

MARIA APARECIDA DE SOUZA

**O CUIDAR DA AUTO-IMAGEM E AUTO-ESTIMA EM
MULHERES IDOSAS, VISANDO A PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA COM ENFOQUE CULTURAL**

FLORIANÓPOLIS,

ABRIL - 2002

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

**O CUIDAR DA AUTO-IMAGEM E AUTO-ESTIMA EM
MULHERES IDOSAS, VISANDO A PROMOÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA COM ENFOQUE CULTURAL**

MARIA APARECIDA DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA:
Dr^a. VERA RADÜNZ

Florianópolis, 12 de abril de 2002.

FLORIANÓPOLIS, 12 DE ABRIL DE 2002.

**O CUIDAR DA AUTO-IMAGEM E AUTO-ESTIMA EM MULHERES
IDOSAS, VISANDO A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA COM
ENFOQUE CULTURAL**

MARIA APARECIDA DE SOUZA

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 12 de abril 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 da PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Vera Radünz
Presidente

Dr^a. Angela Maria Alvarez
Membro

Dr^a. Cleusa Rios Martins
Membro

EU SOU VELHA, EU ESTOU VIVA

Eu sou velha
Porque eu sou
Você me trata como uma criança
Mas eu não sou uma criança
Eu me esqueço
Eu sei que me esqueço
Mas eu não me esqueço de que estou viva
Posso ser velha, mas eu vivo.
Meu coração bate,
Eu respiro, eu penso, eu me recordo.
Eu sou
Vendo-me aqui deitada,
Pronunciando mal as minhas palavras
Para que elas tenham sentido
Você pensa que sou infantil.
Eu não sou
Eu sou velha
Eu sou uma adulta
Eu sou mais do que uma adulta
Eu vivo além da primavera da minha vida
Mas há ainda em mim uma necessidade desesperada
Urgente de viver, aprender,
Ser reconhecida,
Ser ouvida
Ser acreditada
Claro eu me esqueço
E estou envolta neste corpo
Mas você também está no seu
É uma diferença em graus:
Você corre uma milha
Eu movimento um dedo
Se você vê em mim sua imagem futura, trate-me bem.
Eu sou um enigma do seu futuro
Eu não sou uma criança
Eu sou velha.¹

¹ Dave Mckee, Tradução de trechos do poema *I am alive*, por Tomiko Born.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais (im memorian), Lino Gregório de Souza e Vitalina Abreu de Souza, pelo exemplo de vida, auto-imagem positiva, auto-estima-fortalecida, envelhecimento com dignidade e qualidade de vida, pela dedicação e renúncia em prol dos filhos...

A todos os idosos, em especial às mulheres idosas do Grupo Rosário de Luz, pela alegria de viver,

ensinamentos de vida, sabedoria e co-autoria deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada contei com pessoas muito especiais, enfrentando as forças do tempo, obstáculos e desfrutando novas paisagens.

SOU GRATA:

A Deus que sempre iluminou meu caminho nos momentos mais difíceis, dando-me a luz de sua sabedoria.

À minha mãe, mulher dedicada, esperançosa, administradora nata, ensinou-me a viver com dignidade e meus familiares que mesmo distantes, mantiveram-se ao meu lado.

Ao meu pai ausente, sua presença sempre se fará sentir, pois sou a continuidade do seu brilho. Homem generoso consigo mesmo e com o mundo, soube envelhecer e ter qualidade de vida na terceira idade, sendo meu co-autor...

Ao Valdir, companheiro de todas as horas, e meus filhos Vitor, Vicente e Renata pela compreensão, amor e incentivo. Amo vocês.

À orientadora Vera Radünz, que com sua competência, compreensão, sorriso amigo, me apoiou e acreditou na minha potencialidade.

Às professoras Maria Itayra, Dalva Irany Grüdtner e Rosane Nitschke pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Às amigas Kelly, Ana e Rosângela que compartilharam comigo esta viagem, pela cooperação e excelente astral.

Às mulheres do grupo de terceira idade Rosário da Luz e da comunidade Mont Serrat, cuja participação tornaram possíveis a realização deste trabalho. A minha gratidão.

À equipe do Centro de Saúde Mont Serrat, Padre Wilson e Centro Cultural Escrava Anastácia que colaboraram para que esta caminhada fosse percorrida.

À Banca Examinadora, que compartilhou e validou as construções.

E, especialmente a você que está lendo esta dissertação, seu interesse não foi por acaso.

RESUMO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado em que se atuou junto às mulheres idosas freqüentadoras do Grupo Rosário de Luz da comunidade de Mont Serrat. O seu objetivo principal foi cuidar da auto-imagem e auto-estima destas mulheres, visando a promoção da qualidade de vida, fundamentado no Referencial Teórico de Madeleine Leininger. A utilização da Teoria permitiu o cuidado coerente com as necessidades culturais, valores, crenças e padrões de comportamentos deste grupo de mulheres, familiares e comunidade, integrado aos saberes populares e profissionais. Assim, proporcionou-se às mulheres idosas oportunidades de manter elevadas a auto-imagem e auto-estima, através de oficinas envolvendo diversos profissionais e visitas domiciliares, além de compartilhar experiências e emoções com a Enfermagem e Equipe Interdisciplinar, objetivando o atendimento das múltiplas dimensões da qualidade de vida por elas identificadas, o que resultou em um cuidado humanizado.

Palavras chave: Mulheres idosas. Cuidado cultural. Auto-estima. Auto-imagem. Qualidade de vida. Interdisciplinaridade.

THE CARE OF ELDER WOMEN'S SELF-ESTEEM AND SELF-IMAGE PROMOTING THE QUALITY OF LIFE WITH CULTURAL EMBASEMENTS

ABSTRACT

This Master Dissertation Work is focused on the behaviour of elder women belonging to a group called "Rosário de Luz" of Mont Serrat community in the city of Florianópolis, SC, Brazil. The main objective was to work on their self-image and self-esteem, seeking promotion of their quality of life, based on the theoretical referencial, according to Madeleine Leininger. This theory allowed the definition of the necessary care regarded to the Cultural needs, values, beliefs and patterns behaviour of elder women, families and of the wide community integrated to the popular, professional traditions, essential to promote human approach. This provided opportunities for keeping self-esteem and self-image of elder women at desirable levels, sharing experiences and emotions with nursing staff and the interdisciplinary team. The multiple dimensions of quality of life aimed by these women were reached through procedures described in this work.

Key Words: Elder women. Cultural care. Self-esteem. Self-image. Quality of life. Interdisciplinary team.

CUIDAR DE LA AUTO-IMÁGEN Y AUTO-ESTIMA EN LAS MUJERES DE LA TERCERA EDAD, CON MIRAS A LA PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON ENFOQUE CULTURAL

RESÚMEN

Este trabajo consiste en la Disertación del Maestrado, en la cual se trabajó con las mujeres de la tercera edad, que frecuentan el Grupo Rosario de la comunidad de Mont Serrat. El objetivo principal fue cuidar de la auto-imágen y la auto-estima de éstas mujeres, con miras a la promoción de la calidad de vida, fundamentado en el Referencial Teórico de Madeleine Leininger. La utilización de la Teoría permitió el cuidado coherente con las necesidades culturales, valores, ciencias y padrones de comportamientos de este grupo de mujeres, familiares y la comunidad, éstos integrado a los saberes populares y profesionales. Para tal, se proporcionó a las mujeres de la tercera edad, oportunidades de mantener elevada su auto-imágen y auto-estima, a través de oficinas envolviendo diversos profesionales y también con visitas domiciliarias, además de compartir experiencias y emociones con Enfermería y el Equipo Interdisciplinario, objetivando la atención de las múltiples dimensiones de la calidad de vida por ellas identificadas, y tuvo como resultado un cuidado más humanizado.

Palabras Clave: Auto-imágen, Auto-estima, Interdisciplinaridad, Mujeres de la Tercera Edad. Calidad de Vida.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS PROPOSTOS | 14 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 14 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 14 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA..... | 15 |
| 3.1 Processo de Envelhecimento..... | 15 |
| 3.2 Envelhecimento e a Abordagem Cultural em Enfermagem..... | 18 |
| 3.3 Políticas Governamentais do Idoso..... | 20 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 22 |
| 4.1 Pressupostos baseados na teoria de Madeleine Leininger e concepções pessoais..... | 24 |
| 4.2 Os Conceitos | 24 |
| 5 METODOLOGIA | 30 |
| 5.1 Modelo de estudo..... | 30 |
| 5.2 Resgate da História da Comunidade de Mont Serrat..... | 32 |
| 5.3 População Alvo..... | 35 |
| 5.4 Coleta de dados | 43 |
| 5.5 Análise dos Dados | 44 |
| 5.6 Ampliação das questões éticas..... | 46 |
| 5.7 Dimensões educativas | 47 |
| 6 APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS ALCANÇADOS..... | 49 |
| 6.1 Identificar como as mulheres idosas definem auto-imagem, auto-estima e qualidade de vida... 49 | |
| 6.2 Verificação das dimensões que interferem na AI, AE em mulheres do grupo em foco..... | 52 |
| 6.3 Promoção de oportunidades ao grupo, para ajudá-las a manter a AI e AE em níveis desejáveis 54 | |
| 6.4 Investigação da influência do trabalho desenvolvido na QV das mulheres idosas | 82 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 92 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 96 |
| ANEXOS | 103 |

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país em processo de envelhecimento, a pirâmide populacional começou a transformar-se de tal modo que a população idosa se encontra em crescente ascensão.

Alvarez (2001) faz considerações quanto ao rápido crescimento desse segmento da população, implicando no repensar das políticas de atenção à população idosa envolvendo áreas sociais e de saúde.

Berquó (1996) comenta em seus estudos que o cenário que aguarda as pessoas idosas deverá contar com políticas sociais que dêem aos mesmos condições para desfrutar de uma vida com dignidade, estando também marcado por horizontes de solidariedade.

Desta forma, a Enfermagem vem demonstrando um interesse progressivo de atenção ao idoso, contemplando aspectos fundamentais para obtenção de uma melhor qualidade de vida que são considerados direitos do cidadão.

Segundo Neri (1999), avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. No envelhecimento são encontrados vários elementos de indicação ou determinação do bem-estar do indivíduo, como: longevidade, saúde mental e biológica, satisfação, eficácia, controle cognitivo, competência, “status” social, produtividade, atividade, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos. A dificuldade reside em se estabelecer a intensidade que cada uma destas dimensões teriam no contexto da avaliação do bem-estar subjetivo e conseqüentemente da qualidade de vida.

Sétien (1993) afirma que o conceito de qualidade de vida interior de uma pessoa está relacionado com uma maior atividade, sensação de alegria, relação mútua e estreita, um sentido de ser e de maior auto-estima.

De acordo com Neri (1999), a auto-estima é parte integrante da personalidade. A avaliação que é feita de nós mesmos determina como será conduzida a vida, os objetivos e as situações difíceis. Para o desenvolvimento da auto-estima, é preciso definir quem somos. Uma vez definido nossa identidade, é natural que seja formada uma auto-imagem ou seja, uma visão geral de como somos e de como achamos que os outros nos vêem.

A auto-imagem e a auto-estima estão interligadas e dependem de como cada um se encontra, especialmente os idosos, pois no dia-a-dia há interferências na saúde, no humor, no clima, na solidão, relacionamentos, relação do idoso com a aparência do corpo, entre outros.

Durante o envelhecimento, as pessoas sofrem mudanças físicas, resultantes de alterações nos órgãos e sistemas do corpo que ocorrem em ritmos diferentes numa mesma pessoa e entre pessoas diferentes. Assim, é importante para os que estão envelhecendo e seus respectivos familiares, compreenderem que estas modificações fazem parte de um processo (NERI, 1999).

A família vem sofrendo modificações de acordo com as transformações socioculturais e “a cultura determinará a estrutura da família, o tipo de ligação e a interação entre seus membros” (BOEHS 1990, p. 47).

Considero importante um auto-conhecimento em relação a nossos mitos e tabus a respeito do processo do envelhecer, para evitar imposições desfavoráveis na prática e incompreensões quanto as diversas realidades culturais.

Relacionado à minha experiência familiar, a vivência com meu pai ensinou-me a não ter preconceito com o idoso, pois ele soube envelhecer e manter a auto-estima (AE) fortalecida e qualidade de vida (QV) na terceira idade, participando ativamente do dia-a-dia, sendo inclusive chamado de “mocidade”, devido a sua auto-imagem (AI) positiva.

Em minha trajetória profissional na área de saúde, tive oportunidade de conviver com idosos em instituição asilar. Observei diferentes pessoas, cada qual com um tipo de AE, às vezes apresentavam AE negativa, revelando pouco amor próprio e em outras ocasiões mostravam uma AE e AI positiva. Portanto, neste estudo foram feitas reflexões sobre o

referido tema, identificando-se as dimensões que interferem na AI e AE das mulheres idosas, procurando proporcionar-lhes oportunidades de viverem melhor.

O presente trabalho permitiu o aprimoramento e aperfeiçoamento dos conhecimentos sobre AI e AE em mulheres idosas residentes na comunidade do Mont Serrat.

A busca de condições e variáveis de um envelhecimento bem sucedido, com boa QV física, emocional e social, é mais que um desafio. A QV é um assunto relevante tanto para a ciência como para a sociedade. Segundo Sétien, citado por Koerich e Souza (2000, p.4), “tão velho quanto o ser humano é o problema da QV, bem-estar e felicidade, apesar disso, somente nos anos 60 é que sua mensuração passou a ter cunho científico”.

Neri (1999) aponta a relevância de promoção de boa QV na idade madura, excedendo os limites de responsabilidade pessoal e sendo vista como um empreendimento de caráter sociocultural.

A AI determina a trajetória da vida e a AE parece ter uma ligação muito forte com os objetivos e planos que estabelecemos para nós e que dão significado à vida. É possível que a satisfação do final de uma meta reforce a AE. Essa satisfação pode existir durante toda a vida, mesmo em pessoas muito idosas (NERI, 2000).

Dessa maneira, acredito que este estudo será importante para a comunidade acadêmica, população alvo e pesquisadores, como subsídio para o conhecimento da AI e AE no contínuo viver. O fundamento teórico foi de fundamental importância para obtenção de resultados positivos, pois valores sociais sem base na realidade ou então preconceitos acerca do envelhecimento, podem exercer um impacto negativo na AI e na AE, em qualquer ciclo da vida. Assim, através deste estudo advindo da prática assistencial, fui desafiada a experimentar o contínuo viver, de modo mais realista e satisfatório.

2 OBJETIVOS PROPOSTOS

2.1 Objetivo Geral

Promover o cuidado da auto-imagem e a auto-estima em mulheres idosas na Comunidade de Mont Serrat, visando melhor qualidade de vida, fundamentado no Referencial Teórico de Leininger.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar como as mulheres idosas definem a auto-imagem, auto-estima e qualidade de vida;
- Verificar as dimensões que interferem na auto-imagem e auto-estima em mulheres do grupo em foco;
- Propor oportunidades ao grupo, para ajudá-las a manter a auto-imagem e auto-estima em níveis desejados;
- Investigar a influência do trabalho desenvolvido na qualidade de vida das mulheres idosas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Processo de Envelhecimento

Na trajetória da população idosa verifica-se em todo o mundo que a crescente expansão desse segmento é responsável pela modificação da estrutura etária populacional. Segundo dados do IBGE (2001), baseado nas informações anuais da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD, 1999), a população de 60 anos e mais de idade era de 14,5 milhões de pessoas, contra 11,4 milhões em 1992, representando uma variação de 7,9% para 9,1% da população total. Neste período houve um aumento de 3 milhões de pessoas idosas. Estima-se para os próximos 25 anos que esta população seja superior a 30 milhões.

O envelhecimento da população brasileira segundo Berquó (1996), relaciona-se a quedas nos níveis de fecundidade e mortalidade, acrescentando que a longevidade está associada ao sucesso de conquistas no campo social e de saúde, representando em novas demandas por benefícios e atenções, constituindo em desafios para governantes e sociedade.

O Brasil tem grandes disparidades econômicas e sociais, que são expressas pela má distribuição de renda e geográfica. Cada região tem suas particularidades sócio-econômicas, que afetam de maneira importante a expectativa da qualidade de vida dessa população.

Com essa realidade demográfica, o envelhecimento também é um novo desafio social, no sentido de proporcionar direitos e condições de vida com melhor qualidade para a crescente população idosa. O envelhecimento vem sendo objeto de estudo relativamente recente, acompanhado por diversas áreas.

Pergunta-se o que é envelhecimento? Velhice é um eterno enigma, sendo sua realidade difícil de ser percebida. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, seu cérebro, seu coração, sua moral ou sua situação civil? É a maneira pela qual outras pessoas passam a enfrentar certas características que classifica as pessoas como velhas? (VERAS, 1994).

Peixoto (2000) faz considerações de algumas denominações da velhice, entre elas a conotação negativa do vocábulo “velho”, sendo sinônimo de decadência. O termo idoso simboliza um tratamento mais respeitoso, por isso foi adotado neste estudo. Quanto à noção “terceira idade”, designa principalmente os “jovens velhos”, sendo sinônimo de envelhecimento ativo e independente mascarando uma realidade social em que a heterogeneidade econômica e etária é muito grande. Vale ressaltar que as mudanças de nomenclatura se multiplicam, mas isso não significa a implantação de uma política social voltada especificamente para a velhice.

Na perspectiva das ciências biológicas, a velhice tem sido marcada por um pressuposto de universalidade, partindo do que é comum a muitas espécies: o nascimento, o crescimento e a morte. No entanto, a velhice do ser humano, tem envolvido um fato social que produz formas diferentes de concepção do processo de envelhecimento, para algumas culturas (FREITAS, 1999).

De acordo com Duarte (1993), a velhice conjuga o fenômeno biológico com o fato social, possuindo uma esfera histórica, cultural e temporal.

Na concepção de Chopra (1999), o processo de envelhecimento é o resultado das condições impostas pelo próprio indivíduo sobre seu organismo. Segundo o autor, o ser humano poderá acelerar ou retardar esse processo de acordo com sua capacidade de adaptação às diferentes fases da vida, desde a primeira infância até a terceira idade.

Segundo Neri (2001, p. 69)

o envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo que se traduz em diminuição de praticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade e em acumulação de perdas evolutivas. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genética, biológica, sócio-histórica e psicológica.

A multidimensionalidade do processo de envelhecimento humano exige abordagens variadas que permitam uma compreensão da totalidade do ser idoso. Deste modo o envelhecimento da população passou a ser um desafio para a comunidade e, portanto, para a Enfermagem, inserida neste coletivo profissional.

A preocupação com a QV na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o crescimento do número e expansão da longevidade de idosos passou a ser experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos.

Definir a QV na velhice faz lembrar que existem várias maneiras de ser velho. Segundo Neri (1999) podem ser identificadas as condições que permitem envelhecer bem, com boa QV e senso pessoal de bem-estar, como é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais.

Veras (1994), declara que a noção de QV pode reter sempre um elemento de subjetividade, assim como a diversidade cultural.

Pode-se perceber que não existe um conceito objetivo universal de QV, pois se trata de um complexo multidimensional que admite várias perspectivas, tanto objetivas quanto subjetivas.

De acordo com Naess, citado por Setién (1993), o conceito de QV está também ligado à AE.

Mosquera (1978, p. 77) afirma que :

os componentes da AE constituem-se em sentimentos que a pessoa possui de que amanhã poderá possuir ainda coisas que ama. Quando isto se altera, ou existem fracassos, o ser humano pode sentir que perdeu algo precioso e conseqüentemente poderá haver uma danificação no sistema pessoal.

Como já foi mencionado, a AI e AE estão interligadas e uma depende da outra. Elas refletem os papéis sociais que o indivíduo ocupa. A AE pode ser alta ou baixa; quando é alta surge de experiências positivas com a vida e quando é baixa, surge de fatores negativos (MOSQUERA, 1974).

Steglich (1978) utilizou 12 perspectivas chamadas tarefas evolutivas para avaliar a AI e AE. Elas foram agrupadas em 4 aspectos fundamentais: orgânico, social, intelectual e emocional (anexo 2). O aspecto orgânico compreende abordagens genéticas, morfológicas e fisiológicas. O social envolve três comportamentos, que podem ser considerados mais

salientes na compreensão da realidade da pessoa adulta: “status” sócio-econômico, condições da família e realizações profissionais. O aspecto intelectual inclui escolaridade e educação do indivíduo e pretende verificar os valores atribuídos à educação formal e educação com meios de auto-realização. Sendo que o aspecto emocional possui componentes como a felicidade pessoal (conceituação de felicidade, hierarquia e valores); bem-estar social (grau de participação social que a pessoa desenvolve); integridade moral (grau de consciência interna – poder pessoal, força interior, segurança, tolerância).

A AI e AE dependem de como cada um se encontra e podem variar dia após dia, principalmente em idosos que enfrentam diversas mudanças relacionadas ao processo de envelhecimento, mas acredito que com o conhecimento da AI e AE em mulheres idosas, e uma atuação eficiente da equipe interdisciplinar, possamos ajudá-las a manter níveis desejáveis desta AI e AE, podendo influenciar na QV destas pessoas.

3.2 Envelhecimento e a Abordagem Cultural em Enfermagem

Este estudo oriundo da prática assistencial foi embasado na teoria Transcultural de Madeleine Leininger cujo propósito é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo. Na realidade o objetivo é conhecer a natureza, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de Enfermagem que tem funções culturais universais específicas (LEININGER, 1991). Esta teoria tem sido aplicada em nível nacional por alunos em conclusão de curso de graduação em Enfermagem, em dissertações de mestrado e teses de doutorado, despertando para o cuidado cultural do cliente. Na Universidade Federal de Santa Catarina, foram feitos estudos sobre a teoria e planejamento da operacionalização dos conceitos através do Processo de Enfermagem, tais como: Monticelli (1994), Boehs (1990), Patrício (1990), Gualda (1993), Lenardt (1996), Mendonça (1998), entre outros.

Monticelli (1994) acrescenta o conceito de Interação e Rito de Passagem, permitindo uma interação e negociação entre a família e os profissionais de saúde.

Boehs (1990) utilizou a teoria aplicando-a em sua prática de cuidado com recém-nascido e sua família. Trabalho realizado com 11 (onze) famílias açorianas, com acompanhamento na maternidade e no domicílio. Utiliza a teoria transcultural e acrescenta à

mesma, a teoria do desenvolvimento da família em fase de expansão. Coloca em prática o processo, mas encontra dificuldades com o conceito saúde/doença. Assinalou como facilidade o marco conceitual, pois possibilitou buscar os valores, crenças e práticas do cuidado na família.

Patrício (1990) usa a teoria, mas faz modificações fundamentais, ampliando e acrescentando conceitos de outros autores. Avança com a questão da cidadania e o refletir criticamente. No marco conceitual, os conceitos foram adaptados pois não preenchiam na totalidade a sua compreensão. A operacionalização do mesmo se deu através do processo de Enfermagem que foi o cuidar/cuidado e a interrelação enfermeira/cliente.

Lenardt (1996) desenvolveu uma prática de Enfermagem “O Vivenciar do Cuidado Cultural na Situação Cirúrgica”, sendo seu referencial fundamentado nas idéias de Leininger. A interrelação enfermeira/cliente foi a base para a caminhada do cuidado cultural.

Mendonça (1998) defendeu sua dissertação de mestrado intitulada, “A Fitoterapia como cuidado Cultural: Aproximando os Conhecimentos Profissionais e Populares de Saúde no Ambiente Familiar”. Este estudo foi desenvolvido com famílias que tinham entre os cuidados culturais, o uso de fitoterápicos no ambiente familiar, com o objetivo de identificar as possíveis lacunas de conhecimento, em relação ao cuidado prestado por meio dos fitoterápicos e a partir daí prestar o cuidado profissional, preservando, acomodando e repadronizando o cuidado popular de saúde. O método utilizado para implementação da proposta, foi o de etno-enfermagem da Teoria da Universalidade e Diversidade do cuidado de Leininger.

