

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

**ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O
DESAFIO PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE
CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

BERNADETTE KREUTZ ERDTMANN

ORIENTADORA: DR.^a ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

Florianópolis, julho 2002.

BERNADETTE KREUTZ ERDTMANN

**ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O
DESAFIO PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE
CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL**

Florianópolis, julho de 2002.

BERNADETTE KREUTZ ERDTMANN

**ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O DESAFIO PARA UM
CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL**

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 05 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.

Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA

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

Prof.^a Dr.^a Rosane Gonçalves Nitschke
- Membro -

Prof.^a Dr.^a Astrid Eggert Boehs
- Membro-

Prof.^a Dr.^a Ângela Alvarez
- Suplente -

Aos meus familiares

Ao meu esposo, José, e meu filho, Mathias, meus filósofos da informalidade, sempre presentes nesta caminhada com suas contribuições (in)visíveis. A minha filha, Luciana, que com sua irreverência tempera nosso cotidiano com muito humor e boas gargalhadas, tão necessárias quanto às leituras universais.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, José, Luciana e Mathias, pela efervescência do nosso cotidiano.

À Professora, Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, orientadora e *luz*, num movimento de construção e (des)construção, pelo estímulo e desafio lançado.

À Professora, Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, animadora constante, despertando para olhar o (in)visível nestes tempos pós-modernos.

Aos membros da Banca Examinadora, Dra. Rosane G. Nitschke, Dra. Astrid E. Boehs, Ddo. Raul F. Sotelo Prandoni e Dra. Angela Alvarez, pelo carinho, por aceitarem essa tarefa, contribuindo através de uma leitura crítica, na construção do saber para a Enfermagem, nestes tempos pós-modernos.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que permitiram sonhar com uma aprendizagem compartilhada.

Aos companheiros animadores deste estudo, pela emoção, carinho, apoio, e sobretudo, pelos ensinamentos.

À colega amiga, Heloísa, por despertar o sentimento de poder sonhar e de que esse sonho precisa ser real.

Às amigas colegas, Helguinha, Lúcia e Liginha, companheiras de gostosas e não menos críticas reflexões.

Aos amigos do coração, Laura e Jairo, também presentes nas entrelinhas deste estudo.

Às colegas do Mestrado, por terem compartilhado cotidianos, superando dificuldades e vivendo o despertar para as trocas.

Às companheiras (os) do Núcleo de Pesquisa e Estudo sobre o Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina (NUPEQUIS-SC), por despertar o gosto nas nuances do cotidiano.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), pela possibilidade de obter o título de Mestre em Enfermagem, na área de concentração de Filosofia, Saúde e Sociedade.

À Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

A todos que acompanharam esta viagem, em sua luz e sombra, tristeza e alegria, buscando através do encantamento, o sentido de *querer viver e deixar viver*.

RESUMO

ERDTMANN, Bernadette Kreutz. *Enfermagem domiciliar em correspondência: o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível*. 2002, 104p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

Esta prática assistencial e investigativa centra sua preocupação em como oferecer um cuidado de enfermagem apoiado na razão sensível e congruente com a cultura do cliente e pessoas de seu convívio familiar no domicílio. Para tanto, foi construída, implementada e avaliada uma metodologia de registro, buscando na compreensão o significado que essas pessoas atribuem à enfermeira, saúde/doença e enfermagem domiciliar, utilizando-se para isso o método da pesquisa convergente-assistencial de Trentini e Paim. Este estudo fundamentou-se na Teoria Transcultural da Dr.^a M. Leininger, na sociologia compreensiva do Dr. Michel Maffesoli e nos estudos das professoras/pesquisadoras Dr.^a Alacoque L. Erdmann e Dr.^a Rosane G.Nitschke. O Processo de Enfermagem foi aplicado e validado no transcorrer dos atendimentos de enfermagem no domicílio, com a participação ativa de todos os envolvidos, tendo a interligação das etapas acontecido num processo dinâmico, ativo e criativo com *feedback* constante. Segundo o marco conceitual adotado, a interligação dos elementos, em um sistema de ritmos e ações variáveis, *relativizou-se* através da inteiração do sistema profissional com o sistema popular de cuidado. O processo desenvolvido possibilita um novo modo de cuidar, que se desenhará no contexto, conforme a decisão da enfermeira e do cliente. O desafio está sobretudo na valorização das crenças, valores, práticas e hábitos, através de uma sensibilidade intuitiva, projetando-se para uma enfermagem em correspondência com todos os elementos constitutivos daquele mundo real.

Palavras Chave: Enfermagem. Cuidado. Razão Sensível.

ABSTRACT

ERDTMANN, Bernadette Kreutz. Home Nursing in correspondence: the quest for a cultural congruent care based upon the sensitive reason. 2002. 104 p. Dissertation (Nursing Master's Degree). Nursing Pos-Graduation Program of Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis, 2002.

This assistencial and investigative practice focused its attention in how to offer a home nursing care based upon sensitive reason, appropriate with the patient's culture and people of his/her family day-by-day. For doing so, it was built, implemented and evaluated, a registry methodology for the nursing home care, looking for the comprehension of the meaning the client and the people of his/her family context give to the nurse; health-disease and home nursing. The convergent-assistencial of Trentini & Paim method was used. That study was based in the Transcultural Theory of Dr^a M. Leininger; in the comprehensive sociology of Dr^o Michel Maffesoli, and in the studies of the teachers/researches Dr^a Alacoque L. Erdmann and Dr^a Rosane G.Nitschke. The Nursing Process was applied and validated in the elapsing of the nursing attendances in home, with an active participation of all who was involved in it, and the stages happened as a dynamic, active and creative process, with constant *feedback*. According to the adopted conceptual mark, a parallel through the professional system and popular system of care realized the relation of the elements in a system of rhythms and variable actions. The developed process leads to a new way of care, which will be drawn as the nurse and the client contextualize their health reality. The challenge is in value the faiths, values, practices and habits through an intuitive sensitivity, projecting it into a corresponding nursing with every single element of that real world.

Key Words: Nursing. Care. Sensitive Reason.

RESUMEN

ERDTMANN, Bernadette Kreutz. *Enfermería 'domiciliar' en correspondencia: el desafío para un cuidado culturalmente congruente apoyado en la razón sensible*. Florianópolis, 2002, 104 p. Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Post-grado en Enfermería de la Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis, 2002.

Esta práctica asistencial y investigativa concentro su preocupación en como ofrecer un cuidado de enfermería apoyado en la razón sensible y congruente con la cultura del cliente y personas de su convivio familiar, en el hogar. Para tanto, fue construido, implementado y avaliado una metodología de registro, para el cuidado de enfermería 'domiciliar', buscando en la comprensión, el significado que el cliente y las personas de su contexto familiar atribuyen a la enfermera, salud-enfermedad y enfermera 'domiciliar'. Fue utilizado el método de investigación convergente asistencial de Trentini y Paim. Este estudio se fundamentó en la Teoría Transcultural de la Dra. M. Leininger, en la sociología comprensiva de Dr. Michel Maffesoli y en los estudios de las profesoras/investigadoras Dra. Alacoque L. Erdmann y Dra. Rosane G. Nitschke. El proceso de Enfermería fue aplicado y avaliado en el transcurso de los atendimientos de enfermería 'domiciliar', teniendo la participación activa de los involucrados, siendo que las etapas se interconectaban y acontecían en un proceso dinámico, activo y creativo con *feedback* constante. Según el marco conceptual adoptado, la interconexión de los elementos en un sistema de ritmos y acciones variables se relativizaban a través del sistema profesional con el sistema popular de cuidado. El proceso desarrollado posibilita un nuevo modo de cuidar, que se delinearán, conforme la enfermera y el cliente lo contextualizan en su realidad de salud. El desafío está en valorizar los credos, valores, prácticas y costumbres a través de una sensibilidad intuitiva, proyectándose para una enfermería en correspondencia con todos los elementos constitutivos de aquel mundo real.

Palabras Clave: Enfermería. Cuidado. Razón Sensible.

SUMÁRIO

1 O RETORNO COMO CHEGADA.....	13
1.1 A ENFERMAGEM DOMICILIAL.....	16
1.2 A POSSIBILIDADE DE SONHAR.....	18
1.3 ENFERMAGEM DOMICILIAL E O COTIDIANO CULTURAL E SOCIAL.....	21
1.4 POR UMA CIÊNCIA PRAZEROSA NESTES TEMPOS PÓS-MODERNOS.....	23
2 OS SABERES E AS PRÁTICAS NOS CONTORNOS DA HISTÓRIA.....	25
2.1 OUTROS DESENHOS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	25
2.2 A COMPLEXIDADE DO SIMPLES: ESCLARECENDO A TERMINOLOGIA..	27
2.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAL.....	28
2.4 A SUTILEZA DO CUIDADO: POR UMA ENFERMAGEM EM CORRESPONDÊNCIA.....	31
3 UM SABER NA DIMENSÃO DA RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE.....	35
3.1 MODELO DO SOL NASCENTE: DIMENSÃO DA TEORIA TRANSCULTURAL.....	36
3.2 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL	37
3.3 ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA COMPRENSIVA.....	38
3.4 PRESSUPOSTOS DA RAZÃO SENSÍVEL.....	39
3.5 PROJEÇÕES CONCEITUAIS PELA (RE)LIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS.....	41
3.5.1 Processo saúde/doença.....	41
3.5.2 O ser humano e família.....	42
3.5.3 Enfermeira e enfermagem em correspondência.....	43
3.5.4 Cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível...	44
3.5.5 Cultura: Crença, Valores, Práticas e Hábitos.....	47
3.5.6 Cotidiano.....	48
3.5.7 Sociedade/socialidade.....	48
3.5.8 Modelo ilustrativo dos elementos norteadores da prática assistencial e investigativa.....	50
4 PELOS CAMINHOS DO SABER, SENTIR E FAZER.....	52
4.1 APRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS NO PROCESSO DO CUIDADO.....	52
4.1.1 A prática assistencial e investigativa situada em verso.....	54
4.1.2 O ser humano e família participante deste estudo.....	54

4.1.3 Coleta e registro dos dados.....	58
4.1.4 Análise dos dados.....	59
4.2 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: CUIDADO CONGRUENTE CULTURALMENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL.....	60
4.2.1 Ilustração do processo de enfermagem: a concretização do cuidado.....	63
4.2.2 Implementação do processo.....	64
4.3 O SOL NASCENTE DOS TEMPOS PÓS-MODERNOS.....	70
4.4 FACILIDADES E DIFICULDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO.....	76
5 O ENCONTRO DO CAMINHO ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO E (DES)CONSTRUÇÃO DO SABER.....	79
5.1 ENFERMAGEM EM CORRESPONDÊNCIA NA LÓGICA DO QUERER VIVER.....	79
5.1.1 O conhecimento plural.....	81
5.1.2 Os pequenos acontecimentos.....	85
5.1.3 As nuances do cotidiano.....	82
5.1.4 Cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível: Ética e Estética	83
6 UMA ANDARILHA NOS CAMINHOS DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER APOIADA NA RAZÃO SENSÍVEL DE MAFFESOLI.....	90
7 ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O DESAFIO PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE E APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
APÊNDICES.....	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER.....	37
FIGURA 2 – CONJUNÇÃO DOS CONCEITOS.....	50
FIGURA 3 – PROCESSO DE ENFERMAGEM: A CONCRETIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL.....	63
FIGURA 4 – MODELO DE SOL NASCENTE APLICADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	72

1 O RETORNO COMO CHEGADA

Ao se viajar através da história em uma tentativa de se conhecer o passado e se entender o presente, é possível reencontrar os cuidados de enfermagem margeando o social instituído. As diferentes etapas pelas quais esta área se desenvolveu estão intimamente ligadas às transformações da sociedade e evolução do tratamento das doenças.

Bellato (2001) faz um resgate importante sobre as formas de cura e cuidado do sofrimento do ser humano. Na tentativa de erro e acerto, o homem primitivo teria aprendido a reconhecer as plantas alimentícias e medicinais. As intempéries do ambiente levaram-no à construção de habitações, passando a desenvolver hábitos de higiene e práticas curativas. Diante do medo da doença e da morte, o ser humano primitivo supôs, como vontade do sobrenatural, uma das causas para seus sofrimentos, surgindo assim, as práticas mágicas e sacerdotais para a cura, as quais deram origem à medicina mágica.

Por volta de 1950 a.C., a medicina entre assírios e babilônios era prerrogativa dos sacerdotes que prestavam conta aos deuses. Os cirurgiões eram homens do povo e responsáveis perante o Estado por suas cirurgias. Segundo Margotta (1998), o rei Hamurabi (Código de Hamurabi) foi o primeiro a estabelecer o conceito de responsabilidade cível e criminal, fixando as recompensas em caso de cura e as punições em caso de morte. Assim, a medicina evoluía entre o exorcismo aos demônios, considerados as forças do mal, e a prática dos cirurgiões. A medicina egípcia conhecia diversas doenças e utilizava remédios feitos de mel, cerveja, levedura, azeite e sementes. Os papiros egípcios continham instruções para tratamento de feridas, fraturas e luxações. Os indianos também praticavam, além dos ritos mágicos, purgativos, enemas, eméticos, sangria por

sanguessugas, banho de vapor e outros. Tinham uma lista de 760 plantas medicinais. Enquanto isso, na medicina chinesa, a principal prática era a acupuntura.

Por sua vez, Hipócrates, considerado o pai da medicina, que viveu entre 460 e 360 a.C., possuía grande conhecimento sobre o sofrimento humano, colocando o médico a serviço do paciente, afirmando que o lugar do médico era ao lado dos enfermos. Centrava a atenção na doença, acreditava que havia uma correspondência entre corpo e natureza, sendo as moléstias um desequilíbrio dos elementos constitutivos do corpo. Para o filósofo, o restabelecimento se dava ao se deixar a natureza agir. Demonstrou como o sofrimento poderia ser aliviado através da higiene e das curas comprovadas, substituindo, dessa forma, os deuses pela observação médica. A medicina hipocrática era exercida separada da religião e da magia (MARGOTTA; BELLATO; REZENDE, 1998, 2001, 1989).

A medicina pós-Hipócrates teve Galeno como o mais destacado médico greco-romano da Antiguidade, que viveu de 129 até 200 d.C. Sua formação compreendia a medicina, a filosofia e a matemática. Baseado na concepção morfológica e analítica, Galeno declarou que cada mudança na função do corpo é consequência de uma lesão e cada uma implica uma mudança de função, e a cura deveria restabelecer o equilíbrio (BELLATO; REZENDE, 2001, 1989).

A partir do século VI d.C., a medicina passa a ter um caráter profissional e com a escola greco-latina começa a medicina científica: o homem e a natureza são seus objetos de estudo. Os primeiros filósofos eram biólogos e naturalistas, definiam a filosofia na tentativa de compreender o ser humano e seu mundo, com o objetivo de desenvolver e proporcionar a todos um bom modo de vida (MARGOTTA, 1998).

Três grandes epidemias de peste assolaram a Europa durante a Era Cristã, tendo em comum o alto índice de mortalidade; porém, as características físicas dessas moléstias apareceram descritas como bolhas e pústulas, palidez, hemorragias e até asfixia. As doenças como a varíola, peste bubônica, escarlatina, cólera, tifo e difteria, foram incluídas na designação geral das pestes (MARGOTTA, 1998). Na Idade Média, a medicina pouco evoluiu: o tratamento das doenças consistia em sangrias, purgações, eméticos, enemas e eram usados também medicamentos baseados em plantas e produtos minerais. A magia continuava sendo uma forma de tratamento; entretanto, nessa época, centenas de hospitais foram fundados na Europa (BELLATO; REZENDE, 2001, 1989).

No fim da Idade Média, o movimento humanista começou a despontar e influenciar o desenvolvimento da medicina. Os médicos pertenciam a classes privilegiadas e estudavam em universidades. A ciência praticada por eles era restrita às classes sociais abastadas que eram atendidas em seus domicílios. Aos pobres restavam os hospitais, cuja assistência, muitas vezes, era prestada por leigos e religiosos (BELLATO, 2001).

Em meados do século XVII, o desenvolvimento de estudos em diversas áreas do saber, tais como matemática, física e química fundamentaram o modelo mecanicista, impondo a classificação e categorização das doenças, sendo que o divino não estava contemplado na visão científica. Diante das condições precárias em que se encontravam os hospitais, os médicos acreditavam que os doentes deveriam ser mantidos em seus lugares de origem, ou seja, em suas residências. A esse modelo de assistência, somente as classes sociais mais afortunadas tinham acesso.

O século XIX caracterizou-se pela mecanização e desenvolvimento industrial, surgindo novos instrumentos e tecnologias também na medicina, que desenvolveu mais especializações, como os estudos que fundamentaram as leis da genética, desenvolvidas por Gregor Mendel. A Revolução Industrial foi geradora de uma nova sociedade, da qual grande contingente da população rural migrou para as cidades, passando a residir em moradias pequenas, sofrendo de escassez de alimento e água, bem como de um sistema de escoamento de esgoto inexistente, que ocasionou surtos de epidemias, como o da cólera (MARGOTTA; BELLATO, 1998, 2001).

Com o advento do capitalismo, a necessidade da população de manter a saúde passou a ser de interesse público, e os hospitais incorporaram a assistência médica e, assim, começaram a ser vistos como espaços terapêuticos. Foi nesse cenário que a enfermagem moderna através de Florence Nightingale organizou o ambiente hospitalar e impôs medidas de higiene, melhorando a alimentação dos doentes, introduzindo nas enfermarias hospitalares água quente e campainhas para os pacientes. A enfermagem aparece como uma preocupação de cura e de conforto, numa visão mais humana, para a área da saúde (BELLATO, 2001).

Dentre as grandes descobertas, destacam-se as da Imunologia, cujo desenvolvimento de vacinas significa um salto das ciências biológicas e da medicina, assim como a medicina contemporânea ainda louva Pasteur pelo estudo na microbiologia e Fleming por seu estudo e descoberta do antibiótico. As vacinas contra sarampo, varíola, caxumba, rubéola, tuberculose, difteria e tétano apontam também para a prevenção e melhoria na saúde pública (MARGOTTA, 1998).

A fascinante evolução do conhecimento sobre o processo de saúde-doença, projetando para métodos avançados de diagnósticos com imagens computadorizadas, marca todo um caminho próprio de descobrimento e aventura trazendo à luz a racionalidade científica. Por outro lado, a correspondência entre passado e presente tão fortemente representada no cunho do saber comum alerta para as investigações científicas e suas finalidades. Sutilmente, o conhecimento popular acaricia a vida do aqui e agora.

Por longos períodos, e ainda hoje, a atitude intelectual no campo da investigação científica contenta-se em explicar fenômenos. Margotta destaca, ao parafrasear Magendie (1998, p.140), que “o objetivo da ciência é substituir as aparências por fatos e as impressões por demonstrações”. Assim, o saber comum é ocultado, apesar de ensinar que “é preciso tomar a vida pelo que ela é” (MAFFESOLI, 1998, p.31). O mesmo autor, ainda abordando a questão do racionalismo científico, classificando-o em uma categoria explicativa e totalizante, afirma que, nessa concepção, é negada a “exaltação do sentimento de vida que, em qualquer tempo e lugar, é a principal manifestação do ser”. Portanto, não se pode continuar com o dogma de que saber é ter domínio sobre a vida. Trata-se de receber a vida para dar conta da diversidade e especificidade da vivência do dia-a-dia destacando os diversos rituais: a vida banal, os jogos de aparência e a sensibilidade individual e social que enfoca a beleza que pode ser encontrada nas coisas simples (MAFFESOLI, 1984).

A crítica que é feita do racionalismo abstrato repousa em sua limitação em relação ao vitalismo que move toda a vida social. Na abordagem da compreensão (fenomenológica), a importância do estudo está na dimensão dinâmica e conflitante da vivência social, considerando-se a dimensão mítica e subjacente. Ter-se-á, dessa forma, um estudo que valoriza os elementos antropológicos numa perspectiva de proximidade com a vida na sua amplitude doméstica.

1.1 A ENFERMAGEM DOMICILIAL¹

Pela leitura dos tempos, pode-se observar as diversas peripécias da civilização que insiste em manter os elementos que lhe fornecem os contornos de um cenário, como num jogo dinâmico,

¹ Segundo Maffesoli (1984), essa é uma expressão que remete à terminologia fenomenológica e que se encontra além das definições redutoras e generalizantes. O mesmo autor e Nitschke (1999) empregam termos como imaginal, societal, como forma de exprimir a força de criação e imaginação do conjuntivo, desta forma, enfermagem domiciliar vai além do cuidado de enfermagem domiciliário ou domiciliar, termo utilizado para designar -feito no domicílio- a dimensão da enfermagem domiciliar abrange a compreensão do conjunto valorizando os diversos elementos daquele contexto.

definido por regras, normas, ao mesmo tempo, considerando importante a projeção para a metafísica e a subjetividade. É essa dupla exigência que persiste e é apresentada nas diversas encenações do viver cotidiano. Nesse caminho de retorno, observa-se, portanto, que a prática de medicina caseira é utilizada até hoje pelos clientes que têm sido acompanhados em atendimento de enfermagem domiciliar.

Assim, inspirou-se em Maffesoli (1984), que sustenta a utilização de expressões como *conflitual*, *imaginal*, *societal*, e Nitschke (1999), que usa o termo *familial* como forma de exprimir a força de criação e imaginação do conjuntivo. Optou-se também em inscrever e acrescentar no dicionário pós-moderno, a expressão *domiciliar*, cuja compreensão se aplica às formas estéticas, práticas e idéias racionais, como possibilidade para a interação dos diferentes elementos culturais, sociais e ambientais no cuidado à saúde-doença, interagindo com tudo aquilo que está próximo e junto ao domicílio.

O ser humano, paralelo ao desenvolvimento científico absoluto, continuou com suas crenças enriquecidas de mitos e ritos para o enfrentamento do estar doente. Inúmeras práticas alternativas e/ou complementares foram usadas e insistem em se perpetuarem através dos tempos. É o encantamento dos pequenos gestos da vida cotidiana. O paradigma contemporâneo aponta para a integração dos pólos contrários, qual seja, razão e emoção. Assim, o re-encantamento do cotidiano passa a representar a realidade individual e social. Com efeito, a ruptura de uma postura intelectual conformista, cuja razão impõe o modo de ser e fazer, também abala os alicerces teóricos na enfermagem. Por conseguinte, a enfermagem contemporânea (re)nasce da necessidade de cuidado profissional em diversos ambientes.

O sistema de cuidado à saúde também vem alterando-se diante das exigências da sociedade. Nesse cenário, afloram as ofertas de diversos serviços em domicílio, entre eles, os da enfermagem, que surgem diante da necessidade e exigência da população por um atendimento mais particular e personalizado.

No Brasil, foi a partir de 1995 que a prestação de cuidados profissionais à saúde no domicílio apresentou um crescimento considerado; porém, ainda carece de trabalhadores com formação para esse tipo de exercício. Também são poucos os dados epidemiológicos; segundo Araújo et al. (2000), um relatório de agravos e situações de internação domiciliar num Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Belo Horizonte foi apresentado no ano de 1998, sendo que

as informações sobre as necessidades mais representativas foram as doenças crônicas-degenerativas, seguidas de neoplasias, desidratação e cuidados pós-operatórios .

Assim, o retorno se faz pelos contornos de um caminhar profissional, agora na modalidade de enfermagem domiciliar.

1.2 A POSSIBILIDADE DE SONHAR

Uma lembrança traz à superfície a reflexão sobre o caminho empreendido até hoje como profissional, ao rememorar as conversas gostosas com os clientes e especialmente o que um deles certa vez me disse referindo-se sobre o meu serviço como enfermeira que o atendia no domicílio: “Você é independente, (...) você troca idéia com os médicos”.

Por volta de 1989, atuava como professora do Ensino Fundamental junto à Secretaria Estadual de Educação de Santa Catarina, lecionando as disciplinas: Ciências e Matemática. Inúmeras vezes, questionei-me sobre a prática do ensino, principalmente quando o assunto abrangia questões de saúde. Resolvi, então, prestar vestibular para enfermagem, iniciando o curso no ano de 1990, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O porquê dessa escolha permanece no mistério, mas a paixão se intensifica em cada atendimento de enfermagem que realizo. Após a formatura em 1994, trabalhei em um hospital da rede estadual de saúde e, um ano depois, no Hospital Universitário, vinculado à UFSC. Todavia sentia sempre uma inquietação, não muito bem definida, fazendo com que os sentimentos abafados se intensificassem e um desejo antigo fosse despertado, o de ser uma profissional liberal, buscando maior autonomia no exercício da profissão.

Após um rápido estudo de mercado e levantamento sobre a viabilidade de criar uma empresa prestadora de serviços de enfermagem, contatei com outros três profissionais (duas enfermeiras e um enfermeiro), que também sustentavam a idéia de que a enfermagem poderia avançar nessa modalidade de assistência à saúde em Florianópolis. Em 1996, foi fundada então, a VITAL Enfermagem Ambulatorial & Domiciliar Ltda, com registro número dois no COREN/SC. Como inscrição municipal, não havia nenhum registro, porém, na descrição do licenciamento constava o nome de Serviço de Saúde, embora tenha sido solicitado para que fosse descrito como serviços de enfermagem em saúde. Inicialmente, foi sentida uma certa deficiência, decorrente da falta de experiência com as estruturas administrativas, por parte dos integrantes. Elaborou-se um Regimento Interno, e o serviço foi distribuído em gerência técnica, administrativa, comercial e financeira, sendo que cada sócio era gerente de uma dessas modalidades. Percebeu-se, também,

que o ônus financeiro seria alto para os clientes, embora a literatura argumentasse ser uma atividade de “baixo custo” se comparada à dos hospitais.

Assim, como forma de refletir sobre esse caminho de aprendizagem, é possível fazê-lo, ao rememorar o primeiro atendimento. Era uma família que residia próxima à sede da VITAL. O médico havia solicitado internação hospitalar para dona L., 91 anos; porém, os familiares contataram com as enfermeiras da VITAL e optaram em manter a “Vó” em internação domiciliar, cujo tratamento médico prescrito incluía a fluidoterapia com os respectivos medicamentos durante sete dias. Foi agendado horário e, quando a equipe chegou à residência de dona L., o médico que lá se encontrava olhou para a equipe e disse: – “enfim um serviço de enfermagem de primeiro mundo em Florianópolis”. O mais interessante aconteceu na hora de apresentar as despesas para o responsável pela família. Inicialmente, ninguém tinha a coragem de fazê-lo porque a conta foi considerada elevada pelos próprios profissionais, mesmo estando dentro dos padrões de preço necessários para o desenvolvimento daquelas atividades; então, uma enfermeira gentilmente expôs todos os gastos e deu a soma total. O senhor responsável, calmamente, pegou o talão de cheque e disse: – “era o que tinha calculado”; e todos trocaram olhares aliviados. Até hoje permanece um vínculo de amizade e solidariedade em relação à família que, inclusive, continua a solicitar, sempre que necessário, os serviços de atendimento.

Em 1997, essa sociedade se desfez, permanecendo somente eu e um enfermeiro. Mudei a razão social para HELP Enfermagem Ambulatorial & Domiciliar Ltda, pois tentava parceria com uma empresa de emergências médicas, denominada HELP Emergências Médicas. Ao solicitar registro de patente de marca, essa empresa manifestou-se contrária e, para evitar maiores confusões e processos jurídicos, abri mão dessa razão social. Nesse mesmo momento, o outro sócio se desligou da empresa. Com mais experiência e conhecimento na área, optei então pelo registro na modalidade de profissional liberal: Enfermagem Domiciliar – Enf^a Bernadette Kreutz Erdtmann. Então, aos poucos, as atividades foram dando contornos, e a opção em centrar o atendimento por procedimento caracterizou essa nova fase, embora ainda contemplando a internação domiciliar, principalmente diante da grande demanda de clientes idosos.

