado comigo que teve a mesma sensação. Passei a refletir a respeito desta descaracterização, sobre o que conversamos algumas vezes. A condição da permissão no desenvolvimento deste estudo, por parte de SOL, na verdade, estava implícita em me aceitar no seu meio, no seu convívio, na sua vida. Desta forma, a exposição das minhas verdadeiras intenções foram percebidas por SOL sutilmente. Achemos prudente e ético aguardar a vinda da filha para que partisse dela a autorização necessária para oficializar este estudo. Voltamos, eu e sua nora, a ficar com SOL, toda a sua comunidade, a música, a conversa e a alegria.

Pelo fato de aguardar a vinda da filha de SOL, quatro dias se passaram desde o último encontro. Eu mantinha contato telefônico para saber das condições de SOL. Voltei então a sua casa, para expor o estudo à filha e manter um cuidado com SOL.

Ao chegar para outro encontro com SOL, observei a casa tranqüila, um ambiente mais sereno. Confesso que fiquei satisfeita, pois vislumbrei a possibilidade de realizar o processo de cuidado com SOL, e a família. SOL e a filha estavam assistindo televisão, deitadas no quarto de SOL. Aquela cena me fez identificar uma relação de quando se é pequenina/no e se tem um tempo de curtir o aconchego da cama dos pais, o aquecimento carinhoso. Foi uma lembrança, quem sabe uma nostalgia, uma saudade do ontem de ver no hoje a não possibilidade destes desfrutes familiares.

Apresentei-me a este outro raio de SOL, sua filha. Uma mulher reservada e firme no tocante ao cuidado com sua mãe. Comentei minha observação com a filha, sobre a calma em que se encontrava a casa. Ela se expressou cuidadosa, que precisava ter colocado ordem na casa, estipulou horário para tudo e todas as atividades

de SOL. SOL olhou-me com aquela expressão marota de quem estava de castigo, mas bem que gostando da preocupação da filha.

SOL, antes que eu me pronunciasse, me fez um pedido para que eu escrevesse seu testemunho. Confesso que me senti lisonjeada naquele momento, porque eu deveria ser suas mãos para transcrever algo tão especial? Provavelmente, viu em mim a possibilidade de ecoar sua voz, acontecesse o que fosse para acontecer. Ou ainda, percebia o verdadeiro motivo da minha presença e do meu interesse em estar com ela.

Pronta para ouvir suas palavras e escrevê-las, esperei seu pronunciamento que iniciou com devaneios, comentários desconexos. Nesse instante, sua filha afirmou que SOL conseguiria algo bem melhor do que havia apresentado.

Percebi uma certa negação nas palavras da filha. Negação esta que dizia respeito à possibilidade de sua mãe estar apresentando alteração da consciência, ou mesmo, descaracterização da personalidade inteligente e perspicaz de SOL. Sinais de alerta no reconhecimento da morte próxima. Resolvi intervir no sentido de fazer com que SOL se concentrasse e combinei com elas, mãe e filha, que eu iniciaria a oração e SOL a continuaria. E assim iniciei:

Pai celestial nos dê luz, sabedoria e serenidade para alcançarmos nossos propósitos. Abençoe nosso lar, nossa família, nossos amigos, meus netos. Me dê forças para chegar onde eu quero com harmonia, paz e amor. (M^a LÍGIA).

E SOL continuou:

Meu pai, quero que meus amigos sejam sempre autênticos, me dêem sempre serenidade, alegria e nada me faltará. (SOL).

SOL foi uma mulher autêntica e de muitos amigos comprometidos com o seu cuidado, seu bem-estar. Na oração ditada por SOL, a amizade era um fator marcante em sua vida.

A nora chegou logo após termos iniciado uma sessão de filmes de família. SOL explicava cada passagem. Aproveitei para conversar com a filha e apresentar o processo de cuidado. Esclareci que a família fazia parte deste cuidado.

Olha o meu tempo é o tempo dela. Enquanto ela estiver aqui eu estou. Acho que tudo que vem para ajudar é bem-vindo (FILHA de SOL).

Solicitei a ela que assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). SOL não teve condições de assinar. Coloquei o quanto estava feliz e grata por permitirem o desenvolvimento deste processo de cuidado com SOL. Indaguei a respeito da determinação de datas e horários. Não foram estipuladas datas e horas para as visitas, conforme a filha estariam sempre ali. Sugeri ainda que os encontros fossem freqüentes, pois acreditavam que SOL não resistiria até o Natal. Findamos a conversa e retornei a SOL, ela já estava na cadeira de rodas, a levei para a sala. Durante o percurso me disse:

Eu te amo!(SOL)

Respondi que também a amava e lhe beijei a face.

Como são engraçadas as coisas, que empatia não é? (SOL)

Explicitei que na vida tudo acontece de repente e sempre no momento certo. Posicionei-a na sala próxima onde estavam a filha e a nora. Mais tarde, despedi-me e fui embora. Saí da casa de SOL, numa reflexão consumista. A descaracterização, o amor, as confissões de SOL, a oração deixaram-me a pensar nas possíveis faces que a morte pode apresentar. Ou melhor, como o renascimento, nesta situação, estaria se apresentando.

Eu, há doze anos, sofro de insônia crônica e em conseqüência desta me deparo com muitas dificuldades, no entanto, muitas reflexões me são possíveis fazer em companhia da minha solidão noturna. Passei uma noite ansiosa e meu pensamento não se distanciava de SOL. Foi uma noite bastante intuitiva o que fez com que eu fosse até SOL o mais rapidamente possível no dia seguinte.

Encontrei SOL no quarto deitada, linda, iluminada, não me contive, ela estava radiante. Era uma luminosidade que me chamou atenção, senti-me muito emocionada. Falei a ela o que eu estava presenciando, seu brilho e sua intensidade:

Que linda! (ela sorriu) Parece o Sol! Está iluminando tudo! (M^a LÍGIA)

Foi neste dia que o codinome foi escolhido, nada premeditado, a inspiração veio daquela visão, daquele ser que se iluminava numa preparação comovente para viver o seu momento: a morte. Referiu-me que tinha passado uma noite muito ruim, muitos

pesadelos envolvendo pássaros. Não tinha conseguido dormir. Vi que o medo estava rondando, mas medo do quê? Da morte?

Está com medo de alguma coisa? Quais são seus medos? (M^a LÍGIA)

Não, a única coisa que eu quero é cumprir todas as minhas promessas. (SOL)

Tentei mostrar a SOL que suas promessas já estavam cumpridas, as desculpas já haviam sido dadas, a família estava próxima. SOL, uma semana antes de eu a conhecer, entrou em contato com aquele irmão, com quem não falava há dezoito anos, ou seja, o que lhe deu a notícia de forma brusca e incisiva que ela era filha adotiva.

SOL, sabedora de sua condição, fez o que seu coração determinou, perdoou o irmão que de forma tão insensível havia a colocado diante de uma verdade. O processo de morte-renascimento fica evidente neste momento. Provavelmente por assimilação de SOL do processo da morte e do morrer. Neste encontro, SOL deixou claro que não gostaria de ser cremada.

Neste dia, foram muito interessantes as sensações e a percepção da luminosidade emanada por SOL, deixaram-me reflexiva durante todo o dia e uma boa parte da noite restante. Aquela radiante imagem que percebi vinda de SOL era o aviso, quem sabe inconsciente de SOL, de que estava preparada para o seu processo de morte. Difícil confirmar esta idéia, mas aguardávamos o que de mais interessante ainda haveria de acontecer, de vivenciarmos, eu e todos aqueles que iriam participar do momento de SOL, e o aprendizado que nos seria oportunizado.

No dia seguinte, a família de SOL entrou em contato comigo, avisando de uma festa para SOL, que não estava bem e seria providencial eu ir até lá. Seria uma prévia de Natal, uma festa para SOL.

Fui até SOL, neste dia a filha expressou a queda no quadro geral e a indisposição para contatos, disse-me que SOL havia mandado todas as pessoas para fora do quarto e que não sabia se me receberia!

Para minha surpresa, carinhosamente SOL me cumprimentou, chamando-me de meu amor. Estava com dispnéia moderada, falando pouco e em oxigenioterapia. Considerei que era o momento para realizar o cuidado utilizando a oração, a música e o toque terapêutico.

Quer que eu faça um toque? Lembra que eu prometi? (M^a LÍGIA)

Quero! (sinalizando positivamente também com a cabeça) (SOL)

Coloquei música, lavei as mãos, concentrei-me, fiz uma oração silenciosa e iniciei o cuidado através do toque terapêutico. Apesar do toque terapêutico ser descrito através de várias técnicas, considero que a maneira de tocar, o preparo do campo energético deva seguir a intuição, a percepção e a técnica individual, de acordo com a situação. Iniciei fazendo um reconhecimento do campo energético de SOL, o campo de visualização perceptível estava aberto. Não havia um contorno energético, de luz. Difícil descrever a sensação, mas senti que minhas mãos direcionavam ondas luminosas, que se ampliavam na região central e superior da cabeça de SOL. Eram de tonalidade amarelada e branco-azulada. Chorei neste momento, a paz e a emoção fizeram-me sentir toda minha fragilidade e ao mesmo tempo minha contribuição para um todo. Senti que preparava SOL para o seu momento, entregava o seu corpo e sua alma para a passagem desta existência.

Acontece que relatar uma experiência humana subjetiva não é tarefa fácil ainda mais se tratando de um estudo acadêmico. Estudo este que poderia estar baseado no cientificismo Newtoniano, estudos da energia bioplasmática de Impushin, que acredita num quinto estado da matéria. Ou ainda, na Física Quântica e nos postulados de Einstein (HAWKING, 2001). Contudo, não é meu intuito trazer à tona discussões físicas.

Na verdade, quero descrever as percepções subjetivas e outras objetivas da realização de um cuidado de amor. E devo retornar aos pressupostos, padrões de significados e de expressão estética do paradigma em que sustento todo este processo de cuidado. Pois bem, ao terminar o cuidado, SOL respirava mais serenamente e dormia. Esta observação da mudança no padrão respiratório e serenidade de SOL foi

feito pela Técnica de Enfermagem que se manteve presente durante o toque terapêutico.

Assim que paramos com esta terapêutica, a equipe *home care* de um convênio de saúde veio administrar medicamentos e controlar o oxigênio. Aproveitei para auxiliar a filha de SOL nos últimos retoques da decoração da festa. Uma cama hospitalar foi colocada na sala em posição que SOL pudesse ter visão de toda a movimentação no ambiente social da residência. SOL estava toda preparada, unhas feitas, cabelos pintados e penteados, perfumada e vestida elegantemente para a festa.

A filha chorava muito enquanto preparava todo o ambiente festivo. Conversamos, na tentativa de mostrar a ela que tudo estava acontecendo conforme o desejo de SOL, e o mais importante, em família, envolta de todo o amor. Neste instante, a filha percebeu que estava chegando o momento de SOL nos deixar. Muita dificuldade senti em apoiar aquela filha. Deparei-me com a impotência, não aquela de salvar a vida, típica dos/das profissionais da área da saúde, mas aquela que não nos permite expressar o sentimento, a dor, o desespero e a fragilidade do outro com a intensidade real.

A nora, o filho e uma amiga chegaram com doces, salgados e bebidas para a tão esperada “prévia de Natal”. A árvore repleta de presentes e localizada no campo visual de SOL. Os convidados começaram a chegar.

Aproximadamente às 18h15min, a filha estava abraçada a SOL no lado esquerdo e acompanhavam juntas a oração da Ave-Maria pela televisão. Senti e percebi a presença de três meninas posicionadas ao lado esquerdo de SOL. Percepção que chamo de transdimensional. Voltei a perceber as presenças. Dirigi-me à Técnica de Enfermagem ao meu lado e disse a ela que SOL iria nos deixar antes da meia noite, pois já tinham vindo buscá-la. A técnica ficou surpresa com minhas palavras, expliquei a ela o que vira uma semana após o acontecido.

SOL solicitou que eu escrevesse algumas palavras e ditou:

Noites de 1947, ninguém é de ninguém! Porque de repente alguém se apaixona por alguém. O amor de Deus, de um homem, da natureza, da humanidade, da caridade e assim seja. Não tenho medo, só de Deus! Cada um escolhe o que quer (SOL).

Conversei com SOL, minhas palavras eram no sentido de colocá-la a par daquela realidade. A casa repleta de amigos queridos, sua família. Falei que ela era realmente especial e não estaria nunca sozinha. Era um ambiente de profunda e rara harmonia familiar.

SOL chamou os filhos e a nora, abençoou a todos e agradeceu. Ela esperava a chegada dos netos, que logo aconteceu e foi grande a sua alegria, e vinte minutos após, iniciou o processo de morte propriamente dito. Os filhos, netos e amigos se puseram ao redor de SOL. A filha proferiu em todo o momento palavras de consolo, carinho e agradecimentos. Ao redor, estávamos nós, sujeitos daquele momento especial, reflexivo e único, de mãos dadas oramos até que o último batimento cardíaco de SOL cessasse.

As pessoas se abraçaram, choraram, mas nada desesperador e mórbido. Iniciamos o preparo de SOL, uma de suas amigas e a nora a maquiaram e a perfumaram.

SOL naquele leito, bonita, perfumada e as pessoas sem desespero, serenas, preparadas e até extasiadas com o que vivenciaram. Momento em que a morte se fez uma real passagem, um momento espiritualizado, um momento de festa ao renascimento, ao reencontro com as verdades de SOL.

Sua história repousa nos corações daqueles que tiveram o privilégio de usufruir da sua intensidade de vida e do seu exemplo.

Oi SOL! Pois é, “ninguém é de ninguém”, mas tu és uma daquelas pessoas que se quer para si. Ilumina tudo daí. Deus contigo! (mensagem escrita por M^a LÍGIA para SOL por ocasião do seu sepultamento).

4.2 Vivência LUA

4.2.1 Apresentando LUA

A Lua emana um brilho discreto e mais sutil, estabelece uma relação com o cérebro, a razão, a sabedoria (MORTARI, 1998). O brilho prateado, azulado da Lua caracteriza a determinação, a sabedoria, a reflexão, a serenidade e o amor.

A Lua ilumina em momento pré-estabelecido, seu poder de atração insita o sonho, a introspecção, a poesia. Este astro tem uma mágica misteriosa, conspirativa até. Tem um poder secreto, que impressiona, mas que intensifica os sentimentos, as emoções e a percepção fundamentados na presença do eu interior, da divindade.

LUA era uma mulher de poucas palavras, culta, inteligente e de uma presença marcante. Era transparente sua dignidade, sua força e segurança no enfrentamento de suas vicissitudes. Assim como o Astro, LUA tinha um mistério, uma introspecção em suas atitudes.

Com 71 anos, estatura mediana, tez muito clara, não apresentava cabelo no couro cabeludo. Apresentava-se edemaciada pela terapêutica medicamentosa. Olhos azuis arredondados de um olhar profundo, que parecia estar vendo a intimidade de nossos sentimentos. Vestia-se de maneira mais casual possível, sem maquiagens e ornamentos, previa a praticidade no cuidado para consigo. Não admitia ser enganada, a verdade em todo e qualquer momento era sua premissa.

LUA era uma mulher elegante, com uma postura enérgica, com sentimentos nobres. Tolerante frente aos acontecimentos da vida e questionadora quanto sua condição e quanto aos significados das perdas em sua existência. Foi uma mulher que viveu e decidiu intensamente cada momento sem arrependimentos, consciente de ter realizado o certo, o melhor.