Gualda (1993) em sua tese de doutorado, utiliza a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger. Para desenvolver o estudo, usa o método etnográfico numa abordagem *emic*, ou seja, a maneira pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo.

Espírito Santo et al. (2000), em seu trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem, apresenta uma proposta de prática assistencial na área de saúde da comunidade, dando ênfase ao idoso em seu contexto social, utilizando o referencial de enfoque cultural .

A população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família tende a exercer um importante papel. As transformações pelas quais a sociedade vem passando, e neste contexto a família, vêm contribuir para que o idoso sinta e perceba modificações nos padrões e estilo de vida, podendo em algumas situações, dificultar o

convívio familiar. Por isso, para compreensão da instituição familiar, é importante o conhecimento da realidade sócio-econômico e cultural da qual faz parte este idoso.

3.3 Políticas Governamentais do Idoso

No Brasil existe a lei n.º 8842 de 04/01/94, que trata da política nacional do idoso garantindo a este assistência especializada à saúde, direito ao trabalho, acesso à educação, direito à moradia digna com financiamento para pequenas reformas, criando também o Conselho Nacional do Idoso, dando outras providências, prevendo como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso (Brasil, 1996).

Sensibilizado com as questões relacionadas ao processo de envelhecimento, e levando em conta o aumento significativo de expectativa de vida, o Poder Público vem percebendo a necessidade de ampliação e implementação de uma prática social que responda às aspirações e expectativas da população idosa, garantindo-lhe uma vida com qualidade.

Assim sendo, no dia 24 de setembro de 1998, a prefeita em exercício da Prefeitura Municipal de Florianópolis, assinou a lei municipal nº 5371/98, que dispõe sobre a política municipal do idoso seguindo as diretrizes e princípios da política Nacional do idoso:

1. A família, a sociedade e os poderes municipais constituídos têm o dever de assegurar ao idoso, todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.
2. O processo de envelhecimento diz respeito a toda comunidade florianopolitana, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.
3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.
4. O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política.
5. As diferenças econômicas, sociais, culturais e o respeito às tradições dos vários segmentos da sociedade florianopolitana deverão ser observadas pelos poderes públicos municipais e pela comunidade na aplicação dessa lei.

Para a efetiva implementação da prática destas políticas de atenção ao idoso, há necessidade do reconhecimento e sensibilização da sociedade como um todo, para que estas

leis sejam cumpridas. E a partir daí ao conhecerem e exigirem seus direitos, os idosos possam passar a se sentir valorizados e respeitados. Sustentado pelas idéias de Py (1996, p. 12),

aí estão os velhos, muito e mais, cada vez ganhando visibilidade pela força da presença, aí estão a exigir dessa sociedade que, lhes prolongando os dias se ocupe, agora de assegurar condições dignas para a velhice.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca de um referencial que auxiliasse no desenvolvimento deste trabalho, foi escolhida a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

A escolha deste referencial se deu por diversos motivos:

- Auxilia o pesquisador e o teorizador a identificar os principais elementos, níveis de abstração e métodos de estudo do cuidado, sob uma perspectiva global, compreensiva e de várias faces.
- Esta teoria é decorrente tanto dos campos de conhecimento da Enfermagem como da Antropologia, sendo o cuidado decorrente dos interesses e anseios históricos da Enfermagem e os conceitos culturais e sociais da Antropologia.
- Segundo Leopardi (1999), o foco da estrutura conceitual de Leininger é dirigido para além da tradicional interação ou transação enfermeiro/cliente. A abordagem teórico-prática procura dar conta de focalizar o cuidado em famílias, grupos, comunidades e instituições, numa perspectiva cultural e holística, sendo esta a essência profissional da Enfermagem.
- Visa a descoberta da natureza, do significado e essência do cuidado como a estrutura central e mais importante da Enfermagem, por ser compreensiva, universal e enfocando todas as culturas do mundo. Ela é uma teoria que pode acomodar mudanças repentinas ou graduais nas estruturas sociais e ambientais. Faz reflexões sobre os saberes populares e profissionais, que influenciam o cuidado, sendo o papel primário da Enfermagem, o de fornecer o cuidado, respeitando as crenças culturais.

Sendo que o cuidado segundo Leininger (1991) consiste em atividades de assistência direta ou indireta, de apoio, de facilitação e atitudes que influenciam o bem-estar do indivíduo, famílias e grupos. Ao cuidar de pessoas com comportamentos diferentes, pode-se atuar de acordo com os valores, necessidades ou metas do grupo em uma cultura. Estes comportamentos são de compaixão, proteção, de socorro, de educação, assistência, de ouvir entre outros.

No campo da pesquisa e prática assistencial de Enfermagem, o marco teórico permeia os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (NITSCHKE, 1991).

Segundo Silva e Arruda (1993, p. 85), marco de referência é “um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de Enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo as situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de Enfermagem”.

Partindo do fato de que o marco teórico consiste em um conjunto de crenças, valores, conhecimentos e técnicas que guiam o pensar-fazer dos indivíduos, adotei a teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, a fim de possibilitar o direcionamento deste estudo.

A escolha também se deu pelo fato de Leininger oferecer definições para os conceitos de cuidar/cuidado, cultura, cuidado cultural, saúde, contexto/meio ambiente, diversidade e universalidade cultural do cuidado, sistema de cuidado popular, sistema de cuidado profissional, preservação ou manutenção do cuidado cultural, acomodação ou negociação do cuidado cultural, repadronização ou reestruturação do cuidado cultural, cuidado cultural congruente de Enfermagem, Enfermagem, visão de mundo, dimensões das estruturas socioculturais e etno-história.

Além de suas definições, apresenta pressupostos que dão novo apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo.

4.1 Pressupostos baseados na teoria de Madeleine Leininger e concepções pessoais

Baseando-se na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger e concepções pessoais, foram elaborados os pressupostos aplicados no presente estudo.

A mulher idosa é um ser único, repleta de experiências e potencialidades, que necessita de um *cuidado humanizado*, considerando a diversidade de modos de cuidar, através da interação entre as mulheres idosas e profissionais, buscando a reflexão da AI e AE proporcionando uma melhor QV.

- Os valores, crenças e práticas do cuidado cultural são influenciados pela visão do mundo, linguagem, religião, contexto social, visão política, educacional, econômica, tecnológica, etno-histórica e ambiental da cultura das idosas.
- Os cuidados culturais em seus conceitos, expressões, significados, padrões, processos e formas estruturais podem ser diferentes ou similares através de todas as culturas, levando em consideração os grupos etários, que nesta prática assistencial, são as mulheres idosas.
- O cuidado de Enfermagem é embasado na cultura, contexto/meio-ambiente do grupo das mulheres idosas e seus familiares. Este cuidado é coerente com suas crenças, valores e modos de vida visando um viver saudável.

4.2 Os Conceitos

Os conceitos elaborados e apresentados a seguir, foram fundamentados em Leininger e em outros autores, bem como em minhas próprias concepções.

ENFERMAGEM – segundo Leininger (1991), é uma profissão responsável e comprometida com o cuidado, visando o bem-estar culturalmente definido, congregando ações que buscam preservação (quando o cuidado é mantido, como hábitos favoráveis de saúde), acomodação (quando o cuidado é adaptado, negociado ou ajustado visando um estado benéfico de saúde) e repadronização (quando o cuidado necessita ser modificado, objetivando novos padrões culturalmente significativos, para que estes sejam saudáveis).

Neste trabalho, a enfermeira teve uma interação com a cultura das idosas através da convivência e diálogo, que segundo Martins (1995), constitui o caminho mais importante para o compartilhamento de saberes populares e profissionais. Nesse intuito as formas de atuação de Enfermagem foram coerentes com as diversidades culturais, considerando a integração entre o cuidado cultural e profissional (interdisciplinaridade) na prestação desta assistência, permitindo reflexões sobre as possibilidades de se preservar, acomodar ou repadronizar o cuidado da AI e AE nas mulheres idosas visando a QV.

INTERDISCIPLINARIDADE - conforme Faure (1993), pode ser compreendida como uma integração progressiva dos sistemas conceituais. Trata-se de articular diversas disciplinas entre si por ocasião de um trabalho com o mesmo objetivo que constitui o vetor de questionamento. Estas disciplinas são utilizadas a partir de uma problemática única, sob a ótica de uma modificação dos campos teóricos concernentes.

Entendo que somente com um agir interdisciplinar, havendo interação entre as diversas especialidades das áreas de saúde, se constrói um modelo de saúde democrático, de natureza biológica, psicológica e sócio-estrutural. Portanto, para atender as necessidade das mulheres idosas, nesta prática constituída pelo cuidado da AI e AE visando um viver com qualidade, a Enfermagem teve uma posição de destaque em relação às outras disciplinas enquanto papel articulador e de interação para efetivação da interdisciplinaridade.

SER HUMANO – de acordo com Leininger (1991) e pressupostos pessoais, ser humano é um ser que sofre influência do meio e sobre ele exerce influência, sendo provedor de cuidado e capaz de preocupar-se acerca das necessidades, do bem-estar e da sobrevivência de si próprios e dos outros, garantindo assim a perpetuação de sua cultura.

No referencial teórico deste estudo, o ser humano considerado refere-se às idosas frequentadoras do Grupo Rosário de Luz, residentes na comunidade Mont Serrat, ativas, responsáveis, que tomam decisões, são cidadãs, ou seja, têm direitos e deveres e assim exercem sua cidadania. São capazes de cuidarem-se de acordo com a cultura, estrutura familiar, sistema de crenças, valores e classes sociais a que pertencem, o que é comprovado nesta afirmação:

Gralha Azul: “Quando fiquei viúva, cuidei dos meus filhos, fazia tudo pelas minhas mãos, cozinhava, pagava as contas, sentia-me segura nas minhas condutas”.

É na família, na comunidade, nas suas vivências grupais onde compartilham significados e papéis sociais, os quais norteiam suas ações e maneiras de viver, sendo expresso pela seguinte declaração:

Curió: “Gosto de conversar, fico mais aliviada, desabafo quando conto o que se passa comigo, aí passa o alvoroço, consigo perdoar, mas também gosto de escutar”.

Foi de fundamental importância o envolvimento dos profissionais de uma maneira ativa, objetivando o processo de cuidar a AI e AE das mulheres idosas, sendo co-participantes de cuidados culturalmente congruentes, evitando-se assim a relação vertical entre os profissionais e as mulheres idosas, bem como atitudes impositivas e etnocêntricas por parte do profissional.

ENVELHECIMENTO – segundo Fraiman (1998), a velhice é parte do desenvolvimento humano integral, e não uma predestinação ao fim. É o resultado dinâmico de um processo vital global de uma vida, durante o qual o indivíduo se modifica incessantemente. As mudanças que um indivíduo sofre ou experimenta podem acontecer em qualquer idade, sendo lentas ou abruptas, conscientes ou inconscientes, culturais, históricas, sociais, psicológicas ou biológicas.

O saber envelhecer neste estudo constituiu um lema necessário ao longo do viver para se ter na velhice uma melhor QV. O grande desafio para o futuro é que com o processo do envelhecimento há necessidade de ações em diversos níveis: mudanças de políticas governamentais; valorização e engajamento em grupos/relacionamentos e formas de participação adequadas para a idade avançada. Neste trabalho a velhice é destacada de uma forma natural, baseada nas atitudes e visão de mundo de um grupo de mulheres na faixa etária de 60 a 80 anos, identificando-se e respeitando-se as similaridades e diferenças.

CULTURA – Conforme Leininger (1991), cultura se constitui em valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, apreendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo.

A cultura considerada neste trabalho é aquela na qual as mulheres idosas estão inseridas, composta de valores e crenças que influenciam seu viver, e norteiam suas ações. O cuidado de Enfermagem embasado na cultura, proporcionou o respeito à forma como as idosas consideram a vida, recuperam-se de enfermidades, mantêm a saúde ou enfrentam os processos

de perdas. A valorização da família, do contexto cultural e comunitário em que estas idosas estão incluídas, pela equipe interdisciplinar, favoreceu ações congruentes no atendimento das dimensões da QV, importantes para as mesmas.

Assim sendo, o conceito de cultura demonstrou ser indispensável para o processo de cuidado da AI e AE nas mulheres idosas em busca do melhor viver.

SAÚDE – é o estado de bem-estar, culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete as habilidades dos indivíduos ou grupos para realizar as atividades diárias de uma forma culturalmente expressada, beneficiada e modos de vida padronizados ou satisfatórios (REYNOLDS; LEININGER, 1995).

A saúde-doença permeia todo o processo de viver. A saúde das idosas está relacionada com a capacidade de cuidar-se e conviver com a doença de forma satisfatória de modo a vir ter uma velhice com melhor qualidade, de acordo com o esperado pela sua cultura, valores, crenças e práticas populares.

CONTEXTO/MEIO AMBIENTE – refere-se à totalidade de eventos, situações ou experiências particulares, que dão significado às expressões, interpretações e interações sociais humanas e dimensões ecológicas, físicas, sócio-antropológicas e culturais (REYNOLDS; LEININGER, 1995).

Neste trabalho, o ambiente no qual as mulheres idosas estão inseridas, foi considerado na sua totalidade cultural, tendo este contexto um papel importante em suas atitudes e comportamentos.

Entendo que as idosas que vivem em um ambiente hostil podem ser influenciadas para uma baixa AE e AI, podendo ser fruto de sentimentos de rejeição e insatisfações, enquanto que um ambiente acolhedor e estimulador poderá colaborar no surgimento de uma AE saudável.

AUTO-ESTIMA – de acordo com Neri e Freire (2000), AE significa gostar de nós mesmos, nos apreciarmos de modo genuíno e realista. No entanto, não se trata de um excesso de valorização de nossa própria pessoa, de arrogância ou egocentrismo. Gostamos daquilo que realmente somos, aceitando nossas habilidades e também nossas limitações.

Várias dimensões influenciam na AE das idosas, ou seja, nos sentimentos que possuem a cerca de si próprias, tais como: cultura, família e participação de grupos. Branden (1995 b) afirma que uma AE elevada busca a formação de relacionamentos harmônicos e o estímulo de

metas desafiadoras, e passa a tratar os outros com respeito, benevolência, boa vontade e justiça, sendo ilustrado nas proposições abaixo:

Gralha Azul: “Me sinto amada pelos parentes e vizinhos, graças a Deus”.

Rouxinol: “Tomo minhas decisões sozinha, se esperar pelos outros, não como e não bebo”.

Beija-flor: “Tenho alegria de viver, gostaria de viver para sempre com boa saúde. Tudo que faço, faço cantando, até cozinho cantando, por isso minha filha diz que minha comida é tão gostosa”.

AUTO-IMAGEM – para Zani (1998), desenvolver a AI é alimentar a certeza de que se é capaz de levar uma vida plena e realizada sem se preocupar com a imagem que deve ser apresentada à sociedade, ou seja, sem ter a preocupação se esta imagem é estimulante, inquietante ou decepcionante. Os acúmulos de danos que ocorrem ao longo dos anos são aspectos importantes da adaptação orgânica, bem como as mudanças psicológicas, que dependem de influências culturais e ambientais.

Andorinha: “Gosto dos meus pés, são as firmezas de minha vida, da minha boca e dos meus olhos. Sou vaidosa, não saio de casa sem batom”.

Garça: “Desde moça sou vaidosa, uso jóias, unhas pintadas e gosto de estar sempre bem arrumada”.

A AI representa a figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós, envolvendo tanto imagem mental quanto percepção (SCHILDER, 1981).

A AI neste estudo significou como as mulheres idosas se percebiam, havendo oscilações de sua imagem corporal frente a questões psicológicas.

QUALIDADE DE VIDA – a QV é um fenômeno culturalmente construído em determinado tempo e lugar. Os significados, referenciais simbólicos, comportamentos, valores e padrões de expressão, são previsíveis pela visão de mundo. O contexto ambiental e fatores de estrutura social, como condições econômicas, forças políticas e valores culturais, podem mostrar os padrões dominantes de QV em uma determinada cultura (DEBETIR, citado por FREITAS 1999).

A QV nas mulheres idosas é vista neste trabalho na perspectiva do curso de vida saudável, como um todo, dependendo não só de condições estruturais, mas também de atitudes e valores sociais que contextualizam os pontos de vista das mesmas, das famílias e

dos grupos relativos ao significado da velhice, estando ligado ao processo de envelhecimento saudável, a uma vida mais prazerosa e feliz.

Este processo de viver com qualidade relacionou-se à AI e AE mantidas em níveis desejáveis, envolvendo as múltiplas dimensões da QV preconizadas pelo grupo de mulheres idosas. Os depoimentos abaixo demonstram as diferentes variáveis da QV:

Gaivota: “Vencer a timidez, comer melhor para voltar a ter forma de gente e deixar de roer as unhas”.

Sabiá: “Ter saúde, curar a ferida da perna, poder dançar e estudar”.

Corruíra: “Ter atividade, poder sair, fazer ginástica, ficando só em casa me sinto deprimida”.

A atuação interdisciplinar da equipe de saúde no atendimento das dimensões da QV através das oficinas, acompanhamentos individuais (quando se fez necessário) e visitas domiciliares pela mestranda, foram imprescindíveis na promoção deste bem viver, estando evidenciado nas seguintes declarações:

Gaivota: “Olhe minhas unhas pintadas, deixei de roê-las”.

Sabiá: “Estou feliz de poder dançar e estar mais alegre e satisfeita”.

Corruíra: “Com a ginástica me sinto mais leve, me traz benefícios, mesmo que me mude, não deixo de fazer ginástica”.

5 METODOLOGIA

5.1 Modelo de estudo

Para melhor conhecimento da realidade deste estudo, adotou-se a pesquisa convergente assistencial.

Segundo Trentini e Paim (1999), pesquisa convergente-assistencial tem estreita relação com a situação social, estando comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Um dos pilares da pesquisa convergente-assistencial constitui-se na crença de que a realidade é múltipla e é construída. Este tipo de pesquisa se propõe a descobrir realidades, resolver problemas específicos, em determinado contexto da assistência e poder incluir construções conceituais inovadoras a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto.

A pesquisa convergente-assistencial mostrou-se importante para a implementação do cuidado de Enfermagem, pois através do conhecimento das crenças, valores e estilos de vida das mulheres idosas pode-se preservar práticas benéficas do cuidado, acomodar e reestruturar quando necessário, se propondo a mudanças no contexto da prática.

A Teoria de Leininger proporciona esta abertura quanto às ações de Enfermagem, considerando-se a realidade e contexto cultural das mulheres idosas, pois em situações onde o cuidado seria repadronizado, houve apenas acomodação. Souza (1996) reforça este aspecto afirmando que num trabalho de educação em saúde é de fundamental importância considerar-se o fator cultural e a constante troca entre os saberes populares e técnicos para a tomada de decisões.

Assim sendo, este trabalho foi desenvolvido buscando uma compreensão da cultura, crenças e valores das mulheres idosas, havendo um melhor conhecimento da AI e AE e as

dimensões que estavam interferindo no bem viver. Diante deste fato, as ações da Equipe Interdisciplinar para cuidar da AI e AE, visando a promoção da QV, se deram através da interação com o grupo, respeitando-se a cultura, a vida cotidiana e as dimensões da QV priorizadas pelas mulheres idosas.

A pesquisa convergente-assistencial foi realizada com mulheres do Grupo de Idosas Rosário de Luz, localizado atrás da igreja Nossa Senhora do Mont Serrat na sede do Conselho Comunitário, contando com a presença das integrantes deste grupo.

Os encontros com as idosas se deram através de oficinas, vivências religiosas, passeios e visitas domiciliares.

As oficinas aconteceram no Conselho Comunitário, no período de 07 de maio à 29 de junho de 2001, tendo duração de duas horas/aula, totalizando 12 oficinas envolvendo diversas áreas: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Educação Física, Odontologia, Ensino, Serviço Social e Psicologia, que serão descritas no decorrer deste trabalho.

As visitas domiciliares constituíram um fator importante na concretização da pesquisa convergente-assistencial, permitindo o conhecimento das idosas e, às vezes, familiares no seu contexto/ambiental, facilitando a adaptação do planejamento da assistência da Enfermagem, proporcionando assim, um melhor relacionamento e compreensão das múltiplas realidades.

No total aconteceram 30 visitas domiciliares, sendo agendadas previamente dentro das possibilidades da mestranda e idosas, com tempo variável de acordo com as necessidades emergidas no contexto da prática pesquisada.



Foto1 - Local da Prática Assistencial

5.2 Resgate da História da Comunidade de Mont Serrat

Por volta de 1737, na Ilha de Desterro (assim era chamada a ilha de Florianópolis), os portugueses desenvolveram, com grande interesse, o poderio para defesa militar e passaram a investir em atividades econômicas beneficiando os interesses da colônia. Em torno de 1778, acontece o que se chamou de repovoamento do Desterro, com o deslocamento de negros da Bahia, Rio de Janeiro e até mesmo de Angola (África). O repovoamento da Ilha cumpria os interesses de substituir o índio, praticamente exterminado na segunda metade do século XVIII, passando a mão-de-obra negra a ser sustentação do trabalho na Ilha e em toda Capitania. A comunidade Mont Serrat se formou a partir do êxodo rural, através do encontro de migrantes negros vindo dos municípios da grande Florianópolis e dos descendentes de escravos (SOUZA et al., 1992).

Ainda, segundo o mesmo autor, a comunidade do Morro da Cruz, região que está ligada ao distrito da Trindade, por volta de 1926, com a prática da tradição religiosa da Bandeira do Divino, venerada em toda a Ilha do Desterro, dá início à Irmandade de Nossa Senhora do Mont Serrat. No dia 12 de abril de 1926, é construída uma pequena capela para abrigar a imagem da santa, símbolo religioso da irmandade. A tradição, conta que a imagem de Nossa Senhora de Mont Serrat foi feita por São Lucas e trazida para a Espanha por São Pedro. A estátua é de madeira, coberta com um manto dourado, tendo o Menino Jesus nos braços. O rosto de Nossa Senhora e do Menino Jesus são de cor negra.

A religiosidade da comunidade foi determinante na definição de seu nome, hoje conhecida e respeitada como “Mont Serrat”. Diversas irmãs da congregação foram morar fora da grande casa (convento) surgindo a “Fraternidade Esperança”, cujos membros iniciaram, no Mont Serrat, trabalhos comunitários na área da saúde e educação (creche, que hoje continua a ser desenvolvida pelas irmãs da Divina Providência).

Além da tradição religiosa, o samba sempre esteve presente no sangue desta comunidade, onde foi criada a escola de samba Copa Lord.

Em 1978, a atividade comunitária foi incentivada pelo padre Agostinho, contagiando a comunidade a participar na construção e organização, criando desta forma o conselho comunitário.

Os anos 80 foram intensos e marcados por atividades que contribuíram para o desenvolvimento e crescimento da comunidade como um todo, tais como a construção da

igreja de Mont Serrat, o reservatório d'água, o calçamento da rua geral, o centro de saúde e a escola básica.

Através da participação e do compromisso com o coletivo, a comunidade Mont Serrat exerceu grande influência na cidade e no processo organizativo das comunidades da periferia de Florianópolis, servindo como referencial de uma nova ordem social (Souza , et al. 1992).

O Centro de Saúde (CS) Monte Serrat, localizado no centro da cidade de Florianópolis, na encosta do Morro da Caixa, na rua General Vieira da Rosa, passou por uma reforma em 1999, e atualmente sua área física é composta por três consultórios de: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Possui também, sala para vacina e curativo, além de dois banheiros e uma recepção que funciona como farmácia, sala de triagem e arquivo.

Para atender a demanda, o CS conta com uma equipe do Programa da Saúde da Família (PSF) composta por: médica, enfermeira, duas técnicas de Enfermagem e sete agentes comunitárias de saúde. O PSF atua organizando as ações básicas de saúde e mudando o modelo de assistência enfatizando a atenção primária.