Dessa forma, em sete anos de atuação com atendimento de serviços de enfermagem domiciliar, é possível dizer que a maior demanda de procedimentos técnicos se concentra nas doenças crônicas, crônicas degenerativas, neoplasias, situações agudas de dor e infecções, sendo

que os cuidados de enfermagem mais solicitados são: curativos; instalação de fluidoterapia com medicamentos; injeções IV, IM, SC; sondagens vesical e gástrica e as avaliações de enfermagem.

Ao oferecer a opção de cuidado e de internação domiciliar, destacam-se os seguintes benefícios para cliente e familiares: propicia uma atenção personalizada e de qualidade, mantendo o vínculo familiar próximo; evita expor o cliente ao estresse de uma internação hospitalar; previne de infecções hospitalares não só pelo ambiente mais exclusivo, mas pela possibilidade maior de manter a segurança de materiais e equipamentos individuais; torna possível o repouso em condições confortáveis e observação plena para medicação; regula as necessidades de repouso e cuidados suplementares, promovendo a permanência mínima no leito; auxilia na integração social ao trabalho, família e comunidade pelo fato de manter-se as atividades cotidianas; mantém a privacidade pela exclusividade de atendimento; possibilita um planejamento de cuidado de enfermagem domiciliar real, devido à proximidade a profissional à realidade vivenciada pelo cliente e seus familiares; valoriza a pluralidade e a singularidade do meio, ao apreender formas criativas e sensíveis de cuidado.

Os cuidados de enfermagem domiciliar têm-se apresentado como uma preferência, em diversas situações de envolvimento em que houve solicitação médica para internação hospitalar. Percebeu-se que os familiares perguntavam sobre o que poderia ser feito em casa, optando, na maioria das vezes, pelo procedimento domiciliário, sendo que, apenas uma vez, pela internação hospitalar. Isso por si só, já responde sobre a receptividade a essa forma de receber o cuidado profissional de saúde. Em conversas informais com um cliente, o mesmo dizia que “hospital é só quando não tem mais condições de ser mantido em casa, só em casos muito grave. Só vou se preciso da UTI”.

Nesses anos de experiência profissional, entre idas e vindas, tem-se observado certos comportamentos, atitudes, gestos e entendimentos dos clientes, os quais têm pautado o cotidiano num jogo dinâmico, através de atitudes que resgatam elementos fundamentais para o enfrentamento de viver o processo saúde/doença. Tais estratégias correspondem a um olhar sobre aquilo que está próximo e, então, as minúsculas criações têm a sua importância. Para ilustrar tal idéia, cita-se a seguinte fala de um cliente: (...) “quando se está doente volta-se a enxergar coisas simples e dá-se valor maior aos encontros com os familiares e amigos (...) um jantar pode então significar muito, a gente por algum tempo chega a esquecer da dor”. A ênfase dada, portanto, diz respeito àqueles

fatos aparentemente sem importância, mas que têm valor em si, e que para percebê-los precisa-se estar atento aos instantes e ao presente (PITTA,1997).

O cuidado no domicílio tem uma característica singular, ou seja, o domínio do ambiente e da situação é do cliente; logo, exigindo do profissional certa flexibilidade para tal prática (NITSCHKE, 1991). No contexto familiar, ocorrem transações entre enfermeira² e cliente que no ambiente hospitalar seriam mais difíceis de acontecerem. O cliente interroga, decide e expõe seus sentimentos acerca de determinado acontecimento. As interfaces do cotidiano da família que vivencia o processo da doença, em relação às emoções, sentimentos, culturas comuns, repousam numa vida compartilhada: portanto, todo trabalho intelectual precisa perceber a vida que o anima. É isso que exprime um compartilhamento de valores, idéias e emoções (MAFFESOLI, 1998). Segundo Pitta (1997, p.22), “quando elementos heterogêneos estão em presença, é criada uma *ambigüidade fecunda*”. Nesse caso, a enfermeira precisa perceber mais o *como* do que o *porquê*, ao procurar as correspondências que permitem estabelecer comparação, utilizando as formas existentes e as que se apresentam como novas, para, assim, compreender todo o processo daquele momento. Dessa maneira, retorna-se à valorização do tempo e espaço naquele ambiente singular.

1.3 ENFERMAGEM DOMICILIAL E O COTIDIANO CULTURAL E SOCIAL

Os aspectos culturais e sociais, no que diz respeito ao processo saúde-doença, têm significados e interpretações próprios, quando vistos sob a perspectiva do cliente. Não obstante, o ser humano não é uma parte em absoluto, mas integrante de um sistema de relações de troca com o meio social e ecológico. Capra (1996, p.44), ao abordar a questão ecológica, chama atenção para a comunidade e rede, ou seja, o “conjunto de organismos aglutinados num todo funcional por meio de suas relações mútuas, nos diferentes níveis de sistemas, sendo totalidades integradas, cujas propriedades essenciais surgem das inter-relações e da interdependência de suas partes”. Esse todo integrado tem qualidades que não são encontradas isoladas. Toda sociedade está presente em cada ser humano, através das diversas manifestações como a linguagem e o saber; assim, cada indivíduo singular contém o todo do qual faz parte e que, ao mesmo tempo, faz parte dele, ou seja, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional (CAPRA, 1996).

² Já que as mulheres são a maioria na Enfermagem, a denominação aparecerá sempre no feminino.

Segundo Morin (2000, p.54), “as interações entre indivíduos produzem a sociedade, que testemunha o surgimento da cultura e que retroage sobre os indivíduos pela cultura”. Por outro lado, Leininger (1985) propôs um cuidado congruente com a cultura do ser humano, ao construir uma Teoria de Enfermagem Transcultural, com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. Com base em tal premissa, o cuidado de enfermagem deriva-se do contexto cultural no qual ele deve ser propiciado e desenvolvido.

O cotidiano, no qual a enfermagem domiciliar se manifesta como um evento da interlocução da comunicação multireferencial e com a participação das pessoas que compõem um viver comum, repousa numa *aceitação da vida* que Nitschke (1999, p.39), resgatando Maffesoli, desenha como:

Aceitação da vida só é possível porque o tempo da vida cotidiana é cíclico. Neste não existe fim absoluto a ser perseguido, mas a busca de formas de se enfrentar a precariedade e a permanência de um mundo que se mostra em toda sua ambivalência.

Diante da demanda dos serviços à saúde com atenção domiciliar, quando, muitas vezes, o cliente está sendo disputado como mercadoria, a preocupação primeira é com a qualidade dessa assistência. Embora cresça cada vez mais o número de ofertas nessa modalidade, ela, ainda carece de estudo e de profissionais com habilitação específica. O contexto domiciliar é complexo e ultrapassa os limites formais de um hospital; portanto, urge fundamentar a prática de enfermagem domiciliar, partindo das necessidades de cuidado sob a ótica inclusive do cliente e familiares. Em face desse cenário, o questionável é: como oferecer um cuidado de enfermagem apoiado na razão sensível e congruente com a cultura do cliente e pessoas de seu convívio familiar.

É preciso entender-se por *razão sensível* a busca pelo sensível, possível de ser interpretada racionalmente, isto é, capaz de elaborar sobre os dados da sensibilidade intuitiva (MAFFESOLI, 1998). No que diz respeito à cultura, Colliéri (1989) sublinha que uma abordagem antropológica situa o ser humano no seu contexto de vida, ao tentar compreendê-lo em relação aos seus costumes, hábitos, crenças e valores. O desafio, portanto, está na elaboração de um estudo fundamentado em uma teoria que contemple tais aspectos. Dessa forma e diante das multiculturas do contexto da população de Florianópolis, cuja demanda de clientes atendidos deriva dos mais diversos lugares e etnias (americana, libanesa, alemã, judaica, inglesa, argentina, japonesa, açoriana, norte ao sul do

Brasil, entre outras), surge o panorama da necessidade de um estudo junto à comunidade. Tal estudo precisa contemplar a cultura e suas apresentações, bem como suas relações com o meio, numa colagem de valores e de modos de vida (MAFFESOLI, 2001), e não somente uma cultura de etnias, tendo os seguintes objetivos:

- a) construir, implementar e avaliar junto ao cliente e família uma metodologia para o cuidado de enfermagem domiciliar em correspondência, fundamentada na Teoria transcultural de M. Leininger apoiada na *razão sensível* em tempos pós-modernos;³
- b) compreender o significado que o cliente e as pessoas de seu contexto familiar atribuem à enfermeira, saúde-doença e enfermagem domiciliar nos tempos pós-modernos.

1.4 POR UMA CIÊNCIA PRAZEROSA NESTES TEMPOS PÓS-MODERNOS

A junção entre razão e prazer permite à ciência a liberdade de associar a razão ao gosto à beleza; enfim, ao saber do prazer, definindo “o pensamento que corresponda ao mesmo tempo aos critérios da racionalidade e da elegância”, pondera Lichtenstein (1994, p.26).

Nesse sentido, Maffesoli e Nitschke (1998, 1999) têm despertado a faculdade da alma, ao contemplar uma ciência que, ao mesmo tempo, apresenta o racional e o sensível. É, exatamente para responder à racionalidade científica da modernidade que o sociólogo francês Dr^o. Michel Maffesoli, numa perspectiva da sociologia compreensiva, e a professora pesquisadora, Dr.^a Rosane Nitschke, trazendo para a enfermagem o mundo imaginal das famílias saudáveis, – relativizam seus conhecimentos e inquietações numa provocação para um mergulho na *razão sensível* do que eles chamam tempos pós-modernos.

Maffesoli (1994) define tempos pós-modernos como a (re)ligação entre certos elementos da pré-modernidade com alguns da modernidade.

Por sua vez, Nitschke⁴ (2002) explica que a Pós-Modernidade

(...) é a mostra de um contexto da diversidade considerando elementos da pré-modernidade, tais como: os sistemas de parentescos; religião; sistemas comunitários; a tradição e o contato com a natureza; por outro lado, a modernidade empresta outras dimensões, como a razão, vigilância, a lógica do dever ser e uma visão mais para o futuro.

³ Maffesoli (1984) define tempos pós-modernos como sendo aqueles que vêm depois do moderno e utiliza tal expressão na falta de uma melhor, trazendo, principalmente, suas nuanças de conjunção entre aspectos do pré-moderno e da modernidade.

⁴ Professora da Disciplina NFR 4136 – Tópicos Avançados em Saúde: Imagens, cultura e saúde no cotidiano, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - aula ministrada em 18/04/02.

A Pós-Modernidade, então, é entendida por Nitschke (2002) como sendo “uma leitura do que está acontecendo quando se traz as nuances do que está acontecendo, é a leitura do que é”. E essa sutileza apresenta um contexto de diversidade e coexistência de distintas culturas que formam de fato um “espectro de características muito diferentes, ainda que interdependentes”, afirma Nitschke (1999, p.34).

A justificativa para a escolha do referencial teórico, norteador deste estudo, que aborda a cultura numa perspectiva transcultural e a razão sensível na perspectiva da sociologia compreensiva, é fruto dos sete anos de uma caminhada profissional que intercala os momentos particulares pela busca de crescimento técnico/científico e, principalmente, pelos ensinamentos dos muitos cotidianos apreciados no dia-a-dia dos clientes. Isso pode ser resgatado nas palavras de um senhor que teve seu cotidiano interrompido pela necessidade de submeter-se a uma colostomia: “eu sinto falta do andar na rua (...), estou melhor hoje porque aos poucos estou retomando o que estava acostumado a fazer todos os dias”. Nitschke (1999, p.35), apoiando-se em Maffesoli, observa que o “interesse no presente é outro elemento mais importante da Pós-Modernidade”.

É preciso lembrar que é no domicílio que as práticas e os hábitos estão presentes e representam a maneira de viver das famílias e de seus membros, é onde se tem a apresentação da cultura em um contexto de microcosmos, em um tempo que é plural, com a diversidade como fator significativo para a compreensão das relações.

2 OS SABERES E AS PRÁTICAS NOS CONTORNOS DA HISTÓRIA

2.1 OUTROS DESENHOS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

O atendimento a doentes no domicílio é uma atividade desenvolvida desde os mais remotos tempos, porém, recentemente ressurgiu como forma de serviço organizado e institucionalizado, principalmente a partir da década de 1990. As projeções de mercado indicam para um crescimento significativo de prestação de serviços, dentre eles, está o na área da saúde, principalmente, no domicílio e nos asilos.

Em 1996, nos Estados Unidos da América (EUA), segundo Duarte e Diogo (2000), aproximadamente sete milhões de pessoas lançaram mão desse tipo de serviço, tendo o país atualmente 18,5 mil provedores de serviços domiciliares. Embora faltando dados estatísticos, no Brasil, tal demanda cresceu muito a partir de 1995, o que pôde ser observado diante do grande surgimento de empresas especializadas nessa área de atuação.

As mesmas autoras afirmam que, historicamente, atender os doentes em domicílio é uma atividade citada no Velho Testamento, no qual era considerada uma forma de caridade, sendo recomendada aos hebreus para o cuidado de enfermos e puérperas em suas residências. Os rabinos tinham a incumbência de fazer visitas, demonstrando solidariedade como forma de auxílio para a saída do sofrimento. Assim, no Novo Testamento, o cuidado no domicílio teve como característica o sentimento religioso e solidário junto a doentes e idosos. Conforme Padilha (1998), no século XV, o cuidado domiciliar foi organizado por militares e religiosos, diante da miséria que assolava toda a Europa, decorrente da guerra, epidemias e fome.

Em 1617, o Padre Vicente de Paulo funda a Confraria da Caridade, tendo como atividade principal o trabalho junto aos pobres e as visitas aos doentes em suas moradias. No Manual das Filhas de Caridade, encontra-se um capítulo sobre a visita domiciliar (DUARTE, 2000).

De acordo com Duarte e Diogo (2000), uma sistematização metodológica relacionada mais com a enfermagem começa a ser desenvolvida nos meados do século XIX. Em Liverpool, na Inglaterra, Sir Willian Rathbone fundou o primeiro serviço de enfermagem distrital que era formado por enfermeiras responsáveis pelo atendimento nas casas. Sir Rathbone registrou, por escrito, o trabalho que desenvolveu em sua residência junto à esposa doente e foram essas anotações que inspiraram Florence Nightingale a escrever recomendações para a enfermagem domiciliar.

A partir de 1800, nos EUA, surgiram os primeiros trabalhos domiciliares e em 1885 é criada a primeira associação de enfermeiras visitadoras (*Visiting Nurses Association–VNA*). Em 1890, já existiam vinte e uma VNAs distribuídas pelos EUA, sendo que, em 1912, eram três mil as enfermeiras visitadoras, que requereram o estabelecimento de padrões para a assistência de enfermagem em saúde pública, inclusive o atendimento domiciliário (DUARTE; DIOGO, 2000).

No Brasil, as atividades da assistência de enfermagem domiciliar apresentam registros datados de 1919, com a criação do programa de enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro, que atendiam aos doentes de tuberculose e materno–infantil. Diante das grandes epidemias que assolavam o país na época tais como, a febre amarela e a peste, o médico sanitarista Carlos Chagas trouxe dos EUA algumas enfermeiras para preparar profissionais que atuassem no combate dessas doenças. Assim, em 1920, foi criado o primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras, mais tarde, transformado na Escola Ana Néri. Essas profissionais eram contratadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública para atuar na orientação junto às famílias no domicílio. Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública, cuja estratégia era a visita domiciliar, atuando diretamente com a comunidade, indivíduo e família (DUARTE; DIOGO, 2000).

Pode-se observar que no Brasil os serviços de atendimento domiciliário tiveram seu início e, por décadas, centrados na área de Saúde Pública, visando à promoção de saúde e à prevenção das doenças. Recentemente, tal modalidade de assistência tem ampliado sua atuação, num sistema de *home care*⁵, nos moldes dos países considerados de primeiro mundo (DUARTE; DIOGO, 2000). A partir da metade da década de 1990, surgem os serviços de *home care* com toda a intensidade. Muitas dessas empresas são privadas, outras estão vinculadas aos hospitais.

Em Florianópolis, a primeira empresa de enfermagem ambulatorial e domiciliar a obter registro no Conselho Regional de Enfermagem data de 1984. Atualmente, existem dezenas dessas organizações na capital e também no interior do estado. Por sua vez, a população de Florianópolis possui acesso a serviços públicos de internação domiciliária; entre eles, destacam-se o Hospital Nereu Ramos, que atende clientes portadores do vírus HIV–AIDS; o Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, que conta com o programa de atendimento ao idoso e aos clientes com doenças crônicas; o Hospital Centro de Estudos Oncológicos (CEPON), que dispõe de um atendimento aos clientes portadores de neoplasias e, ainda, o Programa de Saúde da Família (PSF), vinculado ao Ministério da Saúde, que presta um atendimento de atenção básica à saúde. Além desses serviços, a comunidade florianopolitana conta ainda com os serviços privados de atendimento domiciliário.

2.2 A COMPLEXIDADE DO SIMPLES: EXPLICAÇÃO DA TERMINOLOGIA

Existem várias definições para a expressão *atenção domiciliária*. Nos EUA, o *Public Health Service* define-a como sendo a continuação do cuidado à saúde por meio da oferta de serviços especializados da área aos indivíduos e famílias em seus locais de moradia, tendo como objetivo a promoção, manutenção ou a restauração da saúde, bem como a maximização do nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, inclusive aquelas sem perspectivas de curas (DUARTE; DIOGO, 2000).

Segundo Lacerda (2000), o cuidado domiciliar pode ser entendido como aquele desenvolvido junto ao ser humano no contexto de sua residência, fazendo parte a assistência à saúde, que compreende o acompanhamento, conservação, tratamento, recuperação e reabilitação do cliente, independentemente da faixa etária. Propicia morte digna e serena às pessoas em fase terminal.

Entende-se por assistência domiciliar à saúde uma estratégia de atenção ao processo saúde-doença, que é desenvolvida por profissionais capacitados e acontece no contexto da residência do cliente. O atendimento domiciliar é considerado como uma organização complexa, engloba atendimentos programados para determinados procedimentos, podendo ser de pequena, média e grande complexidade.

⁵ *Home care*: termo inglês utilizado para designar cuidado em casa.

Em face das diversas modalidades de atenção à saúde, existem os cuidados agudos e crônicos. Os cuidados agudos intermitentes abrangem episódios repentinos de interferência, e seu objetivo é a recuperação ou a reabilitação. Neles são previstas visitas periódicas de monitorização dos cuidados prestados por cuidadores e/ou por familiares, bem como a realização de determinados cuidados como a administração de medicamentos. Os cuidados agudos intensivos necessitam do profissional para atender ao cliente com doenças agudas graves ou incapacitantes. Essa modalidade requer acompanhamento, vinte e quatro horas por dia, para administração de medicamentos, higiene, conforto e cuidado com equipamentos de alta tecnologia (DUARTE; DIOGO, 2000).

O cuidado de longa permanência custodial é aquele destinado a clientes com limitações funcionais, embora ainda podendo manter certo grau de independência. Nessa modalidade, os cuidados relacionam-se ao auxílio nas atividades diárias com alimentação, higiene, vestimenta, mobilização e administração de medicamentos, sendo mais extensivo aos idosos. Os cuidados de longa permanência intensivos destinam-se ao acompanhamento e monitorização dos clientes dependentes de equipamentos de alta tecnologia (DUARTE; DIOGO, 2000).

A internação domiciliar é aquela em que se oferecem os cuidados e tratamentos utilizados numa internação hospitalar. Disponibilizam-se acompanhamento profissional, vinte e quatro horas por dia, com equipamentos, medicação e até com atendimento de emergência. Os critérios para internação domiciliar pelo Sistema Único de Saúde constam na Portaria nº. 2.416, de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde (DUARTE; DIOGO, 2000).

2.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM DOMICILIAL

Deve-se considerar que todo o cuidado é um ato social ao alcance do cuidar profissional, diante da sociedade. O cuidado deriva da necessidade que o ser humano apresenta num certo estágio de sua vida. Ajudá-lo, nesse momento especial, a enfrentar as adversidades que a doença impõe é sem sombra de dúvida uma ação social, destacando-se os elementos de referência e que produzem interações capazes de recriar modelos de cuidados para uma enfermagem congruente. Collière (1989, p. 18-19), ao abordar sobre cuidados de enfermagem, afirma que “cuidar surge como a partilha de um poder entre os utilizadores dos cuidados e os que os prestam, e isso exige tornar-se capaz de situar os limites da ação de cuidados, entre os quais, os cuidados de enfermagem”.

A diferença entre a definição de cuidado profissional da enfermagem e a de outro cuidado é fruto de discussões, pois os critérios que estabelecem tais distinções ainda não estão muito claros. A oscilação de ser ou não ato inerente somente da enfermagem converge para fatores que limitam as ações e que conduzem o doente e família a fazer a opção por determinado profissional e conseqüentemente por um cuidado requerido. Depende, portanto, de uma análise tanto de quem oferece quanto de quem recebem o cuidado, rompendo-se com a idéia de que tudo é normal, para uma tendência de convívio harmonioso e com envolvimento afetivo.

Um estudo sobre o processo saúde–doença permite à enfermeira estabelecer o grau de dependência para um determinado cuidado de enfermagem numa sinergia pela vida. No contexto domiciliar, os limites entre cuidado profissional e aquele exercido pelos familiares muitas vezes se mesclam. Procurar-se-á, então, identificar quais as relações entre ambos e uma vez identificadas as necessidades de cuidado, elas devem ser negociadas. Cabe à enfermeira avaliar o grau de dependência de um cuidado profissional, desejando o entendimento, apesar das diversidades, desigualdades e diferenças.

O enfoque que é dado ao cuidado domiciliar de enfermagem nos tempos pós-modernos é diferenciado se considerado a característica do ambiente no qual é desenvolvido. Nesse espaço, precisa ser considerado que o ser humano pertence a um contexto familiar e social, cujo meio poderá influenciar positivamente ou negativamente no processo saúde–doença. Nesses tempos, o ser humano precisa ser compreendido numa correspondência de sentidos vividos, no seu espaço–tempo presente. Dessa forma, o grupo familiar⁶ ou *tribo familiar*, segundo Maffesoli (1998), é o viver em bando, cujo mecanismo de aproximação impele a *um estar junto*⁷. Assim, essa tribo aspira por um ambiente afetivo de relações de amizade e uma religação com os elementos do cotidiano, ora formado inclusive pela enfermeira. A existência de temas em comum e de sentimentos compartilhados remete a uma relação social de trocas, intensamente vivenciadas por todos que convivem naquele ambiente presente e agora trágico pela relevância da doença, cujo ajustamento transgride o simples contato formal entre profissional e cliente.

Os eventos que se sucedem ao processo saúde/doença alertam para as pessoas próximas que, no seu *estar junto*, por vezes, também necessitam de cuidado, como uma família em sua

⁶ Nitschke (1999, p.16), em sua tese de doutorado, traz a expressão familiar referindo-se à unicidade da família.

⁷ Termo utilizado por Maffesoli e Nitschke (1994, 1999) com conotação de sentimento de pertencer ao contexto em todas as suas variantes.

*unicidade*⁸, podendo, em qualquer momento, desenvolver mecanismos e criar brechas para seus limites, sublinha Nitschke (1999, p.101). Dessa maneira, busca-se nas possibilidades de intercâmbios um espaço e um tempo, cujo contorno foi desenhado pela *união de pontilhados*, expresso por Maffesoli (1987), permitindo as manifestações em toda a sua ambivalência, na alegria e na tristeza, no ódio e no amor, na certeza e na incerteza, na dor e no alívio, nesse tempo presente, que precisa ser vivido.

Nitschke (1991, p.219) ressalta a importância de assistir à família, interagindo com seus membros, ora com um, ora com outro, e ainda acompanhando-os em outros momentos quando isso for necessário. Nessa perspectiva, as famílias são, ao mesmo tempo, elementos que prestam cuidados e que também precisam ser cuidados, podendo apresentar necessidades, tais como: cuidado com a saúde, expressar seus sentimentos de medo, insegurança, dúvidas, estresse e conflitos entre seus membros (NITSCHKE, 1991). Portanto, trabalhar no contexto domiciliar significa um exercício da ética, democracia, respeito e alto grau de envolvimento profissional e pessoal.

A mesma autora (1999, p.173), referindo-se ao cuidado de saúde no domicílio da família ressalta que:

Considerando-se as devidas questões éticas que discutem o público em relação ao privado, ou seja, a possibilidade de invasão e controle pelos profissionais dos serviços de saúde sobre as famílias em seu mundo, na sua morada, percebe-se que trabalhar com a família, em seu próprio meio, permite-nos melhor compreendê-la, nos seus significados, conseguindo compreender muito de sua singular e complexa harmonia conflitual.

No momento, a pista é aquela que se desenha para o retorno do cuidado de enfermagem domiciliar, cuja prática é tão antiga quanto a existência humana, reforçada, nesse novo milênio, como uma tendência mercadológica, principalmente pelo aumento da população idosa e devido ao crescimento da longevidade (NITSCHKE, 1999). Tem-se, então, um panorama que se projeta numa exigência para um cuidado com ética, comprometido com a qualidade da assistência, numa dimensão holística do ser humano.

⁸ Segundo Maffesoli e Nitschke (1987; 1999), a unicidade mostra-se num movimento de intercâmbio de todos os envolvidos naquele contexto, diferencia-se da palavra unidade que traz a idéia de uniformidade, sendo autoritária e totalizante nas suas formas de atuar no mundo.

2.4 A SUTILEZA DO CUIDADO: POR UMA ENFERMAGEM EM CORRESPONDÊNCIA

Refletir sobre o *que* e *como* fazer é um ato que busca estabelecer as ações de cuidados profissionais, através do pensar, agir e sentir, portanto; pode-se dizer que a visão da enfermagem para um cuidado valoriza o espaço social, porque é nele que acontecem todas as transações significativas. Numa proposta de cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível, a dimensão está na abordagem *em correspondência* que, segundo Maffesoli (1998), é o reconhecimento de si e do outro, a partir da consideração da diversidade e da unicidade.

Nitschke (1999, p.40), retomando Maffesoli, faz uma apresentação interessante sobre a unicidade como uma *união em pontilhados*, que é a mostra de um movimento de intercâmbio, na qual são expressas as mais diversas ambigüidades: “amabilidade e agressividade; querer estar junto e o afastar-se; amar-se e odiar-se”, proclama a autora.

É nesse sentido que a *enfermagem em correspondência* assegura a interação das relações das mudanças natural e social e o conhecimento que se pode obter desse processo. O contexto domiciliar permite a manifestação e a expressão das maneiras com que o ser humano tenta viver sua vida. Esse espaço familiar⁹ é diferenciado e pode apresentar um contraste muito forte na relação cliente e profissional. A provocação está justamente na proposta da atuação da enfermeira, coerente com tais manifestações, sem anular a pluralidade daquele ambiente íntimo. Assim Hashizume (apud LACERDA, 2000, p.26)

(...) quando a enfermeira domiciliar entra na casa do paciente, a enfermeira está num ambiente determinado pelo paciente e sua família. A casa reflete o estilo de vida do paciente suas condições sócio-econômicas, e suas preferências pessoais e culturais.