4.2.2 Fragmentos da história de vida de LUA

Segundo LUA, ela e seus dois irmãos foram crianças felizes na medida do possível. Filha de um homem muito severo, mas nunca deixou faltar risos e brinquedos. Sua mãe, inteligente e corajosa sofria de uma anemia grave e veio a falecer antes do casamento de LUA.

Aos dezesseis anos, casou-se com um homem vinte e sete anos mais velho, com a ilusão bem diferente do que era a vida. Ele fazia uso de álcool, tinha muitos ciúmes e a agredia fisicamente. Tiveram três filhos homens. LUA sofria muitas violências

físicas, morais e emocionais. Após a morte de seu pai resolveu dar um basta neste sofrimento.

Este homem, com quem fora casada, faleceu anos mais tarde e até hoje existem problemas de herança. Dos três filhos deste casamento, o mais velho mantinha uma relação amorosa com LUA e sua filha, do segundo casamento, ou seja, sua irmã por parte de mãe e prometera viver com elas. Porém, esta união tornou-se impossível, por ter ele falecido após ter feito essa promessa.

LUA vinha perdendo muito! Do seu relacionamento com seu segundo marido, homem digno, correto e bom, tiveram um casal de filhos. Iniciaram uma vida nova, construíram tudo com muita determinação. LUA perdeu seu marido com câncer e pouco tempo depois, também o filho de trinta e cinco anos, nascido deste casamento, faleceu.

LUA e sua filha continuaram o curso da história. Uma história de vida repleta de perdas, descobriu uma neoplasia pulmonar há cinco meses. Com um quadro clínico caracterizado por fratura patológica em fêmur direito, síndrome para-neoplásica com secreção inadequada do hormônio antidiurético, reação eritroleucocitária, sepse por *Klebsiella pneumoniae*, neutropenia febril e, por fim, trombose venosa fizeram LUA pontuar sua história neste plano da existência.

Viveram ela e a filha uma relação de amor, comprometimento e cumplicidade.

4.2.3 Processo de cuidado

O processo de cuidado desenvolvido com LUA e sua filha seguiu a estrutura proposta neste estudo. Iniciei com a esperança de que conseguiria findar a prática determinada. Como a vida é tão indeterminada quanto a morte os espaços para a realização deste cuidado foram suficientes para construir o aprendizado que se segue.

Toda a pretensão metodológica, acadêmica, ética e educativa deste estudo foi apresentada a LUA e sua filha no consultório médico. Fui chamada pela médica de LUA e indicada por ela à realização deste trabalho. A abordagem deveria ser a mais

sutil possível, considerando que LUA e sua filha não falavam em câncer e nem em morte. Como? Se o trabalho que eu pretendia desenvolver era sobre a morte e clientes com câncer!

Iniciei minha proposta dizendo que seria um cuidado diferenciado a pessoas que optaram continuar seu tratamento em domicílio. Para tanto, seria imprescindível uma relação de empatia, afeto e de confiança. Continuei esclarecendo que em muitos momentos falaríamos de assuntos não muito agradáveis. Falei a LUA e sua filha se estariam dispostas para conversar assuntos íntimos com uma pessoa totalmente estranha ao seu convívio, sem considerarem esta presença invasiva. Esclareci ainda, que o mais importante era o sentimento que nortearia esta ação de cuidado: o amor.

LUA disse-me que não tinha nada para esconder, nunca havia matado, nem roubado apenas perdido. Como num ímpeto respondi que preferia a palavra morte. Percebi que choquei LUA e sua filha e senti que perderia aquele cuidado.

Expliquei a elas que para mim quando perdemos algo não achamos mais. E quando morremos, nos é possível renascer, com outros valores e significados na vida. Uma vez que estamos morrendo e renascendo durante todo o processo da vida. LUA respondeu rapidamente a estas minhas palavras e sua face abriu-se, como que aliviada.

Já tens uma candidata!(LUA)

É claro, fiquei bastante emocionada e eu e a filha saímos da presença de LUA para acertarmos o agendamento. As vivências ficaram agendadas para as quartas-feiras das 14 00 às 16 00 horas, em seu domicílio.

Achei importante fazer alguns esclarecimentos para a filha a respeito do processo de cuidado. Falei que seria um trabalho sobre as questões da morte e do morrer. A filha de LUA é uma mulher inteligente e perspicaz, disse-me que havia percebido, mas que não teria problema, pois a decisão de aceitar partiu de sua mãe e isto é que importava.

Nesta ocasião, falou-me de suas percepções, referiu que aquela mulher que se encontrava na outra sala realizando a quimioterapia não era mais aquela mãe que ela conhecera. Expliquei que era uma sensação, de certa forma, comum entre as famílias,

seria como uma descaracterização da personalidade e do referencial individual daquele ser. Em vivências posteriores, pudemos falar juntamente com LUA sobre esta percepção de sua filha.

Despedi-me e fui embora bastante satisfeita e ansiosa para dar continuidade ao cuidado àquelas mulheres.

No dia acordado, fui ter com LUA e sua filha. Fiz meu ritual próprio de preparação para a ação do cuidado, minhas orações e a concentração necessária para estar mais receptiva às percepções.

Cheguei a um pequeno apartamento de quatro cômodos, com iluminação e ventilação naturais bastante adequadas. LUA esperava-me em sua cadeira de rodas, pálida, olhos azuis intimistas e couro cabeludo livre totalmente de pelos. O cômodo escolhido por LUA para vivenciarmos o cuidado, foi o quarto. Preparei o ambiente com uma música agradável e encaminhei LUA até o quarto. Sua filha chegou posteriormente quando já havíamos iniciado o processo dialógico.

Iniciei contando a LUA quem sou eu. Como me vejo e como eu, Maria Lígia, me posiciono diante da vida. Conteí a elas minha história de vida, os percalços pelos quais passei.

Fui verdadeira e exteriorizei minhas inquietudes, meus dissabores, meus processos de morte e renascimento. Lembranças nem sempre são agradáveis, mas para refletirmos de forma a nos posicionarmos firmes diante da vida temos que nos permitir essas recordações, até mesmo para tirarmos bons ensinamentos. Interessante é que as histórias, minha e de LUA são semelhantes, porém os posicionamentos e as atitudes tomadas se diferem substancialmente. Cada ser é único e cada qual desenha o seu caminho, a sua história.

Após me pronunciar, falar sobre mim, passei a LUA esta tarefa. Era o momento de aproximação, de abertura. E confesso, me surpreendi com a transparência que fluiu de LUA. Não por duvidar dela, mas da minha capacidade de argumentação e por vê-la tão austera e reservada. De certa forma, a imagem de determinação que LUA passava fez-me pensar num processo de cuidado difícil. Que, seria mais indagatório que

propriamente dialógico. Não esperava a confiança que acabara de depositar em mim. Hoje, escrevendo este relato vejo cada momento e choro, quão ingênua eu fui e quão despreparada! Isto pelo grande desafio de atentar aos pormenores dessa relação, saber quando e o que falar sem tornar-me insensível.

LUA iniciou falando tudo o que abordei nos fragmentos da história de sua vida, o que não seria oportuno repetir neste escrito. Quando LUA iniciou sua fala parecia uma daquelas mulheres graduadas, fala pausada num ritmo sofisticado e clássico. Articulou todo o relato de maneira muito elegante.

LUA referiu nunca ter se arrependido das decisões que tomou em sua vida. Foi uma mulher corajosa e poderosa em construir sua história. E o passado não foi apenas referência ele foi decisivamente o controlador das ações presentes de LUA.

LUA expôs estar vivendo a segunda etapa da sua história e que eu ainda vivenciaria a minha. Falou-me isto, pois fizemos uma comparação de nossas histórias e, principalmente, como a vivemos. LUA se via como uma mulher de decisões, sem arrependimentos, sem reflexões angustiantes das atitudes tomadas.

Quando eu penso em mim, ou eu sou “gente” ou não sou mais nada, não mereço nem viver. Sempre fui uma pessoa muito determinada em tomar atitudes. Eu não titubeio (LUA).

Esta vivência foi um momento de desabafos, emoções e acima de tudo um momento de abertura para nos colocarmos e nos conhecermos. Posteriormente a este processo dialógico e reflexivo, LUA queixou-se de dores nas costas. Apesar de não estar proposto para esta vivência, indaguei se aceitaria que eu fizesse um toque terapêutico. LUA disse-me que gostaria muito.

Realizei a higiene de minhas mãos, reiniciei a música, concentrei-me e iniciei o reconhecimento do campo energético de LUA. Próximo à região sacrococcígea percebi um campo mais denso e minhas mãos ali posicionadas, começaram a queimar mais intensamente. Permaneci mais tempo naquela região fazendo trocas energéticas, para possibilitar maior sutileza energética e amenizar o desconforto sentido por LUA. Partindo daí, fixei minha percepção nos tornozelos que se encontravam moderadamente edemaciados. Tentei harmonizar o campo energético de LUA. Ao

finalizar este cuidado, LUA estava de olhos fechados e com aspecto tranqüilo, acarinhei sua face e disse que já havíamos terminado. LUA sorriu para mim, agradeceu muito e disse ter sido muito bom ter me conhecido.

Pensar a vida não é um hábito do ser humano. A vida vai correndo o seu curso e conforme o ritmo de cada um. Muitos apenas passam por ela, alguns simplesmente a usufruem e poucos se integram a ela experimentando-a efetivamente. O ato de experimentar a vida vem da profundidade que se impõe às relações com o outro, consigo mesmo e com o meio. Está em buscar quem e o quê somos realmente e qual o valor das interações que estabelecemos em nosso viver.

Nesta perspectiva, LUA se encontrava naquela população que passa pela vida usufruindo pouco e tentando experimentá-la. Eu estava ciente de todas as perdas na vida de LUA, mas queria instigá-la como realmente pensava sua vida. Indaguei qual momento tinha sido mais marcante.

Todos eles marcaram fundo, então eu não saberia dizer qual. Primeiro a morte de minha mãe. Depois a morte de meu marido (2º), porque lutei, lutei, lutei... Ou, se foram as mortes dos meus filhos. (LUA)

Naquele instante, eu não percebi que LUA havia considerado momentos marcantes apenas os processos de morte biológica e emocional em sua vida. E os momentos de alegria, sem dor onde estariam? Os momentos de sucesso dos filhos, o convívio amoroso com seu marido, as viagens, os/as amigos/as? Será que o crescimento humano, as percepções de valorização do vivido só aparecem com o sofrimento?

É certo que a transformação é mais intensa frente à dor. Elaborei em minha mente a dualidade dor/amor e de como são sentimentos paradoxais. Uma vez que atrelada à dor há o amor. Onde existe amor, há de se viver uma dor, pois a intensidade da vida é decorrente da capacidade de amar a nós mesmos, aos outros e à natureza. A valorização do que somos, da vida que temos é reflexo do amor que comportamos.

Sugeri então a LUA que enfatizasse o seu momento de vida. Sua vida em decorrência do câncer diagnosticado. LUA concordou e iniciou o relato.

Sentia dores nas pernas dois meses antes do episódio de fratura patológica do fêmur direito que a levou ao diagnóstico de câncer. Comentava com a filha, mas não declarava a dor intensa e que restringia a mobilidade. Sua filha comentou que o comportamento de LUA já havia mudado uns dois meses antes da fratura.

*Eu passava mal as noites porque eu tomava diurético de dia, não urinava e a noite fazia efeito. A dor era horrível. E no meio disso tudo não queria que ela percebesse.
(LUA)*

As dificuldades de LUA foram descobertas por sua filha quando esta ouviu choro e foi ajudar sua mãe a se locomover. O fêmur direito de LUA partiu-se lacerando sua perna. Foi levada ao hospital e submetida à cirurgia de urgência. A partir daí foi feito o diagnóstico: osteosarcoma.

Para LUA, o câncer seria pensado mais tarde. Seu desejo era o alívio da dor, o seu desaparecimento. O que movia LUA a pensar sobre sua doença não era o câncer em si, mas a dor decorrente. LUA queria qualidade de vida.

Questionei a filha referente ao seu sentimento quando soube do diagnóstico de LUA.

Ah, podias me dizer que o mundo ia acabar, mas não que a mãe ia ter câncer. Não estava preparada. Não tinha isso no script! O que Deus ia inventar para eu e a mãe morrermos juntas? (FILHA de LUA)

Esta confissão deixou-me perplexa e preocupada sobre de que maneira eu iria direcionar aquele pensar. Expressei meu espanto advindo de suas palavras. Argumentei que apesar de terem histórias de vida entrelaçadas cada qual desenharia a sua a partir de outras perspectivas. Ou, em decorrência da morte de uma delas, ou da vida que continuaria. Assim acontece o processo de morte-renascimento, está ligado à resignificação. É a transformação de um padrão de expressão já afirmado para outro remodelado e redefinido à nova realidade que se apresenta. Todo este diálogo era conjunto eu, LUA e sua filha.

Em consequência de seu diagnóstico, deu-se início a terapêutica anticâncer. Mais tarde, um cateter de longa duração foi a escolha de acesso venoso aos quimioterápicos.

E o indeterminismo e as surpresas seriam freqüentes. LUA apresentou intercorrências clássicas descritas na literatura oncológica.

No dia desta vivência seria feita a ressecção do cateter de longa duração, por suspeitarem ser o foco da bacteremia que LUA vinha apresentando. LUA referiu um grande mal-estar, tinha sensação de vazio na cabeça e muitas dores nas costas. LUA tinha vontade de lutar, estava angustiada por encontrar-se destituída de planos.

Para uma mulher independente e bastante determinada, encontrar-se sem objetivos a contrariava muito. LUA confiava na medicina, tinha esperanças de melhora da sua qualidade de vida. Argumentei que todas as dificuldades pelas quais eu havia passado em minha vida fizeram-me pensar diferente os meus objetivos. E, tentei mostrar a LUA que o prazo para realização de nossos desejos é muito importante. Que toda e qualquer ambição é um objetivo, se não pudermos alcançar o céu, contentamo-nos em tocar a água com o seu reflexo. Quis dizer que ela já tinha um objetivo, naquele momento era a retirada do cateter. E o próximo seria o seu bem-estar.

LUA encheu-se de ânimo ao ver que ainda tinha objetivos. A expectativa de vida dificilmente é pensada em nosso caminhar, claro, é o mesmo que pensar em morte! Por isso, devaneamos em considerar objetivo somente aquilo de grande que almejamos. Esquecemos de que chegar ao fim do dia já foi uma conquista.

Indaguei à filha de LUA quanto ao seu momento de vida mais marcante. Ela comentou que a primeira morte é sempre a primeira e que por ocasião da morte de seu pai comentou com LUA que havia morrido seu grande amigo.

Segundo sua filha, LUA ficou magoada muito tempo por estas palavras. Estas vivências eram muito emocionais e muitas verdades eram ditas. LUA parecia não se alterar com todo este diálogo honesto. Estaria LUA vivendo um processo de aceitação da sua condição de etapa cumprida? Sinceramente, eu me preocupava com o que LUA sentia, como estava internalizando estas falas. Importante é que foi sempre uma relação transparente. Sentia-me feliz por LUA e sua filha por viverem esta relação aberta e verdadeira.

LUA teve a oportunidade de ouvir de sua filha que só ultrapassou tanta coisa pela força de LUA, por tê-la sempre ao seu lado.

Conversamos sobre a descoberta e a importância do outro em nossa vida. A ligação que se tornou forte entre estas duas mulheres, a cumplicidade, a amizade e o amor.