O planejamento de todos os trabalhos do CS está voltado para a assistência primária com base na prevenção, priorizando gestantes, crianças, pacientes com agravos (hipertensão arterial, diabetes Mellitus, tuberculose, hanseníase), considerando as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

E mais recentemente surgem outros programas na Prefeitura Municipal de Florianópolis, como o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), constituindo um elo entre a comunidade e o CS, enfatizando as ações preventivas e promoção de saúde. O Programa Capital Criança que prioriza o atendimento à mulher enquanto gestante, puérpera e criança de zero a cinco anos de idade.

Com a implantação do PSF e destes outros programas no CS Mont Serrat, em 1999 houve cadastramento das famílias e mapeamento da comunidade do Mont Serrat realizado pelos ACS. A área de abrangência deste CS é constituída por treze micro-áreas, das quais seis micro-áreas situadas no Morro da Cruz e sete micro-áreas no Mont Serrat. Essas treze micro-áreas identificam-se entre si por apresentarem infra-estrutura e população em condições econômicas e culturais heterogêneas. Algumas micro-áreas são consideradas de risco por apresentarem precariedade de saneamento básico. A comunidade integra o mapa das regiões carentes do município.

A população da área de abrangência, ou seja, de responsabilidade do CS Mont Serrat, é de 2.800 famílias, tendo um considerável número de idosos.

O acesso ao CS é prejudicado pelo fato de ser através de uma escadaria com 67 degraus, sem corrimão. Devido a este fato, as reclamações dos usuários são frequentes, principalmente os deficientes físicos, idosos, gestantes, puérperas, pós-cirúrgicos, cardíacos, entre outros.



Foto 2 - Acesso ao CS Mont Serrat

Por esta razão foi feito juntamente ao Conselho Local de Saúde desta comunidade, um documento solicitando à gestão administrativa de Florianópolis, para transferir o CS para um local mais apropriado, previsto nas normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria n.º 1884/94 (trata de critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde). Este documento foi respaldado pelas normas do Programa Capital Criança; políticas governamentais: Lei Nacional do Idoso n.º 8842 de 04/01/94, Decreto n.º 1948 de 13/7/96 e Lei Municipal do Idoso de Florianópolis n.º 5371/98, que propõe o direito à população idosa de uma vida com qualidade, tendo acesso à saúde.

O grupo de idosas da comunidade de Monte Serrat formou-se há seis anos, com o objetivo de retirar as idosas de uma vida exclusivamente dentro de casa e incluí-las em um

universo mais abrangente, criando dessa forma vínculos mais saudáveis com a família e comunidade.

Inicialmente o grupo das mulheres idosas teve o nome de Nossa Senhora de Mont Serrat, posteriormente foi denominado de Rosário de Luz, pelo aspecto religioso e por estar associado à Ação Social Arquidiocesana. A partir de 12 de setembro de 1999 este grupo passou a ser vinculado ao Centro Cultural Escrava Anastácia da Capela Nossa Senhora do Mont Serrat.

Atualmente conta com quarenta mulheres integrantes, reunindo-se uma vez por semana, às quintas feiras, na sala de reuniões do Conselho Comunitário. As atividades que realizam são variadas: bingos, passeios e competições. Até a realização deste trabalho acadêmico a abordagem a cuidados com a saúde das idosas não estava incluída nos encontros. O processo de cuidar da AI e AE das mulheres idosas visando a promoção da QV, integrou diversas áreas, entre elas a saúde. As ações desenvolvidas foram congruentes com a cultura destas mulheres, envolvendo uma atuação da equipe da saúde interdisciplinar em conjunto com as mesmas, para atendimento das variáveis da QV por elas preconizadas.

5.3 População Alvo

No início foi escolhido uma população de vinte pessoas idosas para o estudo, mas ao apresentar a proposta do trabalho a ser desenvolvido, houve um grande interesse das mulheres pertencentes ao grupo Rosário de Luz. Desta maneira, a assistência foi estendida à todas as mulheres que se encontram na faixa etária de 60 a 80 anos, integrantes deste grupo e residentes na comunidade de Mont Serrat.

No primeiro contato foram esclarecidos os objetivos deste estudo, ou seja, a importância do cuidar da AI e AE objetivando o bem viver. Nesse momento também foram facilitadas interações entre os profissionais de saúde e as idosas do grupo, através da troca de idéias, diálogo, manutenção, acomodação ou repadronização dos modos de cuidar.

As participações das idosas em todo processo aconteceram com suas devidas concordâncias. O presente estudo está de acordo com que propõe a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Através de um formulário de consentimento pós-informação, baseado em Radünz (1999) (Anexo 1), trinta

idosas assinaram o formulário, sendo este o total de mulheres idosas que estavam presentes no término do trabalho.

Para garantir o anonimato e sigilo das identidades de todas as envolvidas neste trabalho, inicialmente pensei em dar nomes fictícios de flores, mas uma das idosas se adiantou e entre risos disse: *“quero ser um sabiá livre para voar...”* A idéia foi contagiante e surgiram vários nomes de pássaros sucessivamente e cada nome tinha um significado:

“Quero ser um beija-flor para beijar todas as flores e sentir seus perfumes”;

“Gostaria de ser chamada de canarinho, tão mimoso, cantador, adoro escutar seu canto, alegre minha vida”;

“Ah! Um papagaio, porque fala bastante e também sou faladeira”;

“Quero ser aquele bichinho elegante, uma garça, com as pernas compridinhas, daquelas que se vê na beira-mar”;

“Queria ser uma andorinha para voar bastante e chegar até o Maranhão e achar meus parentes”.

▪ **Perfil das Mulheres Idosas**

A primeira etapa deste estudo, consistiu no levantamento do perfil das idosas, sendo este importante para a construção de um cuidado culturalmente coerente, considerando-se os fatores religiosos, sociais, educacionais, econômicos e ambientais.

Segundo Reynolds e Leininger (1995), o cuidado de Enfermagem culturalmente congruente pode acontecer apenas quando a cultura e os valores de cuidados são conhecidos e usados adequadamente e de maneira significativa na prática assistencial.

O perfil das idosas foi identificado conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Número de idosas participantes da Prática Assistencial do Grupo Rosário de Luz, segundo Faixa Etária. Florianópolis, 2001.

| Faixa Etária | Total | Frequência Relativa (%) |
|---------------------|--------------|--------------------------------|
| 60 - 64 | 12 | 40,00 |
| 65 - 69 | 4 | 13,34 |
| 70 - 74 | 9 | 30,00 |
| 75 - 80 | 5 | 16,66 |
| Total | 30 | 100 |

Analisando esses resultados, constatou-se que a maior porcentagem encontra-se na faixa etária das idosas mais jovens (40%). Segundo Peixoto (1997) os programas para a Terceira Idade criaram um espaço coletivo para redefinição de formas de sociabilidade e de estilos de vida para as mulheres que diante de perdas indesejadas, buscam novas formas de viver.

Tabela 2 – Número de Idosas participantes da Prática Assistencial do Grupo Rosário de Luz, segundo o Grau de Escolaridade. Florianópolis, 2001.

| Grau de Escolaridade | Total | Frequência relativa (%) |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------|
| Não Alfabetizadas | 5 | 16,67 |
| Alfabetizadas | 5 | 16,67 |
| 1º Grau Incompleto | 18 | 60,00 |
| 2º Grau Completo | 2 | 06,66 |
| Total | 30 | 100 |

Considerando-se a especificidade dos resultados revela ser grande a quantidade de idosas não escolarizadas, 33,34% e 60% não concluíram o 1º grau.

Conforme Peixoto (1997), entre a década de vinte e trinta do século passado, eram baixos os percentuais da população que tinham acesso à escola, sobretudo as mulheres, ensinadas para o casamento, afazeres domésticos e pouco importando a escolaridade.

Tabela 3 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz, participantes da Prática Assistencial, segundo Arranjo Domiciliar (designa a unidade doméstica em que há relação de parentesco entre seus membros). Florianópolis, 2001.

| Arranjo Domiciliar | Total | Frequência Relativa (%) |
|---------------------------|--------------|--------------------------------|
| Casal | 5 | 16,67 |
| Casal + filhos | 6 | 20,00 |
| Idosa + filhos | 11 | 36,67 |
| Idosa | 5 | 16,67 |
| Idosa + parente | 3 | 10,00 |
| Total | 30 | 100 |

Em razão dos resultados, observa-se um número significativo de mulheres sem cônjuge morando com filhos (36,67%). Segundo Domingos e Zeitoune (1999) esse tipo de arranjo domiciliar vem crescendo a partir da década de 70 em decorrência das características socioculturais da sociedade brasileira que normalmente se estabelece por processo de reestruturação familiar por perdas ou desengajamento social. Ainda, segundo estes autores, a maioria das mulheres idosas tanto no Brasil como em países diferentes, faz parte de famílias extensas.

Tabela 4 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Estado Civil. Florianópolis, 2001.

| Estado Civil | Total | Frequência Relativa (%) |
|---------------------|--------------|--------------------------------|
| Casada | 10 | 33,33 |
| Solteira | 2 | 6,67 |
| Viúva | 16 | 53,33 |
| Divorciada | 2 | 6,67 |
| Total | 30 | 100 |

Observa-se que são as viúvas que apresentam maior percentual (53,33%), seguida das casadas (33,33%).

Neri (2001) afirma que é maior a longevidade das mulheres aos 65 anos, em comparação com os homens. Os dados desta autora são reafirmados através dos dados do consolidado do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o qual mostra que as famílias cadastradas no ano de 2000, 64,67% da população idosa do Mont Serrat, é do sexo feminino. Outro fato a ser destacado ainda, é que a maioria das idosas é mais jovem em relação ao seu cônjuge, estando ligada ao fator cultural.

Tabela 5 – Números de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Naturalidade. Florianópolis, 2001.

| Naturalidade | Total | Frequência Relativa (%) |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------|
| Grande Florianópolis | 22 | 73,34 |
| Outra cidade SC | 8 | 26,64 |
| Total | 30 | 100 |

Com base nos dados obtidos da pesquisa 73,34% das idosas é natural da grande Florianópolis e de etnia açoriana (86,67%).

De acordo com Espírito Santo et al (2000), Florianópolis foi colonizada por imigrantes da Ilha dos Açores, em meados do século XVIII, e como nesta época a inquisição aflorava, imperando a religião católica, também trouxeram para a Ilha muitos mitos e crenças, como o mito da caça às bruxas e outros.

Tabela 6 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Etnia. Florianópolis, 2001

| Etnia | Total | Frequência Relativa (%) |
|----------------------|--------------|--------------------------------|
| Origem Negra | 18 | 60 |
| Origem Branca | 12 | 40 |
| Total | 30 | 100 |

Segundo Souza et al (1992), são essas as mulheres do Mont Serrat! Ensinam a gente a viver com dignidade e abrem espaço para que a vida nasça todos os dias com esperança de ser melhor construída com as nossas mãos, nossa garra e nosso suor. Mulheres trabalhadoras com

anos de incansável trabalho na fonte, nas bicas e nos tanques, frente ao salário mínimo, recebido pela aposentadoria da previdência social em nosso país. O percentual das mulheres idosas de origem negra é de 60%, e em Florianópolis o negro continua a ocupar uma posição econômica inferior e análoga a que ocupava no passado. Continua sendo agente de serviços braçais e domésticos.

Tabela 7 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Religião. Florianópolis, 2001

| Religião | Total | Frequência Relativa (%) |
|-------------------|--------------|--------------------------------|
| Católica | 20 | 90,00 |
| Evangélica | 1 | 3,33 |
| Espírita | 2 | 6,67 |
| Total | 30 | 100 |

Observa-se que 90% das mulheres idosas são de religião Católica. Segundo Souza et al (1992), nos últimos 76 anos, a igreja foi presença marcante na população e os elementos de um “catolicismo popular” sempre estiveram presentes na vida deste povo, desde os primeiros passos da Irmandade Nossa Senhora do Mont Serrat.

Bassini (2000, p. 500) afirma que “religião é a expressão ou manifestação da espiritualidade, e segundo a concepção universal, o caminho de Deus”. Segundo o mesmo autor baseado em Highfield, religião é o conjunto de valores, crenças e práticas onde as pessoas buscam preencher suas necessidades espirituais de auto-aceitação, relacionamento e esperança.

Percebe-se que a igreja está muito próxima da vida comunitária de Monte Serrat, fazendo parte das iniciativas que nascem na comunidade, entre elas, organização de Escola de Samba do Copa Lord, grupo de jovens, etc. A declaração que se segue permite comprovar esta afirmação:

Arara: “Sou católica graças a Deus, toda minha vida fui religiosa, pertencço ao apostolado Sagrado Coração de Jesus e nosso lema é oração e ação”.

Tabela 8 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Fonte de Renda. Florianópolis, 2001

| Fonte de Renda | Total | Frequência Relativa (%) |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Aposentadoria | 12 | 40,00 |
| Pensão | 3 | 10,00 |
| Aposentadoria + Pensão | 13 | 43,34 |
| Outro benefício | 2 | 6,67 |
| Total | 30 | 100 |

Os resultados mostram que 43,34% vivem de aposentadoria e pensão, predominando idosas com vínculo previdenciário. São mulheres trabalhadoras, sendo que a maioria viveu de empregos domésticos e lavação de roupas, pois segundo Cardoso (1992), havia na comunidade uma cachoeira natural na qual as mulheres lavavam roupas. Eram mulheres alegres, que cantavam e conversavam enquanto trabalhavam, como se estivessem numa festa, como é destacado na fala a seguir:

Trincaferro :“Lavava muita roupa na cachoeira, ajoelhada em cima da pedra e enquanto lavava, cantava hinos de louvor a Deus, assim Deus me protegia e dava forças para trabalhar e sustentar meus filhos”.

Tabela 9 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Número de Filhos. Florianópolis, 2001

| N.º de Filhos | Total | Frequência Relativa (%) |
|----------------------|--------------|--------------------------------|
| Nenhum | 2 | 6,67 |
| 01 - 04 | 17 | 56,67 |
| 05 - 08 | 6 | 20,00 |
| 09 ou mais | 5 | 16,67 |
| Total | 30 | 100 |

Muitos casais não faziam planejamento familiar, pois não existiam contraceptivos orais e também pode estar ligado à religião católica que dá apoio somente aos métodos naturais.

Tabela 10 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Tempo de Moradia. Florianópolis, 2001.

| Tempo de Moradia | Total | Frequência Relativa (%) |
|-------------------------|--------------|--------------------------------|
| 17 – 29 anos | 1 | 3,33 |
| 30 – 42 anos | 10 | 33,33 |
| 43 – 55 anos | 7 | 23,33 |
| 56 – 68 anos | 12 | 12,40 |
| Total | 30 | 100 |

Pode-se observar através destes dados que 33,33% das idosas vivem de 30 à 42 anos nesta comunidade, tendo uma única rede social, constituindo uma rede de vínculos na qual as idosas estão envolvidas.

Segundo Cartana (1988), o fato de uma população moradora constituir uma única rede social, faz com que qualquer evento ocorrido ali tenha repercussão entre todos os moradores. Desta maneira, percebe-se a importância do conhecimento das crenças e valores para prestação de cuidados culturalmente coerentes. Reforçadas pelas idéias de Souza M. (2000) da importância de se conhecer a família no seu contexto sócio-econômico/cultural, problematizando e encontrando alternativas de solução de maneira conjunta envolvendo a equipe de PSF e lideranças locais.

De acordo com Leininger (1991), o objetivo de sua teoria é conhecer a natureza, sua essência e propósitos sociais, desenvolver e melhorar o cuidado de Enfermagem que tem funções culturais universais específicas.

As crenças das idosas e de seus familiares necessitam ser respeitadas, ou seja, reconhecidas e valorizadas. O respeito, constituiu um fator determinante no planejamento e implementação da assistência e pesquisa convergente-assistencial. Minayo (1994) salienta que o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial de pesquisa qualitativa e a interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados é essencial.

5.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período vespertino, em horário e espaço previamente determinados ou sugeridos por cada participante, nos meses de maio a junho de 2001, após agendamento com as mulheres idosas.

Leininger (1991) propõe uma série de “guias habilitadores” que incluem a observação participante e entrevistas, pois é aí que serão envolvidos todas as explicações acerca da realidade e os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário (Anexo 2). Para Marconi; Lakatos (1990), questionário é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas. O questionário que foi utilizado na prática assistencial aplicado em domicílio, inicialmente foi baseado em Steglich (1978), referindo-se à AE e AI na terceira idade, contemplando as características dos sujeitos nos aspectos orgânicos, sociais, intelectuais e emocionais.

Ao apresentar os princípios e perspectivas dos métodos qualitativos em Enfermagem, Leininger (1985 a) desenvolveu um método de pesquisa que denominou etno-enfermagem. Fundamentada nos etnométodos e especialmente, na etnografia (incluindo os conceitos do *etic* e *emic*), a autora propôs um referencial para trabalhar os aspectos culturais da Enfermagem. Definiu a perspectiva *etic*, como a interpretação das experiências daquela cultura, a partir de fora, ou seja, controlada pelo pesquisador, e, nesta prática, referiu-se à aplicação do referido instrumento no primeiro momento. No segundo momento, foi usada a visão *emic*, a qual Leininger definiu como a forma pela qual os próprios membros da cultura percebem seu mundo, focalizando o que o grupo pensa, suas crenças e valores.

Spradley (1980) refere que o observador participante chega ao campo de pesquisa com dois propósitos principais: engajar-se nas atividades da situação, sempre atento aos aspectos éticos, e observar criteriosamente as atividades, as pessoas e os aspectos físicos da situação.

Minayo (1994) salienta que o campo não é neutro, a maneira de fazer a observação participante revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los.

No presente trabalho, o processo de interação entre os profissionais e as mulheres de terceira idade se deu através de oficinas que, segundo Nitschke (1999), podem ser

compreendidas como um processo de interação entre um grupo de pessoas em que todos trocam experiências, sendo mestre-aprendizes. Assim, nas oficinas foram desenvolvidas atividades educativas, processos de interações, estratégias de cuidar, possibilitando troca de conhecimentos e valores, contribuindo deste modo, para manter a AI e AE em níveis desejáveis, visando um viver saudável. As oficinas desenvolvidas pela equipe interdisciplinar, foram articuladas e integradas pela mestranda.

Alonso (1994) afirma que o processo educativo desenvolvido numa modalidade grupal, parece favorecer o fortalecimento das potencialidades individuais e também grupais, bem como a descoberta de recursos através dos atos de compartilhar experiências e valores.

Desta maneira, percebe-se que as oficinas educativas na assistência às idosas, possibilitaram a construção de saberes através de diálogo, questionamentos e exposições de experiências de vida.

Durante o desenvolvimento da prática, utilizaram-se registros em forma de diário de campo, anotações, consultas em prontuários e entrevistas que ocorreram simultaneamente à aplicação do instrumento de coleta de dados.

Vale ressaltar que foram utilizados alguns critérios baseados em Ludke e André (1986), pois o trabalho de campo permitiu uma imersão na realidade para entendimento das regras, costumes e convenções que governaram a vida do grupo estudado.

5.5 Análise dos Dados

Segundo Lüdke e André (1986), a análise de dados da pesquisa qualitativa tende a seguir um processo intuitivo, ou seja, os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início do estudo. As abstrações se formam ou se consolidam basicamente a partir da inspeção dos dados num processo de baixo para cima. O desenvolvimento do estudo se assemelha a um funil: no início há questões ou focos diferentes muito amplos, que no final se tornam mais diretos e específicos. O pesquisador vai precisar melhorar esses focos à medida que o estudo se desenvolve.

Para Leininger (1987), ao fazer uso da etno-enfermagem, o pesquisador deverá ter em mente que o método requer várias ferramentas filosóficas e de pesquisa geral para estudar a idéia relacionada a reflexões, descrições, experiências participativas e dados detalhados. Esses são derivados de estratégias habilitadoras que o método requer. Assim, as opiniões, crenças,

valores e interpretações profissionais podem ser temporariamente suspensas ou controladas para que se possa vislumbrar as idéias *emic* (linguagem própria da cultura estudada) e que o pesquisador mantenha sua focalização no contexto cultural, qualquer que seja o fenômeno que esteja sendo estudado.

Minayo (1993) aponta três finalidades complementares da fase de análise: estabelecer uma compreensão dos dados coletados; responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Neste trabalho, a mestranda, fazendo reflexões conjuntamente com as mulheres idosas, a partir de suas identificações e definições sobre a AI, AE e QV, verificaram as dimensões que interferiam no viver, oportunizando às mesmas possíveis opções para um viver saudável.

O cuidar da AI e AE nas mulheres idosas levou em consideração as ações que visam preservar, acomodar ou repadronizar este cuidado, de acordo com crenças e valores relevantes de suas culturas. Estas ações foram desenvolvidas após reflexões junto à população alvo, tendo como ponto básico o diálogo e consideração do contexto cultural para desenvolver as ações de Enfermagem.

Assim, a equipe multiprofissional foi envolvida para atender as inúmeras dimensões da QV das idosas. Reforço que esta equipe de profissionais envolvida na prática assistencial assumiu uma postura interdisciplinar e este desafio à interdisciplinaridade foi feita pela mestranda, interagindo com os profissionais de diferentes especialidades para o alcance de um objetivo comum ou seja, o cuidar da AI e AE das mulheres idosas, vendo-as de maneira integral. Neste sentido aconteceu a interdisciplinaridade, reforçado por Japiassu (1976), que define interdisciplinaridade como uma relação de reciprocidade, de mutualidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, levando à substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano.

Finalmente, após as oportunidades oferecidas às mulheres idosas pela equipe interdisciplinar para manter elevadas a AI e AE, foi feita uma investigação sobre possíveis mudanças ocorridas em relação à QV destas mulheres frente a esta prática assistencial, através de uma oficina que explorou a gama de dimensões que envolvem a QV das mesmas e a nova aplicação do questionário desenvolvido por Steglich (1978).

5.6 Ampliação das questões éticas

Sung e Silva (1997) afirmam que ética é um ramo do conhecimento que explica o comportamento moral, esclarecendo sua razão de ser, as causas das diferenças dos comportamentos. Seu objeto são os atos humanos praticados livre e conscientemente. A ética em si não é normativa e sim explicativa, fazendo levantamentos comparativos do comportamento humano nas sociedades, procurando explicar porque os homens recorrem à diversas práticas e, às vezes, opostas.

Segundo Berlinguer (1996), o nascimento da bioética tornou-se o setor mais dinâmico do renascimento da ética e um dos campos mais sugestivos da reflexão filosófica. Devendo-se aos fatos de que o desenvolvimento da ciência e da tecnologia trata problemas inéditos, privilegiando tão somente as situações extremas, descuidando-se do fato de que a saúde e a doença são para todos um campo universal de experiência, de reflexão e até de escolhas morais. Devido à complexidade e heterogeneidade atualmente constatadas na sociedade e no comportamento diversificado, são temerárias as prescrições de receitas éticas acabadas, sendo mais prudente o profissional de saúde tratar as situações, tendo como base a singularidade de cada ser humano.

A partir do estudo da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (1991), percebo que a questão ética permeia toda teoria através da importância de respeitar a cultura do cliente, crença, valores e estilos de vida. Propõe um cuidado cultural baseado em três formas de atuação: preservação, acomodação e reestruturação cultural do cuidado. A teórica enfoca o aspecto ético quando se preocupa com os fatores culturais que influenciam o comportamento do cliente, evitando imposição de outra cultura e diferentes práticas de saúde.

A prática do cuidado transcultural da Enfermagem foi baseada nas diversas realidades culturais, ambientais e de estrutura social, também reforçadas por Hayflick (1996) quando afirma que os seres humanos, já ao nascer, apresentam uma enorme gama de diferença na maioria das variáveis mensuráveis. As diferenças frequentemente não estão relacionados à idade. É como se cada um de nós iniciasse a corrida para o envelhecimento com os pés em uma linha diferente. No decorrer da prática de Enfermagem foram consideradas os aspectos culturais, compartilhando com as idosas, de modo que Enfermagem/Equipe Interdisciplinar eram sujeitos da ação, sendo envolvidas durante todo o processo. A questão ética foi

considerada à medida em que foram respeitadas as decisões das idosas, de acordo com suas crenças e valores culturais, relacionados às suas participações nas oficinas desenvolvidas para o atendimento das dimensões da QV. Esta afirmação pode ser exemplificada na oficina da sexualidade, onde algumas mulheres idosas que, com a perda de seu cônjuge, optaram pela cessação da vida sexual, isto é, não incluindo a sexualidade como uma dimensão de sua QV. Assim sendo, foi trabalhado apenas com as mulheres idosas que manifestaram concepções diferentes no que diz respeito à sexualidade de acordo com seus padrões culturais.