A ressurgência do doméstico, cujas manifestações pelo simples, pelo *presenteísmo*¹⁰, pelo instante vivido, em seu ritual, através das coisas simples de um dia-a-dia, nada mais é do que um *querer viver e deixar viver*, sendo ilustrado com a citação de um cliente atendido em seu

⁹ Nitschke (1999, p. 16) utiliza o termo familiar para limitá-lo ao que se refere à família propriamente dita, diferenciando-se do termo familiar que designa, também, aquilo que é mais comum.

¹⁰ Termo utilizado por Maffesoli (1984), cuja conotação nos tempos pós-modernos expressa a vivência diária pautada mais no presente, num aqui e agora, numa vida diária com toda a sua carga de manifestações.

domicílio: “Não troco meu cantinho por nada, aqui tenho as minhas coisas, gosto de tudo no seu lugar, tenho minhas manias”.

O referencial teórico do cuidado transcultural de M. Leininger (1985) contempla uma ação de enfermagem que considera a cultura do cliente e das pessoas próximas, não impondo uma postura única da enfermeira. Tal teoria proporciona uma visão mais ampla de maneira que contempla várias manifestações culturais. Sua aplicabilidade acontece no contexto domiciliar, cujos hábitos, práticas, crenças e valores peculiares de cada ser humano são preservados, assim como o cuidado é negociado, partindo-se do desejo e entendimento do cliente, sem desconsiderar os princípios profissionais. Isso possibilita à enfermeira refletir sobre sua postura profissional e projetar-se além do simples contato técnico, induzindo-a a uma sensibilidade e compreensão de ver o outro também com o coração; enfim, nesses tempos pós-modernos, é o *estar junto* ao cliente e sua família no cotidiano.

Nitschke (1999, p.25) pontua com muita sabedoria sobre a família, como sendo uma rede de interações que podem assumir diferentes posições e papéis num corpo social, inclusive o cuidado com as pessoas que a constituem. A autora confirma a relativização entre saúde da família e individual e família saudável, destacando que:

(...) trabalhar com famílias significa mergulhar no seu mundo, possibilitando uma interação de trocas entre cliente, família e profissional de saúde, levando-nos a tirar a *couraça*, fazendo-nos mostrar mais como ser humano, estando menos formal, e, conseqüentemente mais próximos das famílias.

Esse jogo do concreto, exprime o sentimento de empatia sobre o qual Maffesoli (s/d, p.29) chama a atenção, como a “expressão das atitudes onde há convivência, por vezes cumplicidade, há compreensão que implica na generosidade de espírito, há proximidade, há correspondência”. A premissa é que a enfermagem entra em *correspondência*, naturalmente com os elementos que complementam o espaço, tempo e natureza do micro e macrocosmo do cliente e contexto familiar, sendo que todos repercutem uns sobre os outros. Tem-se então uma enfermeira valorizando o contato em uma razão cujo mecanismo é movido pela troca social, na qual ambos: – cliente e enfermeira – valorizam cada encontro.

Maffesoli (1998, p.70) observa que “as fronteiras entre os diferentes elementos são mantidas e, não obstante, resulta uma singular organicidade”. Assim, reportando para a enfermagem, a organicidade¹¹ social se concretiza pelas práticas simbólicas que, segundo Erdmann (1996, p.19),

(...) acontecem nas organizações de saúde e estão atreladas a uma estrutura de funcionamento de um sistema de enfermagem com instrumentos normativos e legais para espaço, tempo, pessoas e materiais e distantes do financeiro, rumo a uma atividade específica – cuidado de enfermagem.

Todavia, o sistema de cuidado possui dimensões múltiplas de relações, intercâmbios e associações, cuja organicidade pede por estruturas e propriedades como potenciais de força do processo dinâmico produtor da vida, saúde e sensibilidade humana (ERDMANN, 1996). Ainda, a mesma autora (1996, p.20) lança o desafio para a enfermagem exercitar o pensamento no

(...) pressuposto de que a organicidade de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem pode ser pontuada alinhando noções a partir de luzes emergidas de momentos reflexivos do pensar a complexidade ao transitar por espaço/momento/movimento–ondulações/situação do cotidiano da prática de enfermagem.

Dessa forma, respondendo ao desafio de Erdmann, projeta-se a prática de enfermagem domiciliar numa reforma de pensamento, em que Morin (2000) indica a conjunção do pensamento, ou seja, unir o conhecimento das partes com o da totalidade. Assim se terá um cuidado profissional extraído pelo sentimento de ligação, o que leva a uma receptividade das particularidades e individualidades de cada ser humano nos aspectos social e coletivo. Por outro lado, Geertz (2001, p.197), abordando a questão da identidade cultural num mundo multifacetado, coloca que

(...) à medida que o mundo se torna mais rigorosamente interligado, econômica e politicamente, que as pessoas se deslocam de maneiras imprevistas, apenas parcialmente controláveis e cada vez mais maciças, e que novas linhas são traçadas enquanto que as antigas se apagam, o catálogo de identificações disponíveis se expande, contrai-se, muda de forma, ramifica-se, involui e se desenvolve.

¹¹ Segundo Erdmann (1996, p.18), “a organicidade da vida social pode ser apreendida pela integração complementar concorrente e antagonista dos múltiplos e complexos elementos componentes de uma organização social”.

Em síntese, no corpo dessa sociedade, a diferença e a igualdade formam uma configuração de vários elementos num mesmo contexto, compartilhando experiências, saberes, enfim, formando uma nova modalidade de relacionamento cultural, justapondo costumes diversos. Desse movimento social, nasce um sistema de culturas incorporadas pelos pequenos grupos que têm sua própria identidade, mas que estão relacionados à cultura global em determinados aspectos (LEININGER, 1985). Neste estudo, o cliente e sua família moradores de Florianópolis, cidade cosmopolita com singularidades específicas do colonizador açoriano, e que formam em seu domicílio uma cultura singular, apresentando sua maneira de viver, distinguindo-se na cultura universal.

3 UM SABER NA DIMENSÃO DA RACIONALIDADE E DA SENSIBILIDADE

Para compor este estudo foram utilizados fundamentos filosóficos da Teoria Transcultural do Cuidado da teórica americana Dra. Madeleine Leininger, por trazer à enfermagem a premissa de que o ser humano tem seus significados e entendimentos sobre como deseja ser cuidado. O sociólogo francês, Dr. Michel Maffesoli, aborda a questão do cotidiano na perspectiva da sociologia compreensiva, trazendo uma leitura contemporânea da sociedade. Da mesma forma, as enfermeiras/pesquisadoras brasileiras, Dra. Alacoque L. Erdmann, em seu estudo sobre os sistemas organizacionais de cuidado para a enfermagem, dentro do paradigma da complexidade, e a Dra. Rosane G. Nitschke, uma *expert* dos ensinamentos de Maffesoli, também trabalha com essa abordagem, trazendo para a enfermagem novos olhares nesses tempos pós-modernos.

A teórica americana Madeleine Leininger (1985, p.255-288) buscou, nos conhecimentos da antropologia, subsídios para a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Culturalmente Congruente, sendo a primeira enfermeira a desenvolver uma teoria sobre o cuidado transcultural. Em seus estudos, tem definido que existe uma universalidade cultural, cujo cuidado contempla uma cultura comum a todos os povos e uma diversidade própria do ser humano e/ou de um grupo. Esse cuidado pode ser profissional quando exercido pelos trabalhadores de um sistema de saúde formalmente reconhecido, popular e quando o cuidado oferecido parte de pessoas leigas geralmente pertencendo ao vínculo familiar e à comunidade. Em seus estudos desenvolvidos junto a comunidades de origens étnicas diversas, Leininger identificou necessidades diferentes de cuidado, bem como a falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com essas diferenças (BOEHS, 2002).

3.1 MODELO DO SOL NASCENTE: DIMENSÃO DA TEORIA TRANSCULTURAL

A Teoria Transcultural centra-se no estudo comparativo e analítico da diversidade e similaridade cultural do mundo em relação ao cuidado de enfermagem, ponderando as ações da enfermagem no respeito aos valores e aos entendimentos do cliente, em relação ao processo saúde-doença e cuidados que gostaria de receber.

O objetivo dessa teoria é fundamentar a prática das enfermeiras, baseada na cultura e na aplicação de ações de enfermagem congruentes com crenças, valores, práticas, hábitos e costumes. Os componentes básicos dessa teoria estão demonstrados no modelo do Sol Nascente, elaborado por Leininger (1997), que simboliza o surgimento do sol, ou as formas de descobrir o cuidado num entendimento da visão de mundo, das estruturas sociais e fatores variáveis como: tecnológico; religioso e filosófico; familiares; maneiras de viver segundo crenças e valores; políticos e legais; econômicos e educacionais. É preciso considerar tais fatores para compreender o cuidado humanizado e obter um conhecimento para um cuidado de enfermagem de confiança e para manter os princípios da disciplina.

O modelo incorpora níveis de abstração e de análise da teoria sob o ponto de vista do macro, médio e micro alcance teórico. O nível I apresenta a análise dedutiva sobre o mundo cultural: nesse nível a teoria é considerada de grande porte. O nível II apresenta os fatores que influenciam numa cultura mais específica: nesse nível tem-se uma teoria de médio porte. O nível III apresenta os sistemas de cuidado, princípios e intervenções de enfermagem: nesse nível a teoria é considerada de pequeno porte. Abaixo, na figura 1, vê-se a demonstração da teoria elaborada por Leininger (1997, p.19-23):



FIGURA 1 – MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER PARA ILUSTRAR A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

Fonte: Leininger, 1997

A aplicabilidade da teoria demonstrada nesse modelo é ampla podendo ser usada na investigação e na prática da assistência de enfermagem. Incorpora os conceitos num sistema aberto no qual os elementos do primeiro nível estão presentes nos demais e vice-versa.

A relação dos conceitos, portanto, permite fundamentar a pesquisa e prática de enfermagem domiciliar. O modelo pode ser usado no estabelecimento de critérios para as ações de enfermagem, reconhecendo os fatores que envolvem tal modalidade de assistência.

3.2 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL

Leininger (1985, p.255-288) apresenta como propósito de sua teoria o conhecimento da natureza, essência, propósitos sociais, assim como o desenvolvimento e melhoria do cuidado de

enfermagem, que tem funções culturais específicas e universais. Algumas das suposições dessa teoria são:

- a) desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos;
- b) o cuidado próprio e outros padrões de cuidado existem entre as culturas;
- c) o cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas;
- d) não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado não sendo para cura;
- e) a razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimento disciplinado sobre ele;
- f) o cuidado na perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal;
- g) as práticas profissionais e populares de cuidado da saúde são derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem;
- h) o cuidado, valores, crenças e práticas culturais influenciam na forma pela qual os clientes esperam que a prática do cuidado de enfermagem seja administrada.

A prática de enfermagem domiciliar sendo integrante de um contexto no qual o ritmo do dia-a-dia está configurado como um singular e único espaço-tempo e tendo na diversidade cultural o reconhecimento das manifestações dos clientes necessita que a enfermeira mergulhe no entendimento de tal cotidiano: as nuances que emergem no *aqui e agora se* constituem em pontos interessantes para o cuidado à saúde. Assim, pode-se permear um cuidado de enfermagem em correspondência, ao se observar, além das culturas, outros elementos como a intensidade dos movimentos dessa dinâmica. Nesse sentido, é possível encontrar na microsocioantropologia os constitutivos para a enfermagem domiciliar em correspondência.

3.3 ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA SOCIOLOGIA COMPREENSIVA

A reflexão sobre o cuidado de enfermagem contemporâneo é um exercício não muito fácil, se considerada a complexidade da sociedade atual. Segundo Maffesoli (1998, p.11), “talvez seja quando o sentimento de urgência se faz mais premente que convém pôr em jogo uma estratégia da

lentidão”. Assim, valores culturais e religiosos, bem como as certezas absolutas das ideologias, que caracterizaram a modernidade, apresentam-se um tanto reclusos.

A *socialidade*¹² direciona um olhar para a sabedoria relativista, mantendo a ciência, a busca pelo intelecto, em um desafio de considerar as diversas situações, naquilo que o ser humano está presente, no *aqui e agora*. Convém à enfermagem, elaborar um saber/fazer na perspectiva de “um espírito de simpatia, de finura e discernimento”; assim, a atenção da enfermeira também contemplaria “à paixão, à emoção, numa palavra, aos afetos de que estão impregnados os fenômenos humanos” (MAFFESOLI, 1998 p.12). Trata-se, portanto, de um desafio para a enfermagem domiciliar, que é o de elaborar um marco referencial, cuja disciplina presenteia um *querer viver e deixar viver*, o mais próximo possível da realidade do cliente, seus familiares e pessoas de seu convívio, cujo cuidado seja harmonioso, num respeito às crenças, valores, práticas e hábitos de todos os envolvidos, como Leininger tem teorizado para a enfermagem.

3.4 PRESSUPOSTOS DA RAZÃO SENSÍVEL

Dentro de uma perspectiva fenomenológica compreensiva, Maffesoli (s/d, p.13-32), complementado por Nitschke e Pitta (1999, 1997), apresenta cinco pressupostos teóricos da sensibilidade, a saber:

- a) a crítica do dualismo esquemática – o autor explica que qualquer pensamento é percorrido por duas atitudes complementares, difíceis de serem definidas com exatidão, sendo elas a razão e a imaginação; propõe uma ciência de dentro, na qual o pensador não tem de se abstrair, pois faz parte daquilo que descreve, está no seu interior, podendo ter uma visão desde dentro;
- b) crítica a forma que limita e que fecha o significado, excluindo outras possibilidades – em seu novo paradigma adota a palavra formismo, descrevendo os contornos por dentro, que vem de dentro, do interior, da vida cotidiana, podendo indicar poder, potência, teatralidade, duplicidade; assim uma atitude formista respeita a banalidade da existência;
- c) uma sensibilidade relativista que mostra que a forma que traz consigo e as comparações são possíveis pela existência de um relativismo metodológico e da convergência –

¹² Maffesoli (1998) fala das diversas modulações sociais, constitutivas de cultura, com as quais se vive no dia-a-dia. Segundo Nitschke (1999, p.38), resgatando Maffesoli, “a socialidade reside num misto de sentimentos, paixões, imagens, diferenças que incitam a relativizar as certezas estabelecidas e a uma multiplicidade de experiências coletivas”.

procedimento por aproximação ao invés da lógica da dominação, isto é, não há uma realidade única;

- d) uma pesquisa estilística – proceder *como se*, ao invés do *porquê*; o procedimento vai ser o da colagem em que as diversas imagens são justapostas, propondo que a ciência se mostre através de um *feedback* constante entre a empatia e a forma, com uma escrita mais aberta;
- e) um pensamento libertário apresenta o pesquisador como ator e participante, reconhecendo o senso comum – necessita de uma atitude de empatia; reforça a presença da subjetividade e a intersubjetividade.

Ainda em relação ao cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível, consideram-se relevantes algumas observações, frutos da experiência profissional, que pontuam a prática de enfermagem domiciliar, como sendo:

- a) contempla a cultura do meio na qual o cliente vive;
- b) valoriza os saberes populares ao respeitá-los e aceitá-los como benéficos;
- c) amplia a visão, num horizonte aberto, sobre a situação daquele cotidiano, proporcionando dessa forma um cuidado mais harmônico em relação à perspectiva do cliente e família;
- d) apresentação da aplicabilidade no domicílio de maneira simples, adequada, eficaz e envolvente;
- e) oportuniza ao profissional reflexões constantes, induzindo-o a mudanças quando elas se fazem necessárias;
- f) a dinâmica da enfermagem domiciliar precisa ser pautada pela efervescência do cotidiano, num reconhecimento das pequenas coisas que vão de fato constituir aquele cosmo em particular;
- g) o cuidado sensível precisa contemplar o *estar junto*, numa relação de trocas afetivas; a enfermagem em correspondência fundamenta-se no intercâmbio da construção e (des)construção;
- h) a enfermeira com atuação no domicílio precisa ser uma *profissional híbrida*.¹³

¹³ Segundo Nitschke (1999, p.172), a profissional híbrida é aquela que busca integrar outros aspectos no seu conhecimento e no seu agir, buscando uma complementaridade em sua formação de base.

3.5 PROJEÇÕES CONCEITUAIS PELA (RE)LIGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS

Nitschke (1999, p.40) lembra que conceitos são uma conjunção de idéias em constante construção. Nesses caminhos, um novo olhar para o cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível nos tempos pós-modernos se apresenta para um entendimento de pertencer, de aproximação com o contexto no qual se desenvolve um *querer viver e deixar viver* neste agora não encolhido de sua vida. Assim são utilizados conceitos considerados significativos, entre eles, processo saúde/doença; ser humano e família; enfermeira e enfermagem em correspondência; cultura; crenças; valores; práticas; hábitos; cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível; sociedade/socialidade e cotidiano numa prerrogativa da sensibilidade intelectual e compreensiva.

3.5.1 Processo saúde-doença

Pensar em saúde é pensar na vida. Erdmann (1996, p.131) destaca que “viver a saúde é viver o amor, o prazer, a paixão nas trocas, na harmonia conflitual”. Essa abordagem estabelece que o processo saúde-doença é um estado percebido e vivenciado pelo cliente e familiares em um determinado momento de suas existências. O ser humano e seus familiares estão vivendo um agora não escolhido de suas histórias. Na verdade, a trama da vida se manifesta no trágico, no qual o vaivém de brilho e tristeza, efervescência e dor, exprimem toda melancolia gerada num cotidiano conflituoso perante uma situação não esperada (MAFFESOLI, 1984).

Leininger (1985) define saúde como sendo o estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado, praticado e que reflete a habilidade do indivíduo ou grupo de realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatórias. Assim, saúde e doença podem ter diferentes significados para clientes e profissional, sendo necessária uma interação culturalmente satisfatória para não haver confronto de idéias entre ambos.

Todavia, no contexto domiciliar, vários fatores ambientais desde os biofísicos, sociais, econômicos, culturais e espirituais bem como os afetivos influenciam sobre a saúde-doença; portanto, a sociedade tem alto grau de envolvimento no processo de viver de seus cidadãos. Nesse repertório de aparatos poderosos, a tecnologia de ponta e os medicamentos da última geração tendem a mascarar o que realmente torna doente, ou o que faz com que se fique doente. A doença,

então, precisa também ser vista como um acontecimento pessoal e coletivo, influenciado pelo meio ambiente social e político.

3.5.2 O ser humano e família

Com base em Leinniger e Patrício (1985,1990), considerando os aspectos biopsicossociais, entende-se o ser humano como único, constituindo um cosmo próprio, sendo singular e, ao mesmo tempo, múltiplo em sua cultura. Com uma história de vida construída, através dos tempos, cresce, amadurece, chora, ri e silencia. Busca a plenitude de ser feliz, vivendo um cotidiano repleto de emoções. Tem e mantém um círculo de amigos, sente-se sensibilizado e fragilizado diante da situação de estresse que o atual estado de saúde lhe impõe e entra em conflito com a doença. Questiona *o ser*, aqui e agora, mergulhando no seu interior e retomando a caminhada: enfrenta, aceita, questiona o tratamento e o cuidado com a doença. Tem seus medos, vergonha e dúvidas. Interage com a família, amigos e profissionais mais próximos. Sonha. Influencia e é influenciado, atribuindo significado de acordo com seu entendimento, crença, valor e orientação espiritual, comungando com a enfermeira em seu cuidado.

O domicílio se torna uma oportunidade para a enfermeira conhecer e compreender melhor o mundo particular do ser humano e sua família, pois, conforme Nitschke (1999,p.41), “falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos”. Assim, tem-se um grupo que vive num espaço único, preservando seu estilo de vida, norteado por crenças, práticas e valores para proteger e cuidar dos seus membros. Nitschke (1993, p.19), ao citar Delaney, define família como “um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e alto grau de intimidade”. Essa intimidade precisa ser considerada e respeitada pela enfermeira que atua no contexto familiar. Os membros que fazem parte do ambiente do cliente entram em conflito, crise, e a enfermeira cuja sensibilidade identifica e considera tais situações busca entender que elas são componentes de crescimento e não de luta.

Ao focar a família na Pós-Modernidade, Nitschke (1999, p.40) declara que:

A Pós-Modernidade afasta-se da servidão e envolve os homens através dos recursos da paixão. Em vez da obrigação da solidariedade mecânica, o bem-estar

da comunhão, traduzido na solidariedade orgânica e na sociedade. Em substituição à frieza da norma, o calor da exaltação. Desse modo, muitas famílias não pensam mais em convenções, mas sim em ser felizes.

Assim, abordando a família numa perspectiva interacionista, pode-se conhecer sua rede de intercâmbio, suas necessidades, problemas, desejos e, a partir de tal percepção, elabora-se um planejamento para a prática do cuidado, respeitando a filosofia de cada *tribo familiar*.

3.5.3 Enfermeira e enfermagem em correspondência

Leininger (1985) define enfermagem como uma profissão do cuidado comprometida em prestar cuidado humanístico, culturalmente congruente, junto ao ser humano em sua totalidade e seu grupo de vivência social. Por conseguinte, parafraseando Leininger (1991), a enfermagem refere-se

(...) a uma ciência e arte humanística aprendida e que focaliza principalmente os comportamentos e os cuidados personalizados, bem como funções e processos direcionados a promover a manter os comportamentos de saúde ou de recuperação da doença.

Tem-se, portanto, como enfermeira, aquela profissional tecnicamente capacitada e titulada, que presta cuidado profissional ao cliente com competência, segurança, presteza, domínio técnico, ético e estético. Segundo Nitschke (1999, p.35), trazendo Maffesoli, é a *tecnosocialidade*¹⁴ atuando como laço social, manifestando um *(re)ligare* e uma *(re)aliança*. O autor pontua, ainda, que o rigor dá lugar à ética do instante, na qual cada grupo pode estabelecer o seu contrato, fazendo com que o interesse esteja no presente. A enfermeira atuando no domicílio sensibiliza-se com o bem-estar do outro e interage na busca da solução mais adequada para a situação do processo saúde-doença. Negocia o cuidado, respeita o sentimento e desejo, buscando conhecer as crenças, valores, práticas, hábitos e significados que o cliente e familiares manifestam no momento em que estão vivenciando o estar doente. Assim, enfermeira e cliente planejam as atitudes terapêuticas necessárias num ritmo de mudança que ambos julgarem pertinente.

Cabe à enfermeira identificar as necessidades de cuidado do ser doente e de sua família, tendo como eixo principal o desenvolvimento técnico e científico, simultâneo à compreensão do ser

¹⁴ Nitschke (1999), em sua tese de doutorado, aborda a tecnosocialidade como sendo um processo que une tecnologia ao laço social, manifestando uma (re) aliança.

humano, na perspectiva da diversidade e universalidade cultural, valorizando os recursos da comunidade, num sistema de relação aberta, individual, social e com o meio. Nesse sentido, a enfermeira configura-se como uma profissional do cuidado que busca o viver saudável do cliente através de ações harmoniosas com as suas crenças e valores. Para tanto, precisa conhecer e identificar os significados que ele atribui à situação que ora está vivenciando.

Assim, considerando as interações do cuidado domiciliar, Nitschke (1999, p.36) reforça a idéia do trabalho interdisciplinar, ou seja, aquele que vai além das “disciplinas integrando-as e transcendendo-as, fazendo surgir o *profissional híbrido* que integra outros conhecimentos à sua formação de base”. A enfermeira em tempos pós-modernos integra a mudança, desenvolvimento, novidade, ou seja, realiza o cuidado, atualizando-o conforme o desenvolver da *tecnosocialidade* e, dessa maneira, utiliza-se da tecnologia em junção com o cuidado afetivo.

A enfermeira precisa transcender do foco doença para um cuidado humanístico. Portanto, nesse contexto, tudo é significativo: objetos, decoração e animais de estimação fazem parte integrante do cotidiano do cliente. O atendimento no domicílio permite manter tudo *no seu lugar*, e a profissional deve procurar alterar o mínimo necessário, mesmo assim negociando e planejando com o cliente e pessoas de sua convivência. A ordem é manter as rotinas, a maneira de viver saudável. A flexibilidade e envolvimento colocam a enfermeira na vanguarda de um cuidado solidário, e o domicílio permite uma interação do *co-existir* com o cliente e familiares. Por outro lado, essa profissional precisa guiar sua ação sob a ética do cuidado humano, diante da aproximação que o sistema de serviço oferece, não rompendo a privacidade do cliente e o jeito de ser da família. Diante de tal dinâmica, é que uma enfermagem em correspondência aponta como um novo olhar para o cuidado de enfermagem.

3.5.4 Cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível

O cuidado de enfermagem na dimensão contemporânea mostra que o cliente e familiares também são animadores desse sistema. O processo é tido como cultural quando a unicidade acontece na diversidade, sendo respeitada, e quando as ações se encontram na sintonia de trocas, fortalecendo as relações de convivência cliente/profissional. Leininger (1985) ensina em sua premissa que o cuidado da saúde é ato da enfermagem. Assim sendo, o desenvolvimento dessa

prática assistencial ocorre através do cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível.

No sistema de saúde, a cultura influencia o modo de entender e aceitar o processo saúde/doença e seus respectivos cuidados. Conseqüentemente, considera-se relevante que o profissional de saúde precise nortear suas ações, respeitando a cultura e o ambiente do cliente, buscando o sentimento de *pertença*¹⁵ na agregação social/profissional. Para tanto, Leininger (1985) apresenta o sistema profissional como aquele exercido pelos profissionais, embasado cientificamente e tendo como objetivo desenvolver a ação de manutenção, acomodação ou negociação e repadronização ou reestruturação do cuidado culturalmente congruente. O sistema popular de cuidado, definido como aquele praticado por indivíduos que não fazem parte do contexto profissional, pode ser exercido por pessoas próximas que usam práticas de cuidado e curas aprendidas na comunidade ou grupo que a elas pertençam.

O resgate feito por Erdmann (1996, p.130) diz que:

O cuidado é um sistema que depende das interações entre os indivíduos as quais dependem do cuidado, da facilitação, entreaajuda e comunhão para o crescimento e sobrevivência de ambos, dos domínios individual e coletivo/social e ainda depende das condições da natureza.

Nessa rede das relações sociais, é preciso lembrar-se do compromisso ecológico, social, ético e estético, necessários para suplantar a estagnação coletiva do *não ajudar*. Concorde-se com o alerta de Boff (2000, p.33), quando diz que cuidar no paradigma ecológico social “é mais que um ato, é uma atitude. Atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”. Tal atitude no cuidado domiciliar é vista como um modo de ser e co-existir e tem relação com todas as coisas no co-viver. Essa nova forma de relação de trabalho, enfatizando o respeito pelas crenças, valores, práticas, hábitos de cliente e do profissional, emerge diante da fragilidade de que os seres humanos estão sendo acometidos.

No contexto, o cuidado de enfermagem é parte integrante da vida. Patrício (1990,p.44) observa que o “termo cuidado faz parte do vocabulário cotidiano das pessoas e na enfermagem costumamos utilizá-lo para caracterizar as atividades de enfermagem junto ao cliente”. Por cuidado culturalmente congruente, a mesma autora define aquele que se ajusta às crenças, valores e modos

de vida das pessoas e que considera a cultura e o contexto individual e/ou do grupo. Desse modo, importa conhecer e compreender o significado que o cliente atribui ao cuidado, partindo-se de crenças, valores e influências do contexto cultural, social, ecológico e hábitos cotidianos. Assim, juntos, enfermeira, cliente e família definem as ações pertinentes à situação de cuidado de enfermagem, num processo de interação e de associação, entre os seres (ERDMANN, 1996).