Com a morte do meu outro irmão, deve ter morrido grande parte das expectativas dela, ela já não vislumbrou muita coisa. Ela ali passou a viver em razão de não me abandonar (FILHA de LUA).

Passaram a ser uma o amparo da outra. LUA tinha um grande objetivo em sua vida, que a mantinha viva e a fazia ultrapassar os riscos que vinha tendo com a doença: não abandonar sua filha. Que “tempo” seria o seu e o de sua filha para apreenderem o que cada uma precisava da outra? A força delas estava aí, nesse compromisso.

Após esta vivência foi realizada a oração e o toque terapêutico. A música foi uma constante em nossos encontros. As orações até então eram feitas por mim numa concentração em meu interior com o pensamento fértil de amor e na entrega de um cuidado harmonioso. A música possibilitava uma viagem nas emoções e garantia a concentração necessária para eu elevar meu desejo de cuidado ao mais profundo da minha vontade-sentimento-pensamento-ação. A ação embuída de sensibilidade e percepções expressava-se no toque terapêutico.

O processo de cuidado vinha sendo muito compensador. Para mim, como cuidadora que observava a liberdade das exposições no processo dialógico e para as clientes que se sentiam bem e sempre agradecidas ao término dessas vivências.

A expressividade do cuidado que se dispensa a outrem vem principalmente do cuidado que nos é dispensado em família. Este grupo social com uma característica muito própria e singular: a referência de quem somos e para quem somos. Todos os papéis que desempenhamos e mesmo a modelagem das nossas atitudes vêm do referencial familiar. A partir daí a liberdade, a criatividade e a singularidade tecem o “ser” individual de cada membro deste grupo. E este entrelaçar de semelhantes, dá o sentido de família e faz desabrochar em cada um, um maior sentimento de totalidade. É onde aprendemos a viver o comprometimento o qual nasce com a solidariedade.

Nesta perspectiva é que a abordagem do coletivo familiar, traz um novo olhar à prática do cuidado. Conseqüentemente, a qualidade desse cuidado se reverterá a uma melhor qualidade de vida. Especificamente neste estudo, numa maior qualidade do processo da morte e do morrer.

LUA e também sua filha foram encorajadas a discutir questões até então vividas, mas nunca refletidas. Os amores intensificados por este ou aquele, as descobertas de quem costumava deter a força na família e a transformação ao aceitarem refletir o próprio processo de vida em meio a tantas mortes.

Este dia foi decisivo. O teor incisivo e franco do diálogo e as observações realistas da filha culminaram na liberdade de LUA. Liberdade esta em destituir-se do compromisso de não abandono de sua família, retratado em sua filha.

Em momento nenhum, eu analisei a minha vida. Qual a determinação que Deus me botou no mundo? Por que eu perdi dois filhos? Eu não tenho ninguém, eu tenho a minha filha. Somos só nos duas (LUA).

A família foi se indo... ... Nunca fiz nada que a mãe não estivesse junto (FILHA de LUA).

Esta reduzida família passou a inverter papéis, por causa das limitações de LUA que eram cada vez mais intensas e visíveis. Nestes seis meses, a filha de LUA passou a resolver problemas que até então sua mãe resolvia. A responsabilidade na administração dos processos de saúde-doença e da morte e do morrer na família sempre tinham sido de LUA. Sua filha era co-participante desses momentos e agora via-se envolvida com todos os afazeres e decisões que só dependiam dela.

Durante esta vivência LUA falou muito pouco. Questionei se ela estava se entregando, desistindo de lutar. Negou-me esta desistência! Conforme sua filha, os diálogos e a participação na rotina domiciliar estavam ausentes.

Ela tem que aprender isso. A aceitar as limitações... ...Não existe ninguém além de ti com quem ela converse. Ela gosta de conversar contigo (FILHA de LUA).

LUA observava mais do que participava desta vivência. Percebia que LUA estava num processo de internalização e conformidade com o aprendizado de sua filha em tão curto espaço-tempo. Ou mesmo por estar sentindo-se não mais necessária,

atuante na vida de sua filha. Nas falas da filha de LUA estavam caracterizadas a independência e a determinação em solucionar os entraves que apareciam com a condição de LUA.

A minha filha cresceu como eu nunca imaginei que pudesse um ser humano crescer tanto! Por isso me sinto mais deprimida, porque ela não está vivendo o momento dela (LUA).

Direcionamos as falas no intuito de esclarecer a LUA, que ela era o motivo de tudo. E que, sua filha estava pronta para assumir tantas responsabilidades. Certamente, LUA via seus compromissos familiares como sendo de responsabilidade unicamente sua. A certeza em estar próxima do seu processo da morte fez com que percebesse que era o momento de deixar sua filha fazer o seu próprio percurso de vida.

A oração neste nosso encontro foi realizada por LUA. Quando solicitei que fizesse uma oração ela prontamente iniciou com um “Pai Nosso” acelerado e em tom vibrante. Confesso que fui surpreendida por LUA. Não sei se pelo tom, ou pela oração, creio que eu esperava que ela criasse sua própria oração. Por outro lado, nada tão profundo e abrangente quanto o Pai Nosso. Convidei a filha de LUA a fazer o toque terapêutico junto comigo. Envolvê-la no toque terapêutico foi sensacional, me fez acreditar ainda mais na efetividade do processo de cuidado que vinha oferecendo. Foi fundamental a sua participação para ampliarmos o cuidado em família, que viria fortalecer ainda mais o momento em que LUA fizesse sua caminhada. Um pouco tímida a filha de LUA concentrou-se, estendeu suas mãos e direcionou-as ao cuidado. A percepção daquele momento foi o de ondas de luz abrindo-se sem delimitações, seu campo energético não estava ampliado ainda como o descrito em SOL. Percebi que se iniciava a preparação de LUA para o seu momento, o encontro com suas verdades.

Dois dias após esta vivência, a médica de LUA solicitou minha presença na casa de LUA, pois ela não estava passando bem e sua filha estava nervosa. LUA apresentava uma hipotermia. Fui prontamente. LUA estava com botas de atadura ortopédica, muitos cobertores e tremia bastante. Fizemos compressas quentes e as colocamos nas áreas de melhor circulação sanguínea, com o intuito de acelerar o restabelecimento térmico.

A médica prescreveu algumas medicações analgésicas, pois ela sentia dores intensas nas costas.

Para minha surpresa, ao puncionar a veia de LUA, o sangue não refluía e eu tinha a certeza de ter tido alcançado a luz do vaso. Observei que o tempo de coagulação estava alterado e a agulha obstruía imediatamente. Comuniquei a LUA que eu iria introduzir a medicação, sentia que estava na luz do vaso. Esclareci que no caso de sentir alguma dor deveria me avisar rapidamente. A medicação foi administrada sem problemas, mas vislumbrei ali a necessidade de um cuidado intensivo, uma vez que LUA estava totalmente participante, lúcida e auxiliando no seu processo de cuidado. Comuniquei à médica toda a dificuldade que tive e da alteração no tempo de coagulação.

LUA, horas antes, tinha solicitado à filha que gostaria de ser levada ao hospital. Entretanto, sua filha não gostaria que LUA fosse transportada em uma ambulância, devido às recordações dos outros processos de internação familiar. Ficou decidido que LUA seria levada de automóvel à clínica de sua médica, avaliada e encaminhada ao hospital. Encontrei LUA e sua filha posteriormente, na clínica onde eu trabalho, para realizarem uma ultra-sonografia de abdome total.

LUA, naquele momento, encontrava-se tranqüila (parecia sabedora da sua condição de despedida). O médico, que realizou o exame, foi de uma delicadeza e sensibilidade ímpar, exame normal. LUA indagou se ele já havia assinado o atestado de óbito. O médico referiu que não, estava tudo bem referente ao que foi examinado.

LUA agradeceu muito e disse que o amava. LUA iniciava a sua despedida, seus agradecimentos e a necessidade de demonstrar amor. Foi encaminhada ao hospital, quando se viu pronta para o processo da morte quis que a filha mantivesse uma imagem mais amena de todo processo de doença. A morte em seu lar deixaria marcas que LUA não queria que sua filha experienciasse, por ser sozinha e por ter passado outros momentos de perdas. Quis poupar a filha de recordações e imagens de sofrimento.

Conversei com LUA e sua filha e informei que as veria na próxima semana no hospital. Terminei meu turno de trabalho e encaminhei-me para cumprir um compromisso que havia feito com meus filhos. No caminho, aceitei um chamamento de meu coração e me direcionei ao hospital para permanecer ao lado daquela família.

Que solidão! Tudo o que o processo de cuidado proposto por mim não admitia, a solidão e a frieza da institucionalização do cuidado. Era meu aquele compromisso, era meu aquele dever de cuidar não só de LUA como também de sua filha. E, iniciei o processo de cuidado em silêncio, fiz meu chamamento através da oração e o toque terapêutico se fez pela concentração nas emoções e percepções daquela realidade.

LUA pedia ajuda, e sua filha não havia percebido que a ajuda era para se desligar e poder se entregar ao seu momento. Falei a LUA que eu a estava ajudando como eu podia. Naquele momento, LUA olhou-me fixamente e respondeu: - *eu sei, eu sei!*

Sua filha perguntou-me o que ela queria. Respondi-lhe que assim que ela fosse encaminhada ao quarto, se sentiria melhor. Não tive coragem para dizer-lhe que sua mãe estava a caminho, próxima a sua passagem. Logo fomos levadas ao quarto, acomodei LUA e disse a ela que eu tinha um compromisso com meus filhos e teria que ir, mas que logo nos veríamos. Ela disse para eu ir ter com meus filhos. Meu coração viveu um impasse. Despedi-me de LUA convicta de que era a última vez e lhe disse:

Preste atenção, a partir deste momento só há espaço para pensamentos bons e agradáveis tudo está bem, não há com o que se preocupar. (M^a LÍGIA)

LUA respondeu-me assim:

Está bem! Eu te amo! (LUA)

Acabei de chegar a minha casa e fui avisada da passagem de LUA. Retornei imediatamente ao hospital, e participamos eu e a médica de LUA do seu preparo. Foi elegantemente vestida, discretamente maquiada e perfumada. Em um momento ficamos sozinhas eu e LUA, agradei a ela sua determinação e sua participação neste processo de cuidado. A determinação e a seriedade com que LUA encaminhou toda sua história se refletiu no seu processo de entrega tranquilo e definido por ela mesma na atitude de se oportunizar uma morte sem exageros, digna e sem sofrimento.

LUA, LUA, LUA vai. Diz a Ele onde estás. Este é o teu momento de voltar atrás. Deus contigo! (Mensagem escrita por M^a LÍGIA para LUA por ocasião do seu sepultamento)

4.3 Avaliando o processo de cuidado

A dificuldade que se tem em avaliar um processo, um cuidado, uma ação é o mesmo, senão maior, que o de idealizar e iniciar sua organização. Ao escolher o referencial metodológico da pesquisa convergente assistencial, para direcionar este estudo não sabia o que e como fazer. As informações vão surgindo, as dificuldades vivenciadas e a certa altura nos encontramos mais perdidos do que quando começamos. Acredito que não sou a primeira pessoa a confessar esta dificuldade. No entanto, a construção do conhecimento se faz também deste passeio pelos erros e dificuldades.

Hoje, quando reflito sobre todo o processo de elaboração e implementação da metodologia vejo que tomei o caminho certo. O encontro do referencial teórico com o referencial metodológico garantiram o desenvolvimento de um processo de cuidado qualitativo, formando uma totalidade e unidade evidenciadas na prática com vistas a ampliar o saber profissional de Enfermagem. Saber este, que perpassa pelas características individuais destes profissionais, do coletivo trabalhado e das particularidades contextuais. Nesta perspectiva, a interação e o absorver ensinamentos dos momentos vividos contribuem para o acúmulo de saberes.

Houve, desde o início, empatia, interação, respeito, sinceridade e amorosidade na relação entre cuidadora e seres cuidados. A compatibilidade entre os seres envolvidos, neste processo de cuidado, resultou no aprendizado tanto da cuidadora quanto dos seres cuidados. Assim, a experiência do cuidar em família e com a família trouxe o saber para a retórica do sentir-pensar e desenvolver o cuidado. Não só na perspectiva do/da cliente no processo da morte e do morrer, como também da família no aprendizado da transformação de significados e entendimentos acerca da perda através do processo da morte.

Desta forma, a relação diádica que se instituiu em cada família demonstrou o ajuste a esta perda. Talvez, por isto a continuidade estruturada das vivências com estas famílias super ritualizasse o enlutamento. O que não tinha propósito, uma vez que o processo foi internalizado e bem elaborado por elas. Esta afirmativa foi constatada em encontros posteriores à passagem de LUA e de SOL, com suas famílias.

Outro aspecto que considerei importante foi o tempo não determinado para o reencontro com estas famílias para a conclusão deste processo, que garantiu assim, uma certa privacidade para viverem aquele momento e poderem resolver as questões práticas e legais do processo da morte.

Um fator que muito contribuiu para a articulação do processo dialógico e reflexivo neste cuidado foram as temáticas-chave para o encaminhamento dos diálogos. Apesar deste processo de cuidado privilegiar a liberdade às falas dos/das participantes. Aprendi que neste processo o indeterminismo e a não linearidade foram constantes.

Os diálogos permitiram a exposição e, com ela, a reflexão de que não existe o certo e o errado. A responsabilidade na compreensão da verdade está na reciprocidade de ver no outro o que lhe faz ser melhor.

A observação participante moderada foi de grande valia, nos momentos que considerei e respeitei as particularidades das famílias e das clientes. Bem como quando sentia-me impulsionada a agir em função de facilitar e cuidar dos sujeitos envolvidos.

Considero que este processo desenvolvido neste estudo proporcionou uma grande contribuição para o aprender, pensar e cuidar em Enfermagem. Que o/a profissional enfermeiro/a tem a capacidade intelectual científica e a capacidade intelectual emocional para dedicar um cuidado diferenciado, competente, criativo e afetuoso a clientes, famílias, grupos, comunidades e sociedades. Independentemente do caráter sócio-cultural em que estão inseridos esses sujeitos, basta atentar para princípios éticos, morais e de bom senso nas relações consigo mesmo, com o outro e com o meio ambiente.

O espaço domiciliar privilegiou a liberdade dos/das participantes em considerarem-se responsáveis por suas ações, no acesso as suas coisas, respeito aos seus hábitos e sentirem-se atuantes no seu grupo familiar, com poder de decisão do que era prioritário e melhor para si e para os seus familiares.

Foi imensamente gratificante desenvolver este processo de cuidado às clientes e as suas famílias. Constatar que este trabalho é possível e vem ecoando, haja vista outros clientes que já me foram encaminhados e famílias que me procuraram para auxiliar em avaliações para a realização deste cuidado com os seus.

Este cuidado privilegiou a essência dos seres envolvidos na busca e na compreensão que somos além daquilo que vemos. Basta nos abirmos às verdades com sabedoria, amor, humildade, fé, dignidade e ética. É acreditar que o melhor sempre está por vir.

Transcrevo a seguir, algumas falas que expressam pareceres deste processo de cuidado, inclusive da médica assistente que acompanhou SOL, LUA e suas famílias:

Foi muito bom te conhecer! Vamos fazer um trabalho sério e importante (LUA, após uma vivência).

Este cuidado foi uma gama de chamados: - Por favor, não abandonem os seus pacientes no hospital. É a morte em família. Esse trabalho foi fundamental! (FILHA de LUA).