Vale lembrar que o presente estudo seguiu as proposições da resolução 196/96 do Ministério da Saúde e a participação das mulheres idosas aconteceu com seus devidos consentimentos.

5.7 Dimensões educativas

Neste trabalho, a questão educativa também foi abordada pois houve respeito a valores, crenças, estilos de vida e compromisso profissional em relação ao grupo de idosas, numa relação dialógica, isto é, que proporciona o desvelamento e transformação da realidade.

O processo se constituiu em oficinas educativas, no grupo Rosário de Luz, interagindo com profissionais da equipe interdisciplinar, utilizando a experiência conjunta para crescimentos e transformações.

A interação ocorreu através do diálogo, como o caminho mais importante para o compartilhar do sistema popular e profissional de saúde e desenvolvimento de dinâmicas de grupo. A integração dos participantes ocorreu num ambiente descontraído, visando um cuidado cultural coerente, para a promoção da AI e AE em níveis desejáveis compartilhando-se experiências e emoções. Neste sentido, as ações educativas ocorreram através do diálogo e permearam toda a prática assistencial.

O diálogo, segundo Freire (1990), não pode ser reduzido ao ato de depositar idéias de um sujeito para outro, nem tão pouco se tornar uma simples troca de idéias a ser consumida pelas pessoas que participam do processo educativo. É necessário haver também amor, confiança, humildade e esperança.

Os momentos educativos aconteceram durante todo o trabalho e à medida que surgiam cuidados a serem repadronizados, ocorria todo um processo de reflexão com as idosas frente a este cuidado, como o especificado no relato abaixo:

Andorinha: “Tenho medo de fazer exame preventivo de câncer de colo de útero”.

Houve um esclarecimento sobre a necessidade e importância da realização do exame para detectar problemas precoces, evitando complicações futuras, sendo a idosa estimulada a cuidar de sua saúde e encaminhada ao CS.

6 APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

6.1 Identificar como as mulheres idosas definem auto-imagem, auto-estima e qualidade de vida

Passada a primeira etapa, que compreendeu o levantamento do perfil das mulheres idosas do presente estudo, o qual permitiu o conhecimento do cotidiano das mesmas, seus significados culturais e costumes, caminhou-se para a segunda etapa que consistiu na efetivação da assistência através de oficinas, visitas domiciliares e consultas pela equipe do Programa de Saúde da Família. As oficinas também promoveram a interação entre profissionais da equipe interdisciplinar e as idosas, favorecendo o conhecimento, troca de informação, sensibilização, demonstração de interesses, dedicação, responsabilidades, busca e utilização de recursos, discussões das questões éticas e dimensões educativas.

Houve uma aceitação total da proposta assistencial pelas mulheres idosas, sendo manifestada pela emoção estampada nos rostos das mesmas quando as descrevi como seres humanos, cidadãs ativas, responsáveis, capazes de cuidarem de si mesmas.

Enquanto as participantes do grupo permaneciam sentadas em círculo, com os olhos fechados, numa posição confortável, respirando lentamente, ouvindo o ruído da própria respiração, num momento de intimidade consigo mesmas, ouvindo uma música baixinha (barulhos da natureza e canto dos pássaros), foi feita a dinâmica “espelho mental”, auxiliando desta forma as idosas a tomarem consciência da imagem que têm de si.

Zani (1998) afirma que o corpo tem influência fundamental na construção da AI, pois ao se olhar no espelho, o indivíduo reforça a identidade física e psicológica, gerando maior

autoconfiança e aprendendo a gostar do seu corpo. Os depoimentos a seguir revelam que algumas idosas apreciam muito o seu corpo:

Quero-Quero: “Gosto de tudo, me amo de verdade, gosto dos meus cabelos, do meu agrado com as pessoas, passear, dançar. A parte que mais gosto é do meu coração, tem muitos nomes gravados”.

Papagaio: “Gosto do meu corpo, como Deus me deu, eu aceito. Gosto de tudo, minha fala, meu jeito, meu olhar, da minha conversa com as pessoas”.

Garça: “Gosto de tudo em mim, me acho atraente, charmosa”.

Pardal: “Gosto da minha boca, do meu ouvido, do meu nariz, da minha vida, eu sou feliz”.

Através desses depoimentos pode-se concluir que possuir AI positiva é produto de autoconfiança e força interior, desempenhando papel dinâmico e contribuindo para a maturidade, tão essencial para o indivíduo se sentir bem vindo à sociedade. Maurus (1989), faz considerações quanto a AI, que pode ser produto de experiências passadas, de sucessos e fracassos, humilhações e triunfos. Uma AI fraca corroe a pessoa por dentro, enfraquecendo-a em suas relações humanas, como também sua saúde física. A tais pessoas falta auto-respeito, autovalorização e autoconfiança.

Os seguintes depoimentos retratam essa afirmação:

Asa Branca: “Como estou ficando uma velha franzida, tenho raiva do meu cabelo, não tem jeito, queria que fosse crespo. Queria uma saúde melhor, ser mais segura, às vezes tenho depressão”.

Este processo é explicado por Erbolato (2000) quando afirma que durante o envelhecimento há alterações nos órgãos e sistemas do corpo, podendo ser manifestado por rugas, flacidez, cabelos brancos ou ralos, havendo necessidade de compreensão das modificações como parte do processo.

Dando continuidade aos trabalhos com oficinas, trabalhou-se também o ABC dos sintomas da boa AE. Segundo Maurus (1989) a AE é a soma da autoconfiança e do auto-respeito. É a convicção de que se é competente e digno de viver. Moyses (2001) acrescenta que AE é o ato de gostar e confiar em si mesmo, estando basicamente apoiado em suas idéias e direitos de ser feliz

Uma AE positiva significa gostar de uma parte importante de nós mesmos: nosso corpo, nossa maneira de ser, relacionamentos harmoniosos. Sendo comprovado na afirmação a

seguir: *Corruíra*: “*Sou calma, segura, gosto do meu corpo, me amo*”. Finalizando a primeira das oficinas, foram distribuídas mensagens de AI e AE às idosas.

Posteriormente as mulheres idosas, sugeriram que fossem feitas visitas domiciliares, quando poderiam compartilhar encantos e desencantos, dividindo fardos, sem máscaras, mostrando a face que às vezes não sentiam-se a vontade para mostrar no grupo. Desta forma, foram feitas paralelamente às oficinas, visitas a trinta idosas e aplicado também o instrumento de Steglich (1978), o qual serviu de subsídio para o conhecimento da AI e AE das mulheres idosas. Este instrumento foi de extrema relevância para os conteúdos a serem trabalhados com as mesmas, como: solidão, morte, memória, relações familiares, religião, entre outros, objetivando uma melhor QV.

Assim, as definições da AI, AE e QV foram se evidenciando nos encontros através da observação participante, oficinas e aplicação do questionário nas visitas domiciliares .

No que se refere ao conceito de QV, foi difícil defini-lo objetivamente pois é considerado como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições de um ser humano.

Relacionado à estrutura social, Leininger (1985 b) pontua vários fatores interdependentes que compõem esta estrutura. Estes fatores podem ser identificados e estão presentes em todas as culturas desde os primórdios da humanidade. A diferença ocorre na valorização de alguns em detrimento de outros. Inclui nesta estrutura o sistema religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural, delimitados pelos contextos lingüísticos e ambientais.

Em virtude desta gama de variáveis que envolvem a estrutura social e QV, existe dificuldade em se estabelecer a intensidade que cada uma dessas dimensões teria no contexto da avaliação do bem- estar subjetivo e conseqüentemente da QV.

Assim sendo, o grupo de mulheres idosas ressalta a necessidade de viver a vida de maneira positiva envolvendo múltiplas dimensões, incluindo a saúde, a importância de relacionamentos saudáveis, entre outros, para se desfrutar de uma vida com qualidade.

6.2 Verificação das dimensões que interferem na AI, AE em mulheres do grupo em foco

As oficinas foram primordiais para o alcance do objetivo quando foram definidas as dimensões que influenciavam na AI, AE e QV.

Neste encontro foi proporcionado um ambiente descontraído e harmonioso, com uma música suave. As idosas trabalharam em grupo e foram entregues revistas, tesouras, cola, folhas de papel pardo e canetas. Cada grupo expressou-se através de manuscritos e, na sua maioria, recortes de revistas, representando os significados, valores e importâncias dos aspectos da vida.



Foto 3 - Mulheres do Grupo Rosário de Luz identificando as dimensões que interferem na AI, AE e QV.

Os cartazes confeccionados foram compilados e as dimensões foram identificadas pelas idosas, conforme resultados da tabela a seguir:

Tabela 11 – Somatório de pontos dados pelas idosas do Grupo Rosário de Luz, participantes da Prática Assistencial, relacionados às Dimensões que influenciam na AI, AE e QV. Florianópolis, 2001.

| Dimensões | Total | Freqüência (%) |
|-------------------------|--------------|-----------------------|
| Nutrição | 5 | 7,81 |
| Estudo | 4 | 6,25 |
| Atividade Física | 5 | 7,81 |
| Saúde | 16 | 25,00 |
| Relacionamentos | 18 | 28,13 |
| Lazer | 6 | 9,38 |
| Sexualidade | 6 | 9,38 |
| Religião | 4 | 6,25 |
| Total | 64 | 100 |

Os resultados são compatíveis com a declaração de Nadas (2001) que diz serem múltiplos os fatores que determinam a QV das pessoas ou comunidades. Acrescenta ainda que é difícil definir objetivamente a QV, por ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais, opções de lazer, qualidade dos relacionamentos, espiritualidade, felicidade, entre outros.

Isto também é ilustrado através destes relatos:

Quero-Quero: “Sempre fui pobre, nasci, me criei, casei pobre e vou morrer pobre e sou feliz, graças a Deus”.

Andorinha: “Ter saúde, saber ler, estudar e conhecer minhas raízes”.

Águia: “Sou feliz, todo dia que amanhece agradeço a Deus pela saúde, de estar viva, andando e falando”.

Os dados demonstram que 28,13% das idosas consideram os relacionamentos (familiar, conjugal, e amigas) importantes, seguidas da saúde (25,00%). Neste sentido, concorda-se com Torres (2000) no qual as relações familiares, tornam-se um dos principais vínculos com referência social, na qual as pessoas velhas podem buscar afeto, ajuda e cooperação, apontando a importância da estrutura familiar.

Os depoimentos abaixo, confirmam a citação referida:

Rouxinol: “Me sinto muito amada pelos meus filhos e parentes; sou muito feliz”.

Avestruz: “Meus filhos são bons, tive um bom marido”.

De acordo com Rodrigues (2000) quando o idoso goza de boa saúde, a situação fica mais fácil, podendo ocupar seu tempo com grupos de convivências sociais e participar ativamente de atividades na comunidade.

As declarações abaixo também atestam estas afirmações:

Curió: “Se tivesse saúde melhor, sempre iria no grupo de terceira idade. Gosto de conversar, jogar bingo, desabafar e escutar minhas amigas”.

Tié: “Saúde é o mais importante, tendo saúde se tem tudo na vida, vou no grupo, tenho amizade e não sinto solidão”.

A busca do relacionamento em grupo é inerente ao ser humano, vivências grupais e familiares são imprescindíveis, havendo compartilhamento de significados e norteamento para um viver saudável. Trabalhar com este objetivo foi de grande importância, pois permitiu que fossem evidenciadas as dimensões que envolvem AI, AE e QV. Assim, definiram-se os temas para as outras oficinas que ainda seriam desenvolvidas e as diversas áreas de conhecimento a serem envolvidas com a finalidade de propor as oportunidades ao grupo, ajudando-as a manter a AI e AE em níveis desejáveis.

6.3 Promoção de oportunidades ao grupo, para ajudá-las a manter a AI e AE em níveis desejáveis

“Envelhecer com dignidade”, eis o lema das mulheres idosas do grupo Rosário de Luz, ao enfrentar o contínuo viver positivamente, como pode ser observado na fala abaixo:

Sabiá: “Ser idosa, é ser experiente, que viveu bastante, é a melhor idade”.

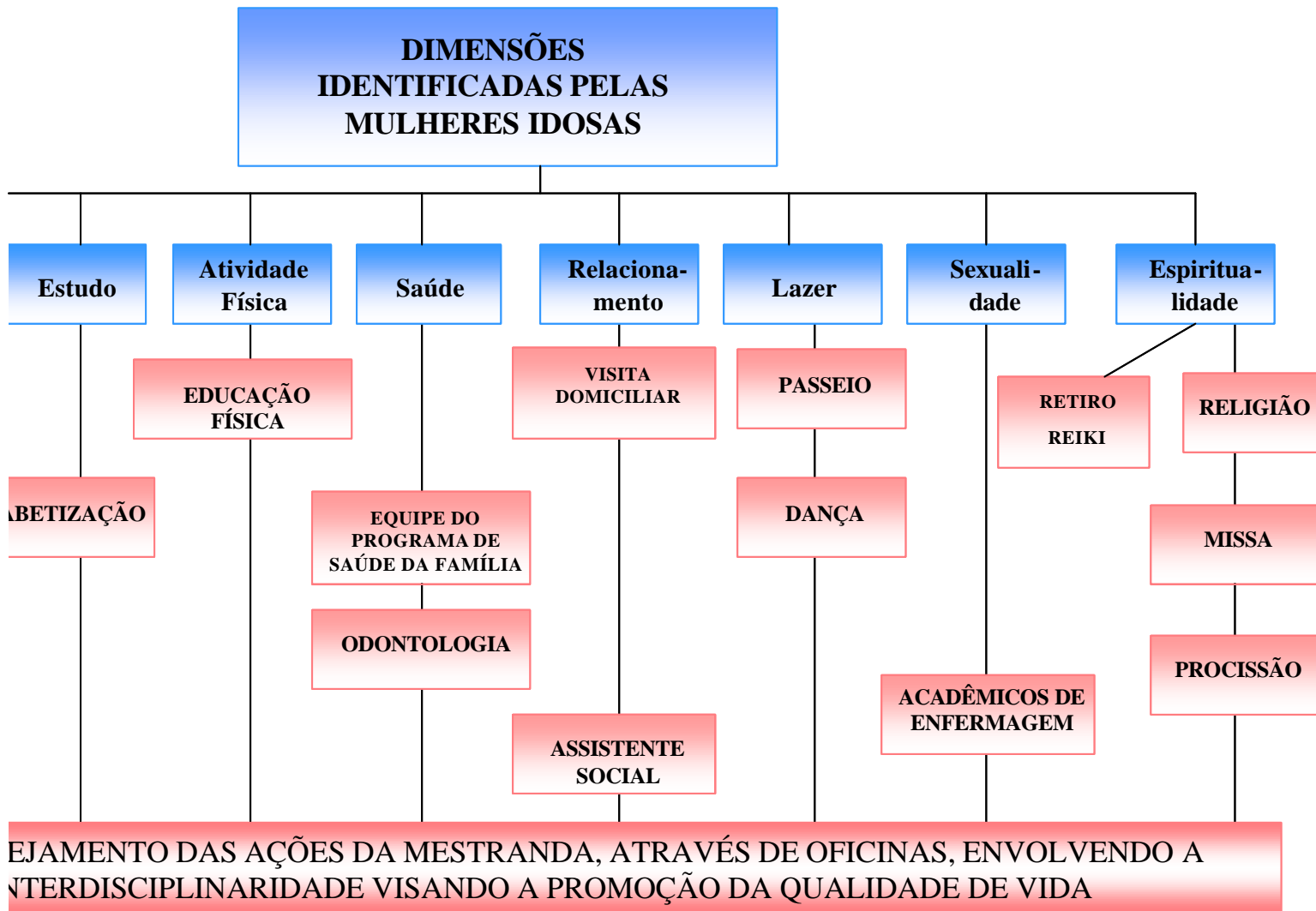
Este relato revela a aceitação da própria idade, comprovando a afirmação de Maurus (1989) de que um autoconceito positivo sustenta a pessoa em seu dia-a-dia. Através da AI e AE, a pessoa entra em contato com seus mais profundos desejos e anseios em nível de ser e de existência.

Acredito que elevando, criando oportunidades às idosas para manter a AI e AE em níveis desejáveis, através do enfrentamento de medos, ansiedades e solidão, se conscientizando-se de suas possibilidades e limitações, compreendendo o significado da velhice, aumenta as chances de um melhor viver. Neste sentido, Skinner; Vaughan (1985) sugere que outro caminho é encarar a velhice como um problema a ser resolvido, incluindo coisas que aprecia, lembrando que ao invés de lamentar as folhas secas e amareladas, pode-se gostar da folhagem outonal, vivendo bem a velhice.

Para manter a AI e AE das mulheres idosas em níveis desejáveis, a partir das dimensões verificadas por estas mulheres, foram desenvolvidas oficinas pela equipe interdisciplinar, coordenadas pela Enfermagem que articulou e interagiu com as diversas especialidades.

A seguir é apresentado o esquema representativo das múltiplas dimensões que envolvem a AI e AE visando a promoção da QV e a equipe interdisciplinar envolvida para operacionalizar a assistência às mulheres idosas.

DIMENSÕES QUE ENVOLVEM A AUTO-IMAGEM E AUTO-ESTIMA DAS MULHERES IDOSAS



Oficina com o Nutricionista

Aconteceram duas oficinas com o nutricionista². Na primeira oficina foi trabalhada a pirâmide do grupo de alimentos, onde ocorreu uma sensibilização para a compreensão das idosas sobre a importância do planejamento de uma alimentação balanceada, enfatizando dietas para *diabetes mellitus* e hipertensão arterial.

Através do relato a seguir é perceptível o aumento do conhecimento e a vontade da transformação da realidade, buscando solução para seu problema.

Sabiá: “Faço qualquer dieta para minha perna ficar boa, para poder ir dançar no Flamengo, quero ter boa saúde, com saúde se tem tudo, as coisas vão para frente”.

Nesta situação houve uma repadronização do cuidado, após diálogo com a idosa, esclarecendo-a sobre as complicações do *Diabetes Mellitus*, importância do controle da doença e contribuição da dieta adequada e devido tratamento para o fechamento da úlcera do membro inferior esquerdo, favorecendo o retorno às atividades que lhe são prazerosas. Houve neste processo uma reflexão sobre a necessidade de mudança dos hábitos alimentares. Assim, ocorreu relação com a teoria de Leininger, no qual estar com saúde reflete a capacidade dos indivíduos ou grupos para realização de suas atividades cotidianas de acordo com seus padrões culturais.

Santos et al (2000) afirmam que os alimentos promovem manutenção, reparo de desgastes, fornecimento de energias. Os nutrientes necessários para qualquer pessoa são os carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e água. Ressalta os fatores que interferem na alimentação do idoso: alterações digestivas, hábitos culturais e religiosos, fator psicológico, problemas de saúde e fatores sócio-econômicos.

É preciso salientar que as crenças foram respeitadas, preservando os valores acerca dos hábitos alimentares de forma a manter o bem-estar da idosa, sendo estimulada para continuar os cuidados com a saúde. A acomodação do cuidado, ou seja, os ajustamentos acerca das dietas visando benefícios de saúde, ocorreram de acordo com os padrões culturais e a dieta que pudesse ser seguida pela idosa. Sendo assim, os pressupostos de Leininger se concretizaram, pois as decisões e ações do cuidado que levam em conta os valores, crenças e modos de vida do indivíduo estarão certamente ligados à satisfação dos mesmos. Também ocorreu a reestruturação do cuidado através de reflexões e negociações e percebeu-se que

houve unanimidade em decidir a observância de dietas, manter hábitos saudáveis, provendo energia suficiente para manter o peso, saúde, bem-estar e prevenção de complicações.

Finalizou-se a oficina com a preparação de uma refeição considerada saudável e adequada pelo grupo, contendo todos os grupos de alimentos. Também procederam-se os agendamentos de consultas individuais com nutricionista no CS Mont Serrat, para adequar a dieta de acordo com as necessidades de cada idosa.

A segunda oficina com nutricionista envolveu dois momentos. No primeiro momento foi preparada pelas idosas e nutricionista, uma receita dietética, com aspecto colorido, de boa apresentação e saudável, feita na cozinha que é usada exclusivamente pelo grupo das mulheres idosas.



Foto 4- Preparo de uma receita dietética com um nutricionista para o lanche das idosas

O lanche consistiu em uma torta fria com pão integral com três camadas, patê de espinafre, beterraba e cenoura, com ricota e temperada com ervas: louro, hortelã, orégano e alho, somente com uma pitada de sal. Outra receita foi uma pasta de beringela, a qual foi assada no forno, em seguida fritada com uma colher de azeite de oliva, um dente de alho picadinho, ervas, uma pitada de sal, formando um creme. O suco de abacaxi hidratou o grupo e as torradas também fizeram parte do lanche nutricional. Tudo aconteceu entre risos, falas, trocas de idéias, de receitas e “contação” de histórias, exercitando suas memórias.

² Nutricionista Wilton Carlos Cordeiro da Prefeitura municipal de Florianópolis.

O nutricionista fez algumas considerações, tais como: devemos usar a criatividade, podemos substituir a ricota por queijinho, o espinafre por brócolis. O nome que diz: torta salgada, mas não está bem salgada de propósito, pois é necessário controlar o sal para não aumentar a pressão arterial. A função das ervas é para dar sabor sem usar o sal ou usá-lo o mínimo possível. Este é um exemplo de mostrarmos que podemos nos alimentar normalmente e de uma forma gostosa, consumindo verduras, que é muito importante para regular e equilibrar o organismo, além de que o aspecto colorido (verde, amarelo, vermelho) do prato desvia a atenção para outras coisas que gostamos como: doces, açúcar, sal e gorduras. Uma dieta adequada controla e previne doenças, complicações, obesidades, promovendo mais satisfação com a saúde, vigor e melhor viver.

Após o primeiro momento, que consistiu na preparação e degustação do lanche nutricional caminhou-se para o segundo momento, onde foi realizado um bingo, cujos cartões eram representados por grupos alimentares: energéticos, reguladores, construtores e energéticos extras. Desta maneira as idosas memorizavam os grupos de alimentos, que agora conheciam, bingando às vezes com quatro alimentos de um só grupo ou um alimento de cada grupo.



Foto 5 - Bingo com cartelas representando os grupos de alimentos, com premiações faceirice das idosas

As participantes que “bingassem” ganhavam um presentinho da “faceirice” da terceira idade: batom, esmalte, prendedores de cabelo e cartões com frases de AE, AI e QV.

A alegria era contagiante e a participação de todas foi geral, mesmo sendo um dia chuvoso, no qual esperava-se a presença de poucas idosas, no entanto, cerca de vinte e cinco idosas participaram do bingo, havendo troca, sensibilização e interações. Durante as oficinas percebeu-se o entusiasmo das idosas relacionadas às dietas saudáveis.

Acredito que não adianta somente o profissional achar que a dieta deva ser mudada e sim levar-se em consideração os hábitos alimentares das mulheres idosas, como mostra a fala abaixo:

Rolinha: “A vida toda comi piroca pela manhã e como é bom”.

Calafate: “Faço qualquer dieta para ter boa saúde, ficar mais magra e ser mais feliz”.

Neste sentido, as ações ou seja, as dietas alimentares foram mantidas, ajustadas ou alteradas para auxiliar as idosas a manterem seus padrões de saúde, revalidando o que Leininger propôs. Posteriormente foram fornecidas dicas e receitas dietéticas elaboradas pelo Serviço de Nutrição e Dietética.