Leininger (1985), em suas declarações, afirma que as decisões e ações do cuidado de enfermagem consideram os valores, crenças e modos de vida dos clientes, estando ligadas à sua satisfação em relação ao cuidado recebido. Elas serão benéficas e satisfatórias para os clientes, se as intervenções estão de acordo com as três formas de cuidado congruente: devendo ser preservado ou mantido, acomodado ou negociado e restabelecido durante o atendimento domiciliário. A Teoria Transcultural contempla três modalidades de atuações definidas por Leininger (1991, p.41) como sendo:

- a) manutenção ou preservação do cuidado cultural – aquelas ações e decisões profissionais que visam assistir, prover suporte, facilitar ou habilitar as pessoas de uma cultura particular a conservar e/ou preservar valores de cuidados relevantes, para que possam manter sua saúde, recuperar-se das enfermidades, enfrentar dificuldades e/ou a morte;
- b) acomodação ou negociação do cuidado cultural – aquelas ações e decisões profissionais que visam assistir, fornecer suporte, facilitar ou habilitar de maneira criativa, ajudando as pessoas de uma cultura desigual a adaptar-se ou negociar para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os que prestam cuidados profissionais;
- c) repadronização ou reestruturação do cuidado cultural – aquelas ações e decisões que visam assistir, fornecer suporte, facilitar e/ou habilitar, ajudam o cliente a reordenar, mudar ou modificar seu estilo de vida para novos, diferentes e benéficos cuidados, respeitando-se seus valores e crenças culturais, e, ainda, provendo um estilo de vida saudável ou benéfico cujas mudanças foram estabelecidas conjuntamente.

Todavia, ao pensar em cuidado de enfermagem nesses tempos pós-modernos, pode-se dizer que o cuidado implica uma inquietação em relação ao desconforto do próximo. Na efervescência

¹⁵ Segundo Nitschke (1999), é um estar junto com o outro, é um assumir o papel do outro, é o ver pelo olhar do outro sem perder seu próprio olhar.

dessa ação, a enfermeira desvela a sensibilidade através de uma atitude de envolvimento e afetividade, ultrapassando os limites dos procedimentos técnicos.

Fundamentalmente, o cuidado surge quando há solicitude expressa na atenção e existe alguém, profissional ou leigo, disposto a oferecer apoio e zelo. A ótica do cuidado contemporâneo fundamenta-se na ética que inspira o respeito pelas crenças, valores, práticas e hábitos do ser humano. Assim, o cuidado precisa acontecer na diversidade cultural, através da unicidade, ou seja, na fusão dos desejos e sentimentos, na qual os elementos culturais do cliente e família serão compreendidos como fatores construtivos do processo saúde/doença.

3.5.5 Cultura: crença, valores, práticas e hábitos

Leininger (1985) refere-se à cultura como sendo constituída pelos valores, crenças, normas e práticas de estilos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos de um grupo particular, que orienta o pensamento, decisões e ações de maneira padronizada.

Os valores dão significados e sentido à cultura de uma sociedade. Para Vasquez (1999, p.43), “os valores são o que as pessoas valorizam, o que elas consideram importante e de merecimento”. A mesma autora segue escrevendo que os valores “são estados mentais, posições avaliativas de caráter subjetivo sobre qualquer assunto da realidade que seja de interesse social” e representam formas apreciativas, podendo ser de caráter individual e coletivo.

Os valores, crenças, práticas e hábitos de vida se ligam entre si pela cultura e estabelecem a relação entre o ser humano e a comunidade. Entende-se por crenças um conjunto de pensamentos, significados e percepção a respeito de algum aspecto da realidade (VASQUEZ, 1999, p.44). Na perspectiva cultural, a maioria delas está enraizada e não é questionada pela sociedade, são convicções íntimas de caráter cognitivo e relacionam o ser humano com o ambiente. A pessoa crê, tem fé em algo e comporta-se de maneira coerente com essa crença (VASQUEZ, 1999, p.44). As práticas e os hábitos estão na origem de um sistema de valor e de crença de determinada cultura, assim cabe à enfermeira compreender e identificar tais costumes para a partir desse contexto propor cuidado equivalente com as expectativas e satisfação do cliente e seus familiares.

O ser humano para buscar a satisfação de suas necessidades regula suas atividades através da prática do cotidiano. Vasques (1999, p.45) descreve que as “práticas culturais serão o reflexo das necessidades que o indivíduo tenha e essas, por sua vez, serão permeadas por seus valores e crenças”. Pela efervescência de um cotidiano pautado de paixão, os hábitos de vida é que irão dar o

colorido para os pequenos rituais do dia-a-dia. Segundo (Maffesoli, 1998), *habitus* é um ato pessoal, porém o mais social possível, podendo se extrapolar ao conjunto das situações humanas. Assim, *habitus* “é um grande arranjo entre quem possui um vestuário e o vestuário que possui, então, é uma qualidade, que realiza ou negocia a relação com o mundo, permitindo todas as adaptações” (MAFFESOLI, 1998, p.180-181). Surge, daí, a difícil tarefa da enfermeira, qual seja, adequar permanentemente o cuidado profissional à dinamicidade deste devir sem o afrontamento ao cotidiano das pessoas.

3.5.6 Cotidiano

Maffesoli (1984) aborda a realidade da vida do dia-a-dia, tendo a paixão como proeza, num (re)encantamento da vida social. Conclama, ainda, que é em torno daquilo que se encontra mais próximo que se estabelece o cotidiano das pessoas, num interesse do *aqui* e do *agora*, enfocando a *proxemia*: “[a] acentuação no doméstico na pós-modernidade relaciona-se com o que é próprio do *domus*, isto é, o que está mais próximo da casa, o solo, os animais, as pessoas, a flora, enfim todo este conjunto”.

O tempo e o espaço representam um curso em movimento de ondulações. Assim, a casa, rua, bar, padaria, bem como andar de ônibus e carro, cuja familiaridade torna-se parte diária, expressam na sua *ritualização* toda uma riqueza de movimentos repetitivos, mas que nunca são iguais em sua intensidade.

O afeto se instala na maneira de viver o presente que, para Maffesoli (1984, p.58), representa, como afirma, “os menores gestos da vida cotidiana: o aperitivo ao final da tarde, os rituais do vestuário, os passeios à noite na praça pública, as conversas nos bares, e os rumores do mercado, todos esses pequenos nada é que materializam a existência”.

Os mínimos atos constituem uma ambivalência, que se desmembram em vários territórios (MAFFESOLI, 1984). Portanto, cada residência perfaz em si um território particular na sua especificidade de cotidiano. Nele se exprimem alegrias e desventuras; em seu jogo a enfermeira participa, e esse espaço, por sua vez, participa igualmente na existência dela.

3.5.7 Sociedade/socialidade

A sociedade consiste em interação do ser humano com o meio coletivo e ambiental numa relação sócio-ecológica dentro de um contexto cultural. Segundo Capra (1996, p.67), “o mundo torna-se cada vez mais um todo, cada parte do mundo faz, mais e mais parte do mundo e o mundo, como um todo, está cada vez mais presente em cada uma de suas partes. Isto se verifica não apenas para nações e povos, mas para os indivíduos”.

Boehs (1994, p.125), de sua parte, conceitua sociedade como sendo uma estrutura “social constituída de agregados, organizados dentro de uma sociedade, e interdependentes entre si: sistema religioso, sistema de saúde, sistema econômico e classe social”. É, nessa coletividade, que a enfermagem com atendimento domiciliar atua, e as interações entre as pessoas necessitam ser consideradas dentro da dimensão desse pensamento sistêmico, ou seja, as partes atuam sobre o todo e vice-versa. Assim, a interligação ser humano e contexto social forma um sistema maior, cujas propriedades intrínsecas só podem ser compreendidas dentro do contexto do todo mais amplo.

Desse modo, resgata-se a sociologia da vida, que pode ser pensada numa atenção à vida em sua essência, na existência social ou individual, exprimindo aquilo que cada um permite ser vivido, nas paixões e nas imagens dos afetos. Portanto, a *sociosofia* que, segundo Morin (2000), é a sabedoria de *viver junto com*, é que vem de fato estabelecer o vitalismo individual e coletivo. Aqui a ênfase dada é justamente à ressurgência do doméstico, fortalecimento das agremiações, tribos e famílias. É nesse jogo que a socialidade integra todos os elementos mecânicos e orgânicos, orquestrando a integração de todos, ações passivas ou não, lógicas e ilógicas (MORIN; NITSCHKE, 2000, 1999).

Culturalmente existem diferentes maneiras de organização numa comunidade, porém é necessária a compreensão de que diferentes culturas não são geradoras de conflito. Deve-se considerar a diversidade dos povos como um elemento de unicidade que busca o desenvolvimento, através de múltiplos canais, interligando o mundo nesta era de globalização.

Por outro lado, a socialidade do ritual doméstico, ou seja, o cotidiano na comunidade, cujos pequenos gestos giram num constante e também excitante movimento de vaivém, é que vai constituir o cosmos individual e coletivo (MAFFESOLI, 1984). O mergulhar nesse cotidiano social do cliente remete ao coletivo de uma comunidade de relações de interesses, competições e conflitos. Nitschke (1999, p.158) reafirma essa idéia ao observar que “a ambivalência estrutura de forma dinâmica as interações sociais, reforçando-as, num equilíbrio entre efervescência-distensão; amor-ódio; proximidade-distância, permitindo a compreensão da permanência social”.

A enfermagem domiciliar pode contribuir com a comunidade na qual o cliente encontra-se inserido, ao se apegar à qualidade de vida, numa projeção de atendimento em correspondência, buscando na intensidade das relações o desbloqueio do contato onipotente. Todas as aspirações devem nutrir a ética da solidariedade e da compreensão. Esse inserir-se no ambiente, onde se desenrola a vida dos cidadãos e das famílias, é o melhor laboratório de ação e treinamento, proclama Nitschke. Dir-se-ia mesmo que é uma verdadeira fábrica de aprendizado e emoção numa interação efervescente.

3.5.8 Modelo ilustrativo dos elementos norteadores da prática assistencial e investigativa.



FIGURA 2 – CONJUNÇÃO DOS CONCEITOS.

Fonte: Erdtmann (2002)

Na representação gráfica acima, os conceitos aparecem interconectados, observando-se o sincronismo de todos eles. A forma em espiral demonstra o movimento e a intensidade na qual a enfermagem domiciliar acontece. Nitschke (1999, p.24) correlaciona a espiral aos ciclos da história, em que há um retorno integrando as mudanças, avançando, assim, com algo mais. É possível afirmar que sempre existe uma nova forma nascendo, fruto da relação com outros elementos, em

suma, a complementaridade dos fragmentos (cultura, sociedade, estilos, mitos, contexto social e ecológico, cotidiano e visão de mundo).

Em um plano mais elevado e abstrato, configura-se a visão de mundo que pode ser uma abstração individual e/ou coletiva. Num plano intermediário, configuram-se as dimensões da sociedade cultural, social e ecológica, bem como os contextos dos cuidados profissionais da enfermagem domiciliar e os praticados por pessoas leigas que, normalmente, encontram-se no convívio mais próximo do ser humano, agora doente. Na centralidade de toda a atenção, encontra-se o ser humano, numa interação efervescente, buscando um *estar junto* do outro: “É a liberdade da singular complexidade que resiste, persiste, insiste, existe” (NITSCHKE, 1999, p.187).

4 PELOS CAMINHOS DO SABER, SENTIR E FAZER

4.1 APRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS NO PROCESSO DO CUIDADO

A proposta de desenvolver uma metodologia de cuidado para a enfermagem domiciliar nasceu da necessidade sentida na experiência dessa modalidade de atuação. No cotidiano da prática profissional, notou-se a influência de certos padrões que clientes e familiares estabelecem em relação àquele momento especial que estão vivenciando. Isso fez com que se repensasse certos modelos metodológicos apreendidos até o presente. Ao se verificar que no ambiente domiciliar é preciso negociar o cuidado, também se percebeu que o cliente deseja participar das decisões sobre o tratamento e o cuidado que irá receber dos profissionais da saúde. Em face do resgate de um cuidado culturalmente congruente, apoiado na razão sensível para a enfermagem, a provocação estava na elaboração de um instrumento que contemplasse os *laços de afeto* numa *arquitetura de paixão*¹⁶ Nitschke (1999, p.187), mostrando que, em cada rede de interação, existe a ordem e a desordem.

A primeira etapa consistiu em eleger uma estratégia para a implementação da metodologia do processo que contemplasse simultaneamente a prática assistencial e investigativa; para tanto se optou pela modalidade de pesquisa de campo convergente–assistencial desenvolvida por Trentini e Paim (1999, p.26-27). Segundo essas autoras, “a pesquisa de campo convergente–assistencial inclui atividade de cuidado/assistência dos clientes”, portanto, esse tipo de pesquisa “articula a

¹⁶ Nitschke (1999), ao referir-se à família do coração, formada por aquelas com as quais interagiu na sua tese de doutorado.

prática profissional com o conhecimento teórico, e os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática”.

Assim sendo, essa forma de investigação, segundo Trentini e Paim (1999, p.27),

(...) é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial, portanto se caracteriza como trabalho investigativo, porque se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/cuidar cabe como parte de processo da pesquisa.

Se o profissional não estiver muito preparado, poderá ocorrer uma insegurança diante dos diferentes elementos que vão surgindo durante a prática. A enfermeira domiciliar desenvolve de maneira especial as forças sensoriais como o tato, visão, audição, e as usa na identificação dos fatores que estarão influenciando no processo de viver saudável: a observação é um ato contínuo e uma aprendizagem permanente.

Segundo Minayo (1994), a Observação Participante é parte essencial para uma investigação na pesquisa qualitativa e pode ser considerado um método em si mesmo para a compreensão da realidade. O pesquisador está face a face com a população em estudo, compartilhando da sua vida, em seu ambiente cultural; assim, ao mesmo tempo em que está sendo modificado, modifica o contexto. Nessa perspectiva, o contexto da enfermagem domiciliar se volta para compreender as estruturas de relevância para o cliente e a família, respeitando suas formas alternativas de compreensão de ser saudável.

Para Collière (1989), todo ser humano que apresenta problema de saúde, por si próprio, fornece grande número de informações e de sinais, e se a enfermeira estiver atenta, obterá dados valiosos que permitem esclarecer certas circunstâncias para aquela situação. Portanto, se a enfermeira souber decodificá-los, terá indicadores significativos para conduzir o cuidado de forma mais eficaz. A mesma autora escreve sobre a importância de procurar o sentido do que se percebeu e do que se escutou. Para isso, sugere uma análise da situação que permita uma atitude de reflexão, buscando a compreensão das informações com o objetivo de identificar os problemas em relação ao processo saúde-doença, delimitar a natureza e os fatores que podem influenciar favorável ou desfavoravelmente no tratamento.

Assim, é preciso lembrar que na pesquisa convergente-assistencial, a enfermeira pesquisadora intervém através do cuidado e realiza, ao mesmo tempo, a coleta dos dados investigativos; portanto, esse estudo acontece simultaneamente, ou seja, na prática assistencial investigativa.

4.1.1 A prática assistencial investigativa situada em verso

*Estamos na Ilha de Santa Catarina, Cidade de Florianópolis,
que já foi Nossa Senhora do Desterro, mas quis o destino
que Cidade de Floriano se transformasse.
Para essa Cidade prometida,
vem gente de todas as partes: muitos são brasileiros, outros
estrangeiros.
Tem o açoriano que é português e que na sua rede a tainha é freguês;
e aquela moça faceira, a renda tece, porque aqui é rendeira.
Florianópolis das montanhas, que pelas nuvens é abraçada;
da lua encantada sobre a Lagoa da Conceição, que desperta a bruxa e
a fada.
E, na aurora do sol, o ouro é derramado
e cujo mar azul se veste de dourado.
Outras belezas sem pares são as praias que se tem para escolher:
Ingleses, Moçambique e Canasvieiras,
para não esquecer tem também: Armação, Pântano e Caieiras.
Mas, se seu problema é casamento: vem para cá e, ao redor da
Figueira, três voltas você dá, agora sua vida é só encantamento.
Aqui, pode-se falar português, espanhol, por vezes, alemão e árabe
também se escuta.
Tudo isso, Florianópolis faz bem.
Enfim, do alto do Morro da Cruz, a Avenida Beira Mar Norte você
avista, com muita gente e muita luz.
E vivendo nesse lugar, dona Agnes, senhora dessa feita.
Quando o vento sul assobia, o frio anuncia.
E, no Centro da cidade, mora o seu Francisco e dona Hortência, que
manifestam felicidade em fazer parte desta ciência.*

(ERDTMANN, 2002).

4.1.2 O ser humano e família participante deste estudo

Fizeram parte desta prática assistencial e investigativa dois clientes, suas respectivas famílias e pessoas próximas. Essa escolha respeitou a aceitação livre e consentida, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (apêndice 1).

Os participantes necessitaram de uma demanda de no mínimo seis atendimentos de enfermagem domiciliar, durante este estudo, sendo que todos eram adultos e/ou idosos e particulares.

Naturalmente, a grande constatação centrou-se na dificuldade inicial em selecionar os participantes do estudo. Porém, buscando-se uma ajuda luminosa em Maffesoli (s/d, p.29), no pressuposto de um pensamento libertário, encontrou-se que certas metodologias exigem uma interação entre o observador e o objeto, sendo que nelas há convivência, cumplicidade e certo grau de empatia. Foi nessa lógica que foram convidadas as duas clientes, seus familiares e pessoas próximas, ou seja, pelo sentimento de correspondência, cuja convivência ultrapassou os limites cronológicos de mais de dois anos de atendimento.

A decisão aconteceu mais ou menos assim: analisava-se as possibilidades de clientes para participarem do estudo e estava difícil de se encontrar nomes; de repente, tocou o telefone celular – era Dona Agnes. Ao ouvir sua voz, do outro lado da linha, imediatamente pensou-se na possibilidade de convidá-la¹⁷ para o estudo. Um dos motivos foi que ela já era conhecida, portanto seria mais fácil a interação; o outro foi o fato de ela necessitar de vários atendimentos. Ao se efetuar o convite e expor a proposta da pesquisa, a senhora respondeu: –“Claro que aceito, pode fazer as perguntas”, sendo então esclarecido que o levantamento dos dados aconteceria simultaneamente à realização do cuidado e que eventualmente seriam feitas algumas perguntas mais direcionadas para o tema. Nesse mesmo dia, ainda no apartamento de dona Agnes, novamente tocou o telefone celular, era seu Francisco solicitando uma avaliação para sua esposa dona Hortência. Assim, pensando que nada acontece ao acaso, foi formulado o convite a seu Francisco e sua esposa, bem como para as empregadas domésticas e cuidadoras¹⁸ Ana e Maria, explicando-se detalhes sobre o estudo e seus objetivos. Ao falar do termo de consentimento, seu Francisco quis assinar sem ler e dona Hortência chamou sua atenção dizendo: “Não assine nada sem antes ler”. Então, foi deixada uma cópia do projeto para os dois.

A proposta inicial era de se trabalhar com quatro clientes, suas famílias e pessoas próximas; porém, diante da complexidade da implantação do processo, a escolha recaiu nos dois clientes que serão apresentados a seguir.

¹⁷ Os nomes das pessoas são fictícios, visando preservar o seu anonimato. Convém esclarecer que a enfermeira referida neste cuidado de enfermagem é a própria autora deste trabalho.

¹⁸ Gonçalves, Alvarez e Santos (2000) abordam a questão do cuidador leigo, cujas funções representam a ajuda para as atividades da vida diária junto aos idosos fragilizados. Em relação às empregadas domésticas/cuidadoras referidas nesse estudo, Erdtmann (2002) entende que elas exercem atividades da vida doméstica e ainda assumem

Foram aqui denominados por Tribo Familiar 1 e 2, não só porque Maffesoli e Nitschke (1986, 1999) utilizam esse termo como definição de um viver em conjunto, com interesses e sonhos em comum, mas, sobretudo, pela maneira de viver pautada na *ética do instante*, na qual cada tribo desenha o seu cotidiano, numa tentativa pela aproximação do diferente, buscando o *querer viver e deixar viver* em toda a sua contrariedade.

- a) Tribo Familiar 1 – com os seguintes animadores: seu Francisco/dona Hortência e as empregadas domésticas e cuidadoras Ana e Maria;
- b) Tribo Familiar 2 – formado por: dona Agnes, seu filho Mario e a empregada doméstica e cuidadora Fátima.

Para melhor situar o leitor, segue-se uma breve descrição dos clientes, cujos nomes foram mudados, atendendo à Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde:

a) Tribo Familiar 1

Seu Francisco, 79 anos, veterinário, aposentado, católico, paulista da cidade de São Paulo. Tem uma irmã, dona C., que mora em São Paulo. É casado com dona Hortência, idade não fornecida, do lar, catarinense de Bom Retiro, seis irmãos, deles os mais próximos são dona Z. e seu G., moradores de Florianópolis. Filha de fazendeiro, católica, casada com seu Francisco há 40 anos, sem filhos. O casal morou em diversos lugares do interior de Santa Catarina e, atualmente, está residindo no Centro de Florianópolis, SC. Dona Hortência nunca gostou de depender dos outros, portanto não tinha empregada doméstica, somente uma faxineira. Seu Francisco se autodenomina zero à esquerda com as lidas domésticas, dizendo que: “Hortência administrava e resolvia tudo”. Relata que tudo estava tranquilo: aposentado, morando em uma zona nobre, apartamento novo, curtindo seus boleros, tangos e outras músicas de salão e, de repente, “essa desgraça com a Hortência”.

Em 19/04/97, foi realizada uma avaliação de enfermagem em dona Hortência, vítima de acidente vascular cerebral (AVC). Ela se encontrava internada em uma Instituição de Saúde desde o dia 14/04/97, data em que ocorreu o Acidente Vascular Cerebral, “derrame”, para os familiares. Estava acompanhada por familiares, tendo como médico um neurologista.

Após a alta hospitalar, iniciou uma peregrinação em busca da recuperação das seqüelas: hemiplegia/paralisia de MSE e MIE, incontinência urinária, alterando momentos de lucidez com confusão mental, permanecendo com o mesmo quadro até hoje.

Naquela época, T., sobrinha de dona Hortência, providenciou a contratação de uma empregada doméstica e também cuidadora, dona M, que permaneceu com seu Francisco e dona Hortência por um período de dez meses. Após, foi contratada C., que ficou com o casal por quatro anos; atualmente estão trabalhando na casa, Ana e Maria. Durante os dois primeiros anos, dona Hortência teve acompanhamento dos seguintes profissionais da área da saúde: neurologista, geriatra, nutricionista, fisioterapeutas, enfermeira Bernadette e T., bem como freqüentou o Centro de Reabilitação em Florianópolis. Foi procurada, ainda, ajuda em Curitiba, porém, perante prognóstico médico, o casal foi orientado para permanecer em Florianópolis, tendo sido as seqüelas consideradas irreversíveis. O quadro clínico de dona Hortência permaneceu inalterado com exceções das doenças oportunistas. Dos profissionais de saúde que acompanharam todo o processo da doença de dona Hortência e que permanecem até o presente foram: a enfermeira Bernadette e o médico geriatra. Inúmeras vezes, a preocupação se centralizou mais em seu Francisco do que na cliente propriamente dita. Em algumas ocasiões, esquematizou-se uma maneira para que ele viajasse e assim se distraísse um pouco. Dona Hortência, dependente para todos os cuidados, mantendo-se somente sentada e/ou deitada, veio a falecer em 31/01/02 em seu domicílio.

Ana, separada, dois filhos, católica, residente em um bairro periférico, trabalha com seu Francisco de empregada doméstica e cuidadora há oito meses, às segundas, quartas e sextas feiras, das 8h às 17h.

Maria, casada pela segunda vez, dois filhos, marido desempregado, evangélica, residente no mesmo bairro de Ana, trabalha com seu Francisco de empregada doméstica e cuidadora há oito meses, às terças, quintas feiras, sábado e domingo, das 8h às 17h.

(Notas de enfermagem)

b) Tribo Familiar 2

Dona Agnes, 81 anos, viúva há nove anos, aposentada e pensionista, natural dos EUA, há vinte anos mora em Florianópolis. Tem dois filhos: Inês e Mário. É adepta da filosofia da Era Ciência Cristã. Foi trazida ao Brasil pelo pai aos quatro anos de idade juntamente com o

seu irmão mais velho, tendo sido afastada da mãe. Tempos mais tarde, retornou aos EUA e sua mãe já havia falecido; demonstra grande tristeza por não ter convivido com ela. Já residiu em Guarujá/SP e em Blumenau, pertenceu à elite social de Blumenau, recordando sempre da época de festas e jogos. Atualmente reside no centro de Florianópolis com o filho Mário, de 54 anos de idade, que é portador de sofrimento psíquico. Dona Agnes fala e lê inglês e alemão fluentemente. Faz questão de apresentar sua biblioteca e mostrar a diversidade de livros. Conta com a ajuda de duas empregadas domésticas e cuidadoras: Fátima, que atende a ela de segunda à sexta-feira e Flávia, que a atende aos sábados. Considera Cecília¹⁹ e a enfermeira como amigas.

Aos poucos, dona Agnes foi perdendo a acuidade visual e hoje vê somente sombras, decorrente de uma patologia nas retinas. Apesar da deficiência visual, ainda realiza tarefas domésticas simples, porém sua maior tristeza é não poder ler e assistir TV. Gosta muito de ouvir música, sobretudo, sertaneja romântica. Apresenta uma cardiopatia severa em válvula aórtica, tendo sido submetida recentemente a uma cirurgia de válvuloplastia; mesmo assim, refere que não é doente, pois considera doença algo mais grave como câncer e reforça a idéia de que seu filho é doente, pois necessita de tratamento médico e de medicamentos constantemente.

Fátima, casada, católica, marido desempregado, trabalhando para dona Agnes como empregada doméstica e cuidadora há nove anos, de segunda a sexta feira, das 8h às 17h, eventualmente aos sábados, moradora de um município vizinho de Florianópolis.

Dona Agnes faleceu no dia 20/04/2002 no hospital, por complicações cardíacas, após submeter-se a uma cirurgia de osteosíntese de cabeça de fêmur em MID.

(Notas de enfermagem)

4.1.3 Coleta e registro dos dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro e janeiro de 2002, perfazendo um total de dez atendimentos com a Tribo familiar 2 e quatorze junto a Tribo familiar 1. Utilizou-se o instrumento do *Processo de Enfermagem Domiciliar em Correspondência: a concretização do cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível*, bem como

¹⁹ Cecília é amiga de dona Agnes e a visita aos domingos após a missa.

através da observação participante, das entrevistas semi-estruturadas (apêndice 2) e consultas ao prontuário de enfermagem.

Para facilitar o registro, foram utilizadas as *Notas de Enfermagem*, nas quais foram anotados todos os procedimentos de enfermagem realizados, bem como percepções, problemas, dúvidas levantadas e reflexões acerca daquela situação. Tais *notas* foram escritas imediatamente, após cada encontro, para que as informações não fossem esquecidas. Depois de cada registro, foi feita também uma reflexão sobre os dados para centrar e programar os temas das atividades dos próximos encontros. Igualmente registrou-se, em forma de *Notas da Pesquisadora*, os diálogos, informações e expressões colhidas durante os encontros. As *Notas Metodológicas* correspondiam ao registro da metodologia utilizada para a coleta dos dados, nelas aparecendo as facilidades e dificuldades que iam surgindo e as decisões tomadas para resolver os problemas detectados. E, nas *Notas Teóricas*, fez-se a correspondência entre a vivência, conceitos e pressupostos (VERDI; NITSCHKE, 1993, 1999).