Obrigada! Eu te amo! (SOL, momentos antes do processo da morte).

Eu jamais ia pensar que ia conseguir ajudar a vesti-la, que ia ficar ali junto. Foi surpresa! É uma experiência de vida, que eu vou guardar o resto da vida (NORA de SOL).

Nós tivemos o presente de ter participado desse trabalho. É um presente, uma dádiva (FILHA de LUA).

Foi de grande contribuição tua presença, viesses para somar (FILHA de SOL).

Nossa participação no trabalho “Vida, morrida, morte vivida: uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio”, iniciou quando a autora nos solicitou autorização para o trabalho com nossos pacientes oncológicos, que estivessem planejando ter seu óbito em domicílio. Apresentou uma súmula de proposta e consideramos que dentro do que temos vivido em vinte e dois (22) anos de prática oncológica clínica que haveria um grande espaço a ser atingido pela proposta. No momento atendíamos duas pacientes em processo de morte, a melhor definição para ambas é SOL e LUA.

A primeira vibrante, latina a segunda contida, germânica.

A primeira transparente e livre a segunda enigmática, concisa.

A primeira lutando pela alegria da vida a segunda presa às responsabilidades da vida.

Entretanto, ambas dignas no enfrentamento da morte. A atuação da autora foi primordial para que os dois processos de morte culminassem na paz, harmonia e serenidade.

As famílias de classe média, com filhas em posição de destaque na área de saúde e jurídica, enfrentaram com as pacientes o duro processo. A médica assistente vinculada com ambas as pacientes e respectivas famílias tinha dificuldade de manter o relacionamento nos estreitos limites dos aspectos profissionais. Neste momento a abordagem adequada, a empatia imediata, a sensibilidade, a ética e o profissionalismo da autora, permitiram que os processos paralelos e simultâneos de morte e perda que nós médicos associamos ao fracasso e impotência culminassem na satisfação de proporcionar um tratamento e o máximo resultado em qualidade de vida e processo de morte.

Na concepção e observação de médica assistente no microcosmo formado pelas duas famílias, pacientes e equipe de saúde a autora foi uma estrela, que girava e atuava na sintonia perfeita que o momento exigia. (Dra. CACILDA FURTADO⁸)

⁸ Médica responsável pelo tratamento de SOL e LUA, ser especial que oportunizou à autora a vivência deste processo de cuidado. Identificação realizada conforme sua autorização.

"E quando eu tiver saído para
fora do teu círculo tempo,
tempo, tempo, tempo não serei
nem terás sido tempo, tempo,
tempo, tempo." (Caetano
Veloso)

CAPÍTULO V

ÉTICA E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

O cuidado de Enfermagem se dá de forma dialética e inter-relacional entre os sujeitos envolvidos, clientes, profissionais, comunidade e sociedade. Para tanto, as questões éticas e educativas devem permear a ação do cuidado.

Para a construção de um conhecimento acerca do cuidado com clientes e famílias no processo da morte e do morrer, os preceitos éticos devem ser observados, tendo em vista as diferentes abordagens, crenças e valores que os seres humanos têm frente a estas questões.

Neste estudo, propus o desenvolvimento de um cuidado baseado em uma abordagem que muda substancialmente a visão da vida e da morte, por considerar que vivemos num processo de morte-renascimento. Não só o bom senso auxiliou na condução deste processo como também o conhecimento básico de respeito moral nas relações. Assim, o processo educacional fluiu naturalmente ao considerar que a educação é construída a partir da interação, reflexão e da congruência de informações.

O cuidado com clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer contempla questões éticas e educativas, as quais apresento neste capítulo.

5.1 Bases éticas na construção do conhecimento

De fato todas as discussões sociais, políticas, econômicas, acadêmicas e filosóficas acenam para uma questão: a ética. O descrédito na existência ética vem se fortalecendo com vistas à diversidade de valores, crenças e posicionamentos que guiam os seres humanos. As intolerâncias e a evolução científica na vida moderna vêm sinalizando para um caos social. Nesta perspectiva, viemos da revolução industrial para a revolução científica. Ciência esta fundamentada na evolução humana. Tudo pelo (nem tão pouco, nem tão desorganizado e inconseqüente), bem da ciência. Isto quer dizer quanto à finalidade pela qual a ciência é desenvolvida. Ao se lançar um olhar crítico para o desenvolvimento científico observar-se-á que nem sempre a finalidade das descobertas teve um acréscimo positivo para a humanidade. Cabe à ciência facilitar, aprimorar e dignificar a existência humana. Este pensamento busca fazer pensar a ciência no contexto da “ética humana”. Faz com que pensemos qual bem da ciência é o bem de que a humanidade necessita. E é nesta reflexão que se constata a relação íntima entre ética e ciência. Onde ciência e ética têm uma relação íntima, a ética pode ser destituída da ciência, já esta não pode prescindir da ética (GARRAFA, 2000). Haja vista que os comitês éticos têm se multiplicado nos laboratórios, hospitais, clínicas e instituições de saúde, com o intuito de garantir a condução de pesquisas e estudos com seres humanos, dentro de preceitos morais.

A ciência e a ética vivem num constante conflito, considerando a amoralidade que acompanha o avanço da tecnologia. Isto faz com que as atitudes das/dos pensadoras/es da ciência não passem por imorais, já que são conhecedores dos preceitos da ética e da moral porém, amorais no procederem a ciência, ignorando estes preceitos de forma a realizarem pelo ímpeto e busca do sucesso da experiência. Diz respeito à procura do novo, com originalidade, e quase sempre desafiando o senso comum.

As questões do setor saúde estão atreladas em grande parte aos interesses político-econômicos da sociedade. O aumento desordenado dos grandes centros

urbanos, o desemprego, os subempregos, a má distribuição de renda resultam em condições de saúde frágeis.

A Enfermagem como disciplina-profissional que enfoca o cuidado e sobretudo o cuidado com seres humanos, vem intensificando seus estudos éticos. É a garantia do respeito aos direitos, à convicção na dignidade e valores humanos. As implicações que decorrem no desenvolvimento de trabalhos científicos necessitam de um caminho para firmar o compromisso social de uma profissão.

Os requisitos básicos a serem adotados numa pesquisa são os referenciados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa, envolvendo seres humanos, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Estes requisitos têm que estar implícitos e explícitos em todas as atitudes durante uma investigação científica.

Trentini & Paim (1999) falam da importância em declarar em registros, quanto à proteção dos envolvidos na pesquisa, fatores como anonimato, o respeito e dignidade no relacionamento, bem-estar, segurança e conservação dos direitos ao não sofrimento e agravos físicos e mentais. São fatores que garantirão o caráter fidedigno das informações que irão elevar o conhecimento de indivíduos, grupos, e sociedade. Portanto, não devem ser divulgados os resultados da pesquisa e se ter claras as repercussões que podem advir dessa investigação.

Estes princípios éticos devem ser obedecidos, para reiterar o propósito de respeito à individualidade, crenças, aspirações e de valores dos sujeitos do cuidado proposto. Conforme Fortes (1994, p. 130), “os profissionais de saúde devem estar imbuídos da noção de respeito à autonomia e à individualidade”. Esta prática é observada através do consentimento livre e esclarecido na realização de experiências e pesquisas que envolvem seres humanos. Desta forma, o ser humano envolvido em um estudo deve autorizar ou não sua participação em experiências práticas, preventivas, diagnósticas e terapêuticas.

A legitimação ética frente às situações limítrofes divergem consideravelmente, seja por tornar difícil o exercício profissional nas tomadas de decisão, ou seja por

atitudes diante da objetividade técnico-científica. Estas divergências referem-se aos conflitos e contraposições de idéias nas tomadas de decisões seja entre familiares-familiares, cliente-familiares, profissionais de saúde-clientes e ainda destes, com a família. Considerando neste contexto o ambiente em que se desenrola o cuidado. Conflitos que podem ser visíveis no comportamento da aceitação ou não da prática técnica e científica com vistas à garantia do bem-estar. A ética mostra-se como base neste momento para direcionar a ação técnica de forma a ponderar sobre pontos positivos e/ou negativos de cada situação.

As questões do processo da morte e do morrer têm a ver com as crenças, os valores e a fé das pessoas que vivenciam o final da realidade nesta ordem de existência. Os preceitos éticos do Cuidado Transdimensional permeiam todo o paradigma evidenciado por seus pressupostos. Um em especial diz: “O Cuidado Transdimensional, ao privilegiar a essência do ser, do mundo e da vida, restitui a eles as suas naturezas sagradas e inalienáveis, resgatando o sentido de reverência e de respeito para com a própria vida (SILVA, 1997a, p.26)”. Este sentido diz respeito à reverência para com a vida, à dignidade e à valorização de uma existência transparente, intensa e edificada em cada pequena atitude.

Assim, o conhecimento se constrói através de um sonho novo todo dia. Refere-se à busca, ao encontro do melhor de nós, do outro e do viver. O conhecimento das questões da morte e do morrer dizem respeito à ética do viver cotidiano, na tentativa de entender quem somos e a importância das histórias inter-relacionais de nossas vidas.

A atenção dada pela sociedade às questões éticas está direcionada às situações limites em que se encontram os seres humanos (BERLINGUER, 1993). Desta maneira, clientes que vivenciam o processo da morte e do morrer são sujeitos dessa limítrofe situação no cotidiano de suas vidas.

Dois fatores devem ser observados com mais afinco no desenvolvimento do estudo com clientes e famílias no processo da morte e do morrer. Um diz respeito à própria condição e à situação de morte, refletido na aceitação ou não das limitações

que o estado doentio oferece. Outro, ao ambiente no qual o estudo é proposto, neste caso, o domicílio que expõe o espaço íntimo da família, suas particularidades e divergências, exigindo um posicionamento ético da/do profissional.

Para trabalhar a reflexão e conscientização das potencialidades do ser humano e seus significados de morte-morrer, necessitei firmar-me em bases éticas de respeito, justiça, compromisso e amor ao próximo e a tudo que a ele corresponde e é correspondido, como o seu meio ambiente.

Foram grandes os desafios éticos para o desenvolvimento deste estudo. Primeiro toda a dificuldade e demora em obter a resposta da Instituição no tocante à autorização para a seleção da clientela. Posteriormente, a negativa de espaço para o desenvolvimento do estudo e, em decorrência disto, a busca incessante de outra Instituição.

A preocupação em como selecionar a clientela foi um ponto bastante difícil, porque até conseguir alcançar a aceitação, para dar início às vivências, muitas idas e vindas foram necessárias, para que o trabalho deslanchasse definitivamente. Todavia, estas dificuldades iniciais facilitaram todas as outras dúvidas que me excitavam.

Acreditava, no início desta caminhada, que experienciaria problemas éticos, fossem eles com o/a cliente, com a família ou mesmo com outros profissionais que estivessem envolvidos no cuidado. No entanto, considero que não vivenciei problemas éticos no desenvolvimento deste estudo.

O processo de cuidado e a inter-relação com as clientes e seus familiares ocorreram de forma empática e fluíram naturalmente. A temática foi abordada diretamente, com todas as participantes do processo. É certo que fui apresentada a esta clientela por uma pessoa que fazia parte de seus círculos vivenciais e em quem confiavam inteiramente.

Uma questão ética importante que absorvi da minha experiência foi verificar a atitude ética da família para com seus doentes. A honestidade, a clareza nos encaminhamentos do cuidado. Estas famílias foram éticas em respeitar as decisões e os desejos de seus entes.

Outro fator que me chamou a atenção foi o respeito ao espaço do outro na dinâmica familiar. Eu, como enfermeira, tinha a minha contribuição e o meu papel definido que ali consistia em desenvolver o processo de cuidado proposto por mim e auxiliar, orientar, apoiar e envolver a família no cuidado e no momento do cessar biológico das clientes.

A receptividade com que fui aceita pelas famílias foi decisiva para direcionar minhas atitudes de quando “ser” e quando “estar” partícipe do processo da morte e do morrer das clientes acompanhadas.

Senti-me gratificada em desenvolver este trabalho junto a essas famílias que souberam acatar as minhas propostas, abrir seus corações, participar suas angústias e tristezas com respeito e valorização deste estudo. Ser ético e ter atitudes éticas é um exercício individual, é olhar para as situações de várias perspectivas. É se colocar no lugar do outro.

Conforme o exposto e considerando o valor incondicional dado às questões éticas no cuidado de Enfermagem, foram levados em conta alguns aspectos para vivenciar com a clientela proposta, o processo da morte e do morrer:

- apresentação pessoal da pesquisadora e do projeto de estudo à direção da Instituição que mediou a seleção de clientes;
- encaminhamento do projeto à direção da Instituição mediadora neste processo para apreciação ética;
- apresentação e explicação dos objetivos, metodologia e organização do cronograma para e com os/as clientes e suas famílias e, posteriormente, a instituição;
- explicação acerca da participação no estudo e liberdade de afastamento espontâneo em qualquer etapa do processo de cuidado;
- esclarecimento acerca do encerramento desta proposta de estudo;
- autorização por parte dos/das clientes e/ou responsáveis através do consentimento livre e esclarecido (Anexo 2);

- garantia do caráter confidencial do/da cliente, respeito às normas éticas do cuidado e da pesquisa envolvendo seres humanos;
- divulgação dos resultados do estudo aos familiares e à Instituição envolvidos no estudo.

5.2 Educação e construção de um conhecimento

Oportuna e merecidamente a palavra do momento é a construção. Haja vista a necessidade que o ser humano vem criando para se ajustar às adversidades da luta da vida diária. Constrói-se de tudo um pouco. E ao contrário da imagem que a maioria das pessoas tem da morte, estão a construí-la, elaborá-la dia-a-dia. São construções rotineiras, amiúdes que passam despercebidas. Em decorrência desta percepção mascarada é que as questões da morte se tornam um tabu.

A verdade é que a morte, quase sempre, é percebida como uma grande perda. O sofrimento e a desesperança fragilizam de tal forma o ser humano que o inibem de outras percepções. O momento, este sim, é o grande aliado da percepção. O grau de felicidade, entusiasmo, desconfiança, tristeza, sofrimento e/ou perda irão determinar a percepção situacional. A partir daí, inicia-se a readaptação de valores, crenças e princípios. É a vida! É a morte! É o renascimento, a cada repensar. São efeitos da causa de “ser” e de “estar” no mundo. E, a vida, atua como um processo educativo, é a construção cuidadosa do conhecimento das percepções.

Na vida, a filosofia, a ciência e a arte funcionam como orientadoras quando da busca de conhecimento. Permitem que haja uma inter-relação entre pensadores e mentes, auxiliam na compreensão do mundo e das pessoas a si mesmas (TORRES, 1999). A ciência auxilia ao descrever o início do Universo, e diversas correntes de origem do mundo e da vida. A arte é encaminhada na vida a valorizarmos a estética, seja ela abstrata ou não. E, a filosofia orienta a pensar como se pensa, como se faz arte e ciência. Apesar de serem áreas direcionadoras na busca do conhecimento e auxílio na construção do saber não fornecem constatações a respeito de inícios e términos. Entretanto, o ser humano resgata as crenças, valores e a fé para compreender o que é

incompreensível. Este fato se deve, segundo Torres (1999, p. 15) “... porque muitos pensam que crer é tão ou mais importante que procurar saber, de forma comprovada.”