Oficina de Alfabetização

O grupo de mulheres idosas manifestou uma grande insatisfação com o grau de escolaridade, pois 33,34% das mulheres do grupo não são escolarizadas, das quais 16,67% são analfabetas e consideram a alfabetização um fator importante para elevar sua QV.

A declaração que se segue permite comprovar essa afirmação:

Ferrerinha: “Minha vida poderia ter sido melhor, se tivesse estudado”.

Deecken (1998, p.40) lembra que “se lançarmos um olhar à história, descobriremos que para grandes homens e mulheres, a idade biológica não foi obstáculo e sim, às vezes, incentivo para aceitar o desafio de realizar grandes coisas”.

Desta forma, a educação é um processo vivo, inserido na vida, continuando em todas as idades, constituindo um ato de amor. Souza (2001), compreende a educação como um processo de crescimento humano em todos os sentidos: físico, psicológico, sexual, artístico, social, moral, religioso e intelectual.

Em virtude da manifestação da importância da escolaridade pelas idosas a primeira oficina consistiu na sensibilização das mesmas em frequentarem as aulas de alfabetização, que acontecem no Centro Comunitário duas horas/aula, duas vezes por semana,

Na segunda oficina trabalhou-se a alfabetização com cartilha. A ministrante das aulas foi a freira da comunidade³, a qual ensina com prazer e paciência, sempre estimulando as idosas na caminhada da aprendizagem.



Foto 6 - Trabalhando a alfabetização com as mulheres idosas

Durante a oficina, as idosas trocaram conhecimentos, compartilharam problemas, expressaram risos, relacionaram as palavras da cartilha com lembranças, situações do passado, e desta forma, exercitaram suas memórias. Segundo Neri (2001), são várias as funções psicológicas, sociais e culturais da memória dos idosos, entre elas a melhora da AE.

Os depoimentos em seguida referendam essa afirmação:

Sabiá: “Tenho alegria e me sinto importante, vivendo e aprendendo. Agora vou nos lugares e ninguém me engana, não passo vergonha, não preciso estar perguntando aos outros”.

Curió: “Estou alegre e satisfeita, antes só assinava meu nome, conhecia apenas as letras, não sabia juntar. Agora já estou lendo um pouquinho, soletro sílabas. Quem não sabe ler é cego para o mundo”.

Andorinha: “Aprendi a ler com irmã Marlim, ela é ótima. Considerava-me cega e voltei a enxergar. Agora leio e gosto de ler, revistas, livros, tudo que a irmã Marlim me empresta, sinto que desabrochei para o mundo”.

³ Freira da Comunidade de Monte Serrat, Irmã Marlim Maria de Brito

Ferrerinha: “As horas passam voando quando estou aqui, olhe este poema que levei para casa de deveres:

SER LIVRE

Um povo livre vive num

País livre,

Na casa livre.

Colônia e escravidão

Caminham na mesma direção.

Quem declara independência

E não declara abolição,

Vai ver não é livre não

Apenas mudou de patrão.

A liberdade da nação é a soma

Das liberdades de cada cidadão!

(Milton Nascimento)

Enfim, acredita Rodrigues (2000), a educação da pessoa idosa permite aos estudantes da terceira idade a oportunidade de se expressarem, de aprenderem, de realizarem aspirações educativas, de concretizar sonhos e desejos que não puderam ser satisfeitos nas etapas anteriores da vida.

Não resta dúvida de que a educação deve ser permanente e processar-se no decorrer de toda a vida, escolarizada ou não, respeitando os valores e crenças populares.

Oficina de Educação Física

A atividade física na velhice é um dos ingredientes para um envelhecimento saudável. Segundo Nahas (2001), a atividade física está associada ao bem-estar, à saúde e à QV das pessoas, principalmente na meia idade e velhice, onde os riscos potenciais da inatividade se materializam.



Foto 7 - Sensibilização para a importância da atividade física com a professora da UFSC

Assim sendo, a oficina consistiu em motivar as idosas a trabalharem o corpo e sua importância para a mobilidade, disposição e saúde. Esta oficina se realizou com a presença da professora de educação física⁴. Inicialmente fez analogia de suas vidas com o milho de pipoca (em razão das idosas estarem comendo pipoca), do milho que estoura buscando a vida, virando uma flor branca e o que não se transforma vira “piruá”. A professora ainda esclarece que ter prazer pela vida é como a flor que tanto recebe o orvalho da noite, o frio, o calor e permanece bela, para cima, sorrindo e, da importância de estarmos abertos para transformações, sempre prontos para aprender, ousar, escutar e transmitir coisas. Lembra com as idosas sobre suas tarefas no passado, a lavagem de roupas, subidas no morro, os afazeres domésticos, e seus significados para redução dos riscos de diversas doenças, principalmente as cardiovasculares. Lopes (1999) cita que atividade física além de intervir positivamente na AI do idoso, desenvolve condições de segurança pessoal, proporcionando independência e favorecendo a retomada de autonomia, além de mais alegria, distração, reconhecimento do seu eu e ampliação das relações sociais. Esta afirmação é confirmada pelo depoimento a seguir:

Gaivota: “Me sinto ótima, mais leve, mais facilidade para sentar no chão, antes não conseguia me levantar, só quando alguém me dava a mão, hoje me levanto sozinha e já dobro as minhas pernas”.

A Segunda etapa consistiu na aula prática com atividade corporal desenvolvida pela professora de Educação Física, tendo participação unânime das mulheres idosas. Nahas (2001) reforça que as modificações funcionais e estruturais decorrentes da prática regular dessas atividades, são significativas para a saúde. E por incrível que pareça, acrescenta o autor, todos os esforços científicos do século passado têm mostrado aquilo que o grego Hipócrates afirmava há mais de dois mil anos: *Todas as partes corporais, se usadas com moderação e exercitadas em tarefas a que estão acostumadas, tornam-se saudáveis e envelhecem mais lentamente, se pouco utilizadas, tornam-se mais sujeitas a doenças e envelhecem rapidamente.*

⁴ Professora de Educação Física Mariza Amorim Lopes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Foto 8 - Aula prática com atividade corporal no grupo Rosário de Luz

São inúmeras as vantagens da atividade corporal, atestadas nas afirmações abaixo:

Garça: “Os exercícios tiraram minhas dorzinhas, a gente se sente melhor, se ficar só sentadinha, tenho medo de não me mexer mais, não poder nem mais me vestir”.

Tié: “Fico mais esperta, com mais disposição, tenho menos cansaço, consigo fazer minhas coisas e os serviços de casa, fico com mais energia, estou feliz graças a Deus”.

Estes depoimentos reforçam a importância da atividade física, que segundo Benedetti (1999), traz benefícios para os idosos em relação à família, amigos, bem estar, integração social e melhora a AE.

A partir destas oficinas houve uma participação maior e a frequência das idosas passou a ser mais constante nas aulas de ginástica que já aconteciam duas vezes por semana no Centro Cultural Escrava Anastácia. Saliento que antes de iniciarem suas atividades físicas, as mulheres grupo Rosário de Luz, passaram por uma avaliação médica para que os esforços físicos fossem condizentes com seus estados de saúde atuais. Todo o processo da prática assistencial foi guiado pela preservação, acomodação ou negociação de hábitos favoráveis às idosas, de acordo com suas realidades e necessidades. Desta forma, as decisões e ações de Enfermagem foram congruentes e benéficas para o grupo em foco, identificando e respeitando as similaridades e diferenças entre as idosas, evitando-se a supervalorização e imposição da cultura profissional. Percebe-se que o cuidado humanizado é universal de acordo com que preconiza Leininger, existindo diversos padrões de cuidados que podem ser identificados,

explicados e conhecidos entre as culturas, caracterizando a Enfermagem, como uma profissão de cuidado transcultural e humanístico.

Oficina da Saúde

Uma boa QV envolve inúmeras dimensões, sendo que para o grupo de mulheres idosas deste estudo os relacionamentos familiares, seguidos do fator de saúde, foram os mais evidenciados. Estes foram obtidos durante a oficina na qual definira-se as dimensões que influenciam a QV, sendo também confirmados nos depoimentos a seguir:

Coleirinha: “Ter saúde e ficar bem com a família. Sem saúde, não se é nada na vida”.

Envelhecer não é adoecer, não é medicalizar a vida, mas o compromisso com a saúde e o autocuidado é de vital importância (Guimarães, 1996). Ainda segundo este autor, não se pode ter na velhice o conceito de saúde como ausência de qualquer doença, já que existem modificações significativas no organismo.

No processo de envelhecimento há alterações naturais em todo o organismo, sendo atingidos praticamente todos os sistemas. Trata-se de processos normais e não sinais de doença, também explicados no relato a seguir:

Pombinha: “Deus não dá a doença, a gente que não sabe se tratar, me levanto e me deito com dor, mas não deixo de fazer as coisas”.

A oficina de saúde ocorreu através da interação e processo educativo entre a equipe⁵ do Programa de Saúde da Família e as idosas, compartilhando-se conhecimentos, propondo cuidado cultural coerente, favorecendo autoconfiança, para o controle adequado e convivência com suas doenças, visando um melhor viver. Sendo esta idéia reforçada por Patrício et al (1993) o sentimento e o compromisso que os indivíduos têm em relação à doença, bem como os cuidados com ela, de tratamento ou de prevenção, são sensivelmente determinados pela cultura, elaboradas no processo de viver e buscados recursos para estes cuidados, entre eles os populares de saúde.

⁵ Equipe PSF do CS Monte Serrat da Prefeitura Municipal de Florianópolis: Maria Aparecida de Souza, Maria da Salete Elias, Maria Isabel Figueiredo Bitencourt, Sabrina Rabe Schimithauzen.



Foto 9 - Interação da equipe do PSF com as idosas

Quando o indivíduo, ao longo de sua vida, não adotou hábitos saudáveis, passa a correr riscos com sua saúde, podendo aumentar a probabilidade do aparecimento de doenças crônico-degenerativas, fazendo uso constante de medicamentos. Desta forma foi necessário a investigação do estado de saúde atual das idosas, como demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 12 – Número de idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial, segundo Doenças Referidas que estão afetando a saúde das mesmas. Florianópolis, 2001.

| Doenças Referidas | Total | Frequência Relativa (%) |
|--------------------------|--------------|--------------------------------|
| Hipertensão arterial | 23 | 37,00 |
| Diabetes Mellitus | 10 | 16,14 |
| Doenças osteoarticulares | 10 | 16,14 |
| Doenças oftalmológicas | 4 | 6,46 |
| Câncer | 4 | 6,46 |
| Doenças vasculares | 4 | 6,46 |
| Cardiopatias | 3 | 4,85 |
| Doenças respiratórias | 2 | 3,23 |
| Doença endócrina | 1 | 1,63 |
| Hérnia | 1 | 1,63 |
| Total | 62 | 100,00 |

Os dados revelam que a hipertensão arterial, seguida da *Diabetes Mellitus* e doenças osteo-articulares são as mais frequentes entre as idosas. Os resultados do presente estudo, foram compatíveis com os achados de Mota L.(1998), que também confirmam a prevalência de doenças crônico-degenerativas nos idosos, entre elas a hipertensão e diabetes.

Do ponto de vista de Hayflick (1996) as doenças associadas à velhice não são parte do processo normal de envelhecimento, elas tornam-se mais prevalentes à medida que envelhecemos devido à menor capacidade de combatê-las. Assim, embora as perdas funcionais que ocorrem em nossos sistemas vitais com o envelhecimento sejam eventos normais, elas realmente aumentam com a vulnerabilidade a doenças. E, ao contrário do envelhecimento, as doenças não são normais.

Diante deste contexto, foram trabalhados em duas oficinas de saúde, questões de saúde-doença, prevenção, capacidades de convívio com a doença de modo satisfatório visando a velhice com qualidade, sendo usados vídeos educativos, aferições de pressão arterial, controles de glicemias, atualizações de esquema vacinal (antitetânica, influenza).

A oficina foi permeada de troca de saberes, práticas alternativas, como a fitoterapia, cuidados populares, consistindo as ações de saúde em preservar ou ajustar hábitos de saúde favoráveis.

Foram garantidos às idosas acompanhamentos periódicos (mensais) pela equipe do PSF, e feitos os devidos encaminhamentos para especialistas quando se fizeram necessários, ficando evidente a satisfação manifestada pelas idosas, demonstrada através da seguinte fala:

Garça: “Vamos agradecer a Deus pela integração e atenção da enfermeira, médica e agentes comunitários às idosas”.

Oficina com a Odontologia

As pessoas idosas sofrem atualmente no Brasil, instabilidade financeira, deixando este grupo dependente dos programas de saúde pública e instituições sem fins lucrativos. Lembra o dentista⁶ que conduziu esta oficina em conjunto com a mestrandia: num passado não muito distante, realizar próteses totais para as idosas era considerado o tratamento ideal, sendo visto como o fim dos problemas orais e que supostamente deveriam durar para sempre.

⁶ Dentista do CS Mont Serrat, Paulo Barzan Grunner



Foto 10 - Encontro do dentista com as mulheres do Grupo Rosário de Luz

As mulheres do grupo Rosário de Luz demonstraram preocupação com a saúde bucal e manifestaram vontade na busca de atendimento, conforme estas declarações:

Andorinha: “Fui adotada, nunca tive uma escova de dente, a primeira coisa que fiz aos 14 anos quando recebi meu primeiro salário, foi extrair meus dentes de cima colocando uma dentadura. Embaixo consegui ficar com alguns dentes e botei uma ponte. Hoje quero trocar minha dentadura”.

Gaivota: “Aos dezessete anos não tinha mais dentes e como presente de aniversário ganhei duas dentaduras. Há vinte anos não as troco, estão ficando frouxas, tenho vontade de fazer outra”.

Diante destes depoimentos, o dentista fez agendamentos individuais às idosas para atendimento no CS Mont Serrat e devidos encaminhamentos, incluindo-as no planejamento de suas atividades.

Neste encontro, o dentista abordou os temas de acordo com os questionamentos feitos pelas idosas relacionados à saúde bucal. Os temas que surgiram foram: alterações salivares, do paladar, alterações da cor dos dentes e suas inter-relações alimentares e medicamentosas, importância da higiene oral, perdas ósseas e necessidades de refazer dentaduras frouxas, cáries, lesões de mucosa oral, halitose, extrações de dentes e perdas de apetite.

O profissional encerrou a oficina enfatizando a importância do diagnóstico prévio, prevenção e tratamento de problemas de saúde oral. Sendo esta idéia reforçada por Cormack (2001) que um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso bem sucedido é pela manutenção por toda sua vida de sua dentição natural saudável e funcional, incluindo

todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar. Ainda segundo este autor, com o aumento da população idosa, encontramos um “novo idoso”, com suas condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares, que demandará por uma maior e mais diversificada atenção por parte dos dentistas e de outros profissionais de saúde. O sorriso é o foco da face, além de terapêutico, ter belos dentes, faz parte da nossa AI positiva, o que é decisivo para o êxito pessoal.

Oficina com o Serviço Social

A oficina consistiu em uma dinâmica de grupo conduzida pela assistente social⁷, visando relaxamento, descontração, elevação do ânimo, integração e coesão grupal, amor, relacionamentos harmônicos e AE positiva das mulheres idosas.



Foto 11 - Serviço social promovendo integração entre as mulheres idosas

Apontando para a importância da atividade grupal, Neri (1995) lembra que o compartilhar de atividade grupal com pessoa da própria geração favorece o bem-estar do idoso porque facilita a emergência dos significados comuns e a maior aproximação interpessoal. Essa afirmação é referendada a seguir:

Garça “Como é bom ter amigos, pessoas queridas, nós aprendemos juntas, nos encontramos e passeamos fora do grupo”.

⁷ Assistente Social da Associação Arquidiocesana (ASA), Vera Nícia A. de M. Gomes

O suporte dado ao grupo, envolvendo o serviço social, proporcionou aos membros do grupo um bom relacionamento e convivência, desenvolvendo uma visão ampla e consciência social. Mathias (1996) aponta que espaços democráticos de convivência propiciam aos idosos atividades que favorecem a grupalização, sociabilidade, despertar das potencialidades criativas, sendo norteadoras de sentimentos como a alegria, entusiasmo e vontade de viver.

Léa (1989) acrescenta a esta declaração que saber conviver é uma arte que está inserida no contexto da arte de viver. Ressalta que as relações humanas consistem num guia de comportamento que nos ensina a compreensão, respeito, participação, atenção e reconhecimento da dignidade humana. Ainda, segundo essa autora, na velhice, como em outra idade qualquer, existem problemas de comunicação e relacionamento, dado a diversidade de temperamentos, agravados às vezes por incompreensões e medos.

Um convívio familiar onde as relações são frágeis ou ausentes, promove um declínio na QV dos idosos. Segundo Domingos; Zeitouné (1999) ocorre uma fragilização da AE em decorrência das necessidades não satisfeitas no convívio familiar, os fracassos relacionais, comprometendo a socialização intergeracional e desencadeando o isolamento social. Tal afirmação pode ser constatada através de queixas verbalizadas a seguir:

Araponga : “meus parentes não me procuram, me sinto desprezada, muitas vezes desabafo e choro sozinha. Meu filho muitas vezes, não me escuta. O grupo é importante para mim, é lá que eu converso”.

As idosas do grupo consideram a convivência grupal e relacionamentos familiares muito importantes, sendo estes imprescindíveis para o alcance da QV. Concorda-se com Elsen (1994), quando considera que a família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor, carinho, tendo liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilhando crenças, valores e conhecimentos, pedindo e dando apoio aos seus membros e às pessoas significativas em momentos de crises e conflitos, constituindo uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Desta maneira uma das necessidades percebida pelo grupo de idosas foi a importância da visita domiciliar, confirmada neste depoimento:

Canarinho: “Como é bom a visita na minha casa, posso falar coisas que não digo no grupo, falar dos meus problemas. Seria bom se tu conversasses também com meus filhos, me sinto abandonada”.

A visita domiciliar proporcionou-me a compreensão da visão de mundo, o vislumbrar dos conceitos e da linguagem própria das idosas e, em alguns momentos, dos familiares presentes.



Foto 12 - Conhecendo a realidade sociocultural das idosas

Souza (1996) reforça a importância de cuidar da família no seu ambiente sociocultural, compartilhando saberes e contribuindo na tomada de decisões frente a esclarecimentos e reflexões.

Oficina com Dança

Tarde dançante, quando as idosas comemoram o “arraiá” com animação. Percebe-se o entusiasmo da idosa com traje típico de festa junina, estimulando as amigas a participarem e se programarem para outras tardes dançantes. A dança além de proporcionar bem-estar, melhora a AI e AE, coordenação de movimentos, estimula a memória, através de recordações. Souza (1999) ressalva a importância do relembrar, contribuir para o fortalecimento ou restituição do senso de identidade e AE, que é confirmado neste depoimento:

Gralha Azul : “A dança me faz voltar no tempo, como é bom viver bem, sempre gostei de carnaval, desfilar em escola de samba, com fantasia, que maravilha”.

Relacionando a dança Delboni (1997) salienta que a dança faz com que as energias velhas e acumuladas no corpo, sejam eliminadas por meio do movimento, proporcionando revitalização energética. Este efeito benéfico é verificado na fala a seguir:

Ferreirinha: “A dança me deixa mais leve, joga fora as coisas ruins, principalmente um samba. Sou fã do Zeca Pagodinho, fui num show dele, nem me sentei, fiquei em pé, toda vida dançando”.



Foto 13 - Festejando o “arraiá” com animação no grupo Rosário de Luz

Lopes (1993) assegura que envelhecer criativamente é uma verdadeira arte, desenvolvendo uma filosofia adequada de vida. Desta forma, uma das filosofias do grupo de mulheres idosas é viver bem, acrescentando mais uma dimensão à QV, que é o lazer e assim acontece o passeio no Hotel Fazenda Jomar.



Foto 14 - Oportunizando um dia de lazer às mulheres idosas

Ao proporcionar um dia de lazer ao grupo de idosas, percebe-se a felicidade, o bom humor, descontração e animação de todas expressada através dos relatos abaixo:

Sabiá :“Que felicidade estar aqui, sair de casa, aqui sinto que a vida é boa, passear de charrete, ir no pedalinho, dançar, esquecer até a lida na cozinha”.

Beija Flor :“Este passeio me faz lembrar quando era pequena e brincava num engenho. Já vim outra vez aqui, mas esta eu gostei mais, teve alguém para me empurrar no balanço”.

Skinner; Vaughan (1985) enfatizam que o lazer é importante para o bem viver, parece preencher o tempo de forma prazerosa. Mas às vezes as idosas são impedidas por problemas de finanças. Este passeio e os brindes sorteados às idosas, somente aconteceram devido aos recursos obtidos de órgãos governamentais da Prefeitura Municipal de Florianópolis, através de ofícios (anexo 3) que emitimos sensibilizando-os.

Devido ao fato de o lazer ser parte integrante para AE positiva e conseqüentemente um dos itens que influenciavam na QV das idosas envolvidas na prática assistencial, foi feita uma pesquisa em relação às atividades que as idosas realizavam ou das quais participavam em seu tempo livre.

Tabela 13 – Número de Idosas do Grupo Rosário de Luz participantes da Prática Assistencial segundo as atividades de Lazer preenchidas no tempo livre. Florianópolis, 2001.

| Atividades no Tempo Livre | Total | Frequência relativa(%) |
|--|--------------|-------------------------------|
| Grupo da terceira idade | 30 | 100 |
| Ouvir rádio | 30 | 100 |
| Assistir TV | 29 | 96,67 |
| Ir à Igreja | 29 | 96,67 |
| Visitar parentes/amigos | 25 | 83,33 |
| Trabalhos manuais: tricô | 20 | 66,67 |
| Receber visitas | 20 | 66,67 |
| Excursões | 16 | 53,33 |
| Leitura de jornais e revistas | 15 | 50 |
| Fazer ginástica | 10 | 33,33 |
| Cuidar de plantas | 15 | 50 |
| Frequentar aulas de alfabetização | 08 | 26,67 |
| Cuidar de animais de estimação | 05 | 16,67 |
| Total | 30 | 100 |

Esses resultados demonstram que as idosas preenchem seu tempo livre com atividades individuais e coletivas bastante diversificadas, evidenciando-se a satisfação com lazer, participação no grupo, meios de comunicação como rádio e TV, colocando-as em contato com o meio social externo. A igreja e suas atividades com o Sagrado Coração de Jesus é marcante, demonstrando grande participação em atividades religiosas.

Cabe ressaltar que houve um aumento na frequência das idosas em relação a atividades físicas, alfabetização, leituras e visitação a parentes, mediante estímulos dados nas oficinas e visitas domiciliares e influências do próprio grupo de idosas. Neste sentido Motta, (2000) faz considerações do lazer em grupo, constituindo outro recurso eficaz de resistência e recuperação de prazeres perdidos no tempo, resgatando o prazer dos encontros, da dança e passeios.

Oficina de Sexualidade

Uma mitologia alimentada por noções erradas rodeiam a sexualidade após a idade madura. Desta forma, apresento concepções de diversos autores em relação a esta temática.

Leme (1998) refere que é normal, no processo de envelhecimento, ocorrer diminuição na frequência das relações conjugais, não significando a incapacidade das atividades sexuais. Nas mulheres ocorrem alterações hormonais, estéticas, perda da AE que podem interferir na atividade sexual.

Para Lemos (2001), algumas mulheres na terceira idade assumem o que captaram do social e cultural, adotando o modelo aprendido, isto é, numa assexualidade para esta fase e que o sexo é “coisa de gente jovem”.

De acordo com o estereótipo dominante na cultura brasileira que a mulher na velhice deixa de ser mulher para ser “velha”, Motta F.(1998), aponta que as noções de assexualidade na velhice estão associadas a valores culturais em que a imagem positiva e séria não “às velhas” namoradeiras e sim às “vovozinhas”, com uma esfera dedicada somente a atividades relacionadas ao espaço doméstico. Reconhece que o sexo na velhice e o exercício da feminilidade: vaidade, preocupação com a beleza, roupas coloridas, como não somente normal, mas essencial para o bem estar e saúde dos velhos.