Para a coleta de dados do objetivo investigativo, usou-se a técnica de entrevista semi-estruturada. Tal tipo de entrevista permitiu uma maior liberdade de expressão tanto por parte da pesquisadora como do informante, visto que as falas aconteciam naturalmente. As entrevistas aconteceram durante o atendimento de enfermagem e, às vezes, até por telefone, lembrando que durante todo o processo, a observação participante foi de suma importância, tendo em conta que a enfermeira pesquisadora pôde identificar informações significativas durante toda a transação (VERDI,1993).

4.1.4 Análise dos dados

Segundo Trentini e Paim (1999, p.101), na pesquisa convergente-assistencial, a coleta dos dados e a análise ocorrem simultaneamente, uma vez que há necessidade do planejamento para o próximo encontro entre enfermeira pesquisadora e cliente. Assim, uma consulta de enfermagem pode ser considerada também uma pesquisa.

Este estudo seguiu o processo de análise das informações indicadas para uma pesquisa do tipo qualitativa, ou seja, da fase da *apreensão*, que se iniciou com a coleta de dados a partir dos telefonemas até o atendimento de enfermagem.

Na fase da interpretação, trabalhou-se os resultados do processo que, segundo Trentini e Paim (1999, p.106), incluem a *síntese*, *teorização* e *transferência*.

No processo de *síntese*, buscou-se imergir nas informações apreendidas que foram checadas com o estudo proposto. Nessa fase, o pensamento voltou-se para o que aconteceu, vinculando a prática e o contexto. Enfim, desenhou-se as relações e conjunturas, utilizando o processo de cuidado e os dados descritos em forma de diálogo após cada encontro, sendo já possível fazer uma análise ainda que superficial de todo o trabalho.

Para o processo de *teorização*, propriamente dito, foi elaborado um esquema no qual se fez uma triangulação das informações que, assim, puderam ser categorizadas em temas semelhantes, relacionados com a fundamentação teórico-filosófica. Iniciou-se, então, a elaboração do relatório final da prática assistencial, num ensaio de interligações de conceitos e dados coletados, os quais foram divididos em temas que respondessem aos objetivos do estudo: entendimento sobre o processo saúde-doença, enfermeira e enfermagem domiciliar nos tempos pós-modernos e, buscando responder ao questionamento inicial, foram levantados os aspectos relevantes à cultura como valores, crenças, práticas e hábitos, no domicílio do cliente, onde aconteceu a prática assistencial investigativa. Nessa etapa, o cotidiano da enfermeira pesquisadora era uma exaltação, entre a vida particular, intensificada com o lado profissional e o mestrado. Portanto, dormia-se, acordava-se, alimentava-se, dirigia-se, enfim, respirava-se a prática assistencial/processo de enfermagem/notas da pesquisadora, com um caldeirão de idéias teóricas extraídas dos livros. Era um cotidiano conflituoso, mas excitante, diante da possibilidade do novo que estava apontando.

Ao final, foi realizado o processo de *transferência* que, segundo Trentini e Paim (1999, p.107), consiste em dar significado a determinados achados, procurando contextualizá-los em situações similares, ou seja, é a socialização dos resultados singulares.

4.2 A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM: CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL

Para se viabilizar um cuidado congruente com as ações de enfermagem propostas por Leininger, foi aplicado um instrumento denominado *Processo de Enfermagem Domiciliar em Correspondência: a concretização do cuidado de enfermagem culturalmente congruente*

apoiado na razão sensível. Entende-se por processo de cuidado de enfermagem uma atividade desenvolvida a partir de uma sistematização deliberada, racional e lógica, possibilitando que a prática seja executada de forma organizada e estruturada. Embora um processo apresente etapas distintas, não quer dizer que ele seja estanque, pelo contrário, é aberto e flexível, sendo adaptável às circunstâncias de cada situação.

Collière (1989, p.293) conceitua o processo de cuidado de enfermagem como sendo “uma construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação”. Portanto, direciona as ações a partir daquilo que se descobre, das informações provenientes das observações subjetivas e objetivas, relacionando-as com o conhecimento científico, buscando a compreensão para dar conta da doença; uma maneira melhor de se utilizar as ações do cuidar.

Por outro lado, a autora anteriormente citada afirma que no domicílio uma abordagem antropológica situa o ser humano em seu contexto de vida, tentando compreendê-lo em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças e valores. No domicílio “há a possibilidade de compreender, diretamente, o meio de vida. No entanto, isto supõe aprender a não julgar, mas a compreender a sua expressão simbólica” (COLLIÈRE,1989,p.296). O processo antropológico proposto veicula o saber científico com a compreensão da realidade, tendo como “fio condutor não uma única fibra, mas vários fios que tecem o novelo da vida”, apontando para enfermagem em correspondência nas diversas direções em que cada situação irá indicar (COLLIÈRE, 1989, p.297).

De sua parte, visando auxiliar às enfermeiras, Leininger (1991) utilizou a análise proposta por Spradley e estudou o domínio do cuidado profissional e popular de diferentes culturas, chegando a uma taxonomia, isto é, os elementos que compõem o domínio do cuidado, denominados constructos. Assim, (re)descobrimo o cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível nos tempos pós-modernos, elegeu-se alguns construtos de Leininger para complementar este processo:

(...) afeição para/com; amor; atenção afetiva; atitude para/com; ato criativo; (com)paixão; compreensão; conduta de estímulos para/com; congruência para/com; conhecimento da realidade; dividir com; estabelecer e manter harmonia; empatia; estar presente; expressar sentimentos; fazer com fé; instrumentalização: técnica e científica; ouvir; pensamento criativo; respeito a privacidade/contexto; sentimento por/com; sensibilidade com/para.

É apresentada a seguir a adaptação feita a partir das ações de Leininger que contemplaram o processo de enfermagem aqui proposto. Boehs (2002, p.33-34) traz uma reflexão interessante e oportuna em relação às propostas de “implementação do cuidado de Leininger, manutenção, acomodação e repadronização” dizendo que “são gerais e vagos”, necessitando-se, portanto, de mais pesquisas para a identificação das ações e decisões que levam a tais formas da sua implementação. A mesma autora (2002, p.34) chama a atenção, sobre “a necessidade e tendência atual de se preocupar com fenômenos mais específicos do cotidiano da prática” em relação às grandes teorias com termos abstratos e de difícil execução. Em sua análise, critica e questiona a forma de cuidado de negociação que Leininger apresenta como sinônimo de acomodação. Boehs (2002, p.34) considera a negociação como um ato de negociar, concluir, ajustar, enquanto que a acomodação corresponde a acomodar apenas. Reforça a idéia também de que “se apenas uma das partes possuir as alternativas, não há negociação e sim imposição”.

Portanto, a construção e efetivação do processo de enfermagem constituem-se em um exercício de várias leituras bibliográficas e do tempo vivido no cotidiano, tendo como elaboração intelectual e norteadora do processo as seguintes etapas:

a) a manutenção ou preservação do cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível refere-se:

à interação e ação da enfermeira visando a um *estar junto* ao cliente e família, assistindo-os e compartilhando saberes e experiências para apoiar, facilitar e preservar valores culturais mantendo a socialidade daquele contexto;

b) a acomodação do cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível refere-se:

à interação e ação da enfermeira visando a um *estar junto* ao cliente e família, assistindo-o e compartilhando saberes e experiências para apoiar, facilitar e acomodar de maneira criativa os elementos do cuidado necessários, visando à preservação dos valores e mantendo a socialidade daquele contexto;

c) o restabelecimento do cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível refere-se:

à interação e ação da enfermeira visando a um *estar junto* ao cliente e família, assistindo-o e compartilhando saberes e experiências para apoiar, facilitar e restabelecer de maneira criativa os elementos do cuidado necessários, visando ao restabelecimento da saúde, a preservação dos valores e manter a socialidade daquele contexto.

Optou-se por utilizar os termos: manutenção, acomodação e restabelecimento. Como pôde ser observado, ocorreu uma mudança do termo repadronização de Leininger por restabelecimento, uma vez que se acredita que o cuidado precisa ser restabelecido, e que a repadronização implica uma postura mais autoritária, portanto afastada da proposta de um cuidado apoiado na razão sensível. Não obstante, concorda-se com Boehs (2002) que o ato de negociar é livre e implica se ter duas ou mais pessoas envolvidas. Também se compartilha seu pensamento de que o negociar ocorre em todos os momentos em que ocorre o cuidado, seja profissional ou popular. Assim, no processo que ora se apresenta, a negociação foi considerada como um fator relevante em todas as etapas independentemente do grau e da necessidade de cuidado.

4.2.1 A ilustração do processo de enfermagem domiciliar em correspondência: a concretização do cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível

A operacionalização do processo de enfermagem se projeta na interligação e interação das etapas que se desenvolvem numa projeção para uma enfermagem em correspondência. A figura 3 representa a intensidade e o movimento desse acontecimento, em cujo encontro, enfermeira e cliente mesclam-se pelo profissionalismo ético e estético, num *estar junto*; enfim, em compartilhar aquele momento com todas as suas adversidades.



FIGURA 3 – PROCESSO DE ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: A CONCRETIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL

Fonte: Erdtmann (2002)

4.2.2 Implementação do Processo

O processo teve a participação ativa de todos os envolvidos e foi uma constante de *ir e vir* na promoção e manutenção de um estado de saúde desejável. Por conseguinte, todas as etapas se encontram interligadas e acontecendo constantemente, num processo dinâmico, ativo e criativo com *feedback*, sendo que, em todas elas, o cuidado foi sempre negociado num *estar junto*.

Seguem-se os passos do instrumento, *Processo de Enfermagem: a concretização do cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível* (apêndice 3), onde pode ser observado o exemplo que foi utilizado durante a prática assistencial, e, ainda no

subitem 4.3, é possível contemplar todo o procedimento através do Modelo Sol Nascente, agora adaptado para este processo de registro.

a) primeiro momento: levantando os dados

Esta etapa correspondeu ao levantamento de informação através de relato do cliente, familiar e pessoas envolvidas no contexto, bem como à observação da enfermeira que pôde ser realizada por meio de um exame físico dos envolvidos, visando à identificação dos elementos e/ou dos fatores determinantes para o processo de saúde e doença do cliente, cuja dinâmica abarca a todos os envolvidos.

Desse modo, o processo iniciou-se no instante em que foi solicitado atendimento de enfermagem, de forma habitual, acontecendo por contato telefônico do cliente ou de familiares. A enfermeira obteve os dados simples, como endereço, natureza dos cuidados solicitados, bem como os nomes das pessoas envolvidas (cliente, familiares, médico e/ou outro profissional). Negociou-se, então, o horário de atendimento.

No momento do contato telefônico, e por já se conhecer os clientes, normalmente já se supunha o que estava acontecendo e todo um cenário se desenhava na mente. Assim, lembrando de um telefonema de Inês, filha de dona Agnes, solicitando orientação sobre quais atitudes tomar diante das queixas de episódios de vômitos que a mãe estava apresentando e, por conhecer a cliente e o contexto, sugeriu-se uma avaliação de enfermagem, porque se fosse solicitado outro profissional, provavelmente esse iria encaminhá-la ao hospital ou ao médico. Portanto, ao atender dona Agnes, foi possível observar a ansiedade que vinha sentindo. Foi-lhe oferecido, então um comprimido antiemético (que já havia na casa) e ficou-se ouvindo sua história: aos poucos a senhora manifestou sua tristeza porque à tarde, a filha havia comentado sobre internação em asilo. Dona Agnes, então, teceu o seguinte comentário:

(...) eu sempre achei que minha filha iria cuidar de mim na velhice, (...) os pais têm a obrigação de cuidar dos filhos para que cresçam saudáveis e com futuro, para que na velhice dos pais os filhos passam a cuidar deles (...)

E, assim, após uma hora e meia de escuta sensível, na qual se conversou diversos assuntos, dona Agnes manifestou alívio, “agora estava tudo bem”, sugerindo uma nova visita da enfermeira para o dia seguinte.

Em outras ocasiões em que dona Agnes apresentara queixas de vômitos, foi observado que a situação era forçada: a cliente colocava os dedos até a orofaríngea, provocando, assim, o vômito. Ao se perguntar sobre a alimentação de Dona Agnes, foi possível verificar que, quando ela comia além da dieta habitual, apresentava igualmente vômito. Tinha pavor de engordar, inclusive controlava a dieta do filho para que não engordasse. Em outro atendimento, Mário (filho) fez um comentário do tipo: “a mãe e a minha irmã têm essa mania de regime”. Dona Agnes, no momento da pesquisa, estava pesando aproximadamente 42 kg.

Quando as empregadas domésticas e cuidadoras telefonavam, em geral, a situação era mais preocupante. Elas diziam: – “(...) a dona (...) não está bem, acho que vai morrer, venha logo”. Os telefonemas de seu Francisco eram bem característicos: ele precisava falar com a enfermeira, às vezes porque estava muito só ou, então, para atender a dona Hortência, principalmente porque “ela não me deixa sossegado”, dizia ele, “venha conversar com ela, sabe como ela te escuta”. Porém, toda vez que aparecia o número do telefone de dona Agnes no celular, levava-se um susto frente ao prognóstico médico reservado.

No contexto domiciliar, foi feito o levantamento dos dados subjetivos e objetivos no qual o cliente e as pessoas de seu convívio expressaram, através de relato, sobre o processo de viver e ser saudável naquele cotidiano, manifestando-se em relação à sua visão de mundo, filosofia de vida, crenças, valores, práticas e hábitos. Todas essas informações foram utilizadas e através da observação e do exame físico tentou-se compreender e elaborar um plano de cuidados congruentes com os desejos de todos, respeitando os princípios técnicos/científicos de cada procedimento de enfermagem, relativizando o saber profissional com o saber popular.

Uma das preocupações que apareceu nas duas tribos estava relacionada ao cuidado com a integridade cutânea. É incrível, mas todos têm uma receita para feridas. As marcas de remédios são as mais diversas, em ambas as casas havia uma caixa daquelas de sapato para guardar pomadas. No caso de dona Agnes, a resistência em aceitar uma padronização de curativo partia dela mesmo, já com dona Hortência eram as empregadas domésticas e cuidadoras que insistiam em utilizar sua maneira de “passar pomada”, como dizia Maria. Assim, buscou-se na interação enfermeira-cliente e familiares estruturar o cuidado necessário e desejado. Esse interagir extrapolou os contornos do procedimento técnico, assim manifestado por dona Agnes: “você sabe tudo (...), tem sentimento”, referindo-se acerca do serviço da enfermeira.

O sistema de cuidado de enfermagem domiciliar exige do profissional alto grau de conhecimento, principalmente em enfermagem clínica, considerando que ele atua de forma mais individualizada, e o inesperado é constante, fazendo dele um *expert* em situações novas que não haviam sido programadas, cujos encaminhamentos precisam ser eficazes.

Diante do quadro clínico de dona Agnes (cardiopatia severa), o conhecimento dos níveis pressóricos, por exemplo, foi primordial para o acompanhamento e tomada de decisão. Já, em relação ao estado geral de dona Hortência, nos quase seis anos de acompanhamento, qualquer alteração era possível de ser observada e, assim, os cuidados e encaminhamentos eram planejados, oferecendo segurança à cliente e à família.

Nas *Notas Teóricas*, apareceram constatações sobre a realidade do atendimento e o uso do processo, cujo referencial teórico contemplava o respeito à subjetividade e intersubjetividade. Inúmeras vezes as palavras não eram necessárias, bastavam olhares para um entendimento, até parecia que existia um mesmo sentimento e pensamento. Era como mágica, tudo se completava. Conseqüentemente, o conceito desenvolvido sobre o processo saúde-doença envolvia o entendimento de que todos os animadores estavam em uma harmonia conflitual²⁰, cuja cultura precisava ser considerada, determinando como cada ser humano deseja receber o cuidado.

No transcorrer da prática assistencial, foi-se percebendo as crenças, valores, práticas e hábitos relacionados ao processo saúde-doença dos clientes e das pessoas daquele convívio, gerando uma reflexão sobre a dimensão desse instrumento de registro. Em um certo momento, dona Agnes falou sobre sua filosofia de vida, dizendo que não tinha uma religião propriamente dita, mas era adepta da filosofia da Era Ciência Cristã, cuja idéia central abordava a cura através do poder da mente. No mesmo instante, seu filho Mário falou sobre o tratamento da cegueira da dona Agnes: “minha mãe vai voltar a enxergar pelo poder da mente, somente ela poderá se ajudar”. Naquela ocasião, pareceu apenas uma simples observação, mas agora se percebe que isso fazia parte de uma visão de mundo daquela família. Certo dia, Maria, empregada do seu Francisco e de dona Hortência, referiu que uma amiga que era evangélica iria cuidar da sua patroa no dia seguinte, e que aproveitaria para “fazer umas rezas, porque a dona Hortência estava com encosto”, referindo-se sobre o seu estado de demência.

Também se tentava manter os ritmos e hábitos como elementos norteadores desta prática, como por exemplo: caso não houvesse urgência, o atendimento era marcado dentro do ritmo do

cliente e das empregadas domésticas e cuidadoras, bem como o da enfermeira, quando se procurava respeitar, principalmente alguns aspectos, como o horário do almoço e do noticiário na TV.

Ao se observar nas *Notas de Enfermagem*, pode-se notar que na Tribo Familiar 1 a interação acontecia de maneira fragmentada e conflituosa. Seu Francisco queixando-se do atendimento das empregadas domésticas e cuidadoras, dizendo que uma era muito dispersa e a outra mantinha dona Hortência deitada o dia inteiro na cama. A enfermeira que foi solicitada para realizar um curativo, também precisava lidar com os desafetos e, como numa rede de relações e laços afetivos, interagiu buscando no sentimento de pertença melhorar aquele cotidiano, resgatando na socialidade o *afeto de um viver junto*.

Desse modo, ao interligar a etapa *Levantando os dados* com o modelo do Sol Nascente, proposto por Leininger (1997), observa-se que esse momento contempla vários níveis: no nível I da Teoria, a enfermeira faz uma análise dedutiva inserindo a cultura e a visão de mundo das pessoas envolvidas; no nível II, apresentam-se os elementos e fatores que influenciam nas culturas mais específicas, meio socioeconômico, hábitos, práticas, religiosidade e educação, que entram em correspondência com o ser humano, família, grupo, comunidade e as instituições dos sistemas de saúde. Já no nível III dessa teoria ocorre a identificação e compreensão dos sistemas de cuidados que estão presentes naquele contexto, podendo ser profissional e/ou popular.

É importante ressaltar que o histórico de enfermagem foi sendo construído a cada cotidiano de envolvimento, como numa rede, cujos nós se interligam, formando a grande teia da vida que Capra (1996, p.44) propõe, ao afirmar que não há partes em absoluto, mas uma teia inseparável de relações. Como quando dona Agnes, após vários atendimentos, mencionou: “não sei se você percebeu, mas eu sou cega”, ou quando disse: “o Mário é doente, ele é esquizofrênico, você não notou?”. Obviamente que tais características foram percebidas pela enfermeira já no primeiro encontro, mas a construção se dá no caminhar, portanto as informações vão aparecendo à medida que se estabelece um vínculo de confiança, cumplicidade e responsabilidade. Num primeiro momento, a preocupação centraliza-se mais para o evento que ora está acontecendo, e os dados secundários naturalmente se deslizarão pelo pontilhado.

b) segundo momento: compreendendo e concretizando o cuidado

²⁰ Erdmann (1996) em sua tese aborda harmonia conflitiva e diferencial como aquela geradora de alteridade.

Esta etapa se caracterizou como sendo o instante em que a enfermeira e cliente estabeleceram as necessidades de cuidado e em que o mesmo se concretizou. Se comparado a outros processos de enfermagem, pode-se dizer que o termo *compreendendo* é relativo ao diagnóstico e *concretizando* a execução do cuidado planejado.

Após o levantamento dos dados, a enfermeira, cliente e/ou familiar negociaram o cuidado, num *estar junto*: o cliente em sua dor e alívio; melancolia e alegria; nas sombras e luzes; na efervescência de todos os dias; nas dúvidas e medos; em suas crenças e mitos; em seu lar; seu bairro; na sua espiritualidade, enfim, num *querer viver e deixar viver*, agora trágico. Por outro lado, o cliente também mostrava preocupação com a enfermeira: por exemplo, dona Agnes e seu Francisco anteciparam o atendimento para deixar a enfermeira livre no Natal, ou telefonaram para saber como ela estava passando e desejar-lhe boas festas; confirmavam ainda o cuidado, ao respeitar sua hora do almoço que, segundo dona Agnes, era *sagrado*.

Para a implementação do cuidado, foram utilizados os três componentes das ações: manutenção, acomodação e o restabelecimento, que já foram apresentados anteriormente. Esta etapa foi considerada a de maior dificuldade para o registro da execução, tendo em vista sua complexidade e importância. Era desejável construir-se um instrumento cuja aplicabilidade em domicílio se desse de forma simplificada, porém completa. Pensou-se em vários modelos, mas foi a partir do terceiro registro que se parou para realizar uma análise e confrontá-la com as notas teóricas. Foi percebida uma lacuna tanto no aspecto estético quanto nas informações que não estavam bem definidas.

Assim, resgatando-se a proposta de adaptação das ações de Leininger para um cuidado culturalmente congruente de enfermagem, observou-se nessa situação que a interação e a ação da enfermeira aconteciam simultaneamente, porém, transportá-las para o papel e a escrita, pareceu uma utopia: afinal, como escrever e prescrever uma interação?

Ao reler Nitschke (1991), que utilizou a interação em seu processo de enfermagem junto às famílias de recém-nascidos, sentiu-se ainda certa dificuldade. Entretanto, ao se refletir com uma amiga, essa teve uma boa idéia e indicou a melhor forma de se utilizar o tempo do verbo para um entendimento com clareza. Neste instante, nasceu uma proposta viável que a enfermeira teve como complemento para o seu exercício.

A característica desta etapa consiste em agrupar a compreensão e a concretização que em outros referenciais equivalem respectivamente ao diagnóstico e ao plano de cuidados. Portanto,

foram utilizados para a manutenção do cuidado em relação aos elementos existentes e favoráveis à interação, visando ao processo de viver e ser saudável, os seguintes constructos: estimular; refletir; continuar; elogiar; reconhecer; oferecer; ouvir; estar presente; manter contato; parabenizar; apoiar; trocar idéia; conhecer; respeitar; observar; demonstrar felicidade; compartilhar; abraçar; esperar e admirar.

Para a acomodação do cuidado em relação às diversas situações do cliente, seus familiares e pessoas de seu convívio foram utilizados os seguintes constructos, visando adequar o cuidado já existente e que não se apresentava de todo satisfatório: verificar; compartilhar; refletir; acompanhar; ouvir; estimular; realizar; discutir; relatar; informar; telefonar; aguardar; respeitar; orientar; obter; elogiar; explicar; solicitar; receber; observar; identificar; posicionar; reforçar; valorizar; sentar; demonstrar; tranquilizar; utilizar; manter; apoiar; deitar; acompanhar; conversar; organizar; participar; lembrar, oferecer; sensibilizar; ficar atenta; agendar; estar presente; explicar e abraçar.

Para o restabelecimento do cuidado em relação às diversas situações que requerem intervenção do cuidado de enfermagem, os constructos mais evidentes foram: observar; utilizar; planejar com; manter; estimular; passar; retirar; aplicar; avaliar; realizar; refletir; discutir; trocar; convidar; mostrar; escolher; higienizar; relatar; organizar; manusear; comunicar; mudar; sentar; orientar; reforçar; prestar cuidado com/para; vestir; buscar; acompanhar; demonstrar; ouvir; oferecer; fazer; realizar; padronizar; agendar; telefonar e ler.

Assim, voltando ao Modelo do Sol Nascente de Leininger, pode ser observado que nesse momento ocorreu a compreensão e a efetivação do cuidado de enfermagem. Portanto, esta etapa equivale ao nível IV da Teoria de Leininger, que estabelece um cuidado de enfermagem congruente à cultura do cliente e de seus familiares, através das ações de manter, acomodar e de restabelecer o cuidado.

Embora, na maioria dos atendimentos, todas as ações fossem necessárias para a interação com o cliente e pessoas próximas, algumas vezes, uma ou outra não foi utilizada, como no movimento das ondas do mar, que se repetem, mas sempre diferentes: o plano de cuidado de enfermagem também arrebentava nas nuances desse viver. Isso apareceu nas *Notas da Enfermagem*, em um episódio de cuidado de dona Agnes, cuja avaliação indicava atenção para a evolução do quadro clínico e possível interação, no sentido de buscar o restabelecimento, através de uma internação hospitalar. Assim, no dia seguinte ao atendimento, qual não foi a surpresa, dona Agnes encontrava-se na sala de jantar, conversando e negociando animadamente com um senhor

que ali se encontrava para comprar objetos antigos. É nesse encantamento do dia-a-dia, dos acontecimentos domésticos, que a enfermagem domiciliar acontece.

d) terceiro momento: avaliando o cuidado congruente – reflexão participativa

Esta etapa visou verificar a evolução dos cuidados; se eles foram suficientes para manter, acomodar ou restabelecer, através da avaliação do cliente, familiar e da enfermeira que realizou o atendimento. Em outros referenciais, o *avaliando* seria relativo à análise do cuidado.

Assim sendo, com o propósito de apresentar com clareza e objetividade, optou-se, em primeiro lugar, por registrar a avaliação do cliente, que opinava sobre os diversos aspectos, inclusive sobre o cuidado recebido. Teve-se como preocupação obter informações da evolução do quadro específico ou geral, bem como sobre medicamentos, produtos ou materiais utilizados e de seus sentimentos em relação ao dia-a-dia.

A avaliação da enfermeira visava analisar o cuidado e sua evolução, bem como aspectos mais gerais, que foram considerados pertinentes, através das três ações utilizadas, para um planejamento presente e futuro. Durante ou após o cuidado, tal avaliação foi concomitante com a sua realização. Esta fase foi considerada significativa por avaliar se o cuidado prestado fora eficaz e culturalmente congruente; para tanto foi considerada e valorizada a participação do cliente e pessoas de seu convívio, bem como dos profissionais afins.

Esta etapa corresponde a todos os níveis do Modelo do Sol Nascente de Leininger, por representar o resultado da ação do cuidado culturalmente congruente, numa interligação de todos os elementos constitutivos: culturais, sociais, ambientais, emocionais e educacionais.

4.3 O SOL NASCENTE DOS TEMPOS PÓS-MODERNOS

A teoria de Leininger é apresentada em forma esquemática através do Modelo de Sol Nascente, desenvolvido para mostrar a dimensão da Teoria Transcultural. Porém, sua concretude, ou seja, a demonstração de como acontece na prática, com dados reais, despertou a imaginação de um Sol Nascente para este estudo. O ensaio que ora é desenhado, mantendo o modelo original de Leininger, pretende aguçar os ânimos numa tentativa de mostrar a interligação do cuidado transcultural através da *união dos pontilhados* com a razão sensível de M. Maffesoli e R. Nitschke.

Leininger utilizou o Sol para mostrar simbolicamente uma teoria que estava nascendo. Não se pretende ser tão ousada; porém, ao contemplar o desenho de Leininger, observa-se que o

mesmo apresenta traços pontilhados, permitindo uma transposição dos diferentes elementos de uma determinada realidade. Convém lembrar que Maffesoli e Nitschke (1987, 1999) falam das brechas que são criadas pelos fatos sociais, ou seja, a socialidade presente.