Nesta abordagem da compreensão o saber sobre a morte, quase sempre, adentra a área das verdades, crenças, valores e da fé individuais e culturais. Assim, a educação para a morte é assimilada como a educação da morte na vida. Isto se deve por cuidarmos da educação para a vida, esquecendo-nos que vida e morte são fenômenos sincrônicos.

Na cultura ocidental, sob influência do clérigo em pautar sobre a existência do céu e do inferno o pavor da morte se intensificou. A imagem negativa relacionada à morte ainda persiste. O sofrimento da/do cliente é temido pela família e pelos profissionais que intermediam o cuidado no processo da morte e do morrer (PIRES, ...). Em conformidade com o exposto é que as atitudes e representações sociais têm que ser revistas, estudadas e trabalhadas com e pelas pessoas participantes do processo. Neste momento, a doença aparece como possibilidade de *insight*, facilitando uma revisão de vida, um aprofundamento das relações (KOVÁCS, 1992).

O aprendizado para a morte é um processo que se consubstancia em ajustar as pessoas que desejam aprender, não só a realidade da vida como também do existir e do transcender. É, portanto, a preparação do ser humano para a compreensão de suas limitações. Na ação do cuidado, a educação não está destituída. No cuidado de Enfermagem especificamente, que é o grande propósito deste estudo, a construção do saber em Enfermagem tenta romper com o modelo médico/biológico, que se instituiu no decorrer da história e na educação em saúde. É a busca da construção do conhecimento e se dá para o encontro de um espaço de inserção social no qual a Enfermagem vê na integralidade do cuidado a sua identidade profissional (GEIB, 1999). Assim, a presença do/da profissional enfermeiro/a foi importante no sentido de ser capacitado/a e preparado/a para uma ação abrangente de cuidado. A capacidade em perceber a morte próxima e como direcionar as ações. Esta conduta implica no cuidar de si. Representa, segundo Gonçalves (1999, p. 144) “o conhecimento e a apropriação da verdade sobre si, conseguidas por exercícios, por exemplo, de preparo para privações eventuais ou possíveis; de gerenciamento sobre os atos realizados e

avaliados, de modo a poder corrigí-los se necessário; enfim tudo, à busca pelo governo de si”.

À medida que se avançou no processo dialógico, criativo e inter-relacional com os/as participantes, o aprendizado se apresentou recíproco. A cuidadora e os seres cuidados teceram possibilidades de aprendizado mútuo das questões da morte e da vida. A utilização do Cuidado Transdimensional (SILVA, 1997a), atuou neste processo como base na transmissão de um novo olhar para a morte e para a própria vida. A partir da relação entre cuidador/a e ser cuidado, possibilidades de transformação pessoal e coletiva foram evidenciadas. Transformação esta constatada na postura tomada pelas famílias diante de todo o processo, a serenidade e a compreensão natural do processo da morte, com a certeza de terem feito o melhor e do legado que toda esta experiência oportunizou.

A expressividade de si mesmo, da relação familiar, do estar doente, da morte-renascimento e do morrer em domicílio fez com que o aprendizado se fizesse progressivo, contínuo e compartilhado. Evidenciar que o/a cliente, ainda lúcido/a, próximo/a à morte tem a sensibilidade de perceber seu momento e possibilidades de direcionar atitudes, ainda nos seus instantes últimos, é outro aprendizado. Isto repercute intensamente na relação da família com os sentimentos de perda, de sofrimento, de desespero e de como encaminham este processo em suas vidas. A compreensão da família, quanto ao processo da morte e do morrer é resultante dos valores atribuídos à vida e à morte, pelo ser que vivencia o processo morte-morrer. Desta forma, a família se expressa então, em conformidade com a expressividade do seu ente à morte.

As experiências positivas de aceitação branda do processo da morte e do morrer pela família ressoam a outros, parentes, amigos, vizinhos e demais pessoas que venham a saber dessas experiências. A partir daí, a visão da morte como processo doloroso começa a se modificar.

Creio que um dos grandes aprendizados que emergiu deste processo de cuidado tenha sido o de que a morte é um encontro. Encontro com nossas verdades. Verdades

estas, individuais, que modificaram coletivos, que interferiram em nossa existência e na existência dos outros. Verdades de finitude? Verdades do que é certo e do que é errado? Existe certo e errado? Verdades de imortalidade? Isto é a morte, é o encontro com nossas verdades, com a possibilidade de se obter respostas a estas e outras questões tão misteriosas para nós seres humanos.

" Uma parte de mim é multidão,
outra parte é estranheza e
solidão uma parte de mim pesa e
pondera, outra parte
delira.....uma parte de mim é
permanente, outra parte se sabe
de repente uma parte de mim é
só vertigem, outra parte
linguagem traduzir uma parte na
outra parte é uma questão de
vida e morte, será arte? será
arte? (Raimundo Fagner)

CAPÍTULO VI

TEMPO DE NOVOS PARADIGMAS: ENSAIO DE ANÁLISE DO REFERENCIAL TEÓRICO

As coisas do coração, da ética e da moral possibilitam o bom senso, retratado nas ações humanas. Retratos esses influenciados sobremaneira pelo meio contextual e relacional da origem individual. Sim, individual. Apesar de todo o discurso acadêmico, até pouco tempo, bastante positivista, a transformação coletiva no meu entendimento se dá pelo método indutivo.

Alguns estudiosos da filosofia e mesmo da teorização em Enfermagem discordariam da afirmação anterior. Talvez a imaturidade, ou melhor a ingenuidade intelectual interfira em meu pensamento. Revelo nestas palavras que a transformação coletiva é desencadeada por concepções individuais afins. E assim, a teia transformativa da realidade, de posicionamentos e de visões de mundo se exterioriza, desenhando o que seguimos como correto, polido e aceito nos grupos sociais.

Nesta perspectiva, a consistência das mudanças provocadas por um coletivo depende do seu ideal. É certo que essa afinidade de ideais, propósitos e crenças se dá com o surgimento de exposições e estudos particulares. Os pensamentos individuais passam a ser conhecidos e a eles a possibilidade de se incorporarem outros pensamentos individuais que perseguem o mesmo ideal dos primeiros.

Assim acontece quando necessitamos interferir numa ação para transformá-la. Procuramos primeiramente refletir sobre nossas crenças, nossos valores e, posteriormente, vamos em busca de novos pensamentos individuais que sintonizados aos nossos possibilitem uma ação nova, transformadora. Neste contexto, se deu a busca de um referencial teórico que direcionasse este processo de cuidado em conformidade com meus princípios.

A opção em desenvolver um processo de cuidado baseado no “Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente” de Silva (1997a), veio vislumbrar nele o caminho para modificar o cuidado a clientes e famílias que vivenciam o processo da morte e do morrer.

Uma vez que a reprodutibilidade técnica apontada até então pelo modelo biológico, não era a prática do cuidado internalizada por mim como enfermeira e cuidadora. Esta busca foi por um referencial que fugisse da superficialidade de um cuidado fragmentado em determinismos biológicos e materialismos humanos, mas sim, um referencial que fizesse despertar a grandiosidade e a beleza do “ser” e do “sentir” humanos. Que estas percepções se fizessem congruentes com o ambiente, ampliando a compreensão que estamos vivendo aquém das nossas possibilidades.

O ser humano, neste estudo, representado pelas clientes e suas famílias no processo da morte e do morrer, revelou-se único, particular. Revelou-se na consciência individual das/dos participantes do processo de cuidado, com inimagináveis possibilidades do ser, transcenderam aos seus limites de expressão transformando suas percepções do processo da morte e do morrer. Segundo Silva, (1997 a, p. 102), “a natureza essencial do ser humano é percebida como um corpo físico e também energia, porque ambos são expressões da mesma essência”.

Conforme esta perspectiva, os seres humanos deste estudo mostraram-se únicos na expressão desta essência, porém numa totalidade no processo relacional. Esta totalidade se refletiu na interação do ser-meio ambiente, ampliando as suas capacidades de expressar comprometimento e amor no mundo.

As conceituações de ser humano e meio ambiente utilizados neste estudo, como consciência individual e consciência universal são bastante filosóficas o que dificultou a exposição da idéia destes conceitos. Assim, o risco de um entendimento superficial de ambos pode ter prejudicado a compreensão real dos mesmos. No entanto, a profundidade destes conceitos e sua abrangência oportuniza uma identificação da personalidade das/dos participantes e caracterização do seu meio ambiente, evidenciados na flexibilidade e sensibilidade das relações e nas ações que priorizaram o cuidado. Portanto, cada cliente e suas famílias foram a razão deste processo de cuidado, com suas histórias de vida, suas percepções e expressões nesta realidade.

O Cuidado Transdimensional traz uma nova abordagem e vivência do cuidado. Intensifica o olhar mais profundo no outro, em si mesmo e no meio ambiente. Traz perspectivas de mudança em se cuidar efetivamente uns dos outros na busca de uma transformação de nosso posicionamento no mundo. Amplia a percepção de que cuidar está para além de um processo fragmentado e reduzido ao nosso campo de existência. Possibilita a criatividade, o despojamento em se fazer ciência com arte, espiritualidade e amor dentro da realidade que nos é mostrada. Desta forma, o Cuidado Transdimensional “amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde-doença, tendo como ênfase a vida em suas mais diversificadas formas de expressão (SILVA, 1997 a, p. 25).”

Em conformidade com o exposto, a Enfermagem emerge para Silva (1997 a) “como disciplina-profissão que flui da convergência entre arte, ciência e espiritualidade na convergência entre os princípios masculino e feminino”. No processo de cuidado desenvolvido, a ciência mostrou-se na influência da cuidadora em identificar as necessidades técnico-científicas para a ação de um cuidado qualitativo, do/da cliente e sua família e em seu domicílio. Bem como, na valorização pela família do/da profissional enfermeiro/a auxiliar na identificação da proximidade do processo da morte, do renascimento.

A arte neste processo, como a espiritualidade emergiram da sensibilidade, da emoção e da comoção em proporcionar um cuidado efetivo e abrangente.

Para tanto, no desenvolvimento deste processo de cuidado foram seguidos os padrões de significado e de expressão estética do Cuidado Transdimensional. São padrões que compõem um conjunto de significados inter-relacionados (SILVA, 1997a), são eles: parceria, busca da unidade, prática não espacial e atemporal, prática indeterminada e prática complexa. E os padrões estéticos do Cuidado Transdimensional foram a oração, a musicoterapia e o toque terapêutico.

O encontro do cuidado, enquanto parceria, fluiu com base no amor entre as clientes, suas famílias e a cuidadora. Os encontros foram marcados pela aceitação, honestidade, interesse e respeito mútuo (SILVA, 1997a). A parceria se fez evidente no compromisso em redescobrir potencialidades e redefinir novos níveis de expressão da consciência.

Como busca da unidade, este cuidado se processou de forma interativa. Numa intenção de doação, em que uns dependiam dos outros e a percepção interior deu os acordes na compreensão da unidade. Nesta perspectiva, este processo de cuidado privilegiou o respeito, a confiança e a sintonia entre os seres envolvidos. O meio ambiente, o domicílio neste caso, refletiu-se harmonioso e próprio para a busca da unidade, haja vista a liberdade da clientela por estar num espaço de seu domínio.

Enquanto prática não espacial e atemporal o processo de cuidado “ é dinâmico, contínuo e criativo de interação/ comunicação entre a ordem física (ordem implicada) e não física(ordem explicada)”, (SILVA, 1997a, p.162). Referem-se às experiências multissensoriais, que neste estudo foram evidenciadas através de experiências espirituais, transdimensionais ou extra-sensoriais, e para maior entendimento podem ser tomadas como percepções interiores. Não tenho o intuito de conceituar, experiências que fogem dos padrões preestabelecidos de cuidado, mas a intuição, a visão interior e a sensibilidade na percepção para além dos cinco sentidos foram uma constante no desenvolvimento deste estudo. Considero que a denominação para estas experiências deva partir do íntimo de cada ser, de acordo com suas crenças e respectivas veracidades.

A prática indeterminada no cuidado com clientes e suas famílias no processo da morte e do morrer pode ser constatada no decorrer das vivências planejadas e não realizadas. Na imprevisibilidade e na incerteza de como e quando os acontecimentos se desenrolariam. Conseqüentemente, o aprendizado está em oportunizar o pensamento criador para a formação de uma realidade ideal aos propósitos das clientes, suas famílias e da cuidadora. Sem nunca esquecer que o elo de união entre todos os sujeitos foi o amor.

Enquanto prática complexa, este cuidado foi único e particular. A participação da família no processo de cuidado fez da interação um descortinar interior em que todos os participantes do processo de cuidado se tornaram um todo na busca da compreensão do processo da morte e do morrer. A percepção para além da capacidade de observação fez deste cuidado, segundo Silva (1997a), um fenômeno complexo na medida em que convivemos com múltiplas interferências.

Neste mesmo contexto, os padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional intensificaram as experiências com os padrões de significado descritos até então.

O Cuidado Transdimensional possui diferentes padrões de expressão estética, que auxiliam na harmonização do ser, facilitando o autoconhecimento e a autotransformação e, conseqüentemente, o processo de morte-renascimento (SILVA, 1997a, p.170).

Neste processo de cuidado a oração, a música e o toque terapêutico possibilitaram o despertar emocional, através do movimento de lições de amor, de lembranças agradáveis ou não que pontuaram a reflexão. Segundo Aveline (1998), toda oração tem como premissa a presença de Deus, do Uno, do Absoluto. E, através da música a oração se intensificou fazendo com que houvesse concentração nos sentimentos e emoções individuais. Por fim, o toque terapêutico foi uma experiência de percepção ampliada, oportunizou a harmonização das participantes, o alívio da dor, a paz e a preparação do campo energético para a passagem dos seus momentos.

Toda a experiência vivenciada neste processo de cuidado foi possível, em grande parte, devido o referencial teórico direcionador das ações desenvolvidas. O Cuidado Transdimensional com foco no processo de morte-renascimento oportunizou a adequação da realidade que nos cerca. Buscou ampliar o entendimento acerca da vida e da morte, num circuito complexo de opostos e complementos. Através do processo dialógico e do hábito da reflexão, passamos a perceber os inúmeros processos de morte-renascimento vivenciados no decorrer de nossa vida. O processo de morte-renascimento implica em considerarmos que as intempéries surgem como oportunidades de renascimento e que nos expressemos mais claramente uns com os outros e que nos permitamos perdoar e amar mais.

"Eu hoje tive um pesadelo e levantei **atento**, a tempo; ... hoje eu acordei com medo mas não chorei, nem reclamei abrigo; do escuro eu via um infinito sem presente, passado ou futuro; senti um abraço forte, já não era medo. De repente a gente vê que perdeu ou está perdendo alguma coisa, morna ou ingênua que vai ficando no caminho, que é escuro e frio, mas também bonito porque é **iluminado** pela beleza do que aconteceu há minutos atrás" (Cazuza e Frejat)

CAPÍTULO VII

VIDA MORRIDA, MORTE VIVIDA: A TRANSDIMENSIONALIDADE DO CUIDADO EM FAMÍLIA

Neste capítulo, apresento o aprofundamento da análise do processo de cuidado realizado. Para tanto, destaco os padrões de significado (*parceria, busca da unidade, não-espacialidade e atemporalidade, prática complexa e indeterminada*) e de expressão estética (*oração, musicoterapia e toque terapêutico*) do Cuidado Transdimensional de Silva(1997a) manifestados pelas clientes e suas famílias. Teço uma análise-reflexiva do processo de morte-renascimento entrelaçando o pensamento de outros autores aos meus e em conformidade com o Cuidado Transdimensional.