Relacionados aos efeitos benéficos da sexualidade Capodieci (1996) afirma que a sexualidade faz parte da dialética da existência de cada indivíduo em qualquer idade, representa um dos aspectos da existência, do viver juntos e será sempre uma manifestação rica e vital das relações humanas. Faz considerações quanto aos mitos da sexualidade na idade geriátrica, como: mito da “paz dos sentidos”(idade avançada, feliz e assexuada, livres de preocupações relativas ao sexo e às paixões); da culpa e da vergonha, (sexo considerado uma “coisa suja”); da sexualidade de “Segunda classe”, (problemas sexológicos são ignorados ou considerados de importância secundária); da Bela Adormecida, (as mulheres nunca devem iniciar a atividade sexual, nem sentir-se responsáveis pela própria sexualidade); “ignorância significa felicidade”, (idosos não interessados na sexualidade); da masturbação, (considerado sintoma de uma “mente fraca”, podendo causar doenças físicas e mentais); do ataque e do infarto, (o coito pode determinar uma crise cardíaca ou até mesmo a morte); da doença crônica (idosos afetados de patologias crônicas são demasiado doentes para se dedicarem ao sexo); mito da menopausa, (implica na cessação da vida sexual); mito do velho sujo, (afirma ser somente o homem idoso, e não a mulher quem “pensa no sexo”); mito cronológico, (sustenta que a sexualidade diminui automaticamente com o avançar da idade, até chegar a uma velhice assexuada); mito do paciente terminal assexuado, (os pacientes no fim da vida ficam desprovidos de sexualidade); mito da homossexualidade, (sustenta que os

homossexuais, em sua maioria, são doentes mentais, os quais, inclusive, não chegariam normalmente até a velhice com os seus companheiros da mesma idade, heterossexuais).

Os autores Butler e Lewis (1985) relatam que na velhice ocorrem mudanças ginecológicas, como perda da elasticidade da musculatura e diminuição da lubrificação vaginal, os quais interferem no exercício da sexualidade, mas a pressão predominante vem da “mesquinhez estética” que generaliza a beleza apenas aos jovens. Lembra que a beleza necessita de uma redefinição incluindo personalidade, inteligência, expressividade, estilo pessoal, enfim, traços pessoais que fazem cada indivíduo único e que podem ser encontrados em todas as idades.

Fraiman (1998) lembra através de relatos feitos por mulheres idosas que a relação delas com seu corpo é feita em função da saúde ou melhor da falta dela e inúmeras são as perturbações impeditivas para o exercício da sexualidade, entre elas a “deformidade”, flacidez, perda de gorduras nos seios, quadris e nádegas, sendo entendida como perda de feminilidade. A mídia, guias e almanaques sexuais só apresentam casais jovens e bonitos, a própria ciência anuncia um decréscimo do desejo com o passar da idade e o corpo serve para se volatizar, tornar-se alma para ir se congregar com a morte e a vida do além.

Considerando a sexualidade uma dimensão importante para AI e AE, foi desenvolvida a oficina de sexualidade, pelos acadêmicos do curso de graduação de Enfermagem⁸, através de uma peça teatral com fantoches, enfocando que a idade não impõe limites para se sentir o prazer do aconchego físico, terno e íntimo, que amor e desejo não tem idade e sobre os estereótipos criados em relação as mulheres idosas, apresentando também formas alternativas de prazer.

Considerando que 53,34% das idosas deste estudo são viúvas, e que algumas tomaram a decisão de compartilhar sexo somente com seu cônjuge, com isto o sexo se acabou, como lemos abaixo:

Avestruz : “Nem penso em outro homem. Deus me livre, igual ao meu marido não se encontra, homem bom, feliz e trabalhador”.

Tié : “Amava muito meu marido, íamos a baile, passeávamos. Com sua morte o sexo se acabou, não penso mais nisto, sou fiel e estou feliz”.

⁸ Acadêmicos de Enfermagem da 8ª fase: Daniel M. Ghizone, Edimar E. V. Soares, Kelly F. Kubo, Leila M. A. Fortunado.

Assim percebe-se que é possível viver uma vida feliz sem sexo, se for opção das idosas. Em contra partida outras idosas viúvas tem concepções diferentes como manifestado nos depoimentos a seguir:

Papagaio: “Se surgisse um broto legal, uma companhia, não era nada mal, tenho solidão. Quando saio, passo batom bem forte, pinto as unhas, vou bem arrumada, com uma roupa boa, sou vaidosa”.

Beija Flor: “Queria uma vida amorosa, mais afeto, um companheiro, mas meus filhos me matariam, dizem que é ridículo na minha idade”.

A esse respeito, Lemos (2001) faz considerações que os sentimentos não envelhecem, mas em virtude de preconceitos, as pessoas na terceira idade enfrentam a solidão deixando de viver a experiência da afetividade.

Segundo Butler e Lewis (1985) a sexualidade, o companheirismo oferecem oportunidades não apenas de expressar paixão, mas afeto, estima, lealdade, a alegria de estar vivo e um constante desafio ao crescimento e mudanças para novas direções.

Finalizo com uma parte do poema de uma autora idosa, membro do NETI/UFSC (Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina), natural de Florianópolis, uma autêntica “Manezinha”, que tem diversas crônicas sobre a Ilha (Souza,O. 2000).

*DOCE AMOR
Hoje senti saudades do meu amor.
Senti saudades de suas mãos carinhosas.
Mãos que viajavam por todo o meu ser,
E me deixavam mais e mais orgulhosa,
Por ser querida, desejada e amada.
No espaço de seus braços eu me perdia,
E queria nele ser amparada...
Enlouquecidos eram seus beijos ofegantes
Murmurando em meus ouvidos
Doces palavras.
Esquecíamos o mundo, éramos amantes.(Osmarina Maria de Souza)*

Vivência da Religiosidade/ Espiritualidade

Bassini (2000) define espiritualidade como a força ou energia interior implicando no reconhecimento da grandiosidade de um ser superior. Ainda acrescenta, que contemplando os elementos e a beleza da natureza, sentindo a generosidade do espírito superior e suas leis soberanas, estamos expressando espiritualidade.

Através da manifestação da espiritualidade e vivências religiosas das mulheres idosas, considerada como uma das dimensões da QV, a mestranda participa da procissão, missa do Sagrado Coração de Jesus e retiro espiritual com Reiki para compreensão das crenças e tradições religiosas das mesmas.

A religião como sistema de crenças, práticas e instituições relativas ao sagrado, cumprem um papel social, pois satisfaz necessidades subjetivas de orientação e comunicação espiritual, tendo em vista que todo ser humano necessita de um marco de orientação para subsistir (Setién, 1993).

A comunidade de Mont Serrat tem grande influência da religião católica e as tradições religiosas se fazem presentes, entre elas o “Pão por Deus” no qual dentro de corações de papel, enfeitados, se escrevem vários versinhos, o Terno de Reis e a Festa de Nossa Senhora de Mont Serrat que realiza-se desde 1926, quando foi criada a Irmandade. Atualmente, após missa festiva, 24 meninas vestindo túnicas com diversas cores, carregam a coroa, a palma e pratinhos com pétalas para homenagear a Padroeira.

Bassini (2000) faz considerações sobre a religiosidade, sendo esta voltada a uma prática mística (tendência natural de cada pessoa) estimulada por tradições culturais de povos, valores e crenças diversas.

Procissão do Sagrado Coração de Jesus

A união com a igreja Nossa Senhora de Mont Serrat e o Sagrado Coração de Jesus constitui força e luz na caminhada das idosas. Vivenciei esta fé e o forte credo religioso ao acompanhar as idosas em uma procissão à noite. Percorreu-se um caminho longo com a imagem do Sagrado Coração de Jesus, partindo da Igreja Nossa Senhora de Mont Serrat, cantando e orando com suas velas acesas. Assim me disse uma idosa:

Arara: “É uma benção de Deus, minha fé é grande. Nesta caminhada louvo ao Sagrado Coração de Jesus, aliviando os fardos e compartilhando os problemas para a vida se tornar mais leve”.



Foto 15 - Participação das idosas na procissão Sagrado Coração de Jesus

A caminhada das idosas é longa, com subidas e descidas e nem percebem as pedras no caminho, sempre sábias, sabendo contorná-las. As idosas são valorizadas pelos seus testemunhos de fé e o padre sempre lembra os jovens para o amparo das mesmas. São verdadeiras líderes, e segundo Bassini (2000) existem uma gama de líderes mundiais em todas as dimensões da vida política, religiosa, econômica e social e que já pertencem à terceira idade.

Missa do Sagrado Coração de Jesus

Assistindo a missa do Sagrado Coração de Jesus, percebo que a religiosidade e espiritualidade fazem parte da vida das idosas do grupo Rosário de Luz.



Foto 16 - Presença das idosas na missa da coroação do Sagrado Coração de Jesus

A maioria das mulheres do grupo de idosas, ou seja, 70% são pertencentes ao apostolado Sagrado Coração de Jesus que foi fundado há cerca de 45 anos na comunidade de Mont Serrat, por um Grupo de mulheres movidas pela dedicação, testemunho e fé cristã. Durante a missa é lembrada a importância da fundação deste apostolado e seu lema, Oração e Ação: solidariedade, projetos sociais, sonhos, bem viver, generosidade e amor à vida.

O padre⁹ faz um elo entre os ensinamentos da igreja e o cotidiano da comunidade. Compartilhando problemas, vivenciando desta forma os momentos mais profundos e significativos e construindo energias para caminhada no morro. Através dos depoimentos abaixo, percebe-se a espiritualidade, a confiança, fé e satisfação pelo pároco da comunidade.

Cardeal: “ Toda vida fui religiosa, graças a Deus. Tenho fé, Deus me olha e rezo muito. Fico triste quando não consigo ir na missa, mas o padre leva a Santa Comunhão em casa, padre santo e bondoso, nossa Senhora”.

Águia :“Foi um milagre de Deus este padre ter vindo para nossa comunidade, ele é amigo, companheiro, olha para os problemas das pessoas e ajuda”.

Pombinha: “O importante é Cristo estar junto a mim, sentir a vibração do Espírito Santo, o dia que não vou a missa sinto falta, sempre fui muito católica”.

Gralha Azul :“ Toda vida fui religiosa, eu e minha família, graças a Deus. Sou do apostolado do Sagrado Coração de Jesus, desde o tempo de minha mãe. Agora que estou doente o padre vem trazer a comunhão, ele é uma benção de Deus”.

Em síntese, a religiosidade e a espiritualidade fazem parte da vida das idosas do grupo Rosário da Luz constituindo um fator importante para a QV das mesmas. O padre ainda faz lembrar que o sopro de Deus faz reviver a espiritualidade, construindo fraternidade, harmonia, boa convivência, compromisso com a comunidade, valorização da vida, concretização de sonhos, acrescentando que sem sonhos a chama se apaga e a alma morre de frio.

Retiro Espiritual com Reiki

Os integrantes do apostolado Sagrado Coração de Jesus, no qual estão incluídos muitas idosas da prática assistencial, enfermeira, o pároco, membros e líderes da comunidade de Mont Serrat participaram de um retiro espiritual no recanto de Marcelino Champagnat, situado na Lagoa da Conceição. Durante o retiro houve cantos, rezas, missa e meditações, como forma de se recarregar de boas energias.

Segundo Vieira (1996) atitude positiva é descoberta de nossa luz interior. A prática da meditação pode reduzir a tensão, promover relaxamento, serenidade, sensação de bem-estar, aumentar energia, ajudar no desenvolvimento do psique e melhorar a capacidade de ouvir os outros e a si mesmo. Ainda segundo este autor, a maioria dos grandes mestres considera que os dois grandes caminhos são a meditação e o amor, outros acrescentam a compaixão e a alegria.

O grupo integrante do retiro espiritual, cultuou os elementos da natureza, entre eles o sol, na busca da luz interior e para energização dos participantes utilizou-se o REIKI.



Foto 17 - Terapia de energização às mulheres idosas através do REIKI

Reiki é uma palavra japonesa que significa energia vital universal, consiste num sistema de cura pelo toque das mãos, transmitindo calor, serenidade, carinho e amor, reestabelecendo o equilíbrio da mente, do corpo e das emoções (VARGAS, 2000).

O Reiki pode ser utilizado para o enriquecimento dos chakras, que são vértices semelhantes a rodas situadas na superfície do campo de energia do ser humano. Estes funcionam como pontos de conexão, através dos quais se dão as trocas de energia entre o ser humano e meio ambiente (STEIN, citado por VERONEZ et al , 2001).

⁹ Padre da Comunidade de Mont Serrat Vilson Groh

A ministrante do Reiki¹⁰ relata que na prática não há transmissão de energia pessoal, e sim funciona como um canal de energia, consistindo num método de manutenção e recuperação de saúde através da energia cósmica.

Cada pessoa reagiu à aplicação do Reiki de maneira diferente, manifestando efeitos benéficos como expressos nestes depoimentos:

Coleirinha : “Senti uma energia de amor, vida, como se uma luz entrasse em mim, foi muito bom, fiquei mais leve”.

Arara : “Foi um momento de grande emoção, fiquei mais relaxada, fortalecida para continuar minha caminhada, com mais paz interior”.

O Reiki como terapia alternativa ajuda a reforçar o poder de cura que existe no interior das pessoas. Em todo o processo houve respeito de às crenças e valores e necessidades específicas de cada idosa e participantes do retiro espiritual.

Considero este objetivo alcançado, através das oficinas realizadas, atividades integradas com a equipe interdisciplinar às mulheres idosas e oferecimento da continuidade de acompanhamentos. Desta forma foram oportunizadas a todas condições de manter a AI e AE em níveis desejados, interferindo positivamente na vida de cada idosa.

6.4 Investigação da influência do trabalho desenvolvido na QV das mulheres idosas

Esta etapa do estudo compreendeu a investigação propriamente dita da influência da prática assistencial na QV das idosas e também a proposta para a continuidade da assistência e educação continuada. Ocorreu de duas maneiras, através de uma oficina e a nova aplicação do instrumento de Steglich (1978), objetivando a avaliação das mudanças ocorridas na AI, AE e QV evidenciadas pelas mulheres do grupo Rosário de Luz.

Oficina para a investigação da influência desta prática assistencial

Esta oficina contou com a presença da equipe do PSF e idosas do grupo. A dinâmica se deu através da confecção de uma árvore, com papel cartão e crepom, com um esquema representativo, onde cada parte da árvore tinha um significado: a raiz referia-se “o cuidar da AI e AE”; o caule indicava “o grupo de idosas”; buscando a copa, como “a QV”; cada fruto

¹⁰ Mestra Reiki – Angelita Silva

desta árvore representava as dimensões da QV das mulheres envolvidas na prática assistencial.

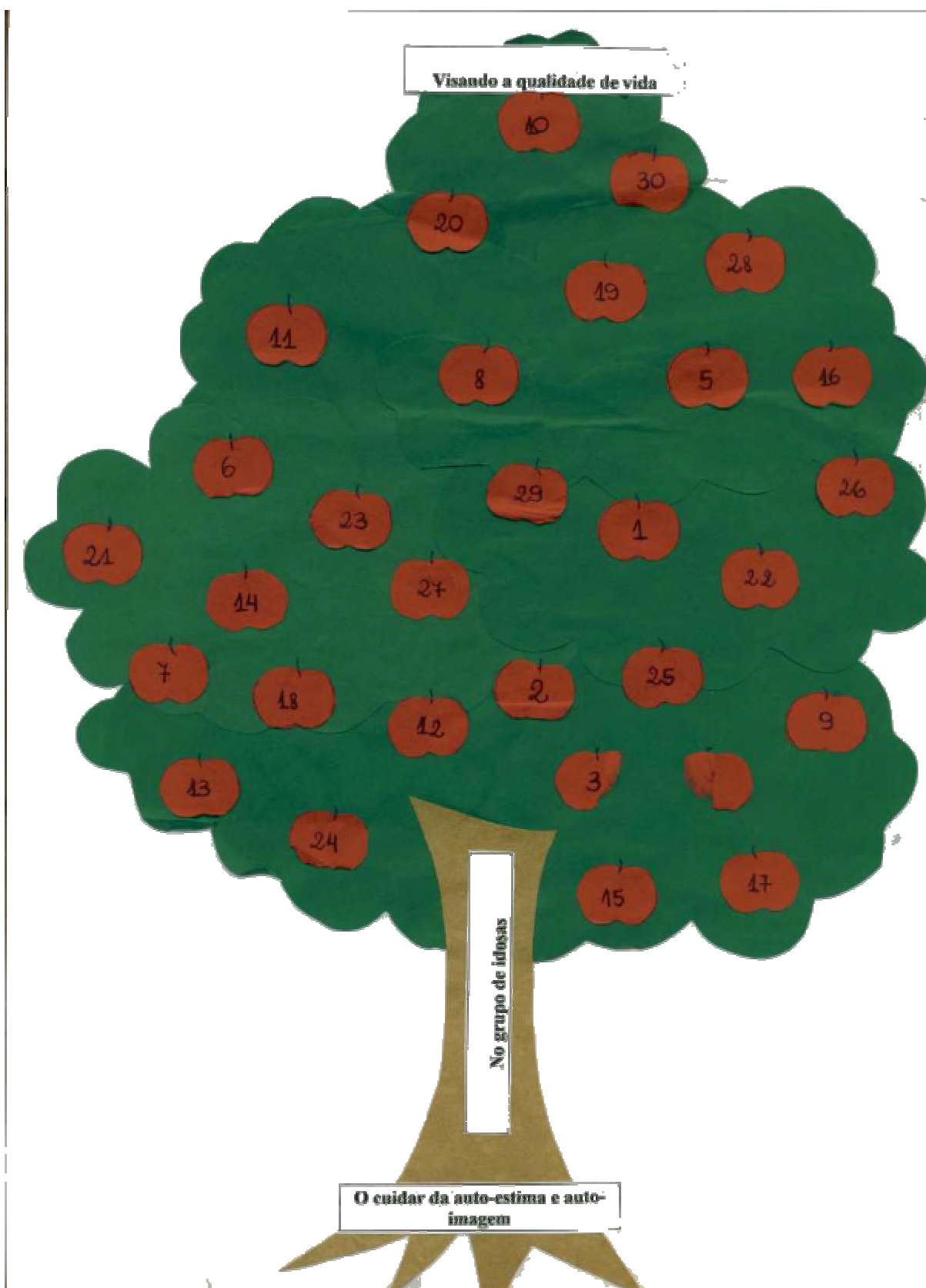
Durante a realização da dinâmica percebeu-se a felicidade, harmonia e integração das participantes.



Foto 18 - Resultado da Prática Assistencial

A seguir é apresentada a esquematização da dinâmica:

Esquema representativo referente a dinâmica para a investigação da influência desta
Prática Assistencial



Sendo assim, as maçãs da árvore representativa foram preenchidas sucessivamente pelas trinta idosas do grupo com afirmações positivas, que são destacadas a seguir, quanto as dimensões da QV das mulheres envolvidas na prática assistencial:

1. Ter amor e saúde;
2. Andar arrumada;
3. Cuidar da dieta;
4. Amor da família;
5. Ter saúde para dançar;
6. Possuir fé e acreditar em Deus;
7. Sorriso no rosto;
8. Amar e ser feliz;
9. Saber ler, ter saúde e paz;
10. Gostar de mim mesma e aceitar o meu corpo como Deus me deu;
11. Andar cheirosinha;
12. Amor à vida, me amar, amor as minhas amigas e família;
13. Estar sempre com as unhas pintadas;
14. Ter saúde graças a Deus, para caminhar e fazer minhas coisas;
15. Saúde, união e estar bem com meu marido;
16. Agradecer a Deus pela amizade, felicidade e integração da equipe do postinho de saúde;
17. Saúde, paz no morro, cada dia estando melhor;
18. Ser feliz, saúde para vir ao grupo e muita fé em Deus;
19. Saúde para fazer a ginástica, ter mais disposição;
20. Se tenho saúde, tudo está bom;
21. Ser vaidosa, usar jóias, ter unhas pintadas e muita saúde;
22. Amar meu corpo, da minha aparência e ter uma saúde melhor;

23. Afeição pelas amigas, pela família e saúde para ir na igreja e nas aulas da irmã Marlim;
24. Saúde perfeita para poder passear, ir a bailes e excursões com minhas amigas do grupo;
25. Possuir uma memória boa, saúde perfeita para passear, dançar e não ser dependente dos outros;
26. Ter boa saúde, para poder dançar, estudar, com o estudo fiquei muito alegre e satisfeita;
27. Poder vir ao grupo, me sentir amada e com bons relacionamentos;
28. Boa alimentação, mais saúde e continuar fazendo ginástica;
29. Aprendo todos os dias com minhas amigas, estou mais confiante.

Analisando esses resultados, observou-se que as mulheres da “melhor idade”, como preferem ser chamadas, envolvem na QV uma gama de dimensões, como: saúde, religião e crenças, nutrição, atividade física, lazer, educação, estilo de vida, valores sociais, AE, AI, relacionamentos harmônicos e comandos saudáveis de amor à vida, ao corpo e mente.

Estes dados condizem com as diversidades da QV e bem-estar na velhice e são compatíveis com Nahas (2001) quando afirma que para uma boa QV é necessário saúde, relações familiares, disposição, prazer, lazer, satisfação no trabalho e espiritualidade, como demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 14 – Somatório de pontos dados pelas idosas do grupo Rosário de Luz após a Prática Assistencial, relacionadas às dimensões que envolvem a QV. Florianópolis,2001.

| Variáveis | Total | Frequência relativa(%) |
|-------------------------|--------------|-------------------------------|
| Nutrição | 3 | 3,75% |
| Estudo | 3 | 3,75% |
| Atividade Física | 9 | 11,25% |
| Saúde | 39 | 48,75% |
| Relacionamentos | 13 | 16,25% |
| Lazer | 8 | 10,0% |
| Religião | 5 | 6,25% |
| Total | 80 | 100% |

A primeira dimensão identificada foi a saúde com 48,75% demonstrando que a grande preocupação das idosas é o viver bem, com bom estado de saúde, para terem capacidade de manejar suas próprias vidas e participarem ativamente de atividades que lhes proporcionem prazer. Por outro lado os relacionamentos também são considerados importantes perfazendo 16, 25%, confirmando a afirmativa de Capitanini (2000) que os relacionamentos sociais são importantes para o bem-estar físico e mental na velhice. Sendo que uma das maiores preocupações da QV na velhice diz respeito à busca de formas de prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o bem-estar das pessoas, incluindo o sentimento de solidão.

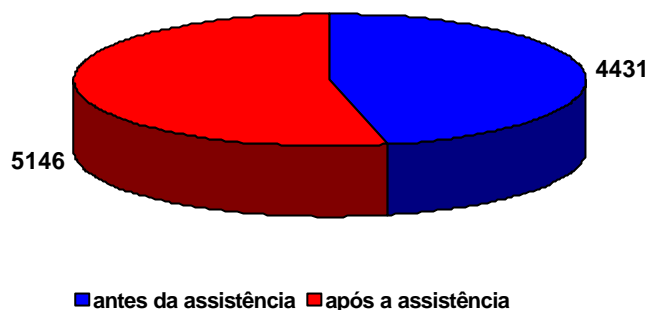
Após a efetivação da dinâmica, as idosas construíram o ABC da AI, AE visando a QV, como está elencado abaixo:

A mor a vida, alimentos em nossa mesa, amizade, afeto, amadas, alegria de viver, arrumadas, animadas;
Bondade, beleza, bem dizer aos santos e protetores;
Cada dia mais feliz, confiantes, carinho, coragem, compreensão, companheiro, conviver bem, cantar com louvor, cuidado com o corpo;
Dançar, disposição, Deus em nossos corações ;
Esperança, estudar, energias boas;
Felicidade, fazer atividade física, ficar de bem com a vida, fé, família;
Gostar de fazer as coisas, Grupo Rosário de Luz;
Honestidade, humanidade, harmonia;
Igreja, inteligência, independência, iluminar;
Jogo, jóias
Lindas, luz, lealdade, leveza;
Maravilhosa, mocidade, memória.
Nossa Senhora de Mont Serrat, natureza
Obrigado pelas nossas vidas, orar.
Passear, perdoar, perseverança, partilha, preciosas.
Queridas
Risos, reencontro.
Saúde graças a Deus, sagrado coração de Jesus, sair de casa.
Tesouro, tricô, trabalhar, troca.
União, útil.
Valorizadas, vitoriosas, vencer a vida.
Xale colorido;
Zelar por nossas vidas e pelo bem da comunidade de Mont Serrat

Posteriormente, foi distribuída uma cópia para cada integrante do grupo com uma fotografia das mesmas no fundo do ABC da AE e AI, almejando a qualidade de vida para as mulheres da terceira idade.