Destarte, buscar compreender o significado filosófico da representação do Sol, como figura, é uma tarefa difícil, pode-se, então, começar pensando em uma linguagem poética para a luz. O Sol é a expressão máxima da claridade, luminosidade, colorido e também da energia, como “combustão vital”, que o verde vegetal capta da energia solar (ROUSSEAU, 1980), tendo-se, portanto, a condição da própria vida. Rousseau (1980, p.35) desenha o Sol como “motor dos rios, das ondas, e distribuidor da chuva (...) sobre a terra, sobre o mar, tudo se move – máquinas ou seres humanos – só utilizam a energia do Sol”. Isso lembra a vitalidade pela aceitação da vida e segundo Erdmann (1996, p. 34):

Esta aceitação só é possível porque o tempo da vida cotidiana vivido individual e socialmente é cíclico ou tempo circular da repetição que nega a linearidade que nela se dá, não existindo um fim absoluto a ser perseguido, mas a busca de formas de enfrentar a precariedade e a permanência de um mundo de ambivalência.

E, por isso, é lícito dizer que é nas ambivalências dos elementos constitutivos do cotidiano, que os animadores deste estudo seguem a lógica do *querer viver e deixar viver*. Porque também a luz apresenta uma dicotomia: noite e dia; dia nublado e ensolarado; preto e branco. Em um sentido simbólico, a luz representa a vida e no entendimento espiritual é a *Luz Divina–Deus Pai* que, segundo Rousseau (1980), nas religiões e nos mitos, tem sempre um duplo significado, o físico e o intelectual.

Este ensaio de buscar correspondência entre o *sol*, *luz* e *palavra*²¹, representados no Modelo do Sol Nascente, mostra não somente a sensibilidade, mas também todo o movimento em torno de uma ciência para a enfermagem, já não tão absoluta. É preciso, pois, que o cientista pegue emprestado os óculos dos animadores do processo, ou seja, “é o enxergar pelo olhar do outro sem perder seu próprio olhar”, como proclama Nitschke. Portanto, o vínculo mágico da dimensão de um cuidado transcultural pela razão sensível desperta para o luminoso que existe em qualquer lugar e

²¹ Palavras emprestadas de Rousseau (1980).

peessoas, nas pequenas insurreições do dia-a-dia, que de fato vão constituir um todo maior. Segue a ilustração, através do Sol Nascente, dos elementos considerados significativos neste trabalho.

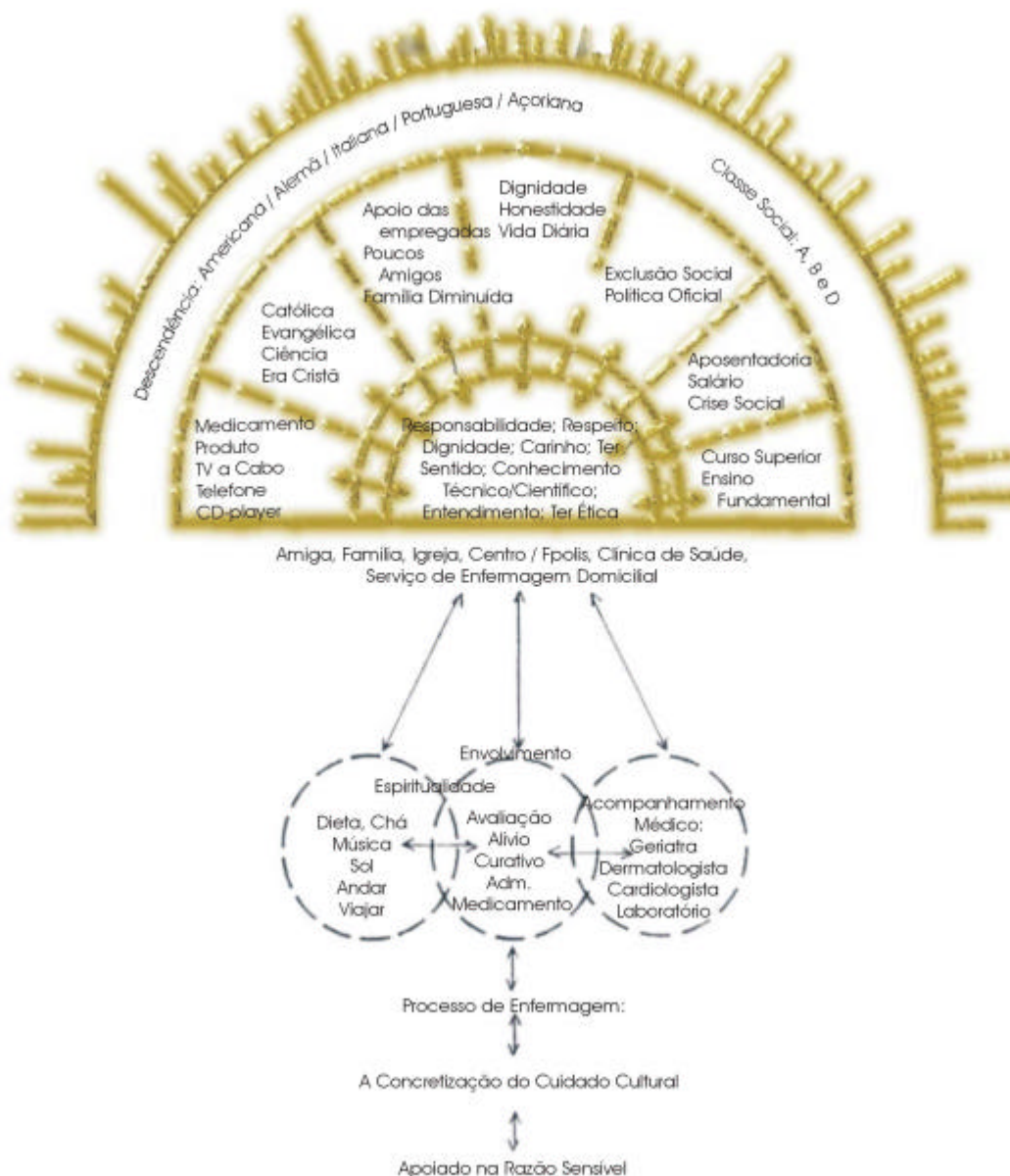


FIGURA 4 – MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER: APLICADO AO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Fonte: Leininger, adaptado por Erdtmann (2002)

Ao se apresentar os diferentes elementos colhidos dos diversos encontros, através dos registros e da observação, estes foram sendo identificados e correlacionados com as práticas diárias

das Tribos Familiar 1 e 2, sendo que alguns pontos foram considerados significativos no processo saúde/doença por essas famílias.

Visão de mundo do cuidado cultural: Leininger (1995) define-a como aquela com a qual o indivíduo ou grupo vêem o mundo atribuindo-lhe valor, imagem ou perspectiva sobre sua vida e o próprio mundo. Portanto, é um ensaio para ver e sentir os elementos que compõem o contexto de cada tribo, por eles manifestados, nas diversas dimensões.

Dimensões das estruturas culturais e sociais: Tribo Familiar 2, descendentes de origem americana–alemã e a empregada e cuidadora descendente de origem italiana; Tribo Familiar 1, descendentes de origem portuguesa, sendo as empregadas domésticas e cuidadoras açorianas. Os clientes principais pertenciam à classe social A e B as empregadas domésticas e cuidadoras à classe social D.

Fatores tecnológicos: aparelho de telefone e relógio despertador especial para cego (dona Agnes); *CD-player* com programação auto-regulável (dona Agnes); acesso à televisão a cabo; forno microondas; alimentos já prontos para o consumo; lavadora de roupa para Maria, empregada de seu Francisco, que a “salvava de tanta roupa para ser lavada”; materiais e produtos para prevenção de lesões; medicamentos de última geração; processo de enfermagem para acompanhar toda a evolução do cuidado. Tribo Familiar 1 e 2 tinham acesso à medicina de ponta.

Fatores religiosos e filosóficos: Dona Agnes e Mário, adeptos da Era Ciência Cristã, acreditando no poder da mente para a cura; Fátima, católica; seu Francisco e dona Hortência, católicos, todos os sábados recebendo a visita da Ministra da Igreja que trazia a Comunhão para dona Hortência; Ana, católica e Maria, evangélica, acreditando que dona Hortência necessitava de rezas para tirar o *encosto*.

Fatores familiares e sociais: Dona Agnes, mesmo cega, cuidava e se preocupava com o filho Mário (sofredor psíquico), referindo sentimento de tristeza pela ausência das netas e dos bisnetos que não a visitavam, não aceitando a condição de saúde do filho e estando de relações rompidas com seu único irmão que mora no Brasil. Foi possível observar a exclusão social: dona Agnes somente se ausentava de casa para ir ao médico, recebia a visita da filha Inês às quartas-feiras, embora essa mantivesse contato e cuidado com a mãe e o irmão sempre que necessário. Esporadicamente, aos domingos, a amiga C. de Dona Agnes a visitava. Sua relação social, então, estava restrita ao Mário, à filha Inês, à Fátima e Flávia, suas empregadas domésticas e cuidadoras, e à enfermeira, tendo observado uma vez: “vocês são os meus anjos”. De outra parte, dona

Hortência, acamada, dependente total para os cuidados, eventualmente recebia a visita de sua irmã de 91 anos e da sobrinha T. e aos sábados a Ministra da Igreja católica levava a Comunhão e fazia orações. Ela dizia que sua doença era: “estar só” e quando a enfermeira a atendia sempre era solicitada para “ficar mais um pouco”. Seu Francisco, ao receber a visita de sua irmã, procedente de São Paulo, principalmente em datas especiais como Natal, expressava felicidade. Quando estava muito estressado, a enfermeira e empregadas domésticas e cuidadoras organizavam um esquema para que ele viajasse até São Paulo para visitar a irmã. Queixava-se pela impossibilidade de freqüentar a Associação dos Veterinários e rever os colegas. Não recebia visita específica só para ele, mas telefonava muito para os “amigos e antigos colegas de serviço”.

Valores culturais e estilo de vida: em ambos as tribos foi possível observar a dignidade e a honestidade como valores norteadores dos atos dos seres humanos, sendo que o estilo de vida se limitava no diário, cada dia era um dia a ser vivido. A exceção era para as empregadas domésticas e cuidadoras que faziam planos para o futuro, como Maria que planejava comprar um carrinho de cachorro-quente e Ana que projetava um futuro promissor para seu filho adolescente na Escola da Marinha.

Fatores políticos e legais: exclusão social, podendo estar vinculada à falta de uma política mais ativa, voltada para o idoso. Seu Francisco e dona Agnes teciam críticas às políticas governamentais, federal, estadual e municipal. Dona Agnes certo dia disse: – “o governo do FHC tem obrigação de cuidar dos idosos, das crianças e dos adolescentes para que tenham educação, mas ele prefere dar o dinheiro para quem está junto a ele; assim, não tem dinheiro para a segurança, saúde e para a educação”. E seguia falando sobre a carga tributária e a criação de novos impostos como a *CPMF* e o seguro *apagão*.

Fatores econômicos: foram observadas queixas, nas duas tribos, referentes à queda de padrão de vida nos últimos anos. O salário da aposentadoria cobria os custos e zerava as contas cada final de mês; assim, quando surgia uma despesa extra, a dificuldade financeira era eminente. Dona Agnes estava providenciando junto ao INSS a inscrição de Mário como seu dependente, para ele poder receber uma pensão, após a morte dela. As empregadas domésticas e cuidadoras, embora recebessem salários, além da média paga para a categoria em Florianópolis, apresentavam dificuldades também, pois Ana estava separada do marido e esse não pagava a pensão aos dois filhos; no caso de Maria e Fátima, os maridos estavam desempregados.

Fatores educacionais: Seu Francisco com III Grau completo e dona Hortência I Grau; dona Agnes estudou em vários colégios, mas se denominava autodidata, falando e lendo inglês, alemão e francês. Dona de uma memória fantástica, relatava suas leituras com uma precisão de menestrel. Mário, mesmo com dificuldade para se expressar, demonstrava grande conhecimento, III grau incompleto. As empregadas domésticas e cuidadoras todas com I grau incompleto.

Influências sobre o processo saúde-doença manifestadas pelos clientes: apareceram elementos do cuidado como: respeito, dignidade, carinho, ter sentido, sentimento, entendimento, responsabilidade, conhecimento técnico-científico e confiança do profissional de saúde.

Amigos: em ambos os contextos, centravam-se em uma ou duas pessoas assim consideradas, inclusive a enfermeira; família – restrito aos filhos, como o caso de dona Agnes, porém seu Francisco e dona Hortência, sem filhos, consideravam a irmã dele como pertencente da família; Igreja – somente seu Francisco e dona Hortência manifestavam a importância de uma vivência mais próxima da Igreja, a empregada doméstica e cuidadora Maria era evangélica e considerava significativa a oração; Centro/Florianópolis – bairro nobre com infra-estrutura adequada para um viver saudável; clínicas de saúde – com atendimento personalizado e os serviços de enfermagem domiciliar – Enf^a Bernadette Kreutz Erdtmann, que acompanhou os clientes por longa data. Nesta dimensão, é possível resgatar o *domus* que, segundo Maffesoli (1986), são os elementos próximos, tais como, bairrismo; Igreja; rua; vizinhança; condomínio predial, enfim, a socialidade presente.

Sistema genérico: são os recursos que os clientes lançam mão para a manutenção de um viver saudável e o enfrentamento do processo de doença que estão vivenciando. Os de maior incidência foram: dieta rica em fibras; conforto; segurança; higiene; uso do sal para elevar a pressão; uso de rodela de batatas sobre a fronte para aliviar dor de cabeça; exposição ao sol; música; uso de chá de maracujá como calmante; melissa para desconforto intestinal; uso de loção hidratante para pele, entre outros.

Cuidado profissional de enfermagem domiciliar em correspondência: a enfermeira analisava, planejava e implementava o cuidado de enfermagem considerando a correspondência entre todos os elementos e dimensões apreciadas pelos clientes e pessoas próximas. Inclusive, destacando-se a ponte realizada com outros profissionais do sistema de saúde: ao acompanhar dona Agnes ao médico cardiologista, eram passados à enfermeira os aspectos relevantes sobre o

processo saúde-doença da cliente, quando retornavam ao lar, a profissional repassava aos familiares e à empregada doméstica e cuidadora, os encaminhamentos e as orientações médicas.

Sistema profissional: acompanhamento do profissional médico, entre eles, geriatra, cardiologista, neurologista, psiquiatra, oftalmologista e dermatologista assim como laboratórios de exames médicos.

Decisões e ações do cuidado de enfermagem domiciliar: Processo de Enfermagem Domiciliar em Correspondência – a concretização do cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível. Para a sua efetivação foram consideradas as três etapas já mencionadas no subitem 4.2.1, nelas se configuram elementos do cuidado sob a ótica do cliente, principalmente no momento em que acontece a compreensão e a concretização do cuidado. No apêndice 3, pode ser observada a dinâmica das decisões e ações do cuidado cujo fio condutor era a negociação visando a um cuidado equivalente às expectativas e necessidades dos clientes.

A partir dessa apresentação é possível meditar sobre a abrangência da Teoria Transcultural, agora, apoiada na Razão Sensível.

4.4 FACILIDADES E DIFICULDADES NA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO

Segundo o marco conceitual, baseado na teoria do cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível, a interligação dos elementos em um sistema de ritmos variáveis e de ações foi que relativizou o sistema profissional com o sistema popular de cuidado. A tensão geradora, derivada da necessidade de quem precisa do cuidado de enfermagem, deixa de ser trágica se a enfermeira projetar seu cuidado num misto de múltiplas situações, atos e rituais.

O maior interesse em elaborar um método para o registro das ações da enfermagem em domicílio constituiu-se da necessidade de se padronizar um processo que tivesse clareza e objetividade, no qual os dados levantados e a identificação dos cuidados necessários, bem como a avaliação desses cuidados, contemplassem a opinião do ser humano e familiares envolvidos nesse contexto social.

Por mais paradoxal que fosse, inúmeras leituras, principalmente, em dissertações, foram empreendidas na expectativa de se encontrar uma receita para o desenvolvimento deste processo. Nessa viagem pela biblioteca, foram encontrados modelos interessantes, dos quais, inicialmente, cogitou-se algumas aplicações. Mas os ensinamentos de Maffesoli e o entusiasmo de Nitschke

despertaram para um olhar na apreensão do heterogêneo e do contrário. Essa tendência foi também a manifestação do cotidiano dos clientes atendidos no domicílio. Assim, buscou-se a horizontalidade na elaboração do processo acima apresentado.

Primeiramente, foi sentida uma dificuldade em organizar esteticamente as três ações de Leininger com seus respectivos elementos, para tanto se optou por agrupamento em temas semânticos. Foi a partir do terceiro processo implementado que a segurança e a credibilidade, no que estava sendo desenvolvido, validaram o estudo. A facilidade consistiu na simplicidade do método, que não deixou de ser válido como instrumento legal no exercício de registro das ações para profissionais da enfermagem. Leininger propôs as ações para um cuidado culturalmente congruente, aceitou-se também o desafio de construir e aplicar tal instrumento, que se desenha, conforme a necessidade da enfermeira, que o contextualizará em sua realidade.

Conclui-se que as formas de manter/acomodar e restabelecer, aparecem desenhadas de maneira objetiva, viabilizando sua aplicação nos diversos níveis dos sistemas de cuidado da enfermagem. As ressalvas estão na preocupação que a enfermeira deverá ter em utilizar o verbo em seu tempo certo. Assim, os títulos, levantando os dados, compreendendo e concretizando o cuidado e avaliando o cuidado aparecem no gerúndio. Por outro lado, para a manutenção, acomodação e restabelecimento sugere-se utilizar os elementos constructivos na forma infinitiva, respondendo pelo tempo presente e futuro.

E, finalmente, pode-se dizer que a aplicação do processo, requereu muitos ensaios, bem como alguns ajustes. Foi necessário alto grau de entendimento dos termos técnicos para se escrever corretamente o enunciado da ação, como pode ser observado quando a enfermeira registra: “Para o restabelecimento do cuidado em relação à integridade cutânea em dona (...)” ou: “Para a acomodação do cuidado em relação ao respeito das crenças religiosas de Maria (empregada) com relação aos da dona (...)”. Se o processo for aplicado por uma equipe de profissionais, será pertinente manter um quadro de horários para um acompanhamento com mais segurança do que foi executado. Talvez, o mais difícil é que a enfermeira precisa ter um entendimento e uma filosofia que contemple o respeito pelas características de um ambiente que não é seu, portanto merece ser preservado.

Assim, aceitar mudanças, rompendo paradigmas e dogmas, é um exercício que requer muita vontade de avançar, como ser profissional e pessoal. Às vezes, acontecia alguma situação em que se sentia uma vontade enorme de parar tudo, ou fugir do assunto, como quando a empregada Ana,

que cuidava de dona Hortência (totalmente dependente para os cuidados), deixava-a o dia inteiro na cama, permanecendo mais ou menos vinte e seis horas deitada. Nos primeiros encontros, tinham sido elaboradas técnicas de alterar os movimentos, entre mantê-la deitada ou sentada, porém dona Hortência não gostava de ser “mexida”, como ela mesma dizia e, assim, diante da sua recusa, Ana a mantinha deitada o tempo todo. Até o momento em que a cliente começou a desenvolver lesão na região sacrococcígeo. Nesse instante, foi preciso buscar uma interação, na qual todos juntos elaboraram um plano de cuidado mais eficaz.

Aqui cabe uma observação sobre o papel da empregada doméstica e cuidadora, como sendo aquela pessoa que realiza os cuidados com o ambiente, prepara os alimentos (café, almoço, lanches) e que exerce a função de cuidadora de seus patrões quando necessitam de uma atenção especial em relação ao seu estado de saúde-doença. Os casos relatados neste estudo não são exceções e sim regras na cultura nacional, tendo como uma das causas a situação econômica financeira da população brasileira. Uma discussão sobre o papel, competência, limites e possibilidades de trabalho, como cuidadoras, dessas profissionais, precisa ser considerado, inclusive, pela enfermagem.

Portanto, sugere-se a continuidade em pesquisas nessa dimensão, por se considerar significativo e relevante a definição de papéis, bem como a autoridade da enfermeira em delegar determinados cuidados, ditos de enfermagem, para as empregadas domésticas e cuidadoras. O mundo real dos domicílios apresenta um cenário não acadêmico, mas social e de interações, cuja cultura permeia a maneira de viver de seus atores e nele a enfermeira transita e precisa buscar os significados também científicos para o seu processo de trabalho.

5 O ENCONTRO DO CAMINHO ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO E (DES)CONSTRUÇÃO DO SABER

5.1 ENFERMAGEM EM CORRESPONDÊNCIA NA LÓGICA DO QUERER VIVER E DEIXAR VIVER

Até o momento, buscou-se responder ao questionamento inicial de como oferecer um cuidado de enfermagem, apoiado na razão sensível e congruente com a cultura do cliente e pessoas de seu convívio familiar, tendo sido feitas várias reflexões teóricas interligadas com a prática deste estudo. A premissa está em uma enfermagem em correspondência que acontece quando a enfermeira introjeta em si o pensamento de um cuidado harmonioso com os diversos aspectos daquele cotidiano, buscando a sintonia entre os diferentes elementos do dia-a-dia desenhado pelo brilho e sombra, efervescência e dor, num movimento pela *proxemia*.²²

Num certo dia, ao se chegar para um atendimento na Tribo Familiar 1, seu Francisco estava portando um *holter* e demonstrou saber corretamente a respeito do seu uso. Porém, à noite, telefonou para “tirar dúvidas” sobre o aparelho. Após um breve esclarecimento, seu Francisco mudou de assunto, falando de um dinheiro que havia aplicado com uma empresa de *factoring* manifestando preocupação. Em outros encontros, notou-se, ainda, que quando o casal estava sozinho, os dois faziam de tudo para manter a enfermeira um pouco mais com eles. Seu Francisco dizia: – “senta, vamos conversar (...) quer um cafezinho (...) tem um bolo (...) você conhece o

²² Segundo Erdmann e Maffesoli (1996 1987), *proxemia* corresponde à utilização de um espaço geográfico e simbólico, é a rua, a casa, a terra, enfim, tudo que está próximo, é o sentimento coletivo de pertencimento com todos os elementos daquele contexto.

fulano?”, e dona Hortência falava: – “já vai?”. Aliás, a enfermeira domiciliar precisa reservar um tempinho a mais, além daquele programado para o cuidado. É nesse tempinho que se conhece as outras nuances que vão também interagir no processo saúde/doença.

No apartamento de dona Agnes, pôde-se admirar objetos raros, cristais lindíssimos, e ouvir a história de cada peça. Foram momentos prazerosos, tanto para a enfermeira quanto para dona Agnes. Houve aquele dia em que o comprador de antiguidade esteve no apartamento da cliente comprando dois relógios entalhados em madeira, simplesmente preciosos. Depois dessa data, sempre que se olhava para a parede sentia-se saudade dos relógios. É a enfermeira manifestando uma correspondência com elementos que fazem parte da decoração de um contexto o qual, por alguns minutos, também é um pouco seu.

Diante do problema de cegueira de dona Agnes, havia certa liberdade para interagir no ambiente, embora sempre se respeitando sua privacidade. Assim, às vezes havia a solicitação para se preencher o cheque, por exemplo, ou era confiada a chave de uma gaveta que somente dona Agnes tinha acesso; nesses momentos, sentia-se constrangimento. Também se conhecia a distribuição dos alimentos na cozinha, tendo em vista o fato de que em algumas situações precisava-se alcançar algum alimento à dona Agnes, quando essa estava acamada e sem a empregada.

Nas datas especiais, como aniversários, Natal, final de ano, por exemplo, a enfermeira era convidada para a confraternização, assim como a cliente e os familiares compartilhavam informações sobre acontecimentos do dia-a-dia, como a reforma de um imóvel, venda do carro, etc. Mas a enfermeira também conversava sobre o seu cotidiano, família, filhos, bem como sobre os engarrafamentos, as melhores e piores compras realizadas, essas coisas aparentemente sem valor.

Um fato interessante aconteceu durante um atendimento junto à dona Agnes. Ela contou detalhes sobre a vida familiar da enfermeira, como nome e profissão do marido, nome dos filhos, idade e antigo endereço. Ao ser perguntada de como sabia de tudo isso, respondeu que sua amiga Cecília, que também era conhecida da enfermeira, havia lhe falado. Pode parecer estranho, mas a felicidade que foi sentida naquele momento, era algo do tipo: “ela também te conhece”. É isso que engendra a enfermagem em correspondência, muito além de conceito, é o *querer viver e deixar viver*, independentemente de qualquer condição.

5.1.1 O conhecimento plural

Leininger (1985), ao definir sistema profissional, referiu-se aos serviços de cuidado à saúde, oferecidos pelas instituições e que são exercidos por profissionais afins, sendo que aqui a ressalva repousa na sua filosofia e formação. Nitschke (1999) fala de um profissional híbrido, ou seja, aquele que busca complementar sua formação de base em outras áreas do conhecimento. Isso pode ser observado nas diversas situações em que a enfermeira foi solicitada para dar opinião sobre investimentos financeiros, regime trabalhista das empregadas domésticas e cuidadoras, locação de imóveis polítics, etc. Como por exemplo, quando seu Francisco disse: – “o que achas do senador fulano de tal (...)” ou quando dona Agnes falou da política do presidente Bush dos EUA, sendo que, nesse último momento, a enfermeira foi mais ouvinte, considerando-se a formação intelectual dessa cliente e o seu conhecimento sobre o assunto. É a educação relativizando-se numa troca de conhecimentos e experiências da vida.

Verifica-se, ainda, que no domicílio, o sistema popular de cuidado acontece, naturalmente, sendo prestado pelas pessoas próximas e que é resultante de uma bagagem cultural que valoriza as crenças e é determinado pelos hábitos e práticas cotidianas (LEININGER, 1985). Evidentemente que estabelecer comparações requer uma leitura sobre diversas abordagens. A propósito, Maffesoli (s/d, p.159) chama a atenção para o conhecimento pela experiência e diz que é difícil adquiri-lo, porém tem sua significação na vida cotidiana. Em *Notas da Pesquisadora*, encontrou-se elementos para uma reflexão sobre a sabedoria popular, cujo resgate feito anteriormente situou sua importância através dos tempos. Fátima, empregada doméstica e cuidadora da Tribo Familiar 2, ao ser indagada sobre o que fazer em uma crise hipotensiva, referiu que: (...) “para pressão baixa é só tomar um copo de leite com sal”.

A relevância para a enfermeira está em saber dar conta do científico através da valorização da experiência e do conhecimento do saber comum. A provocação está em um exercício de sensibilidade intuitiva para além do tecnicismo e rigor das formas. Verificou-se que, ao se convidar Ana e Maria, ambas empregadas domésticas e cuidadora da Tribo Familiar 1, para juntas acompanharem e observarem a evolução da lesão em dona Hortência, buscou-se a noções básicas dos fatores de risco, proporcionando também discussões em torno da qualidade do produto utilizado. A respeito disso Maria comentou: “essa placa é boa mesmo, foi a melhor que você trouxe”, referindo-se ao material utilizado na lesão, com o que a enfermeira concordou, pois, também havia notado a boa qualidade do produto.