A análise das informações foi uma tarefa complexa que exigiu um revisitar contínuo e intenso às informações que emergiram bem como na introspecção de meu “ser”. Buscando assim, autenticidade, veracidade, criatividade, cientificismo, arte e amor ao conteúdo que segue.

7.1 Vida morrida

Como em uma viagem espetacular a descoberta de novos mundos, culturas e até mesmo valores é que empreendi esforços na compreensão da vida morrida. Na tênue agonia entre a dúvida da existência do certo e do errado lancei-me em busca deste

encontro. E, em meio a tantos, eu, como tantos também, venho vivendo meus conflitos existenciais na construção do “ser”. Nesta trajetória até então, não consegui destituir-me da presença inclusa, conjunta, cíclica, espiralada da morte na vida.

Sou sabedora de que a análise a ser iniciada tenha que ter referência à expressividade de significados que tivemos eu, LUA, SOL e suas famílias. Num descortinar sutil descrevo as expressões da vida a partir das suas histórias de vida, em família e de estar doente e morrer em domicílio. Com a grande colaboração de LUA, SOL e suas famílias mergulho nessa sutil reflexão da vida de ambas. Bem como, em mais um momento de minha própria vida tantas vezes “morrída”.

Todo o processo vivencial é desenhado pelas diferenças individuais, de emoções, de afetividade, de aceitação, de sofrimento, de resignação, de crenças, de valores e principalmente, de compreensão do viver. A partir dessas diferenças e em conexão com as diferenças dos outros chegamos à caracterização do construto social. Ao lançar um outro olhar à sociologia da morte, Morin (1997) expõe que a história é reproduzida em função da morte, em decorrência da necessidade de continuidade e de transmissão de experiências às novas gerações. Então, precisamos conviver com a morte na vida, para entendermos com maior profundidade como viver.

A vida segue o rumo de acordo com o apresentado pela existência. São escolhas, opções, muitas vezes obrigações que o estruturado pelo coletivo forçosamente nos impõe viver. Em meio a estas imposições fluem as atitudes individuais desiguais, que arrebatam, que chocam, que escandalizam, que surpreendem e que se fazem compreensíveis a posteriori, quando passam a ser atitudes comuns ao meio social. E, quando isto acontece os/as desiguais geralmente já não “são” ou “estão” mais a desafiar o coletivo. Cansaço? Desistência? Certamente, não!

Eu fui conquistada e depois eu tive que suportar toda aquela conquista. Foi um sofrimento grande, tão grande e até que eu abandonei tudo, filhos e tudo. Numa época que mulher não podia trabalhar fora do lar, não tinha liberdade. Eu fui muito avançada para a minha época (LUA).

Seres intensos vivem plenamente, se permitem, se desnudam de convenções sociais. É fato que o aprendizado surge com a introspecção, reflexão do vivido em assumir as escolhas realizadas. Assim, se entorpecem de reflexão e aprofundam o seu

viver. É quando padrões de significados começam a se estabelecer. Segundo Silva (1997a) é a busca da *unidade*, é quando nos permitimos entrar em sintonia com a unidade do nosso ser. Daí a possibilidade do todo estar em nós mesmos, na consciência individualizada. Refere-se à busca de si mesmo, no entanto não em uma espera de que tudo aconteça como idealizamos e nem em nos alienarmos aos acontecimentos da vida, mas sim percebermos e experienciarmos com integralidade o que nos é oportunizado.

Eis a “dinâmica das pausas” referendada por Bonder (1994), percebida em momentos de crise, dor, sofrimento e desesperança. Este autor fala que as pausas são experiências de assimilação e de estabelecer contato com a realidade da verdade. Freitas (1992) também no passeio ao eu interior mostra o processo de individuação, onde a consciência tem o seu desenvolvimento a partir da vivência do conflito. Desta vivência há a possibilidade de descoberta do inconsciente e retorno deliberado ao “self” para proporcionar à consciência aquilo que lhe passa despercebido.

Desta forma, o ser-humano se ergue à complexidade do processo dialógico. As histórias de vida passam a ser contadas e o aprendizado surge desse entrelaçar de acontecimentos, felizes e sofríveis, pequeninos e grandiosos, mas certamente únicos e peculiares a cada ser. Tudo isto concorre para uma relação mais aberta, transparente e significativa com o outro.

Nesta perspectiva, pensar os sentimentos de perda, de sofrimento, de medo e de culpa desencadeados pelo vivido enriquecem a relação social. Em contrapartida, os momentos de felicidade intensificam a vitória sobre a fragilidade frente ao sofrimento. Os conflitos vão se expressando nas confissões de medo e de culpa externados através das histórias de vida. Há culpados? O que é a culpa senão a consciência de termos pensado ou agido, ou até mesmo perdido o controle sobre o bem-estar dos que amamos. Medo de não catalisarmos harmonicamente o entendimento a esta culpabilidade. Na verdade, medo este das perdas do outro, em decorrência da nossa ausência. Instituímos grandes méritos a nossa própria existência. A responsabilidade do cuidado, por exemplo!

E, desde menina, né? Já começou ali uma história de morte na vida. Não só morte como perdas emocionais (LUA).

Minha culpa, minha máxima culpa! Não dei importância para o que o médico disse (SOL).

Seria correto dizer que o medo de todas as mortes que experienciamos na vida decorrem do vazio que nossa ausência traz à vida daqueles que amamos e do vazio que estes impõem a nossa vida?

A família como grupo social primeiro, torna-se o suporte à expressividade do ser individual. Neste vislumbrar, o cuidado envolve o cotidiano existencial do ser enquanto indivíduo e enquanto membro social. Silva (1997a) resgata esta *parceria* ao dizer que o Cuidado Transdimensional tem uma perspectiva para a integração e transformação. Em que é um “processo eminentemente participativo e reflexivo, no qual os seres envolvidos no cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa oportunizam um caminhar a novas experiências” (SILVA, 1997a, p. 197).

Quem é que quer estar de mau humor, ou sem paciência de falar com alguém, ninguém quer. O que a gente quer é se relacionar, né? (LUA)

No processo de cuidado desenvolvido neste estudo o cuidado enquanto *parceria* se consubstancia do envolvimento do/da profissional cuidador/a no âmbito familiar. Num contexto de identidade e liberdade próprias desses membros no tocante à responsabilidade ou co-responsabilidade em direcionar, transformar e efetivar o cuidado. Leloup (2002, p. 74) reflete a presença do divino no cuidado ao outro, enfoca que assumir a doença das pessoas para um terapeuta é um momento importante. Trata-se de estar presente ao sofrimento do outro, acolhê-lo, assumi-lo e ao mesmo tempo não se identificar com ele. A abordagem aqui é direcionada à importância que o cuidador tem em apresentar este sofrimento como momento de transformação. Encarar o sofrimento conscientemente transforma o que nos parece impossível ultrapassar, em momento de crescimento e evolução. Diz respeito às “perdas necessárias” descritas por Viorst (1996) ou ainda do “saber perder para o universo” em Bonder (1994).

Quando LUA, SOL e suas famílias se aperceberam do aprendizado que a vida vinha lhes conferindo, ultrapassaram as perdas e compreenderam a vida morrida.

Transformaram o processo da morte e do morrer em momento de atenção. Atentar para o que é mais importante, o que é o essencial. Assim, considerando que toda transcendência pessoal é acompanhada de transformações no plano coletivo (SILVA, 1997a, p. 149), o encontro do cuidado pauta então pelo que Nitschke (1999, p. 128) mostra na compreensão do ser família saudável: é que tudo se relaciona com tudo.

O profissional de saúde, nesta experiência a enfermeira, transpõe seu espaço pessoal e profissional. Realiza um deslocamento do cuidado institucionalizado para o privado, particular: o domicílio. Para tanto se embrenha na difícil tarefa de fazer parte dessa relação com o todo e ao mesmo tempo com o individual próprio e o de cada membro dessas famílias. Embora condensados meus pensamentos em bem cuidar, o mais difícil ao adentrar o espaço do outro foi o papel de **decifrador/a do viver cotidiano**, das expressões advindas do convívio no seio de uma família que “não” é a sua. Mas que, quando se propõe desenvolver um cuidado com o coração já se está inserido, envolvido na vida do outro. Esta unicidade transcende e é quando nos percebemos como Consciência Universal.

Diante desta exposição o outro também está aberto a este contato de amor, há a fragilidade socializada no grupo familiar. As clientes por se apresentarem na condição de despedida e seus familiares em sinal à perda de todo um referencial edificado por essas mulheres. A expressão de sofrimento com a morte biológica próxima vem possivelmente da culpa e do medo que internalizamos quando nos damos conta deste **abandono elegantemente institucionalizado pela vida**. Culpa, quem sabe, por não termos vivido com maior intensidade a relação. Medo, por estarmos perdendo o referencial, a segurança que o ser amado nos proporciona.

A invasão reflexiva diante do processo da morte e do morrer é aquela que deveríamos manter em todo o percurso da vida. Perceber que a vida se faz morrida, num *continuum* pensar e repensar o propósito dos acontecimentos, das organizações e desorganizações em nossa existência.

7.2 Morte vivida

No limiar dessa existência conflitante entremeada por construções e desconstruções, o ser-humano se plagia. “Aceita a programação ditada pela sua cultura, que lhe diz para onde ele deva olhar; o resultado é que ele passa a existir na imaginada infalibilidade do mundo que o cerca”(BECKER, 1995, p. 36). O “ser” é impulsionado pelo social a se aproximar do humano. Nesta aproximação o “ser-humano” se desequilibra e torna a equilibrar-se, mas quase sempre unicamente na esfera humana porque é o que o caracteriza como existência, como “ser” vivente. E a vida é tão cobradora de atitudes humanas que em determinado ponto passamos do concreto ao abstrato. A abstração contorna a existência humana concreta, é latente a ela. Conveniente é ao ser humano manter-se concreto, mesmo errante, limitado pelo sempre esperado. Mantém-se aquém da abstração que é a fonte de compreensão entre o ser humano e o ser humano atento. Esta atenção diz respeito ao essencial, ao comprazer-se de ser tão somente o que de melhor podemos “ser” a nós mesmos, aos outros, pelos outros e para os outros.

Esta abstração enquadra-se num processo de fertilização. Quando nos permitimos à abstração, é quando nos sentimos capazes de sermos férteis de amor e tão somente contagiar de amor. A expressão do amor se faz em meio à complexidade, unicidade, singularidade e capacidade do ser em voltar-se para si e desdobrar-se no outro. É uma viagem intencional em nossa descoberta, vivemos morrendo, num processo de morte-renascimento. Para tanto, necessitamos compreender este processo para vivermos intensamente a morte.

Não é a morte a maior das abstrações conferidas ao ser-humano? Por este motivo ter desenvolvido um processo de cuidado que fizesse da morte um ponto de tangência, de imanência, de transcendência pareceu-me essencial. Silva (1997a, p. 127) ao dizer que “a morte pode ser visualizada enquanto um processo vital na vida em si e no contexto de uma dada situação, procurando tornar-se através da interiorização e permanência”, descortina a possibilidade do renascimento, da mudança e da expansão na expressividade da interiorização. Boff (2000) revela que estamos em tempo de

transcendência, é a dimensão da liberdade em nos proporcionarmos um olhar atento ao que nos rodeia e ir além do que está posto. Neste pensar, a morte vivida inclui-se em experienciar a transcendência do que é esperado e vai acontecer, contudo absorver ensinamentos que encaminhem o ser humano para uma boa morte.

Becker (1995, p.94) referencia Kierkegaard no tocante ao ser humano saudável, “que a pessoa saudável, o verdadeiro indivíduo, a alma auto-realizada, o homem de verdade, é aquele que transcendeu a si próprio”. É quando o ser humano encontra a capacidade de compreensão da sua condição, da sua situação, sem mascarar seu caráter. Evidenciado nos diálogos com as clientes e suas famílias, quando compreendem a sua condição final neste espaço da existência.

Ela sabia que era o fim! Voltei para Brasília acabada (FILHA de SOL).

Vais escrever para mim o meu testemunho (SOL para M^a Lígia).

A única coisa que eu não queria era sentir mal-estar. Acho que a qualidade de vida é mais importante. Tem que se ter dignidade até o fim, sempre até o fim (LUA).

Eu nunca senti que a mãe me abandonasse! Chegou a hora dela, é uma questão de tempo, mas não tem como fugir disso (FILHA de LUA).

O absorvido da experiência com as clientes e suas famílias no processo da morte e do morrer evidenciou esta transparência, quando aceitaram a condição final e suas limitações em decorrência da situação vivida. No entanto, sutilmente vem se instaurando durante todo o processo saúde-doença uma **descaracterização no “ser”** dessas pessoas. Comportamentos são incorporados pelas clientes em consequência do processo doentio como resposta à falência gradual de suas habilidades, suas motivações, suas reais capacidades de atuarem na esfera social.

Estas clientes ao apresentarem o perfil pessoal destoante do construído durante todo o processo existencial possibilitaram à família visualizar a proximidade da morte. É o que identifiquei como sendo o momento em que a família apreende **a face da morte**. Que face este renascimento tem então? Estar diante dessas transformações e percebê-las faz com que a família encaminhe de maneira mais tranqüila os momentos que seguem a proximidade da morte. Ao se conscientizar desta transformação, a

família passa a esperar e organizar a passagem de seu ente. Este reconhecimento produz um desprendimento ameno e compreensível do ciclo nascimento-morte-renascimento.

O renascimento tem a face da *experiência interior* descrito por Silva (1997a, p.150) como sendo “vivenciada pelos seres envolvidos no cuidado, e em seu contexto pode caracterizar-se pela diversidade de expressão, na medida em que destaca a ênfase da informação para os significados”. O vigor da análise diz respeito à atenção que damos ao que nos é apresentado e a partir da nossa compreensão intuitiva estabelecemos significados.

Olho para ela e não vejo mais aquela “SOL” que eu conhecia. É outra pessoa (NORA de SOL).

Agora eu vejo que aquela pessoa que está ali, não é mais aquele ser humano que eu conhecia como mãe. Ela é outra pessoa (FILHA de LUA).

Um novo modelo de relação com o mundo se inicia com o avanço da vida à morte. Apesar da intimidade e espontaneidade do convívio familiar a despersonalização das clientes concorre para um auxílio ao desprendimento, ao desapego das relações. Kübler-Ross (1998) identifica este desprendimento como necessário para um morrer mais sereno e compreensível. Refere-se ao desprendimento paulatino do/da cliente do seu meio-ambiente, de sua família e aos poucos da realidade repleta de sentido. Confere às pessoas que têm esta clareza, o aceite da morte.

Muito significativo este momento em que o ser tão humano inicie a descaracterização “humana” dada pelo social. Recai no concreto individual, do abstrato cultural da morte. É quando a ruptura das participações se instala na espera da caminhada solitária, corajosa e resignada.

Eu abençôo vocês, agradeço a Deus, estou morrendo, estou sentindo (SOL minutos próximos da passagem).

Eu vim preparada para ajudá-la a morrer (FILHA de SOL).

Acredito não ser tão solitária, mas ainda assim solitária por depender unicamente do ser que vive o processo da morte. O nível de introspecção nesta etapa é intenso, o

silêncio é preciso, o agradecimento contínuo, a verbalização do amor ao próximo e o olhar contemplativo, são **sinais vitais da morte**. Neste caminhar, abre-se o espaço para as despedidas. Espaço este em que os que ali se encontram participam pelo amor e pela amizade e pela relação de co-responsabilidade que se estabelece no decorrer da necessidade de apoio. E, vivenciam novas experiências, criam rituais, aprendem, ensinam e crescem com tanta vida que flui da morte.