A aplicação do instrumento de Steglich (1978) nos domicílios antes e depois da prática assistencial também permitiu a investigação nas mudanças ocorridas na AI, AE e QV das mulheres envolvidas nesta assistência, os quais são representadas através dos gráficos abaixo:

Gráfico 1 : Mudanças na auto-imagem frente a prática assistencial evidenciadas pelas mulheres do grupo Rosário de Luz - Mont Serrat- Florianópolis/SC, Maio/ Junho 2001



Fonte: dados colhidos pela mestranda de Enfermagem durante o período de prática assistencial

Analisando esse resultado, constata-se alteração na AI das idosas após o desenvolvimento da prática assistencial.

Esses dados permitem reforçar a importância das oficinas desenvolvidas, visitas domiciliares e acompanhamentos individuais de algumas idosas pela equipe interdisciplinar, quando necessário, com intuito de manter a AI em níveis desejáveis, valorizando-se modos de vida e crenças das idosas, ou seja o cuidado cultural proposto por Leininger.

Maurus (1989) afirma que a AI refere-se à percepção de si mesmo, do que se pensa ser. Uma boa AI desempenha papel dinâmico no sentido de contribuir para a maturidade, sendo essencial para o indivíduo se sentir bem vindo à sociedade. Ainda este autor chama atenção que um autoconceito positivo sustenta a pessoa em seu dia-a-dia, sendo que a própria imagem permite um contato com os profundos desejos e anseios em nível de ser, e de existência.

Trabalhando a AI no grupo das mulheres idosas, percebi como uma AI positiva influenciava-as para superar o cansaço, a vencer preocupações, medos, ansiedades, elevar níveis de realizações pessoais e profissionais, promover entusiasmos, ter bons relacionamentos, cuidados com aparência física, sair da depressão e da tristeza e terem auto-percepções positivas.

As narrativas abaixo atestam a AI positiva das mulheres idosas após a realização da prática assistencial:

Papagaio: "Considero-me sabichona, sempre ajudo os outros e me sinto querida".

Cotovia: “Não me sinto velha, tenho disposição para passear, trabalhar e não me canso graças à Deus.

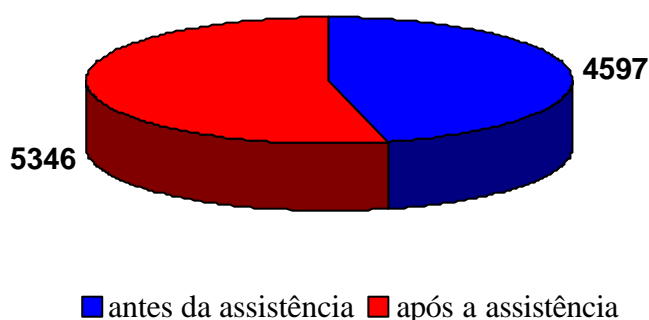
Rouxinol: “Tenho boa memória, dificilmente esqueço as coisas”.

Bem-te-vi: “Considero-me realizada na vida, tenho alegria de viver, me sinto segura e confiante”.

Sabiá: “Gosto do meu rosto, me pinto, ponho brincos, perfume e me aceito do jeito que sou, sou muito feliz graças a Deus”.

Os depoimentos revelam que as idosas estão construindo pensamentos positivos, sendo positivas em sua maneira de se auto-perceber, sentir e agir.

Gráfico 2: Mudanças na auto-estima frente a prática assistencial evidenciadas pelas mulheres do Grupo Rosário de Luz- Mont Serrat- Florianópolis/SC, maio/ junho 2001



Fonte: dados colhidos pela mestranda de Enfermagem durante o período de prática assistencial

Ao analisar esses dados, observa-se a influência da assistência prestada na AE das idosas.

Na perspectiva de Branden (1995 b) a AE é considerada como a disposição da pessoa para se vivenciar como alguém competente para enfrentar os desafios da vida e merecedor de felicidade.

Acredito que a AE elevada seja a base para a felicidade pessoal, compreendendo confiança, respeito, independência, flexibilidade e otimismo, o que de certa forma é compatível com Branden (1995 a), colocando que quanto maior for a AE maiores são as possibilidades de nos sentirmos competentes, confiantes, providos de auto-respeito, melhor

equipados para lidarmos com as adversidades da vida, mais alegria pelo simples fato de ser e despertar pela manhã e probabilidades de relacionamentos saudáveis.

As declarações que se seguem permitem comprovar essas afirmações:

Tié: “me amo e me sinto amada pelos meus filhos e amigas, gosto do meu rosto e dos meus cabelos”.

Tucano” A morte é comum e natural. Todos nós caminhamos para ela, ninguém gosta ou aceita, mas fazer o quê: um dia ela vem com certeza.

“Não me preocupo com que os outros vão pensar, o que eu quero fazer, eu faço, minha cabeça é o meu guia”.

Quero-quero: “Sempre fui religiosa graças a Deus, desde o tempo de menina”.

Gralha Azul: “Não sinto solidão, tenho meus filhos e neles eu penso”.

Coleirinha: “Estou satisfeita com minha saúde, me cuido bastante”.

Canarinho: “Gosto de minha idade, estou mais madura e gosto do meu visual”.

Curió: “Não me sinto abandonada, sempre tenho com quem conversar, sou bem recebida e me sinto amada, gosto de minha família e amigas do grupo”.

É importante notar que essas narrativas, apresentam indicadores de uma elevada AE, sendo que a maioria das idosas está apresentando bons relacionamentos, concordando com Fachini (1993) que uma boa AE torna o amor gratuito e fonte de AE para o outro. Amor de AE é como a luz que acende outra luz sem se apagar.

Percebe-se que as idosas estão desfrutando um alto nível de AE e AI, vivenciando auto-confiança, felicidade, auto-respeito, cuidado com o corpo, afeto consigo, com familiares e amizades se auto percebendo de uma maneira positiva.

Neste sentido Branden (1995 a) confirma que a AE é a forma como nos sentimos acerca de nós mesmos, sendo algo que afeta todos os aspectos de nossas experiências. Nossas reações aos acontecimentos do cotidiano são determinados por quem e pelo que pensamos que somos, sendo a AE a chave para o sucesso ou fracasso e também para entendermos a nós mesmos e aos outros.

A AE foi trabalhada em oficina com a equipe interdisciplinar, consultas individuais pela psicologia (voluntária) e visitas domiciliares, onde foram abordados temas como: saúde, relacionamentos, abandonos, morte, educação, inteligência, memória, solidão, ensino,

religião, realizações, autoconfiança, auto-respeito e QV, dependendo das necessidades apontadas pelas mulheres idosas.

Vale ressaltar que a atuação da mestranda nas oficinas de AE e AI foi instrumentalizada através de cursos na área de Psicologia¹¹, referentes a vivências de AE e AI; grupo de crescimento pessoal, objetivando o conhecimento de si mesma e do grupo, estímulo para auto-realização, troca de experiências e oficinas de dinâmica de grupos oferecido pela Sociedade Brasileira de Dinâmica dos Grupos (SBDG). Acrescentando o fato que a mestranda fortaleceu o trabalhar interdisciplinarmente, integrando-se à Associação Nacional de Gerontologia (ANG) que tem por finalidade a melhoria das condições de vida da população idosa brasileira. Além de sua atuação na Comissão Regional do Idoso, que constitui um órgão autônomo vinculado ao Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina (CEI-SC), articulador e mediador na defesa e garantia dos direitos dos idosos.

Assim, após o desenvolvimento do trabalho, foi constatado que a AE fortalecida proporcionou uma melhor QV às idosas. Trabalhar com elas interdisciplinarmente contribuiu na promoção de um bem viver, apesar das limitações que a idade avançada acarreta. Entretanto, é necessário reforçar que ocorreu durante todo o processo interação, comunicação entre o grupo, respeitando-se a cultura de cada participante.

¹¹ Adriana M. Lenzi Maia e Suzana Duclós, psicólogas ministrantes das vivências auto-imagem e auto-estima

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida durante a realização deste trabalho, na tentativa de promover uma QV para as mulheres idosas, através do cuidado da AE e AI, mostrou a importância da atuação conjunta com as diversas áreas de atuação. Houve necessidade da inclusão da equipe interdisciplinar, pois segundo Marques (1993) a interdisciplinaridade exige que se trabalhe na conjugação permanente do específico com o geral, das particularidades com a unidade da universalidade, dimensões todas auto-exigentes em reciprocidade e intercomplementaridade dos mundos abertos ao pensamento e ação dos seres humanos.

A interdisciplinaridade foi fundamental para atender as múltiplas dimensões da QV das mulheres idosas, mexendo em AE, desafios do cotidiano, relações familiares, mudanças internas, busca do sentido para a vida, fortalecimento da AI e AE, criação de perspectivas com novos horizontes e paixão pela vida.

Em todo o processo, os profissionais de saúde mostraram-se sensíveis às situações vivenciadas promovendo trocas, auto-conhecimento, integrações e interações, compartilhando saberes e concepções diferentes, respeitando-se a cultura do grupo e assegurando resultados positivos na prática.

A interdisciplinaridade foi efetivada através de um trabalho integrado, imbuída da ideia de que a realidade é uma só, mas que pode ser vista sob diferentes ângulos e abordagens. Assim sendo, com postura interdisciplinar, houve uma atitude engajadora entre os membros da equipe, com comprometimento pessoal, compreensão da realidade e estilo de vida das idosas. É importante reforçar que a Enfermagem teve um papel primordial de articular e integrar as diversas disciplinas para obtenção do objetivo deste trabalho, estando em consonância com as ideias de Fazenda (1993) que para haver interdisciplinaridade, é

necessário uma sintonia e adesão recíproca, uma mudança de atitude frente a um fato a ser conhecido.

O referencial de Leininger serviu de fundamentação teórica neste trabalho, tendo em vista a consideração da realidade cultural das idosas, significados que dão as suas vidas e às percepções de mundo; permitindo dessa forma o vislumbrar dos conceitos do marco teórico. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural serviu de guia para as decisões e ações da Enfermagem consistindo no preservar, acomodar, repadronizar ou introduzir novos cuidados, favorecendo o cuidar da AI e AE das mulheres idosas visando a promoção da QV.

Para a promoção e manutenção de uma AI e AE saudáveis nas mulheres idosas, foi imprescindível o saber ouvir, aceitar, valorizar os conhecimentos, observá-las em seus ambientes culturais e ter compreensão empática.

Segundo Salomé (1989), a empatia é o conjunto dos sinais que circulam em toda a relação pela qual uma pessoa facilita o desenvolvimento ou crescimento da outra, ajudando-a a amadurecer, adaptar-se, integrar-se, ou aproveitar sua própria experiência.

A esse respeito Powell e Brady (2000) observam que para entendermos outro ser humano, há necessidade de trocarmos de sapatos e caminharmos dois quilômetros juntos. Sendo também necessário um esforço real como ouvintes, para sairmos de nós mesmos, nos livrarmos de nossas preocupações e doarmos nossa presença e disponibilidade aos outros.

Acredito que o saber ouvir, a empatia, a compaixão e a cooperação dada às idosas tiveram um poder quase mágico para a elevação da AI, AE e QV.

Após a realização deste trabalho, onde retrato as imagens, sons, cores, cheiros e sabores que se mostram na minha vivência com as idosas em seus ambientes naturais, já percebia o reconhecimento do trabalho desenvolvido perante o grupo e familiares, sendo que o padre traduziu sua satisfação através desta declaração: “agora a Cida também faz parte da comunidade”.

Junto à população idosa, vivenciei a dor da perda, de mais um ente querido, minha mãe. Sentindo-me à beira da exaustão, angustiada, pois minha consciência ao mesmo tempo que reconhecia, negava a morte. Achava-me instrumentalizada com a situação da morte, tendo escrito um artigo referente ao processo da perda, ajudando as famílias a unirem-se contra o segredo da morte, pois, segundo Cassorla (1991), negar a morte é uma das formas de não

entrar em contato com as experiências dolorosas, permitindo que se viva com a ilusão da imortalidade. Porém não aceitava a finitude para mim e meus familiares. Após esta reflexão atentei para a recomendação de Radünz (1999) quando destaca que o ser humano é finito, suas limitações surgem com o processo de envelhecer, doença, dor, sofrimento e morte, tendo o enfermeiro que estar instrumentalizado para aceitação de que ele próprio é um ser finito.

Na prática assistencial, trabalhei com as idosas as imagens da morte, que, segundo Loureiro (1998), estão impregnadas da cultura, crenças e valores. Durante a prática assistencial, algumas delas não aceitavam a morte como cito nas proposições abaixo:

Gralha-azul “Tenho medo da morte. Lembro de pessoas que já morreram, minhas amigas e fico com medo da hora da chegada da morte”.

Arara: “Não tenho medo da morte, e sim da travessia dela, do sofrimento e do purgatório”.

Mediante estes depoimentos foram trabalhadas questões da morte, refletindo-se sobre os significados da vida, amor e o morrer. Desta forma, o cuidar da AI e AE foram condizentes com o estilo de ser e visão de mundo das idosas.

Este trabalho trouxe uma nova luz e ajudou-me no meu contínuo viver, por isso senti necessidade de uma pausa entre a prática assistencial e a conclusão do trabalho, apoiada pelas idéias e ajuda da minha orientadora, que, em sua tese Radünz (1999) defende que o cuidar de si, denota AE e respeito, estando atrelados a crenças e valores, e que o viver saudável leva à promoção da saúde.

O apoio que tive por parte de amigas, idosas do grupo Rosário de Luz, familiares e minha orientadora, melhorou meu dia-a-dia, voltando a ter descontração, alegria, entusiasmo para continuar minha caminhada e compromissos com a terceira idade, que não se encerra nesta etapa. Muito pelo contrário, reforço aqui a importância da efetiva inclusão do idoso no PSF e uma Equipe Interdisciplinar de suporte nos grupos de terceira idade, para atendimento dos múltiplos aspectos que integram a QV.

Diante disto Mazo et al (2001), afirmam que devemos buscar garantir os direitos dos idosos, para que eles tenham condições de vida adequadas e com qualidade no que se refere a serviços de saúde, moradia, remuneração, acesso e oportunidade de atividades educacionais, culturais, artísticas, físicas e de lazer.

Muitas considerações foram feitas por parte das idosas a respeito da importância de se trabalhar a AI, AE e QV também com os seus familiares, tão essencial para o processo da vida, impregnados de confiança para enfrentar os desafios da vida, da marcha para um envelhecimento saudável, com direito de viver e ser feliz.

A avaliação da QV é de difícil mensuração devido as oscilações de suas dimensões frente a situações vivenciadas pelo ser humano e em especial neste trabalho, as mulheres idosas da Comunidade Mont Serrat.

A utilização do instrumento de Steglich (1978), envolvendo os aspectos orgânico, social, intelectual e emocional, foi útil para a avaliação quantitativa, porque foram atribuídos pontos às respostas do instrumento de coleta de dados permitindo sua mensuração, ou seja, o somatório de todas as respostas, para verificar o nível de AI e AE.

A avaliação qualitativa ocorreu devido ao reconhecimento das variáveis envolvidas na AI e AE a partir da visão de mundo das idosas, através da observação participante e visitas domiciliares, permitindo o entendimento da realidade cultural das mesmas e possível transformação da realidade vivenciada, buscando o bem viver.

Finalmente, vale ressaltar que poderão ser feitos estudos mais aprofundados do cuidar da AI e AE no contínuo viver das mulheres idosas, incluindo a família neste processo, objetivando a QV. A utilização da Teoria de Leininger poderá ser útil para explicar os padrões do cuidado da AI e AE nas diversas culturas, promovendo um cuidado humanizado, identificando e respeitando as similaridades e diferenças entre pessoas de várias culturas do mundo, tornando-se a essência da atuação profissional da Enfermagem.

Neste sentido Boehs (2002) enfatiza que para utilização da Teoria de Leininger em pesquisas convergentes assistenciais há necessidade de um fundamento teórico de Antropologia, interligando o conceito de cultura com o cuidado. No presente trabalho a cultura de cada idosa foi reconhecida pela mestranda e houve a interação da Equipe Interdisciplinar em prol de práticas favoráveis, para o cuidar AI e AE, visando a promoção da QV das mulheres idosas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, I. L. **Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às melhores “mães de primeira viagem” em seus enfrentamentos cotidianos.** 1994. 204 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar.** Florianópolis: PEN/UFSC, 2001. 190p.

BASSINI, P.F. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: DUARTE e DIOGO. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.** Atheneu, 2000. p.487 – 498.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde.** São Paulo: editora HUCITEC, 1996. 136p.

BENEDETTI, T.R.B. **Idosos asilados e a prática de atividade física.** 1999. 236f Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Curso de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre a envelhecimento da população no Brasil. IN: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, 1996, Brasília. **Anais...** Brasília: MPAS, SAS, 1996. p 16-34

BOEHS, A.E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família.** 1990. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis.

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

BRANDEN, N. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo.** 19 ed. São Paulo: Ed. Saraiva, 1995a.143p.

_____. **O Poder da Auto-Estima.** São Paulo: Ed. Saraiva, 3ª ed.,1995b.109p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei n.º 8842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e de outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF;, 04 de julho de 1996. seção 1, p. 12.277-9 1.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M.I. **Sexo e amor na terceira idade**. São Paulo: Summus, 1985. 133p.

CAPITANINI, M. E. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: NERI, A. L., FREIRE, S. A **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p.69-80.

CAPODIECI, S. **A idade dos sentimentos**. Amor e sexualidade após os sessenta anos. São Paulo: EDUSC, 1996.235p.

CARDOSO, O. **Comunidade eclesial de base Mont Serrat**: testemunho de uma vida. Florianópolis: UFSC, 1992. 120p

CARTANA, M. do H. F. **Rede de suporte social das famílias**. 1988. 207f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CASSORLA, R. M. S. **Da morte**: estudos brasileiros. São Paulo: Papyrus, 1991. 241p.

CHOPRA, D. **Corpo sem idade, mente sem fronteira**: a alternativa quântica para o envelhecimento., 9ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. 394p.

CORMACK, E. F. **A Saúde oral do idoso**. Rio de Janeiro: UFF, 2001. p. 8-16

DELBONI, T.H. **Vencendo o stress**. Série saúde e harmonia no trabalho. São Paulo, 1997. 100p.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer na terceira idade**. Petrópolis: Vozes, 1998. 93p.

DOMINGOS, A.M.; ZEITOUNE, R.C.G. **A mulher idosa no convívio com a família**. Uma contribuição para a Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. 100p.

DUARTE, M. J.R.S. Cuidadores? Porque e para que? Atenção ao idoso no domicílio. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ v.4, 1993.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN et al.. **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

ERBOLATO, R.M.P. Gostando de si: a auto-estima. In: NERI, A. L. e FREIRE, S.A. **E por fala em boa velhice**. Campinas/São Paulo: Papyrus, 2000. p. 33-54.

ESPIRITO SANTO, I.H.R.S. et al. **Vivenciando a prática assistencial de enfermagem junto ao idoso no serviço de saúde, na família e na comunidade**. 2000. TCC (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FACHINI, I. **Auto-estima**: a vida em harmonia. Florianópolis: Gênese, 1993. 170p.

FAURE, G. O. A Constituição da Interdisciplinaridade: Barreiras Institucionais e Intelectuais. **Revista Tempo Brasileiro.** , Rio de Janeiro, v. 108, p. 61-68, jan./mar., 1993.

FAZENDA, I. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro:** Efetividade ou Ideologia. São Paulo: Loyola, 1993. 107p.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade.** 1 ed. São Paulo: Hermes, 1998. 167p.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** 16ª ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1990. 79p.

FREITAS, P. **Fundamentos biológicos da educação para a saúde na terceira idade e na qualidade de vida.** Florianópolis, 1999. (Trabalho não publicado). 35p.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza** – um estudo etnográfico da vivência do parto. 1993. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GUIMARÃES, R.M. É possível retardar o envelhecimento? In: GUIDI e MOREIRA, **Rejuvenescer a velhice.** 2ª ed., Brasília: UNB, 1996, p.17-22.

HAYFLICK, L. **Como e Por que Envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus ,1996. 366p.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2001. 369p.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber.** Rio de Janeiro: Ímago, 1976. 220p.

KOERICH, M. S., SOUZA, M. A. **Avaliação da qualidade de vida no grupo de idosos.** Florianópolis, 2000, (trabalho não publicado). 13p.

LÉA, M. **Quem tem medo de envelhecer? (Você?)** 3. ed. Rio de Janeiro: Salamandra, 1989. 329p.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing.** Detroit: Grune & stratton, 1985a. Cap. 3, p.33-71. Ethnografic and ethnonursing-models and mods of qualitative data analysis.

_____. **Teoria do cuidado transcultural:** diversidade e Universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985b, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, UFSC, 1985b, p. 255 - 276

_____. Importance and uses of ethnomethods: ethnography and ethnonursing research. **Recent Advances in Nursing.** v.17, 1987. p. 12-36.

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

LEME, L.E.G. **O envelhecimento.** São Paulo: Contexto, 1998. 70p.

LEMOS, E.F. **Atitudes de mulheres na terceira idade frente à sua sexualidade :** narrativas de clientes no serviço de ginecologia do Hospital Universitário .2001. 130f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LENARDT, M.H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. 1996. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – Polo I – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

LEOPARDI, M.T. et al. **Teorias de Enfermagem**: Instrumentos para a prática. Florianópolis: Papalivros, 1999. 226p

LOPES, L.C. **Como viver feliz seus 100 anos**. São Paulo: Paulinas, 1993. 116p.

LOPES, M.A. **A interferência da atividade sensório-motora nas relações familiares dos idosos participantes do programa de atividades físicas do CDS/NETI/UFSC**. 1999. 114f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Curso de Pós-Graduação Em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LOUREIRO, A. M. L. **A Velhice, o tempo e a morte**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. 114p.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231p.

MARQUES, N. A Interdisciplinaridade: pano de fundo ou colcha de retalhos. **Revista Espaços da Escola**, Ijuí: Unijuí, v. 3, n. 8, p. 9-16. abr./jun., 1993.

MATHIAS, M.C.C. Oito anos de convivência com a terceira idade. In: LANCETTI, A. **Assistência social & cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 91-100

MARTINS, M. L. **Ensinando e aprendendo em grupo a enfrentar situações por pessoas ostomizadas**. 1995. 165f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MAURUS, J. **Cultive sua auto-imagem**. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 1989. 236p.

MAZO, G. Z., et al. **Educação física e o idoso**: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina, 2001. 236p.

MENDONÇA, A.R.V. **A fitoterapia como cuidado cultural: aproximando os conhecimentos profissionais e populares de saúde no ambiente familiar**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – Polo I – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Qualitativo Quantitativo : oposição ou complementaridade ? **Cad. Saúde Pública** .v9, n.1, p 239-248. jul/set 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abraco, 1994. 269p.

MONTICELLI, M. **O nascimento como rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. 1994. 249f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação Em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

MOTTA, A.B. Chegando pra idade. In: MORAES e BARROS. **Velhice ou terceira idade?** 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 223-235

MOTTA, L.B. O que determina nosso envelhecimento? Que é envelhecimento? In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UER, 1998. p..57-59.

MOTTA, F.M. **Velha é a vovozinha**. Identidade feminina na velhice. Rio Grande do Sul: Edunisc, 1998. 142p.