Desse modo, ao seguir o pressuposto de que o saber comum tem seu valor, pode-se expressar aqui o quanto a enfermeira desperta em si e no outro a participação, se a aprendizagem acontecer na forma envolvente de negociação que Leininger tem divulgado. Ao observar novamente que dona Hortência permanecia ainda por longos períodos deitada na cama, a enfermeira, capacitada tecnicamente e valorizando os recursos do ambiente, planejou ações em conjunto com as empregadas domésticas e cuidadoras, bem como ouviu a opinião de dona Hortência, embora às vezes ela apresentasse certa confusão mental, seqüela do AVC. Quando se relê as *Notas de Enfermagem*, nelas se encontra o seguinte registro sobre a fala da empregada doméstica: “seus olhos brilhavam, tal era a satisfação em dizer para a enfermeira” que “hoje coloquei a dona Hortência no sol e também tenho deixado deitada de lado, isso alivia as costas”, parecendo coisa simples e lógica para quem não tem conhecimento daquela realidade, e de como estava sendo o cuidado antes do envolvimento da enfermeira.

Ainda, destacando a importância e valorização do cliente em relação aos sistemas de cuidado, Erdmann (1996, p.128) pontua dizendo que: “O cliente e familiar são animadores deste sistema, e é a partir deles, neles e para eles que os movimentos/ondulações acontecem. A não-presença deles significa parada do trabalho”.

Para tanto, existe uma co-dependência cliente versus profissional de enfermagem. Leininger (1991) já afirmava que o ser humano responderia favoravelmente se as decisões e ações do cuidado de enfermagem considerassem os valores, práticas e hábitos, enfim, as maneiras de viver. Portanto, a aprendizagem e o ensino deste instrumento serão diferentes nas diversas culturas e meios, repercutindo sobre as decisões, tanto da enfermeira quanto naquelas do cliente e pessoas de seu convívio. Por outro lado, é preciso observar as falas dos tempos, pois, “enfermeira sabe tudo, tem conhecimento, tem respeito e é responsável” (seu Francisco). Enfim, relativizando o conhecimento científico/técnico com o conhecimento baseado na experiência de vida, faz-se no (re)encantamento dos cuidados de enfermagem uma alteridade para um novo olhar.

Quando se buscava compreender o que significava estar doente ou ter saúde, dona Agnes despertou um pensar intrigante, ao responder, “doença é ter algo grave, como um câncer (...) nunca tateei minhas mamas (...) o Mário é doente, porque ele necessita tomar medicamentos pro resto de sua vida, (...) ele não vai se curar”. Em *Notas de Enfermagem*, foi registrado que a cliente era “cardiopata, anorética e apresentando diminuição da acuidade visual, vendo somente penumbras de claro e escuro”, sendo que a enfermeira diante de tal circunstância entendia que dona Agnes

apresentava um diagnóstico para o cuidado em várias patologias. Por outro lado, seu Francisco, aparentemente com um diagnóstico favorável, referiu que o atual estado de dependência em relação à sua esposa significava uma doença, porque: “não posso sair (...) estou amarrado (...) isso deixa qualquer um doente (...) sabe como é: mente sã, corpo são”. Nitschke (1999, p.126) junta-se a esse entendimento e em sua pesquisa com algumas famílias de tribos diferentes pontua que “ter lazer tem um lugar tão significativo como condição para ser família saudável, que sua inexistência pode colocar em risco até a própria sanidade”.

O alerta de Leininger se projeta num entendimento sobre o significado que o ser humano atribui ao seu estado de saúde, podendo ser influenciado pela cultura de cada indivíduo, grupo, família, comunidade e nação, completa Nitschke (1999).

5.1.2 Os pequenos acontecimentos

Maffesoli (s/d, p.158), em relação ao linearismo histórico das ciências, que apela para a teoria que se põe continuamente em questão, desenha que “o ciclo é imperfeito”, sendo que tal afirmação é reforçada pela frase mística: “Deus escreve direito por linhas tortas”. As pesquisas científicas nas ciências humanas atuam dentro de um certo padrão de flexibilidade, assim, o reconhecimento do pequeno ato social desperta para uma paixão já não tão latente, porque é no brilho da vida cotidiana que emerge o prazer. Nitschke (1999, p.134) fala em “ter prazer de sentir-se bem com” e ainda:

O prazer das pequenas coisas, das coisas simples, pode povoar o cotidiano através dos momentos que proporcionam, sublinhando a existência num presente que, certamente passará, mas que foi vivido, trazendo uma renovação, pelas brechas que criou, permitindo respirar e continuar vivendo, superando a anóxia de um viver sem prazer.

Pode-se observar em dona Agnes, que vive nas *sombras*, como ela pontua o seu dia-a-dia, diante do trágico, cuja perda de visão significou não ler, não assistir televisão e não sair. Porém, seu cotidiano manifesta-se em um *querer viver e deixar viver*: “gosto muito de música, então, deito na cama e fico ouvindo, isso me dá prazer”. Dessa observação, nasceu certa vez um *bate papo* em torno de cantores e suas músicas, tendo sido a enfermeira despertada pela cliente para sentir a beleza da letra de uma música da dupla sertaneja Xitãozinho e Xororó.

Maffesoli (1998, p.47) sublinha que “a vida não se deixa enclausurar”. Deve-se exercitar o pensamento em ver o ciclo da vida passar pelas coisas simples, aparentemente sem grandes valores, mas que têm o significado em si, sendo que esse ensinamento dona Agnes despertou quando comentou: (...) “a melhor coisa é receber a visita de minha amiga Cecília”. Os momentos prazerosos é que vão de fato constituir um viver saudável, independentemente de serem grandes ou pequenas *badalações*. Esse reconhecimento projeta o profissional da enfermagem, aqui representado pela enfermeira pesquisadora, a valorizar o que o cliente considera importante para si. Portanto, é preciso resgatar novamente Leininger que há muito tempo vem dizendo que o cuidado deve ser congruente com as expectativas de quem o recebe.

Assim, ver o (in)visível pode ser um exercício interessante e, no domicílio, onde acontece o cuidado de enfermagem, a singularidade precisa ser preservada como um ato de respeito e de valorização do ser humano e do ambiente. Assim, o estudo de Erdmann (1996, p.86), sobre as estruturas do sistema organizacional de cuidado de enfermagem em uma instituição hospitalar, discorre sobre as relações de poder, pontuando a proposta da prestatividade por excelência, da qual a enfermagem faz parte, em uma estrutura burocrática disciplinar e participante, em um gerenciamento de rotinas: protocolização e normalização dos procedimentos. Os indicadores atuais, afirma a autora, precisam privilegiar a flexibilidade e a abertura para as diferentes contingências, oportunizando ao profissional executar o seu trabalho nos limites de sua capacidade do domínio dos instrumentos de trabalho. A mesma autora pontua, ainda, “numa vontade de produzir, criar, pensar e sonhar” (Erdmann, 1996, p.87). Tais considerações reforçam o que foi percebido durante o desenvolvimento desta prática assistencial: a enfermagem domiciliar não admite contornos limitados, como sabiamente dona Agnes havia se referido, ao elogiar o atendimento recebido: – “você é livre para atuar (...) é independente. No hospital as enfermeiras se restringem ao cumprimento de suas obrigações”.

Também Fátima, empregada de dona Agnes, mencionou que o cuidado da enfermeira é diferenciado daquele recebido no hospital: “com você as pessoas tem liberdade para falar, no hospital ninguém te escuta, *as enfermeiras* não têm tempo para te ouvir”. Novamente se é submetido a uma reflexão: a enfermeira precisa exercitar-se para ser uma boa ouvinte, reforçando o conceito de observação participante reflexiva, na qual pode agir e interagir com elementos de um contexto plural.

É através da unicidade que o caminho para um cuidado de enfermagem culturalmente congruente apoiado na razão sensível é construído, em um olhar para aquilo que não se vê, resgatando-se o brilho das pequenas coisas num movimento de aproximação.

5.1.3 As nuances do cotidiano

A vida e o viver do cotidiano, de acordo com Nitschke (1999, p.30), ao resgatar Maffesoli, desenha o que pode ser compreendido pela aceitação da vida, buscando as formas de se enfrentar a precariedade e a pertinência de um mundo que se mostra em toda a sua ambivalência. Trata-se de reconhecer os recursos utilizados pelos clientes através de um jogo excitante das diversas atitudes do viver diário. Como na permanência social que se mantém no equilíbrio da proximidade e distanciamento, tão bem representadas nas falas de seu Francisco: “quando estou chateado, e a Hortência incomoda muito, largo tudo e saio para dar uma volta, vou até o *shopping*”. Por outro lado, nas múltiplas facetas também expressadas por dona Agnes:

(...) sou cega, por isso deixo gravado no telefone os números que posso precisar, inclusive o seu (...) os diferentes tipos de comprimidos são guardados em lugares separados, assim eu não me engano (...) e na geladeira a Fátima organiza assim: lado direito; centro e esquerdo.

A maneira de viver de dona Agnes fascina, apesar de cega, organiza e administra tudo, é a sua visão se manifestando numa sensibilidade intuitiva, enxergando além dos limites: “hoje ainda percebo uma penumbra, mas vai chegar a hora em que meus olhos enxergarão somente a cor preta”.

A enfermeira com atuação no domicílio está diante de múltiplas situações que exigem uma parada estratégica para avaliar o porquê de certos gestos e atitudes dos clientes, permitindo na identificação das crenças, valores, práticas e hábitos, um entendimento dos rituais, como a manifestação de dona Agnes: “às 7h30min levanto, abro a cortina para sentir a claridade; às 8 horas faço o desjejum e preparo o café para o Mário e depois jogo alpiste na sacada, para os passarinhos. Estás vendo os passarinhos?”.

Já seu Francisco, com sua astúcia, tenta romper a melancolia cotidiana: “te chamei para conversarmos um pouco, sabe como é, a Hortência não tem mais conversa”. Conversar um pouco, cuidado de enfermagem? Das duas uma: ou a enfermeira é apenas uma profissional técnica, ou tem

ciência de que é possível fazer uma enfermagem em correspondência com a simplicidade em sua complexidade, cujos elementos se unem num *querer viver e deixar viver*, na qual a escuta afetiva também precisa ser considerada um construto do cuidado.

5.1.4 Cuidado de enfermagem domiciliar em correspondência: ética e estética

Boff (2000) chama a atenção sobre a crise da humanidade como sendo a da falta do cuidado. O autor diz que a essência humana reside no cuidado e salienta que para sair dessa crise é preciso uma nova ética que deve nascer na essência do cuidado humano. Polariza sua retórica no mal-estar da civilização, no fenômeno do “descuidado, do descaso e do abandono, enfim, da falta do cuidado” (BOFF, 2000, p.18). Apresenta uma visão do cuidado ecológico-social voltado para a ciência da vida, numa perspectiva holística.²³ Por sua vez, Capra (1996, p.43) define ecologia como “um estudo das relações que interligam todos os membros do Lar Terra e ecológico como sistemas vivos para os quais as conexões com o meio ambiente são mais vitais”.

O resgate feito por Erdmann (1996, p.130) diz que:

O cuidado está na construção da civilidade humana, no proteger os seres da natureza e no ser protegido por eles e pela grandeza da “terra-pátria mãe”, que constrói a civilidade dos homens que a ela são sensíveis. A presença do cuidado é sentida/percebida nos “ares”/ambiência do espaço real dos seres da natureza, transcendendo as possibilidades do homem de explicá-lo.

Nessa rede das relações sociais, é preciso lembrar-se do compromisso ecológico, social, ético e estético, necessários para suplantar a estagnação coletiva do não ajudar. Concorda-se com o alerta de Boff (2000, p.33), quando diz que cuidar no paradigma ecológico social “é mais que um ato, é uma atitude. Atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”. Tal atitude no cuidado domiciliário é vista como um modo de ser, *co-existir* e relação com todas as coisas no *co-viver*. Essa forma de relação de trabalho, enfatizando o *querer viver e deixar viver*, num respeito pela crença, valores, práticas e hábitos de cliente e do profissional, emerge no contemporâneo, diante da fragilidade que os seres humanos estão sendo acometidos.

²³ L.Boff (2000) define perspectiva holística como a compreensão da realidade que articula o todo nas partes e as partes no todo, pois vê tudo como um processo dinâmico, diverso e uno.

Assim, valendo-se das palavras de dona Agnes: “eu não quero morrer, porque o Mário precisa de mim”, vê-se a preocupação de uma mãe, de 81 anos, portadora de uma cegueira, diante do problema de saúde do filho, que impõe a dependência do mesmo, mostrando a importância do convívio familiar. É pela compreensão que o profissional atribui o significado aos cuidados que o cliente deseja receber, entendendo como pedido de ajuda o clamor e o apelo de dona Agnes.

As manifestações sobre questões morais, como “manter-se virgem para o casamento”, referido por dona Agnes, foram idéias que assustaram a enfermeira e, se vistos sob o ensinamento do cuidado transcultural, precisavam ser aceitos e respeitados. Por outro lado,

tinha a empregada Maria, que entendia casamento como uma necessidade da mulher em “ter um homem”, mesmo quando esse era sustentado com o sacrificado salário que ela ganhava. Em outra situação, seu Francisco, manifestou sua indignação de como as empregadas domésticas e cuidadoras encaravam a vida, dizendo: – “elas não tem nada na cabeça, parece que não pensam”, ao comentar sobre a maneira de viver das mesmas, principalmente nas relações conjugais. Nesse instante, o referencial de cuidado de enfermagem culturalmente congruente para a acomodação era necessário também para a enfermeira.

O cotidiano da profissional, cuja atuação em domicílio é um misto de exaltação e dúvidas, desperta para a ética do instante que, segundo Maffesoli e Nitschke (s/d, 1999), está menos preocupado com as formas e regras, mas *apesar de tudo*, em viver aquilo que permanece atraente; uma vez que as regras não são os únicos elementos ativos da vida social. Portanto, resgata-se novamente Leininger, que sabiamente propõe a negociação, o bom senso, numa perspectiva de se considerar os fatores que influenciam o contexto. Dona Agnes responde à ética do instante, ao referir-se à enfermeira: – “você me entende”, sendo que esse entendimento incorpora a dinâmica de todo o viver daquela família.

Ao pesquisar nos prontuários, encontrou-se uma anotação interessante e que atesta essa afirmação. Certo dia, depois de um atendimento, ao se despedir de dona Agnes e em alemão, a enfermeira disse-lhe: – “passar bem”. Qual não foi a surpresa com a resposta da cliente, também em alemão: – “o médico prescreveu o *substrate* para eu colocar embaixo da língua sempre que sentir dores no peito, mas eu não estou colocando porque desejo morrer”. Então, surpresa com a sua fala e conhecendo sua cultura de não-dependência, a profissional respondeu-lhe, ainda em alemão: – “muito bem, mas a senhora já pensou na possibilidade de não morrer e sim de desenvolver um

derrame e ficar acamada precisando dos outros para tudo?” Dona Agnes silenciou e depois disse: – “não havia pensado nisso, é melhor eu tomar o remédio”.

Ao reler *as Notas de enfermagem*, é possível aprender com seu Francisco que o respeito ultrapassa a vida, quando afirma que na lápide de dona Hortência irá somente escrever a data de seu falecimento – 31/01/2002, “porque ela não gostava de expor a sua idade, tinha um horror quando alguém perguntava sua idade”.

Com tantos ensinamentos, é que a ética e a estética são palavras atuais e de sentido forte por representar muito mais do que regras e normas: são complementos de maneiras de viver, no singular e no coletivo. Para Boff (2000), a ética é entendida como um conjunto de princípios que regem *transculturalmente* o comportamento humano para que seja realmente humano no sentido de ser consciente, livre e responsável. A ética do cuidado está atenta ao cuidado humano nas relações de trocas, num vínculo de ajuda e de apoio, na medida do possível, vislumbrando a autonomia relativa sobre si. Dessa forma, sendo o ser humano ativo, reativo e sujeito de sua consciência, na agonia e na esperança, transcende e avança nas diferentes formas de expressão e de entender melhor como ser diferente, que tem suas limitações e que para cada limite há uma possibilidade. Por isso, Foucault (1987) proclama pela ética da liberdade, porque a liberdade é uma condição ontológica da ética, ou seja, o ser humano é livre para determinar sobre si e a sua maneira de viver.

A ética do instante, segundo Maffesoli e Nitschke (s/d, 1999), é aquela que valoriza, além das regras e normas, outros elementos ativos de uma vida social, como o *querer viver e deixar viver*, numa exaltação às coisas simples, que têm o seu valor e que formam vínculos uns com os outros.

Nitschke (1999), abordando a dimensão do compromisso ético, em sua pesquisa, discute o compromisso de identificar e de buscar respostas aos problemas e desejos, através do desenvolvimento do conhecimento e das tecnologias para promover a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, grupos, comunidade, nação e mundo. Outro compromisso é o que visa ao desenvolvimento integral: a Pós-Modernidade aponta para um estar em sintonia do ser humano e sua família, conhecendo sua rede de interação, necessidades, problemas, desejos, a partir de suas próprias percepções, práticas e conhecimentos. A mesma autora destaca, ainda, o socializar, o saber compartilhar saberes com as pessoas, grupos, comunidade e nação, que permeia todo o

processo de pesquisa. Acrescenta-se a essas idéias, o compartilhar saberes, através de experiências de vida, entre enfermeira/cliente e pessoas envolvidas.

Dessa forma, ao se considerar as particularidades da enfermagem domiciliar, cuja ética precisa pautar o profissional dessa modalidade de assistência, buscou-se identificar quais as regulamentações para o exercício profissional na modalidade. Tais normas são regidas conforme a Resolução – COFEN Nº 267/270, que dispõe sobre as atividades de *Enfermagem em Domicílio – Home Care*, em funções de assistência, administrativa, educativa e de pesquisa. Observa-se também uma tendência ainda biomédica, centrada na doença e numa dimensão vertical, impondo um controle da enfermeira para com o contexto. Os casos omissos e a sua definição em domicílio serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.²⁴

Diante da grande demanda dos serviços com atendimento no domicílio, em que na maioria das vezes o profissional atua sozinho, de que forma está acontecendo esse atendimento? Quais as garantias de que o cliente está recebendo um cuidado condizente com a sua real necessidade? São questões polêmicas e que precisam ser consideradas para o repensar de um saber, fazer e interagir, no qual o público invade o privado. É preciso dizer que a legislação poderá punir dados objetivos, porém a subjetividade dificilmente entrará em discussão. Para tanto, retomando Maffesoli (1994), vale a ética do instante, aquela que considera o ser humano em toda a sua dimensão.

Capra (1996, p.28) é categórico ao relacionar ética com os valores centrados na Terra, na qual todos os seres vivos estão ligados numa rede de interdependência, proclamando para uma *ética ecológica profunda*,²⁵ dizendo que ela “é urgente e necessária nos dias de hoje, e especialmente na ciência, uma vez que a maior parte daquilo que os cientistas fazem não atua no sentido de promover a vida nem de preservar a vida, mas sim no sentido de destruir a vida”. Eis, aqui, uma reflexão para a enfermeira e pesquisadora sobre o saber, fazer e sentir, precisando estar em correspondência com os elementos que movimentam e dão a intensidade do dia-a-dia em toda a sua banalidade.

Seu Francisco, ao ser questionado sobre enfermagem domiciliar, considerou a responsabilidade como um fator importante, dizendo: – “você tem responsabilidade”. Assim, a responsabilidade é tida em conta como parte integrante do currículo de toda a enfermeira, cujo

²⁴ Uma funcionária fiscal do COREN- SC esclareceu sobre isso, dizendo que vale o que consta no Código de Ético dos Profissionais de Enfermagem

²⁵ Visão de mundo, vista num todo integrado, está centrada nos valores da Terra; ser humano e natureza formando uma totalidade.

compromisso corresponde ao cumprimento de horário; manter o que foi negociado; apresentar segurança técnica/científica no cuidado e envolver-se na busca de soluções necessárias, visando a uma enfermagem em correspondência num contágio afetivo, num sentir-se outro, enfim, num participar das emoções comuns (MAFFESOLI, 1995). Portanto, a ênfase está na multiplicidade de valores intercambiáveis.

6 UMA ANDARILHA NOS CAMINHOS DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER APOIADA NA RAZÃO SENSÍVEL DE MAFFESOLI

Quando se pensou em ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem, teve-se como motivação imediata a necessidade de uma maior aproximação com o mundo acadêmico, uma vez que, diante da prática profissional cuja modalidade de serviço é autônoma, mantinha-se um certo afastamento de colegas e professores/pesquisadores. Sempre se teve uma grande admiração por aquelas enfermeiras que se dedicam à pesquisa, por tudo que isso representa para a disciplina da enfermagem.

A proposta inicial, durante o processo seletivo para o mestrado, contemplava um estudo no domicílio do cliente, fundamentado basicamente na teoria de Leininger. Mas nesses dois anos houve um despertar para novos olhares no cuidado de enfermagem. Assim, ao se fazer uma (re)ligação, teoria e prática, dessa ponte, surgiu uma luz que clareava um caminho cujas setas apontavam para outros endereços.

Ao se participar do grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa e Estudo sobre o Quotidiano e Imaginário de Santa Catarina (NUPEQUIS-SC), vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, o encanto colorido de ver o cotidiano em suas nuances foi trazido à superfície. A professora Dra. Rosane Nitschke, coordenadora do NUPEQUIS, dizia sobre as nuances do cotidiano: – “é o ver, enxergar pelo olhar do outro; é o olhar com os óculos do outro; buscar se colocar e estar com o outro, sem perder seu próprio

olhar”. E, assim, o gosto pelas falas dos tempos pós-modernos passaram a constar das leituras. Aliás, por sinal, bem difíceis.

Elaborou-se um projeto para a disciplina de Prática Assistencial, ao ser apresentado para a Orientadora, Dra. Alacoque L. Erdmann, essa simplesmente falou: – “está ótimo, tudo perfeito, mas você não queria abordar a Razão Sensível?”, Naquele instante, sua observação causou um grande susto: como trabalhar a Razão Sensível de Maffesoli, suas leituras complicadíssimas e a teoria de Leininger? Mas a Dra. Alacoque foi mais longe e fez uma provocação: “por que não ser a Leininger dos tempos pós-modernos?” Que loucura! pensou-se. Então se recomeçou a reformulação do projeto, as idéias caindo no papel e tudo ficou mais fácil de escrever.

Além da orientação da Dra. Alacoque L. Erdmann, foi possível também contar com os ensinamentos e os pareceres da Dra. Rosane Nitschke, *expert* do pensamento maffesoliano.

Foi um exercício exaustivo trabalhar com a teoria Transcultural de Leininger. Como pontua Boehs (2002), é uma teoria altamente abstrata e trazê-la para o cotidiano requer uma análise constante. Porém, diante do contexto de Florianópolis, e mais especificamente dos clientes deste estudo, pode ser considerada como uma escolha que respondeu a muitas inquietações.

Como na casa da Tribo Familiar 2, cuja cultura, representada pela origem étnica de dona Agnes, americana de origem alemã, que vivenciou grandes mudanças históricas e mundiais, a Segunda Guerra Mundial, recessão do EUA,²⁶ desenvolvimento do Brasil, Blumenau e Florianópolis, desde quando se mudou na década de 1970. Essa cliente apresentava características culturais marcantes e diferentes da grande maioria dos clientes já atendidos, isso podendo ser observado na formalidade, etiqueta social, restrições quanto ao toque, pedidos de licença para tocá-la ou segurar suas mãos. Nesse contexto, o cuidado culturalmente congruente deu sustentação para uma enfermagem harmônica. Leininger fala que a enfermeira também tem a sua cultura, enfim seus entendimentos e jeitos. Pois bem, a existência de elementos em comum, uma vez que a enfermeira e pesquisadora é descendente de alemães e fora educada nesse sistema, fizeram com que cada encontro fosse esperado. Falava-se em alemão, contava-se fatos, enfim, era um reencontro com as próprias origens.

Com a Tribo Familiar 1, havia pontos em comum, uma vez que seu Francisco residiu na mesma região de procedência da enfermeira pesquisadora. Assim, muitos hábitos e práticas eram semelhantes. As empregadas domésticas eram descendentes de açorianos e em relação a elas, a

enfermeira, seu Francisco e dona Hortência, estranhavam certas atitudes e entendimentos. O que resultou, algumas vezes, numa necessidade de acomodação do cuidado, principalmente quanto à pontualidade, ao uso correto dos medicamentos e à fé religiosa.

A principal liberdade em trabalhar com Leininger é o seu pressuposto de que o ser humano tem uma cultura que é manifestada pelas crenças, valores, práticas e hábitos e que, para tanto, o cuidado precisa ser planejado.

Na verdade, o que mais chamou a atenção é como o cliente deseja receber o cuidado. Tal reconhecimento só foi possível porque houve uma leitura do cotidiano, entrando a retórica da razão sensível que se configura na lógica do *preciso ser*, olhando mais *o como* do que *o porquê*.

Enfim, houve momentos em que se desejou nunca ter entrado nessa aventura Transcultural – Razão Sensível, porque não se sabia em que dimensão analisar ou observar os fenômenos, esperava-se que isso fosse instantâneo, porém elas permaneciam separadas. Essa é a crítica que se pode tecer, embora, na análise final, a junção aconteceu quase que naturalmente.

O certo é que a ponte foi construída, restando a travessia para juntos “atores sociais, em seus segredos de grupos, na sociabilidade da vizinhança, no ambiente afetuoso das relações de amizade, das aderências religiosas” (Maffesoli, 1995, p.103), realizarem pequenas e grandes utopias, que é esse sonhar acordado numa imaginação para o cuidado transdisciplinar, em um tempo já não tão absoluto.

²⁶ Dona Agnes confidenciou que seu avô perdera muito dinheiro no episódio do *crash*.

7 ENFERMAGEM DOMICILAR EM CORRESPONDÊNCIA: O DESAFIO DE UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL

Impulsionada pelo encanto de exercer a enfermagem domiciliar e, ainda, por querer colorir o *belo* que se esconde no cotidiano dessa modalidade assistencial, é que prazerosamente conduziu-se uma proposta de *enfermagem em correspondência*, idéia roubada de Maffesoli (1984), e que desperta para o sentimento harmônico com todos os elementos do dia-a-dia efervescente em sua banalidade e teatralidade.

Ao buscar um *querer vive e deixar viver* dos seres humanos, Maffesoli (1984, 1998) indica a compreensão da espacialidade e temporalidade, nas quais tudo junto adquire corpo, num lugar dinâmico, cuja socialidade é vivida diariamente, na palidez e no brilho, ódio e paixão, alegria e tristeza. Enfim, é na animação das ruas, vida nos bares, rumores da circulação, diversos odores, que se pontua o *aqui e agora* do cliente e pessoas próximas. Portanto, é na ambivalência dos mínimos atos da vida banal que poderá de fato vir a constituir-se a trama social, nesse momento de vivência com a doença.

Não obstante, nestes tempos pós-modernos em que o mundo torna-se cada vez mais *encolhido* e multifacetado, pelo advento do uso de tecnologias sofisticadas de comunicação, a diversidade cultural de diferentes nações e povos é apresentada com uma singular simplicidade nos lares, seja por intermédio da TV, ou pela comunicação na rede *Internet*.