O que ela me deixou mesmo de essência foi a força de vida! A experiência de vida de uma pessoa que lutou até o final pela vida e conseguiu reunir a família dentro de uma festa (NORA de SOL).

A festa foi para ela morrer (FILHA de SOL).

Não houve o horror da morte em momento algum. Se juntam o começo e o fim! (FILHA de LUA).

Esta experiência é sempre única, pois envolve seres com histórias e reações diferentes nas violências do cotidiano rotinizado ou não. “A compatibilidade estética e amorosa entre os seres que cuidam e seres cuidados”(SILVA, 1997a, p. 197), garante a lucidez durante o processo da morte e do morrer. Esta lucidez emerge do movimento, da dinâmica de um cuidado que privilegia o respeito, as particularidades, as vontades do ser a caminho de suas verdades.

Despedidas! Rituais construídos! Festa para a morte ou para a vida? Serenidade e paz para uma “boa morte”. Há uma força crescente que toma todos os que compartilham do momento sagrado de despedida desta existência. Uma força que abriga, que acolhe, que até encanta os expectadores mais duros de sentimento. As atitudes são tão verdadeiras que emocionam e enobrecem o adeus breve. A caminhada é válida, porém melhor quando a fizemos “descalços”. **Caminhar descalço na vida** é abrir-se, é se expor com o coração é não ter medo de mostrar, nem culpa de viver e assumir o “ser” que esculpimos em nós.

A despedida reafirma a consciência e a lucidez de que o morrer é um transpor a comunicação dinâmica da vida em direção a mais vida, é o movimento de paz ao encontro da verdade.

7.3 A transdimensionalidade do cuidado em família

Na busca da integração, da interiorização e no encontro da diferenciação e da expansão a transdimensionalidade se desenha no que é imanente-transcendente no cuidar. Neste passeio pela literatura filosófica, acadêmica, artística e mística a capacidade de desdobramento na prática se dá em meio à criatividade. Que criatividade é esta a ser desafiada? É a criatividade em nos percebermos responsáveis pela vida, num todo único.

A vida é uma responsabilidade compartilhada porém, normalmente, não é da conta de ninguém! Cada qual vive a sua sem notar que ao viver compartilha e interfere na vida dos outros. A responsabilidade se insere na vida do indivíduo como atributo social frente às angústias que a existência oportuniza. Modo construtivo de tomarmos consciência da vida que vivemos e da morte que experimentamos dia-a-dia. A liberdade do ser humano em interpretar a sua vida, conscientizar-se dela é o que o diferencia de outros animais. É o que o torna ser de expressão, de afetividade, de atenção, de significados e de amor.

Ao ser humano é dada a condição de se elaborar e se redimir. Todo o movimento cíclico que a vida tem o impele a perceber seu grande desafio: viver. E o viver diz respeito à morte, não aceitá-la simplesmente, mas fazer com que esta morte seja vivida e compreendida; sem apelos de mudanças conceituais sobre a vida e sobre a morte, mas apelos em abriremos nosso coração e compartilharmos uma entrega comprometida e de cumplicidade com nosso eu interior. Para tanto, o cuidado emerge como sustentação ao comprometimento, é a porta que se abre e dá acesso ao outro. A diversidade, a pluralidade, a imprevisibilidade no processo de cuidar enriquece o aprendizado e cobra a criação.

Para criarmos algo é necessária a paixão e com ela a entrega, a coragem de transformar. E o cuidado emerge como *prática indeterminada* pela particularidade e unicidade dos acontecimentos. Silva (1997a, p. 166) diz que é um “processo de reformulação nos nossos padrões de pensamento-sentimento-emoção-ação no mundo, no plano pessoal, profissional e de relação com o meio”. O elaborar, o fazer diferente

nasce da criatividade frente ao indeterminismo das pessoas, das ações, das atitudes e do meio ambiente. E, o indeterminismo nos direciona, através da criatividade ao cuidado enquanto *prática complexa*. Esta complexidade emerge no cuidado quando os seres envolvidos deixam fluir sensações e percebem as sutilezas daquilo que transcende a visão imanente da realidade que se apresenta.

Absorvemos a criatividade dos momentos de improviso, a partir das surpresas que o acaso contém. Neste contexto, o processo da morte e do morrer pode ser visto como o **acaso anunciado**. Onde a transdimensionalidade se faz dinâmica através do movimento do meio, das *orações* meditadas, das *músicas* que entoam a memória, do *toque* em que não há toque, dos aromas que exalam lembranças e das visões interiores que fazem da subjetividade a perplexidade da razão do que verdadeiramente se vê. Alguns autores referem-se ao acaso, no qual o homem vive e se debate com ele ou ainda, trata-o como um pensamento consciente de aceitação do que é (MORIN, 1997; MAFFESOLI, 2001).

O processo de morte é uma circunstância de busca e de encontro. Busca do que deixamos ou ainda podemos fazer e encontro dos verdadeiros desígnios do ser humano, com suas responsabilidades. A morte é uma circunstância vivida em todo o curso da existência e nesses momentos de resignificação e revalorização é **quando a vida passa a ser da conta de alguns**. É a “relação com a alteridade” descrita por Maffesoli (2001, p. 149) onde “o outro pode ser o amante, o amigo, o próximo, o conhecido, o inimigo ou o indiferente. Ou ainda, no quadro da alteridade absoluta, que o outro seja a divindade, a natureza, a estranheza ou a morte”. Assim, os amigos, a família, o meio e os que se agregam para cuidar formam um diferencial ao dar atenção à vida do outro. Buscam desenvolver um ambiente de envolvimento, comprometimento e amor para que, segundo Souza (2000b, p. 23) “cada indivíduo evolua com seu próprio self, pois é nele que está todo o seu referencial de ser e sua força para promover mudanças”.

O processo relacional que é instituído ao se cuidar no domicílio é aquele que abrange muito mais que a terapêutica. Abrange a apreciação de necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos seres envolvidos e do meio (LACERDA, 2000).

Neste envolvimento, a/o Enfermeira/o em congruência com a interdisciplinaridade que denota o cuidado/cuidar, faz-se essencial no manejo familiar. O confortar psico-físico-emocional é um compromisso em que a/o Enfermeira/o toma para si. No entanto, as relações no contexto familiar auxiliam uma ação interativa com outros profissionais. A família possibilita esta interação a partir da confiança que depositam no profissionalismo e dedicação desses “**intrusos habilidosos**”.

Aí sim passamos a moldar as circunstâncias na prática. É quando damos sinais que estamos atentos à vida. Isto é busca, é encontro da felicidade através da responsabilidade com a vida. Leloup (2002, p. 51) nos faz atentar para a responsabilidade com a vida ao dizer que “a felicidade do homem livre não depende das circunstâncias, mas do que ele faz das circunstâncias introduzindo nelas consciência e amor”.

Despertar a autoconsciência é aprimorar nossa “inteligência emocional”. Entre outras coisas, a liberdade advém da capacidade de decodificação, conforme Goleman (1995), da “voz do coração”. Neste sentido, empreender consciência e amor ao acaso é mostrar-se sintonizado com seu eu interior e o meio circundante (micro e macrocosmo).

Silva (1997a, p. 35) ao citar Dossey diz que a “Era III da medicina reconhece a consciência como não-local e transcendente ao espaço-tempo”. Frente a esta teorização o Cuidado Transdimensional enquanto *prática atemporal e não-espacial* flui da experiência de visões subjetivas reais identificadas no processo de cuidado.

A atemporalidade e não espacialidade ao desenvolver o cuidado refere-se à atenção, à consciência na capacidade de expansão de nossa inteligência. Falo da abertura, da reciprocidade de doação, do exercício diário de compreensão de nossa vida morrida. A transdimensionalidade do cuidado se faz compreensível no cuidar destituído de tempo e de espaço pré-determinados. Desta forma, nos fizemos aptos e receptivos às emanções e solicitações de ajuda. “O Cuidado Transdimensional busca contemplar a totalidade do ser-meio ambiente, extrapolando a tridimensionalidade para além da noção tradicional do espaço-tempo (SILVA, 1997a, p. 158)”. Assim, em

sermos parte integrante de um todo nos é possível cuidar e sermos cuidados em tempo e espaço qualquer.

A música, a oração e o toque terapêutico facilitam o envolvimento no cuidado e possibilitam nossa expressão interior à expansão. Brennan (1987) se refere à experiência meditativa, à *oração* como a prática que alça nossa consciência a uma frequência mais elevada. O ato de orar prediz a fé que é a crença incondicional naquilo que não nos é mostrado, é uma vontade maior de realização, é um sintoma divino. Desta maneira, nos possibilitamos o reencontro com a “presença do ser” na unicidade de todas as coisas. Bem como a *música* que toca o coração fazendo nossa mente flutuar num vai e vem de recordações e de imagens novas que se formam.

A música utilizada para cuidar é um exercício de liberdade. Movimenta as emoções, as integra ao mundo e faz com que nos rendamos às experiências interiores. O cuidado através da *música* é condição para se ser/estar saudável, reforçado por Nitschke (1999) pela validação desta prática por famílias com as quais desenvolveu o cuidado. Se a oração e a música concedem esta introspecção, esta imanência, esta transcendência o que dizer do toque terapêutico?

O Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades do cuidador, que extrapolam as capacidades intelectuais/rationais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multissensoriais de percepção (SILVA, 1997a, p. 81)”.

O toque realiza uma troca dinâmica, energética que amplia a percepção. Possibilita a sintonia entre os seres e o meio, clarifica imagens e harmoniza o “ser” em seu devir.

Pois bem, a transdimensionalidade do cuidado se fez em meio a família, ao grupo social primeiro e mais íntimo de SOL e LUA. Deu-se em parceria, em unidade, em complexidade, em indeterminismos destituídos de tempo, no entanto em seus espaços. Vivemos eu, SOL, LUA e suas famílias a música, as orações e o toque terapêutico, momentos de transdimensionalidade, de encontro. Vivemos a morte, festejamos a morte, reconhecemos sua face e as cores do renascimento.

LUA e SOL continuam percorrendo seus espaços, mas viveram amores e desamores, alegrias e tristezas, mortes e renascimentos. Fluíram! Transcenderam! Desejo que a caminho do renascimento a luz possa ser dourada como a do Sol ou prata como a da Lua. Assim, pensar a morte como luminosidade, é ver beleza no renascimento.

"Devia ter amado mais, ter chorado mais ter visto o Sol nascer devia ter arriscado mais e até errado mais ter feito o que eu queria fazer queria ter aceitado as pessoas como elas são cada um sabe a alegria e a dor que traz no coração. O acaso vai me proteger enquanto eu andar distraído". (Sérgio Britto)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões se fazem necessárias para que aprofundemos nossas experiências interiores. Os conceitos contemplados aqui, bem como toda a estrutura do Cuidado Transdimensional, vêm ao encontro dos meus propósitos, valores e crenças de que tudo no universo funciona a base de energia. Esta energia é aquela dispensada em tudo que fazemos, tem sua fonte no amor universal. De nada valeria o amor se não nos doássemos ao outro para o bem comum. Intensificar esta consciência é cultivar a ética, esta é a real responsabilidade do ser humano para com a humanidade. Esta é a grande contribuição da humanidade à própria humanidade, a capacidade de transformar-se pelo amor ético universal.

A busca em fazer a diferença, em traduzir a importância de cada ser humano está na procura constante de nós mesmos. Sem medos, sem dúvidas, sem apelos! É necessário o esforço conjunto na ajuda e é através da doação recíproca e desvelada de retornos que se alcançará a verdade que nos faz “ser”. É em permitirmos transcender nosso “eu” que estaremos dando oportunidade de fusões, e da universalização do amor.

O entretempo não existe, somos o que somos, vivemos o que vivemos por percepções vedadas de nossas potencialidades. E a morte o que é se não o encontro com a verdade, nossas verdades. A morte está para a vida como o Sol para o dia e a Lua para a noite. Em cada amanhecer novas possibilidades são descortinadas e em

cada anoitecer uma outra realidade vislumbrada. É uma sincronia, é a morte-renascimento no processo imanente-transcendente da existência.

Ações determinadas pelo ritmo universal e pelo despertar das emoções individuais clarificando a divindade para o coletivo. Se assim é, vivenciar o processo da morte e do morrer, neste processo de cuidado, foi intensamente significativo.

A utilização de um referencial teórico condizente com a realidade em que vivo possibilitou uma feliz sintonia e adequado posicionamento no transcorrer das vivências. Tanto que, o processo da morte e do morrer, neste estudo, não esteve dissociado da crença no princípio de morte-renascimento. Princípio este fundamentado no entendimento da cuidadora acerca do Cuidado Transdimensional de Silva (1997a).

As dificuldades vividas no processo de aceite ou não da instituição para o desenvolvimento da seleção da clientela deixou-me bastante ansiosa e apreensiva. Fez-me correr contra o tempo, aquele em que não acredito. Outro desafio era selecionar a clientela e fazer com que me aceitasse e em seus domicílios. Fazer parte de suas vidas para falar da morte, da morte esperada e ainda auxiliar na compreensão desse processo como um ciclo de renascimento. Desafios que foram ultrapassados pela sensibilidade de todas as pessoas que participaram deste cuidado.

As pessoas presentes no caminho da construção deste cuidado foram especiais, únicas e magnânimas em seu viver e em seu morrer. A receptividade com que receberam a proposta de doarem-se e deixarem-se ser invadidas em seus lares e em seus íntimos, foi o que realmente possibilitou este encontro. Um encontro de amor! Demonstrando que é possível, enriquecedor e gratificante cuidar no domicílio. A compreensão do processo de sofrimento, recusas, adaptações é clareado quando se adentra ao espaço físico, emocional e espiritual do outro.

Os desafios foram inúmeros, mas recompensadores ao dispormos da sensação de atitude ímpar, digna e, principalmente, intensa de afeto, carinho e atenção. Foi um processo de cuidado contagiante de amor, abnegação, respeito e solidariedade.

As vivências transformadas em informações e, posteriormente analisadas, levaram à construção de um conhecimento acerca dos padrões de expressão do

processo da morte e do morrer evidenciados pelos familiares. Estas vivências criaram espaço para um sentido maior de unidade com o todo. Foram aprendizados compartilhados, profundos e significativos.

A Enfermagem neste contexto foi a propulsora na busca de conhecimentos para elevar a qualidade do cuidado e intensificar o gesto sublime de cuidar com habilidade, competência, ética e comprometimento com a vida e sua evolução. É necessário que as instituições formadoras tenham a real consciência do seu papel e das suas responsabilidades em mudar a forma de cuidar em Enfermagem. Para assim, lançarem-se ao desafio de construir uma Enfermagem que tenha ressonância consistente e contínua na sociedade.

Certamente, mudanças foram vividas com o desenvolvimento deste trabalho, que podem intensificar significativamente o cuidado de Enfermagem como um diferenciador de educação, assistência e pesquisa. Considero este estudo um propulsor para um cuidar verdadeiro, transparente e efetivo.

O processo da morte e do morrer é um momento de aprendizado, de reflexões, e de redefinições com o intuito de viver mais e melhor cada momento de “ser” e de “estar” humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Angela Maria. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** Florianópolis, 2001. Série Teses em Enfermagem, n. 32., Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina

ALVES, Delvair de Brito. Possibilidades do conhecimento e qualificação do cuidar. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50., 1998, Salvador. **Possibilidades do conhecimento e qualificação do cuidar.** Salvador, 1998. p. 205-211.