Geertz (2001,p.68), abordando o uso da diversidade pelos antropólogos contemporâneos, desenvolve a idéia do processo de “suavização do contraste cultural”, embora afirme que “as diferenças continuarão a existir”. Essa abordagem também é considerada, quando Leininger (1991)

discute as multiculturas da população em uma comunidade, em um reconhecimento de que a enfermeira precisa estar preparada para um entendimento de múltiplas manifestações, através das crenças, valores, práticas e hábitos do ser humano. Por outro lado, Maffesoli (1984) desperta a atenção para os tempos das tribos, no sentido de que cada grupo desenvolve um estilo, por exemplo, *os punks*, destacando-se pela irreverência, colorido e contestação. É claro, existem outras, cada uma com sua maneira de viver. Nitschke (1999), em sua tese de doutorado, estudou algumas famílias das *Tribos da Lagoa*.²⁷

Assim, os sistemas de cuidado de saúde vêm alterando-se. Glória Wrigth²⁸ (2001), em uma palestra proferida na Universidade Federal de Santa Catarina, ponderou sobre a realidade contemporânea, ao mostrar a tendência mundial, no campo da saúde, diante do processo de globalização. Chamou a atenção sobre a necessidade dos cursos de graduação em enfermagem, nível de terceiro grau, fazerem uma preparação do futuro profissional numa visão para a *saúde internacional*. A proposta de Leininger privilegia a formação da enfermeira para uma abordagem nas diferentes culturas, podendo ser de um indivíduo, grupo, comunidade e/ou de uma nação. Portanto, a abordagem da Teoria Transcultural, que contempla a diversidade e universalidade da cultura é atual e necessária. Assim sendo, o espaço dos sistemas educacionais das faculdades de graduação e pós-graduação em enfermagem precisa ampliar em suas disciplinas a discussão sobre essa teoria.

Portanto, o desafio está no exercício de olhar a pluralidade e enxergar a singularidade dos elementos de cuidado de enfermagem, agora, domiciliar. Para tanto, sugere-se a continuidade nas pesquisas, visando a um aprofundamento do marco conceitual que valoriza múltiplos fatores e manifestações do ser humano que recebe cuidado de enfermagem em sua residência.

O caminho da construção do processo de enfermagem deu-se através do envolvimento da teoria/enfermeira/ser humano com o contexto cultural, social e ambiental. Esse ciclo de construção foi um processo de aprendizagem contínuo, tendo como fio condutor o pressuposto de que a enfermagem em correspondência fundamenta-se no intercâmbio da construção e (des)construção do saber num movimento em que fatos novos foram acrescidos aos já conhecidos e, dessa maneira, tudo teve a sua importância. O cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível está na

²⁷ Estudo realizado junto a famílias residentes no bairro Lagoa da Conceição - Florianópolis, SC.

²⁸ Palestra "Saúde internacional e drogadição", proferida dia 13 de dezembro de 2001.

compreensão dos ritmos do dia-a-dia, revestindo-se de uma carga mística *de querer e deixar viver* num movimento pela aproximação.

Dessa maneira, lembrando a representação gráfica dos conceitos norteadores deste estudo, resgata-se o movimento em espiral no qual a vida sempre está recomeçando. A proposta aqui descrita é somente um começo, fundamentado na filosofia da compreensão humana, em uma sensibilidade intuitiva que desenha a perspectiva de aglutinar a razão e a emoção, em um proceder mais no *como* do que no *porquê*.

Ao abordar o cotidiano com um olhar também para o cuidado de enfermagem, aprende-se que existe a possibilidade da busca por uma enfermagem em correspondência num reconhecimento de toda a teatralidade nesse jogo que é a vida.

Finalmente, quando se está atuando no domicílio, a efervescência, *a arquitetura de paixão* (NITSCHKE, 1999), contempla o agora, um viver o presente, mesmo com todas as suas contradições e desafios. Isso pode ser aprendido com a cliente quando ela proclama: “*é preciso ter sentido*”.

O atendimento domiciliar de enfermagem contempla muito o presente, o que é agora poderá não ser o amanhã. É preciso, portanto, entender que, quando a razão e a emoção se mesclam à condição humana, encontra mais harmonia, resgatando, dessa forma, a centralidade do sentimento, paixão e cuidado com o outro.

O desafio de interligar a Teoria Transcultural apoiada na Razão Sensível para construir uma enfermagem em correspondência direcionou para uma nova abordagem as expectativas do ser humano, cuja compreensão das crenças, valores, práticas e hábitos se fundamentam no ritmo do dia-a-dia. Portanto, a Enfermagem Domiciliar em Correspondência, o desafio para um cuidado culturalmente congruente apoiado na razão sensível, desenha-se como uma nova maneira de cuidado.

Neste trajeto do *retorno como chegada*, foi possível sentir a pulsação das agregações de valores através dos tempos. Assim, os rituais domésticos de ontem, ainda hoje em suas culturas, mantêm a permanência das relações humanas, tendo-se, portanto, nas manifestações do passado, a apreciação do presente e o sonho do futuro que também é constituído do agora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Francisca D.O. O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa Interinstitucional – UFSC/UFPEL/FURG/URCAMP. In: *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 274, jan./abr. 2000.

ARAÚJO, Alceu, M. *Medicina rústica*. São Paulo: Nacional, 1956. 395 p.

ARAÚJO, Maria R. N. de et al. Saúde da família: cuidado no domicílio. Brasília: In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, dez. 2000.

BELLATO, Roseney. *A Vivência da hospitalização pela pessoa doente*. 2001. 210 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BOEHS, Astrid E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. Florianópolis: UFSC, p.121-137, 1994. In: BUB, Lydia I. R. et al. (coord), *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis: UFSC, 1994.

_____. *A família e a equipe de enfermagem no hospital pediátrico: movimentos de aproximação e distanciamento*. Florianópolis: Enfermagem PEN/UFSC, 2002. 182 p.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 199 p.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix, 1996. 255 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 267/2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 270/2002. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>

COLLIÉRE, Marie F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, p.18-19, 1989.

DUARTE, Yeda A. de O.; DIOGO, Maria José D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p.

ERDMANN, Alacoque L. *Sistemas de cuidados de enfermagem*. Pelotas: UFPel.,1996.148 p.

FOUCAULT, Michel. *Hermeneutica Del Sujeto*. Madrid:Ediciones de la Piqueta, 1987.142 p.

GONÇALVES, Lúcia, T.; ALVAREZ, Ângela.; SANTOS, Silvia M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: DUARTE, Yeda A. de O.; DIOGO, Maria José D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p.

LACERDA, Maria R. *O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar*. 1996. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

_____. *Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira*. 2002. 222 p. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

LEININGER, Madeleine. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. **Anais.1** SIBRATEN, Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.

_____. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: Natinal League for nursing Press,1991. 351 p.

_____. *Future Directions in Transcultural Nursing in the 21st Century*. Int. Nurs. Rev. 44, 1, 1997.

_____. *Culture Care Theory, Research, and Practice*. Nursing Science Quarerly, 9;2, Summer, 1995.

LICHTENSTEIN, Jacqueline. *A cor eloqüente*. São Paulo: Siciliano, 1994. 248 p.

GAUTHIER, Jacques H. M. et. al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Koogan, 1995. 302 p.

GEERTZ, Clifford. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. 247 p.

HENCKEMAIER, Luizita. *O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática*. 1999. 152 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

- MAFFESOLI, Michel. *Elogio da razão sensível*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 207 p.
- _____. *A conquista do presente*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 165 p.
- _____. *O conhecimento do cotidiano: para uma sociologia da compreensão*. Lisboa: VEGA, s/d. 198 p.
- _____. *A Contemplação do Mundo*. Porto Alegre: Arte e Ofícios, 1995. 141 p.
- _____. *Sobre o Nomadismo*. Rio de Janeiro: Record, 2001. 205p.
- MARCON, Sônia S.; ANDRADE, Oséias G.; SILVA, Doris M. P. da. Percepção de cuidadores familiares sobre cuidado domiciliar. In: *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 289-307, maio/ago. 1998.
- MARGOTTA, Roberto. *História Ilustrada da Medicina*. São Paulo: Manole, 1998. 192 p.
- MEINCKE, Sônia M. K. O cuidado na família da adolescente grávida solteira: uma abordagem cultural. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. In: *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 272, jan/abr. 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucetic – Abrasco, 1994. 269 p.
- MORIN, Edgar. *A Cabeça bem feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 128 p.
- _____. *Cultura de massas no Século XX*. RJ: Forense – Universitária, 1981. 202 p.
- _____. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000. 118 p.
- NITSCHKE, Rosane. G. *Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho*. 1999. 462 p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- _____. *Nascer em família: uma proposta da assistência de enfermagem para a interação – familiar saudável*. 1991. 269 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.
- OLIVIERI, D.P. *O “ser doente” dimensão humana na formação do profissional de saúde*. São Paulo: Moraes, 1985.
- PADILHA, Maria I. C. de S. *A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX*. Pelotas: UFPel, 1998. 236 p.

PATRÍCIO, Zuleica. M. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*. 1990. 282 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

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

PELTO, Pertti J. *Iniciação ao estudo da antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971. 144 p.

PITTA, Danielle. P.R. Elementos de método na obra de Michel Maffesoli. In: *Revista Logos Comunicação & Universidade*, Rio de Janeiro: UERJ, ano 4, n. 6, p. 21-23, 1º semestre, 1997.

REZENDE, Ana L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez, 1989. 159 p.

ROUSSEAU, René-Lucien. *A Linguagem das Cores*. São Paulo: Pensamento. 1980.

SEGURA, Joan C. C.; BADÍA, Joan G.; GASCONS, Margarita, P. *Atención domiciliaria: Organización y práctica*. Espanha: Springer-Verlag Ibérica, 1999. 273 p.

SIEGEL, Bernie S. *Amor medicina e milagres*. São Paulo: Nova Cultura, 1989. 291 p.

SOUSA, Leliana S. de.; SANTOS, Fátima H. do E.; PORTO, Isaura S. *Etnometodologia: uma teoria do social na pesquisa qualitativa*. In: GAUTHIER, Jacques H. M. et. al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1995.

TRENTINI, Mercedes.; PAIM, Lygia. *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente – assistencial*. Florianópolis: UFSC, 1999. 161 p.

SCHWARTZ, Eda. *Família teuto-gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites*. 1998. 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

SILVA, Yolanda F.; FRANCO, Maria C. (org.). *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. 118 p.

VÁSQUES, Marta L. *Significado da regulação da fecundidade para os/as adolescentes de uma comunidade urbana marginal*. 1999. 198 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

VERDI, Marta. *Com a palavra, as enfermeiras: concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde*. 1993. 166 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE 1– Carta de consentimento

APÊNDICE 2– Guia norteador para a prática investigativa

APÊNDICE 3– Processo de Enfermagem

APÊNDICE 1

CARTA DE CONSENTIMENTO PARA O CLIENTE E/OU PESSOA DE SEU CONTEXTO FAMILIAR SOLICITANDO SUA PARTICIPAÇÃO NO PROJETO DE ASSISTÊNCIA E INVESTIGAÇÃO

Prezada (o) senhora (o):

Por meio da presente, solicito seu consentimento para participar do projeto de Prática Assistencial e Investigativa sob o título: ***ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O DESAFIO PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL.***

O projeto terá como objetivos:

- construir, implementar e avaliar uma metodologia para o cuidado de enfermagem domiciliar, fundamentada na teoria Transcultural de M. Leininger, apoiado na razão sensível nos tempos pós-modernos;
- compreender o significado que o cliente e as pessoas de seu contexto familiar referem sobre enfermeira, saúde/doença e enfermagem domiciliar para os tempos pós-modernos.

O projeto será desenvolvido por mim, Enfermeira Bernadette Kreutz Erdtmann, sob a orientação da Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann. Este estudo faz parte do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Se a senhora(o) aceitar participar da pesquisa será entrevistada(o) pelo menos seis vezes em sua casa durante o atendimento de enfermagem. As entrevistas serão registradas após cada encontro. Seu nome e endereço serão mantidos no mais absoluto sigilo, para tanto, será usado um nome fictício.

Sua participação é voluntária e, se por acaso se sentir incomodada(o), poderá sair da pesquisa a qualquer momento sem sofrer constrangimento.

Após o término deste estudo, os dados serão apresentados e publicados.

Se a senhora(o) tiver alguma pergunta, pode contactar pelo telefone (48) 233-41-56 ou (48) 99-61-39-90.

ACEITO PARTICIPAR DO ESTUDO – ENFERMAGEM DOMICILIAL EM CORRESPONDÊNCIA: O DESAFIO PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE APOIADO NA RAZÃO SENSÍVEL.

Assinatura da(o) Informante

Assinatura da Pesquisadora

.....

.....

Florianópolis, novembro de 2001.

APÊNDICE 2

Guia de Coleta dos Dados para o objetivo 2.

1. Perguntar e/ou observar:

O que é ter saúde–doença para o(a) senhor(a)?

- processo de viver e ser saudável
- práticas para o cuidado
- práticas tradicionais dos sistemas de saúde
- práticas genéricas utilizadas
- observar ligação entre as falas e as práticas
- observar os hábitos
- como se pontua o cotidiano nesse processo de saúde–doença

O que é ter os serviços de enfermagem em casa?

- dificuldades
- receptividade
- os resultados
- qual a cultura em torno do cuidado de enfermagem

O que é uma enfermeira para o(a) senhor(a)

- observar as falas
- a receptividade
- pontos que são mais significativos
- importância da enfermeira
- quem é a enfermeira sob os olhos do cliente e das empregadas domésticas
- existe interferência na dinâmica familiar durante a presença da enfermeira

APÊNDICE 3

Aplicação do Processo de Enfermagem

De acordo com o projeto, foram aplicados dez processos com cada cliente com a tribo familiar 2 e quatorze junto a tribo familiar 1, optando-se aqui na descrição de apenas uma situação para cada tribo.

Tribo Familiar 1

Processo de Enfermagem:

Seu Francisco, dona Hortência, Ana e Maria

12/12/01

10h50min.

a) levantando os dados

Seu Francisco abriu a porta e disse que estavam bem, convidou-me para sentar porque dona Hortência estava almoçando, achei cedo para almoçar, mas o seu Francisco disse que ela sempre almoçava nesse horário, e que já estava acostumada. Sobre a mesa estava o envelope com os resultados dos exames: laboratório e ecocardiograma. O seu Francisco solicitou que eu olhasse os exames pra ele, observei que já estavam abertos e ele disse que já havia dado uma olhada, reforçou de que antigamente era proibido ver os exames antes do médico. Perguntei o que ele achou dos exames e ele respondeu que tinha umas alterações. Do exame de sangue, somente o CO₂ Total = 33,8. Lembrei que ele falou que quando fizera a coleta de sangue arterial esse estava escuro, então eu falei, “lembra do que me disseste do sangue arterial?” E ele respondeu: “esta aí a resposta”. O ecocardiograma apresentou hipertrofia simétrica VE de grau moderado; ectasia discreta da raiz da aorta; aumento discreto das câmaras esquerdas; diminuição do relaxamento da diastólica e insuficiência tricúspide de grau discreto. Seu Francisco mostrou-me os remédios que usa atualmente: Losartan potássico, 5mg; Rohypnol e Novarrutina, por conta própria, “é para aliviar as câibras”, afirmou. Dona Hortência está usando: Noctal e o Neozine às 19h, mais o colírio Tobrex. Observo grande quantidade de medicamentos na caixa. A Ana informa que esses não estão sendo usados. Observo dona Hortência edemaciada ++++, pergunto se ela está tomando o Lasix, que o médico prescreveu, e a Maria diz que não, porque ela estava urinando muito, reforço que é justamente para isso o Lasix, porém a Maria insistiu dizendo que dona Hortência ficava encharcada de urina, e referiu que o inchaço se dava pelo calor. Telefonei pro médico para mudar a prescrição do Lasix para segunda, quarta e sexta feira, um comprimido, e assim foi feito. Ao ser perguntada de como estava a ferida de dona Hortência, a Maria respondeu que tirou o curativo porque estava solto e fez outro com a pomada cologenase mono, indicada pela enfermeira, dizendo que não tinha mais ferida, que cicatrizou tudo e elogiou a placa. Observei a área da lesão. Combinamos em manter a placa, agora

como função de proteção, considerando a fragilidade da área cicatrizada. Sentamos, dona Hortência na cama e ficamos conversando. Ela referiu que sua maior doença era a de não ter companhia, principalmente, de não poder se levantar, mas não sabe se isso é doença. Sobre o serviço de enfermagem domiciliar disse que é bom porque “é só telefonar e você já vem”. Seu Francisco considera a sua atual situação como uma doença, “porque está amarrado, não pode viajar, etc”. A Ana referiu que tem massageado as pernas de dona Hortência e tem passado loção hidratante recomendada pela enfermeira.

b) compreendendo e concretizando o cuidado

Para a manutenção do cuidado em relação à hidratação cutânea de dona Hortência:

- elogiar o cuidado que Ana tem demonstrado ao passar loção hidratante;
- estimular a continuidade da massagem e uso da loção hidratante.

Para a acomodação do cuidado em relação à integridade cutânea de dona Hortência:

- manter placa protetora em região coccígea;
- refletir sobre a importância de movimentar dona Hortência, virando de lado, sentando na cama e cadeira de roda, levando para a sacada para receber sol.

Para a acomodação do cuidado em relação ao uso correto dos medicamentos de dona Hortência:

- refletir sobre a importância da furosamida no tratamento de dona Hortência;
- discutir com Ana e Maria a continuidade do tratamento médico;
- telefonar pro médico para rever a prescrição da furosamida.

Para o restabelecimento do cuidado em relação ao tratamento médico de dona Hortência:

- organizar novo horário para o uso da furosamida, conforme orientação médica: segunda, quarta e sexta feira, um comprimido pela manhã;
- discutir com Ana e Maria de que o edema de dona Hortência está relacionado com o sistema circulatório e a função do medicamento sobre o mesmo.

c) avaliando o cuidado

Cliente:

Seu Francisco referiu de que tem somente pequenas alterações e vai aguardar o médico para ver quais os remédios que irá tomar. Refere que seu maior problema é dona Hortência, que o prende, não podendo viajar, dizendo que cada um deve assumir suas responsabilidades, por isso não pode abandoná-la nesse momento. Maria disse que parou de dar o Lasix para dona Hortência porque ela encharcava as fraldas, referiu que as lesões estavam totalmente cicatrizadas e que a placa era muito boa, disse que foi a melhor que eu já tinha colocado. Ana relata que sempre massageia as pernas de dona Hortência e que a loção indicada por mim é muito boa, dizendo que a pele não está mais ressequida. Ambas concordam com a necessidade de dispensar cuidado, como movimentá-la, para que dona Hortência não desenvolva novas lesões.

Enfermeira:

Seu Francisco estava calmo, menos sonolento do que o habitual, mostrando-se despreocupado com os resultados dos exames. Dona Hortência edemaciada, principalmente MMII e MSE. Retornar ao uso da furosamida em dias alterados evitando uma desidratação por excesso de eliminação, bem como conseguir a adesão de Maria e Ana ao tratamento. Lesão cicatrizada, porém, apresentando uma fragilidade cutânea, para tanto optei em manter a placa de hidrocolóide. Não há mais necessidade de meu acompanhamento semanal.

Tribo Familiar 2

Processo de enfermagem: Dona Agnes / Mário e Fátima

Dia 3/12/01

8h30min

a) Levantando os dados

Dona Agnes telefonou dizendo que estava com muita dor de cabeça e que a Inês orientou-a para procurar o médico cardiologista, desejava saber se é o médico indicado para sua situação. Combinamos que em dez minutos eu estaria em sua residência para uma avaliação de enfermagem. Ao chegar, a porta estava aberta e dirigi-me até o quarto da cliente que se encontrava deitada e falando ao telefone. Aguardei. Referiu que desde segunda feira vem sentindo fortes dores de cabeça, inicialmente era na região frontal e hoje se acentua mais na região esquerda da face. Relatou que hoje pela manhã estava tudo bem, até após o desjejum, quando teve início a cefaléia e que para aliviar tem tomado comprimido de Paracetamol, mas hoje ainda não tomou. Observo uma caixa de Neosaldina sobre o criado mudo e pergunto se tomou tal comprimido, dona Agnes responde que não tomou nada para a dor. Chega a Fátima informando que a Inês contatou com a clínica do médico, e que assim que o mesmo tiver uma folga irá encaixar um atendimento para a dona Agnes, para tanto é só aguardar a chamada da clínica. Falo com Inês por telefone que solicitou que eu acompanhasse sua mãe ao médico. Enquanto aguardávamos a ligação da clínica, conversamos diversos assuntos. Dona Agnes mostrou-se satisfeita com o tratamento médico do Mário dizendo que o neurologista acertou no tratamento e que Mário não teve mais crise, pelo contrário, estava calmo, atencioso, tem lido jornais e revistas para ela. Dona Agnes solicita para Fátima trocar o curativo na perna direita, pedi se eu poderia trocá-lo, e ambas concordaram. Ao observar a lesão, perguntei para a Fátima quais os produtos que estava usando, esta disse que usava a pomada de Betnovat, que em outras lesões fora eficaz, mas nessa não estava dando bom resultado. Observo diversas embalagens de pomada na caixa em que estava reunido todo o material para curativos. Conversamos sobre outras formas de aliviar a dor e dona Agnes referiu que no sábado a Flávia colocara rodela de batatas em sua face, concluiu dizendo que realmente aliviou a dor, porém não sabia se foram as batatas. Expliquei que usar compressas úmidas e frias sobre a face alivia a dor e perguntei se ela queria colocar naquele momento, no que concordou. Assim peguei um lenço, molhei com água e coloquei sobre a face de dona Agnes. A Fátima sempre muito prestativa referiu de que dona Agnes come muito pouco e tudo é diet. Observo como dona Agnes administra tudo, faz recomendações à Fátima, diz o que está faltando e o que precisa ser comprado. Reflito sobre toda essa dinâmica de dona Agnes, mesmo cega, mantém ordem e controle sobre tudo. Falamos de religião, e dona Agnes disse que na época em que morava em Blumenau era

evangélica (luterana) hoje é mais adepta à Ciência Cristã, religião ou filosofia, a qual seu marido pertencia. Explicou que a Era Ciência Cristã acredita na cura pela oração e no poder da mente. Lembrei-me de que certo dia o Mário falou que a cura da cegueira de sua mãe se daria pela força da mente. Dona Agnes aos poucos vai ficando menos ansiosa e sem queixas de dor. Diante da demora da clínica em dar um retorno eu telefonei e a secretária da mesma sugeriu para que fossemos pra emergência do SOS, porém insiste dizendo que tínhamos preferência pelo atendimento do médico T., considerando o fato de que dona Agnes era sua cliente por longa data. Às 10h30min somos avisadas de que poderíamos nos dirigir até a clínica. A Fátima auxilia dona Agnes a se vestir, hoje, dona Agnes quer tudo preto com acabamentos dourados. Na clínica é submetida ao eletrocardiograma e, logo após, foi atendida pelo médico. No exame físico, ele a considerou hipocorada com aspectos de quem estava anêmica, a ausculta cardíaca referiu que a mesma está bem, PA e ritmo cardíaco muito bons, acrescentando que a cirurgia corrigiu e melhorou o problema circulatório, com o que concordei, embora reforçando que é hipotensa. Então o médico solicitou exames de sangue e um ecocardiograma, dizendo que somente após esses exames daria um tratamento, solicitei, então, prescrição para a dor e ele prescreveu Neosaldina 3x dia. Coloquei-me a disposição para administrar sulfato ferroso EV, caso ele considerasse necessário. A dona Agnes participou o tempo todo da consulta, relatando detalhadamente seu quadro, suas dúvidas, e fazendo questão de conhecer o encaminhamento médico. Percebi de que não estava convencida e que queria uma solução mais imediata. Terminada a consulta, dona Agnes solicitou para que eu preenchesse o cheque do pagamento da consulta. Aproveitei e agendei o ecocardiograma no SOS. Retornamos às 12h30min. O Mário já havia almoçado. A dona Agnes apresentava-se astênica, anorética, caquética e com expressão facial de sofrimento, deambulava lentamente e passos inseguros. A Fátima logo lhe ofereceu o almoço, e eu mostrei para a Fátima a prescrição da Neosaldina e os pedidos dos exames. Expliquei como fora no atendimento médico. Ao me despedir abracei dona Agnes e falando em alemão lhe desejei melhoras. Agendamos novo atendimento para dia 05/12/01, para acompanhá-la no ecocardiograma.

b) Compreendendo e concretizando o cuidado

Para a manutenção do cuidado em relação à harmonia daquele contexto:

- estimular Fátima em sua atenção para com dona Agnes e com Mário;
- elogiar Mário por ler para sua mãe;
- trocar idéia com dona Agnes a respeito de temas que emergem naturalmente durante o atendimento.

Para a manutenção do cuidado em relação à crença espiritual:

- conhecer visão de mundo de Fátima, dona Agnes e Mário;
- respeitar crença religiosa e filosofia de vida.

Para a acomodação do cuidado em relação à crença e filosofia de vida da enfermeira:

- refletir sobre a visão de mundo em harmonia conflitual com a dos clientes.

Para a acomodação do cuidado em relação à dieta alimentar de dona Agnes:

- discutir sobre uma alimentação hipercalórica e protéica;

- refletir sobre o uso de algo salgado quando sentir fraqueza e tontura;
- reforçar a necessidade de uma dieta com açúcar, não *diet*;
- estimular o uso de açúcar no suco respeitando a preferência de dona Agnes e de Fátima;
- demonstrar interesse em ajudar dona Agnes.

Para o restabelecimento do cuidado em relação às queixas de cefaléia intensa de dona Agnes:

- oferecer neosaldina para alívio da cefaléia;
- verificar a PA: 110 X 40 mmHg e P= 80 bpm, forte e rítmico;
- apoiar num sentimento de compaixão;
- fazer carinho, toque, segurando suas mãos;
- oferecer compressa úmida para colocar na face;
- acompanhar a evolução das queixas de dores, em grau de intensidade e frequência;
- acompanhar a consulta médica;
- refletir com o médico sobre o quadro clínico e seu tratamento;
- discutir com Fátima e dona Agnes sobre o tratamento indicado pelo médico;
- organizar juntamente com Fátima o quadro de horário dos medicamentos prescritos pelo médico: neosaldina 3x dia: café, almoço e janta;
- relatar para Inês a consulta médica e os encaminhamentos.

Para o restabelecimento do cuidado em relação à integridade cutânea na perna direita de dona Agnes:

- realizar a troca de curativo, fazendo a limpeza com soro fisiológico 0,9% e passar pomada de nebacetim;
- observar as características e evolução da lesão: lesão com ausência de secreção, hipermeada, presença de crescimento de tecido intumescido, ausência de área de necrose;
- padronizar curativo com pomada de nebacetim;
- discutir com Fátima o cuidado com essa lesão.

c) Avaliando o cuidado

Cliente:

Dona Agnes relata que tem cefaléia intensa e que os medicamentos aliviam a dor. Abordou a questão da morte ao dizer que não quer morrer porque precisa tomar conta de Mário, que é esquizofrênico, e totalmente dependente. Concorde que ingere pouco açúcar, mas considera sua dieta como saudável, aceitando usar açúcar no suco. Agradeceu o atendimento da enfermeira, dizendo que foi muito importante e que não saberia o que teria sido sem a minha participação. Fátima concorda que dona Agnes não tem se alimentado adequadamente e isto está causando fraqueza.

Enfermeira:

Dona Agnes persiste com as queixas de cefaléia, negando dor precordial e apresentando quadro de anorexia. O médico referiu que dona Agnes apresentou uma melhora após a cirurgia de urgência de valvuloplastia aórtica, e considera que a cefaléia esteja relacionada a um possível quadro de anemia; para tanto, solicitou exames de laboratório. A lesão na perna direita apresenta um crescimento de

tecido intumescido e com ausência de secreção e necrose. Foi discutida com Fátima a necessidade de padronizar o curativo, utilizando a pomada de nebacetim. Mário está mais calmo, conversando um pouco mais, está com uma expressão facial mais alegre.