ANDERSHED, Birgitta; TERNESDEDT, Britt-Marie. Involvement of relatives em care of the dying em different care cultures: development of a theoretical understanding. **Nursing Science Quarterly**, v. 12, n. 1, p.45-51, jan 1999.

ANDERSON, Joan M.. Home care management in chronic illness and the self-care movement: na analysis of ideologies and economic processes influencing policy decisions. **Advances in Nursing Science**, Aspen, v. 12, n.2, p. 71-83, Jan. 1990.

ARIES, P.. **A história da morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, v.1, v.2, 1977.

AVELINE, Carlos Cardoso. Em busca da presença divina. **Rev. Planeta.** São Paulo, v.310, n. 7, p. 32-37, jul. 1998.

BARALDI, Solange; SILVA, Maria Júlia Paes da, . Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. **Nursing**, p. 14-17, maio 2000.

BARGER, Sara; ROSENFELD, Peri. Models in community health care: findings from a national study of community nursing centers. **Nursing & Health Care**, v. 14, n. 8, p. 426-431, Oct. 1993.

- BECKER, Ernest. **A negação da morte**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.
- BELLATO, Rosenev. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente**. Ribeirão Preto, 2001. Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BERLINGUER, Giovani. **Questões de vida (ética, ciência, saúde)**. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE /HUCITEC /CEBES, 1993.
- BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Relações familiares. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Família e violência, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 229-241, maio/ago.1999.
- BOEMER, Magali R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1986.
- BOEMER, Magali, et. al. O tema da morte: uma proposta de educação. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n.1, p.26-32, jan. 1991.
- BOFF, Leonardo. **Ética da vida**. Brasília: Letraviva, 1999. 246p.
- _____. **Tempo de transcendência**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- BONDER, Nilton. **A arte de se salvar: sobre desespero e morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. 212p.
- BRASIL. Congresso. Senado. **Resolução nº 196, de 1996**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos.
- BRENNAN, Bárbara Ann. **Mãos de luz**. Tradução de Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Pensamento, 1987. 383p.
- CHIAVENATO, J.J. **A morte: uma abordagem sociocultural**. São Paulo: Moderna, 1998.
- COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COLOMÉ, Clara Marques; LANDERDAHL, Maria Celeste; OLIVO, Vania Fighera. Diretrizes pedagógicas na formação em saúde: buscando uma relação educador/educando de cunho transformador. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Enfermagem: educadores e educandos, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 166-173, jan./abr.1999.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, v. 2, n. 2, p. 129-135, 1994.
- FREITAS, Laura Villares de. O ser humano: entre a vida e a morte. In: Kovács, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

GARRAFA, Volnei. A biotecnociência na vida humana – limitar ou controlar? **Acta Paulista**, v. 13, Número Especial, Parte I, p. 222-229, 2000.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. Os rituais de poder na educação formal do enfermeiro. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Enfermagem: educadores e educandos, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 80-92, jan./ abr.1999.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **Awareness of dying**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965, p.293.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Aprendendo a cuidar de pessoas em condição terminal. In: Py, Ligia (Org.). **Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia**. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

HAWKING, Stephen. **O universo numa casca de noz**. Tradução de Ivo Korytowski. São Paulo: Editora Mandarin, 2001. 215 p.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira**. Florianópolis: UFSC, 2000. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

LARSON, Elaine. Health policy and NIH: implications for nursing research. **Nursing Research**, v. 33, n. 6, Nov. /Dec., 1984.

LEININGER, M. M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for nursing, 1991.

LELOUP, Jean-Yves. **A arte da atenção**. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira. Campinas: Verus, 2002. 152p.

MAFFESOLI, Michel. **Sobre o nomadismo: vagabundagens pós-modernas**. Tradução de Marcos de Castro. Rio de Janeiro: Record, 2001. 205p.

MAGILVY, Joan K.; CONGDON, Joann G.; MARTINEZ, Ruby; Circles of care: home care and community support for rural older adults. **Advances in Nursing Science**, Aspen Publishers, v. 16, n.3, p. 22-23, Mar. 1994.

MARCELINO, S. M. R. **Cuidado Domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeira, cuidador domiciliar e portadores de câncer avançado**. Florianópolis:

UFSC, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MAZZA, Márcia Maria Porto Rosseto. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Universidade de São Paulo: **Faculdade de Saúde Pública**. 1998. p. 1-10.

MELEIS, Afaf I. Nursing theory: na elusive mirage or a mirror of reality. In:_____. **Theoretical nursing development & progress**. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1985. Cap. 8, p. 169-194. (Tradução livre, para uso didático, feita por Dra. Eloita Pereira Neves, UFSC, 1985).

MINISTÉRIO da Saúde. Programa de saúde da família. In: [http://www.saude.gov.br/programas de saúde](http://www.saude.gov.br/programas%20de%20saude). Acesso em 17 junho 2002.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997, 356p.

MORSE, J. M. et al. **Concepts of caring and caring as a concept**. Advances in Nursing Science, v. 13, n. 1, p. 1-14, 1990.

MORTARI, Sérgioi. A energia curativa dos metais. **Revista Planeta**. São Paulo: edição 310, n. 7, p. 70-72, jul. 1998.

NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria. **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Copyright Robe Editorial, 1997, 234p.

NEVES-ARRUDA, E.; SILVA, A. L. O Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando: retrospectiva histórica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 13-35, mai./ago. 1998.

NEVES-ARRUDA, Eloita. Ser escolhida para cuidar: dolorosas... e... doces lembranças. In: ARRUDA, Eloita Neves; GONÇALVES, Lúcia H. Takase (Org.). **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSC, 1999. p.165-175.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Pelotas: Ed. Universitária UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

O' GORMAN, Stella Mary. Death and dying in contemporary society: an evaluation of current attitudes and the rituals associated with death and dying and their relevance to recent understandings of health and healing. **Journal of Advanced Nursing**. v.27, n.6, p.1127-1135, 1998.

ORO, Inez Maria. Doente grave e família- percepção de seus problemas. In: **Enfermagem Atual**, v. 3, n. 13, p.19-22, set. /out., 1980.

PIRES, J. Herculano. **Educação para a morte**. 2. ed. São Bernardo do Campo: Correio Fraternal, 127 p.

RADÜNZ, Vera. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do Burnout**. Florianópolis: UFSC, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de et al. **Ritos de morte na lembrança de velhos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

SANTANA, Maria Teresa Mariotti de; NASCIMENTO, Maria Fernanda de Cardoso; ALMEIDA, Celso Fortes de. Núcleo de renascimento Elisabeth Kubler-Ross – NUREKR: assistência de saúde no modelo “Hospice”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 291-294, abr. /jun. 2000.

SILVA, Alcione L. **Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPel, 1997.

_____. O estado da arte do cuidado na enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.2, p.19-32, maio/ago. 1997.

_____. O processo de cuidar em enfermagem. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v. 6, n. 2, p. 117-126, out. 1993.

_____. **O processo da morte e do morrer**, 1996 (manuscrito).

SILVA, Alcione Leite da; ARRUDA, Eloíta Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n. 1, p. 82-92, jan./jun., 1993.

SOUZA, Mariana Fernandes de. Abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, Número especial, Parte I, p. 98-106, 2000a.

SOUZA, Silvana Maria de. **Cuidado Transpessoal de Enfermagem domiciliar a clientes neoplásicos e suas famílias**. Florianópolis: UFSC, 2000b. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

TORRES, Wilma da Costa. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem** – uma modalidade convergente – assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999, 162p. CDU. 616-083.001.5.

VIORST, Judith. **Perdas necessárias**. São Paulo: Melhoramentos, 1996.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n.2, p.29-35, jul. 1992.

WATSON, Jean M. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

ZIEGLER, JEAN. **Os vivos e a morte**. Tradução de Áurea Weissenberg, Rio de Janeiro: Imago, 1977.

LETRAS DE MÚSICA

FAGNER, Raimundo. **Traduzir-se**. R. Fagner (compositor). Manaus: Som Livre, 1993. 1 disco compacto. Faixa 11 (2min56s). Remasterizado em digital.

GIL, Gilberto; Donato, João. **Paz**. G. Gil, J. Donato (compositores). In: Zizi Possi. 19[.].

MAGRÃO, Sérgio; SÁ, Luís Carlos. Caçador de mim. S. Magrão, L. C. Sá (compositores). In: **Sá e Guarabira: 10 anos juntos**. LPRCA nº 1030569, 1983.

MATOGROSSO, Ney. **Poema**. Cazuza, Frejat (compositores). In: Ney Matogrosso: vivo. Rio de Janeiro: Universal Music, 1999. 1 disco compacto. Faixa 6 (4min1s).

NASCIMENTO, Milton; BRANT, Fernando. **Canção da América**. M. Nascimento, F. Brant (compositores). In: Amigo: Milton Nascimento. Manaus: Warner Music Brazil LTDA, 1995. 1 disco compacto. Faixa 2 (4min18s). Remasterizado em digital.

RUSSO, Renato. **Perfeição**. R. Russo, D. Villa-Lobos, M. Bonfá (compositores). In: Legião Urbana: o descobrimento do Brasil. São Paulo: Emi-Odeon Brasil, 1994. 1 disco compacto. Faixa 4 (4min35s). Remasterizado em digital.

TITÃS, Epitáfio. Sérgio Britto (Compositor). In: **A melhor banda de todos os tempos da última semana**. Abril Music, 2001. 1 disco compacto. Faixa 6. Remasterizado em digital.

VELOSO, Caetano. Oração ao tempo. C. Veloso (compositor). In: **Cinema Transcendental: a outra banda**. São Paulo: PolyGram do Brasil, 1989. 1 disco compacto. Faixa 2 (3min26s). Remasterizado em digital.

A N E X O S

Anexo 1

Florianópolis, 04 de outubro de 2001

Diretor/ Responsável da Instituição

Nesta

Eu, Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, mestranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Solicito a V.S.^a um espaço em sua Instituição, para proceder a seleção de clientes para realização de um estudo sobre o processo da morte e do morrer, em domicílio.

Esclareço que em sua Instituição será feita somente a seleção dos/das participantes.

A estrutura, metodologia e objetivos desse estudo encontram-se no projeto, em anexo.

Certa de que terei a compreensão de V.S.^a, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Maria Lígia dos Reis Bellaguarda
Mestranda do Curso de Pós Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: mlbellaguarda@bol.com.br

Fone: (48) 249- 1161

Anexo 2

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou ciente, eu e minha família, que a Enfermeira Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, irá desenvolver um estudo com clientes e famílias que vivem o processo da morte e do morrer em domicílio.

Propõe desenvolver um processo de cuidado com clientes e suas famílias, em domicílio, visando a compreensão do processo da morte e do morrer, fundamentado no princípio de morte-renascimento do Cuidado Transdimensional de Silva (1997). Através da observação e participação na dinâmica do cuidado domiciliar registrará os diálogos e observações através da gravação em cassete e em diário de campo.

Eu, _____ e minha família, representada por _____ concordamos em participar espontaneamente e livremente deste estudo em nosso domicílio, conforme agendamento prévio de datas e horários, poderemos desistir em qualquer momento. É certo que teremos garantida a confidencialidade. Estamos de acordo com o uso de gravador durante as atividades e, de que as informações obtidas sejam utilizadas e divulgadas no referido estudo.

_____, _____ de _____ de _____.

Cliente

e/ou

Representante familiar

Anexo 3

VIVÊNCIA 1	
TEMA	<i>EU SOU...</i>
OBJETIVO	<i>CRIAR UM ESPAÇO INFORMAL, CONHECER A CIENTE, SUA FAMÍLIA, COMO SE VÊ NO CONTEXTO ATUAL. CONHECER A ENFERMEIRA CUIDADORA.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: ORAÇÃO 3º MOMENTO: DIÁLOGO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CDs</i>

CD'S UTILIZADOS:

Beatles for babies, EMI Music do Brasil. Produzido por Tato Gomez, arranjado por

Mário Argandona/ Tato Gómez. Pré masterização/ Sonic Solution: Dieter Wegner. 1998.

MCKENNITT, Lorena. The visit. WEA German: Warner Music. 1999. 903175151-2

Anexo 4

VIVÊNCIA 2	
TEMA	<i>MINHA VIDA...</i>
OBJETIVO	<i>PERCEBER PERSPECTIVAS, ANGÚSTIAS, DÚVIDAS, CRENÇAS E VALORES. CONHECER A HISTÓRIA DE VIDA DA CLIENTELA E DO MEMBRO FAMILIAR PRESENTE.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: ORAÇÃO 3º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CD</i>

CD UTILIZADO:

ENYA. Shepherd Moons. WEA Produzido por Nicky Ryan. German. A time Warner Company. 1991. 9031-75572-2

Anexo 5

VIVÊNCIA 3	
TEMA	<i>MINHA FAMÍLIA...</i>
OBJETIVO	<i>PERCEBER A RELAÇÃO FAMILIAR EXISTENTE NO CUIDADO E NO CONVÍVIO DIÁRIO.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: TOQUE TERAPÊUTICO MUSICOTERAPIA 3º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CDs</i>

CD'S UTILIZADOS:

Classics, happy baby. Produzido e arranjado por Georg Gabler. Gab Studios, Viena.
Pré masterização/Sonic solution. Dieter Wegner

ENYA. The celts.1992. Warner Music UKLTD. WEA 450991167-2, Germany.

Anexo 6

VIVÊNCIA 4	
TEMA	<i>ESTAR DOENTE EM DOMICÍLIO....</i>
OBJETIVO	<i>OBSERVAR, CONVERSAR E REFLETIR SOBRE A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA EM SEU TRATAMENTO E ESTAR NO SEU AMBIENTE.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: ORAÇÃO TOQUE TERAPÊUTICO MUSICOTERAPIA 3º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CD</i>

CD'S UTILIZADOS:

Movie Play. Romantic classics. São Paulo. 1988 (Smetana, Bach, Mozart, Betoven, Tchaikovsky, Ligt, Puccini, Gound, Strauss Jr.)

Anexo 7

VIVÊNCIA 5	
TEMA	<i>MORTE – RENASCIMENTO....</i>
OBJETIVO	<i>AUXILIAR OS/AS PARTICIPANTES DESTA VIVÊNCIA NA COMPREENSÃO DESTE PROCESSO.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: TOQUE TERAPÊUTICO MUSICOTERAPIA 3º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CD</i>

CD UTILIZADO:

CD - VIVALDI / HAYDN. Movie Play. São Paulo.

Anexo 8

VIVÊNCIA 6	
TEMA	<i>A MORTE E O MORRER EM DOMICÍLIO...</i>
OBJETIVO	<i>REFLETIR COM OS/AS PARTICIPANTES DESTA VIVÊNCIA ACERCA DE SUAS CRENÇAS, MEDOS, ESPERANÇAS.</i>
ATIVIDADE	<i>1º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO 2º MOMENTO: TOQUE TERAPÊUTICO MUSICOTERAPIA ORAÇÃO 3º MOMENTO: DIÁLOGO REFLEXIVO</i>
MATERIAL	<i>APARELHAGEM DE SONORIZAÇÃO, CD</i>

CD UTILIZADO:

Somewher in time. Composed and conducted by John Barry. Universal City Studios.
MCA records. 1980.