MOSQUERA, J. **Adolescência e provação**. Porto Alegre: Sulina, 1974. 167p.

_____. **Vida adulta** – Personalidade e desenvolvimento. Porto Alegre: Sulina, 1978. 248p.

MOYSES, C. **Seu sucesso pela auto-estima**. São Paulo: Leia Sempre, 2001. 167p.

NAHAS, M. V. **Saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001. 236p.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Papyrus, 1995. 276p.

_____. **Qualidade de vida e idade madura**. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 1999. 285p.

_____. **Palavras chave em gerontologia**. Campinas: Ed. Alínea, 2001. 136p.

NERI, A. L; FREIRE, S. A.. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000. 135p.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família**: o caminho da interação familiar saudável. 1991. 269f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis:

_____. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável**: A descoberta de laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos Pelotas: Editora e Gráfica Universitária/UFPel, 1999. 199p

PATRÍCIO, Z.M., et al. **Pensando criticamente sobre crenças e práticas populares de saúde**: uma pesquisa participante com moradores e professores de uma comunidade. Projeto de Pesquisa e Extensão. Florianópolis: UFSC, 1993. 28p.

PATRÍCIO, Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à famílias da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. 1990. 257f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. **Terceira Idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p.41-74.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: MORAES, M.e BARROS, L. **Velhice ou terceira idade?** 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 69-84.

PY, L. **Testemunhas Vivas da História**. Rio de Janeiro: Científica Nacional, 1996 . 128p.

POWELL, J e BRADY, L. **Arrancar Máscaras! Abandonar Papéis!** 11^a ed. São Paulo: edições Loyola, 2000. 175p.

RADÜNZ, V. **Uma Filosofia para Enfermeiros: O Cuidar de si, a Convivência com a Finitude e a Evitabilidade do Burnout**. 1999. 140f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REYNOLDS, C.L.; LEININGER, M. Cultural care diversity and universality theory. In: McQUINSTON, E.M.; WEBB, A.D. **Foundations of nursing theory**. New York: Sage Publications, 1995.

RODRIGUES, N.C. A preparação da família frente ao crescimento da população idosa. In: SCHONS, C.R. & PALMA, L.L.S. **Conversando com Nara Cosa Rodrigues**. 2 ed. UPF, 2000. p.105-108.

SALOMÉ, J. **Relação de Ajuda**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. 216p.

SANTOS, G.E.R. et al. Alimentação e hidratação do idoso. In: RODRIGUES, e DIOGO. **Como cuidar dos idosos**. 2 d. São Paulo: Papyrus, 2000. p.67-76

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**. As questões construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes Ltda, 1981. 316p.

SETIÉN, M.L., **Indicadores Sociales de Calidad de Vida**- um sistema de medicion aplicado al País Vasco. Siglo veinteuno de España Editores, 1993. 441p.

SILVA, A. L e ARRUDA, E. P. Referências com bases em diferentes paradigmas: modelos ou soluções para as práticas de enfermagem. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis: UFSC, v. 2, n.1, p. 82-92, jan./jul., 1993.

SKINNER, B. F.;VAUGHAN, M. E. **Viva bem a velhice aprendendo a programar sua vida**. Tradução de: Anita Liberalesso Néri. São Paulo: Summus, 1983. 224p.

SOUZA, E.N. **Reminiscências integrando gerações**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 85p.

SOUZA, J. F. et al. **Comunidade Mont Serrat** - memórias: a caminhada de gente que faz e conta a sua história. Florianópolis, 1992. 32p.

SOUZA, M. A. **Cuidando de família em expansão na comunidade do Sol Nascente**. 1996. 47f. Monografia (1º Curso de Especialização em Saúde da Família) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Prática pedagógica com as famílias de crianças com distúrbios nutricionais através da metodologia problematizadora**. 2000. 45f. Monografia (Especialização em

metodologia do ensino e profissionalização em enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis.

SOUZA, M. V. **A influência cultural e sua contribuição no processo educacional**. 2001. 54f. Monografia (Especialização em Didática e Metodologia de Ensino) – Curso de Pós-Graduação em História, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Registro. São Paulo.

SOUZA, O.M. **Divagando**. Florianópolis: UFSC, 2000. 72p.

SPRADLEY, J. P. **Participant Observation**. For Worth: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1980. 195p

STEGLICH, L.A. **Terceira Idade, aposentadoria, auto-imagem e auto-estima**. 1978. 242f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Curso de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SUNG, J. M. e SILVA, J. C. **Conversando Sobre Ética e Sociedade**. Petrópolis; editora Vozes, 1997. 117p.

TORRES, V.L.S. **Velhice numa cidade do trópico**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 2000. 165p.

TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem** – Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

VARGAS, C.B. **Reiki – o caminho do coração**. Manual, 2000. 40p.

VERAS, R. P. **País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará – UERJ, 1994.

_____. **Terceira Idade**. Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995. 110p.

VERONEZ, V. E. T. **Buscando a Harmonia no Cuidado de Enfermagem ao Paciente Oncológico**. 2001. 109f. TCC (Graduação em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

VIEIRA, C.M. Meditação: um caminho para a harmonia interior. In: GUIDI e MOREIRA. **Rejuvenescer a velhice**. 2 ed. Brasília: UNB, 1996. p. 233-250.

ZANI, R. **Beleza e auto-imagem**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. 130p.

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

1.1. Minha História

Em 1982, concluí o curso de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal de Pelotas. Posteriormente, em 1983, iniciei a minha carreira como enfermeira no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizando um antigo sonho. A princípio, trabalhei na Clínica Médica Masculina durante seis meses e depois, tendo solicitado transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ingressei naquele setor, sendo esta uma meta desde os tempos de estudante.

A UTI me proporcionou uma grande experiência a partir das vivências e contribuiu, tanto para o meu crescimento profissional como pessoal. Permaneci durante nove anos neste setor, sendo que, por um período de três anos, assumi o cargo de chefia da Unidade. Concomitantemente, concluí o Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Exercer o cargo de chefia foi bastante desgastante, neste processo, repensei a minha atuação na UTI. Neste sentido, outros fatores que estavam me angustiando foram evidenciados como: o ambiente muito restrito, estressante, o sofrimento humano intenso e o grande número de óbitos. Decidi solicitar a transferência para outro setor. No período de estudante, outra área que sempre me despertou interesse foi a Clínica Cirúrgica, e, desta forma, pensava em atuar numa Unidade Cirúrgica, porém, na época, o quadro de enfermeiras desta unidade já se encontrava completo, assim, surgiu a oportunidade de ingressar na Clínica Médica Feminina, para onde me transferi e permaneci por aproximadamente quatro anos. O fato de estar em uma unidade aberta, e me relacionar com clientes menos graves, com maior independência, foi bastante marcante. Ainda hoje lembro da sensação gratificante que eu experimentava durante a visita diária aos clientes, pois estes se encontravam muitas vezes em pé ou sentados, ou ainda, quando eles me acompanhavam até a porta do quarto, por exemplo, para se despedir. Na UTI, os clientes, na sua grande maioria permanecem no leito, muitas vezes em estado

comatoso ou entubados. Nesta vivência, eu desvelava um novo mundo, com clientes que experimentavam o sofrimento, porém em geral menos intenso que àquele na UTI. Posteriormente, ao ficar sabendo que surgiria uma vaga na Clínica Ginecológica e Triagem obstétrica, me inscrevi. Após ter sido selecionada, iniciei minha atuação como enfermeira assistencial e naquele setor permaneci por cinco anos. Nesta Unidade, em que 90% das clientes internam-se para cirurgias ginecológicas, pude contemplar meu sonho de atuar junto à clientes cirúrgicos.

A necessidade de realizar novas atividades e buscar conhecimentos, fez com que eu concorresse para uma vaga de Professora Substituta na Disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC -, fui aprovada em concurso e contratada por um ano e seis meses. Posteriormente, fui facilitadora de um grupo de Auxiliares de Enfermagem pelo Projeto Supletivo Auxiliar de Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSC/Repensul. Finalmente, passei a atuar como Professora das Disciplinas de Semiologia e Semiotécnica I e II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL -, e também como Enfermeira no Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem – CEPEn, no H.U/UFSC. Iniciei minha atuação, neste setor, em outubro de 2000, acreditando que, com minha vivência, poderei oferecer significativa contribuição para a educação e pesquisa neste hospital.

Após minha experiência como enfermeira de várias unidades e como professora em três cursos, comecei a perceber a necessidade de avançar, de crescer. Conversava com as colegas que cursavam o mestrado e observava, nelas, mudanças de comportamento, na sua visão de mundo e na forma de se expressarem. Aos poucos, a idéia de também fazer o mestrado foi se consolidando dentro de mim. O assunto já estava escolhido, “a dor”, bastava enfrentar o desafio da seleção. Finalmente, chegou o dia do resultado, fiquei emocionada com a aprovação, e acredito que como aquelas colegas que eu percebia crescendo, hoje percebo em mim esta transformação. “O olhar”, agora, é diferente, é permeado de possibilidades que só um curso de pós-graduação pode nos oportunizar.

No mestrado, desenvolvi este estudo na Clínica Cirúrgica I, no Hospital Universitário da UFSC. Os clientes atendidos nesta Unidade eram provenientes da comunidade, de outros hospitais da Grande Florianópolis e de outras cidades de Santa Catarina. Eram clientes adultos, jovens ou idosos, portadores de patologias diversas e foram submetidos às mais

variadas cirurgias, como, por exemplo, colecistectomias, hérniorrafias, traqueostomias, gastrectomias, laringectomias e outras.

Observei, durante a minha atuação nas Unidades, em especial nos quatro anos que trabalhei na Clínica Ginecológica com clientes submetidas a cirurgias, que eram frequentes as queixas de dor.

Independentemente do momento, ora atuando como enfermeira assistencial na UTI, Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica, ora atuando como professora em Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica, um aspecto que me inquietava no cuidado prestado, era relativo à abordagem e atuação da enfermeira frente ao cliente que vivenciava a dor, e, em especial, o cliente no pós-operatório. Esta inquietação serviu como alavanca para a realização deste trabalho.

1.2. O Foco do Estudo

A dor aguda atinge milhões de pessoas em todo o mundo, e mesmo assim, as pessoas que referem dor, são atendidas de modo inadequado em quase todos os países. Somente nas últimas décadas se tem dedicado melhor atenção ao problema, através de estudos e discussões sobre os porquês da dor e as formas de abrandá-la ou combatê-la (DRUMMOND, 2000).

No Brasil, a dor é o principal motivo de consultas médicas e está presente em 85% dos clientes atendidos. Segundo uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1993, o nosso país é o segundo da América Latina em que os clientes portadores de câncer mais sofrem de dor. De acordo com esta pesquisa, estes clientes recebem um décimo da dose de morfina, quando comparados com os clientes na Suécia. Temos em todo o país 70 Centros de Tratamento Especializados em Dor, quando seriam necessários 3000 Centros (VERGARA, 2001). De acordo com Lupinacci e Guatelli (1994), o manejo da dor no pós-operatório é insatisfatório e estudos apontam que cerca de 40% dos clientes que recebem a terapêutica convencional referem dor de moderada a forte intensidade. Neste sentido podemos perceber como a dor é negligenciada em nosso meio.

Em Florianópolis, existe um Grupo de Estudos sobre a dor crônica no Centro de Pesquisa Oncológica (CEPON), coordenado pela médica oncologista Maria Tereza Schoeller.

A maior pesquisa já feita no Brasil, sobre dor, foi realizada pelo neurocirurgião, Manoel Jacobsen Teixeira, denominada estudo Master de dor, sendo editada em 1995. Ele evidenciou na equipe médica e de enfermagem muitos preconceitos como: a idéia de que toda dor é psicogênica, quando estudos já comprovaram que para 99% dos casos de dor foi encontrada a causa orgânica; 30% dos médicos no Brasil acham que dores crônicas são psicogênicas e 20% acreditam que as dores agudas também são imaginárias. Outra evidência encontrada foi o medo da dependência química aos opiáceos. Entre os profissionais de enfermagem, constatou que 71% acham que o cliente deve tolerar a dor para evitar excesso de medicamento (VERGARA, 2001). Em consonância com este estudo, observo, muitas vezes no cotidiano hospitalar, a crença manifestada pela equipe de enfermagem e médica, que a dor é imaginária ou está sendo supervalorizada pelo cliente. Outro fato observado é o mito em torno dos opiáceos, relacionado à dependência química.

A Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP), em 1979, conceituou a dor como “uma experiência perceptual, sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”. Esta sociedade é uma entidade multidisciplinar composta por profissionais da área da saúde que se dedicam à pesquisa, diagnóstico e tratamento para o cuidado dos clientes com dor. Atualmente, possui 6.754 membros, de 113 países, dentre estes membros existem, cientistas, médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da área da saúde que tenham interesse pelo tema (INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP, 2001).

De acordo com MacCaffery (apud ATKINSON; MURRAY, 1989, p.476) “ a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”. “A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas” (ROSSATO; ÂNGELO, 1999, p.236). Segundo Pimenta et al (1998), a dor é um fenômeno multidimensional e, portanto, sua avaliação e controle devem abranger esta multidimensionalidade. Reforçando esta idéia, Pereira e Zago (1998) afirmam que a percepção da dor, não depende simplesmente do tipo e intensidade do estímulo doloroso, a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado da situação e de outros fatores individuais, portanto o significado e o impacto das experiências pessoais anteriores contribuirão para determinar a vivência da dor. Na minha concepção, o entendimento pela enfermeira e equipe de saúde, da complexidade do fenômeno da dor é de

suma importância para que possam acreditar e valorizar a queixa do cliente, promovendo o seu alívio.

De acordo com Pereira e Souza (1998a), a dor é a complicação de maior incidência no período pós-operatório. Em consonância com estas autoras, observo, na prática profissional como enfermeira, que é freqüente a vivência da dor pelos clientes. Neste estudo, enfocarei a dor aguda no pós-operatório por acreditar que ela é desnecessária e que pode e deve ser controlada. A dor aguda cumpre uma função biológica de sinalizar que algo está errado no organismo, porém, no pós-operatório, sua causa já está evidenciada, sendo possível e desejável seu alívio para que desta forma a equipe de saúde possa nutrir o estar-melhor dos clientes.

No meu cotidiano hospitalar, observo muitas situações, que me fazem refletir sobre o agir da equipe de enfermagem diante das situações de queixa de dor dos clientes cirúrgicos. Dentre elas algumas são mais evidentes, tais como:

- clientes que referem dor no pós-operatório, e a enfermeira ou outro membro da equipe de enfermagem não valoriza a sua queixa demorando a atendê-lo;
- a equipe, após a avaliação, subestima a dor referida pelo cliente;
- a enfermeira, diante da prescrição médica de analgésicos, em especial os narcóticos, que em muitas prescrições aparecem como “administrar se necessário”, teme administrá-lo ou associá-lo a outro analgésico prescrito;
- a enfermeira, frente às prescrições médicas de analgésicos insuficientes não questiona para uma possível adequação da droga, visto ser ela que acompanha o cliente 24 horas e, portanto, ser a pessoa mais indicada para esta avaliação e informação;
- observo, nos membros da equipe de saúde e nos acadêmicos, uma não preocupação com o caráter subjetivo da dor, considerando que uma pessoa na sua individualidade deve ser compreendida e valorizada quando refere alguma queixa;
- clientes que não relatam sua dor temendo incomodar a equipe de saúde ou por medo de medicação injetável, principalmente quando esta for por via intramuscular;

- a equipe de saúde manifesta atitude de descrédito na dor referida pelo cliente, procurando objetivar este fenômeno tão subjetivo;
- conhecimento insuficiente da equipe de saúde com relação à dor;
- considera-se aqui também o fator cultural, nível sócioeconômico, sexo e personalidade do cliente, pois, algumas vezes, tentam demonstrar força para suportar a dor até seu limite máximo, para só então solicitar a intervenção da enfermeira.

Para Drummond (2000), a dor pós-operatória é resultante de fatores diversos como natureza da cirurgia, tipo fisiológico e psicológico do cliente, preparo pré-operatório do ponto de vista psicológico, fisiológico e farmacológico, complicações na cirurgia entre outros. Estes fatores influenciarão a intensidade, a qualidade e a duração da dor. Acredita que pela natureza diversificada dos fatores que influenciam a percepção da dor, se faz necessária a participação de uma equipe como, anestesista, cirurgião e a equipe de enfermagem, para a terapêutica e prevenção da dor no pós-operatório.

O ambiente hospitalar, a internação, a separação da família e amigos, a anestesia, o centro cirúrgico e o medo do desconhecido, são fatores que influenciam a resposta à dor. O cliente que é submetido a uma cirurgia, vivencia, além da agressão física, uma agressão emocional. Creio que o cliente com dor no pós-operatório deva ser tratado de forma especial, tendo em vista este momento ímpar que atravessa.

O tratamento adequado aos clientes que referem dor no pós-operatório, depende, em parte, da avaliação da enfermeira, em virtude de sua posição estratégica, ou seja, ela e sua equipe atuam junto ao cliente 24 horas por dia, assistem-no ininterruptamente, e, sem dúvida, na equipe de saúde, são as pessoas que estão mais próximas do cliente, e, por isso têm maior possibilidade de perceber e aliviar sua dor. Vivenciando a dor, o cliente atravessa um momento de necessidade que requer conforto. Para Paterson e Zderad (1979), a enfermeira proporcionará este conforto e alívio de forma humanizada, se perceber o significado do fenômeno de dor vivenciado pelo cliente, se ela intuitivamente se colocar no lugar dele para poder perceber e responder ao seu chamado, direcionando-o para o estar-melhor e o vir-a-ser mais (potencial humano). De acordo com Praeger (2000), a enfermagem trabalha com este alvo, e desta forma procura aumentar a possibilidade das pessoas fazerem suas escolhas responsáveis, pois é desta maneira que os seres humanos podem tornar-se pessoa e vir-a-ser-mais. Rossato e Ângelo (1999) enfatizam que uma assistência efetiva e eficiente vai além da

realização de procedimentos e da utilização de medicação, aponta um outro caminho em direção a uma assistência humanizada, a qual todos as pessoas têm direito.

A vivência da dor provoca alterações biológicas, psicológicas, sofrimento, incapacidade para o trabalho e para outras atividades sociais. Há prejuízo do sono, do trabalho, da movimentação e deambulação; ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da atividade sexual e apreciação pessimista e desesperança da vida. É um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle (PIMENTA et al, 1998, p.286).

No cotidiano hospitalar, observamos que o cliente no pós-operatório, quando vivencia a dor, em especial aquela de forte intensidade, tende a ficar no leito imóvel, calado, respirando superficialmente e experimentando um desconforto indesejável e inoportuno para um momento muitas vezes difícil. Esta vivência, além de aumentar a ansiedade do cliente e do familiar, o impossibilita de participar e realizar os exercícios respiratórios, a mudança de decúbito, a deambulação precoce entre outros. Desta forma, ele fica exposto a maior risco de ter complicações pulmonares, intestinais e circulatórias no pós-operatório. A enfermeira, interagindo com o cliente, percebendo intuitivamente e cientificamente esta vivência, poderá caminhar com o cliente para um estar-melhor e para um vir-a-ser.

Quando revisamos a literatura, observamos que há um grau de insatisfação dos clientes que referem dor no pós-operatório. Especialmente na Unidade de Clínica Ginecológica, onde atuei como enfermeira junto aos clientes cirúrgicos, percebia muitas vezes que estes clientes referiam dor durante longos períodos, principalmente à noite, sem serem atendidos na sua necessidade e no seu direito de não sentir dor. Em outras situações na prática, percebo um “olhar” para a experiência da dor do cliente desvinculado da sua multidimensionalidade, é como se a dor fizesse parte do contexto do pós-operatório e o cliente tivesse que naturalmente aceitá-la e vivenciá-la. Neste sentido, observo que os clientes vivenciam a dor sem ser adequadamente avaliados e reavaliados pelo médico e a enfermeira.

Paterson e Zderad (1979) abordam a interação enfermeira/cliente como uma transação intersubjetiva em direção ao bem-estar e o estar-melhor dentro de uma situação saúde/doença em um mundo de pessoas e coisas no tempo e no espaço. Reiteram que a enfermagem é um diálogo vivido entre a enfermeira e o cliente. Nesta interação, a enfermeira precisa deixar de lado suas percepções, crenças e se envolver com o cliente procurando conhecê-lo

intuitivamente, para depois fazer uma análise científica, a fim de chegar a uma visão ampliada da situação.

Acredito que o ser-doente-com-dor-no-mundo vivencia um momento ímpar permeado de antecipações e recordações que podem influenciar sua percepção da dor, ele evoca a interação com o ser-enfermeira-no-mundo na expectativa de receber um cuidado mais humanizado. A trajetória proposta nesta prática foi embasada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pois acreditei que ela poderia me fornecer subsídios, dentro de sua abordagem existencial-fenomenológica para que, numa interação intersubjetiva, pudesse compartilhar a singularidade desta vivência me mantendo sensível à condição humana.

Desta forma, a partir de minha vivência diária ao longo de 19 anos de profissão e das leituras sobre o tema, percebi a necessidade de encontrar um caminho para poder estar com o cliente que vivencia a dor no pós-operatório e prestar um cuidado humanizado. Ousei percorrer esta trajetória baseada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pela sua abordagem existencial, humanística e fenomenológica proporcionando um cuidado interativo, compartilhado e com o objetivo de proporcionar ao cliente o bem-estar e o estar-melhor, possibilitando um vir-a-ser-mais na situação saúde/doença em que se encontra. Assim sendo, este estudo procura responder à seguinte questão norteadora: **de que forma a equipe de enfermagem atua diante da dor do cliente cirúrgico?** Entendendo-se por atuação, todo o tipo de atenção dispensada ao cliente durante o período de sua hospitalização. Neste sentido, incluem-se, não somente os cuidados diretos manifestos pelas necessidades dos clientes, enquanto prescrição médica e de enfermagem, mas também àquele cuidado às necessidades subjetivas, ou seja, atenção, carinho, acreditar em suas queixas de dor, neste sentido a equipe de enfermagem não apenas faz-por mas está-com, fazendo-com o cliente.

1.3 O Objetivo

Nesta dissertação de mestrado apresento como objetivo:

- **Analisar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos clientes internados em uma Unidade Cirúrgica e que vivenciaram a dor, à luz da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad.**

Acredito que a presente proposta de um cuidado humanizado, possa contribuir para que ocorram reflexões e mudanças de atuação, não apenas na assistência ao cliente que vivencia a dor no pós-operatório, mas a todos os outros clientes que necessitem de atenção e cuidados de enfermagem.

2. A REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O cliente cirúrgico

De acordo com Santos e Luis (1999), o enfrentamento de uma cirurgia envolve múltiplos agentes agressores geradores de altos níveis de tensão, que se iniciam com a internação hospitalar. Para Peniche e Chaves (2000), o enfrentamento representa os recursos que o indivíduo utilizará com o intuito de superar o problema ou reduzir a ansiedade, além disso, representa também uma tentativa do indivíduo de exercer algum controle sobre o ambiente que está inserido, procurando relacionar-se de forma mais adaptativa. Para Beyers e Dudas (1989), a hospitalização e a proximidade da cirurgia, geram um estresse que por sua vez tornam os clientes assustados, vulneráveis, inseguros e com medo.

Benedet (2002) relata que em sua experiência profissional percebeu que a ansiedade que o cliente cirúrgico vivencia é causada, principalmente, pelas dúvidas e incertezas acerca da cirurgia, somados ao enfrentamento de uma situação nova, fora de seu controle. Enfatiza a necessidade da enfermeira fornecer informações aos clientes no período pré-operatório, a fim de minimizar esta situação. Para ela, essas informações, além de diminuir o medo e a ansiedade, contribuem para uma melhor recuperação pós-operatória.

Num estudo sobre a experiência cirúrgica, McConnel 1987, (apud BENEDET, 2002) relata que além dos problemas como dor e desconforto relacionados à incisão cirúrgica e a presença de drenos e sondas, aparecem a alteração da imagem corporal relacionadas às mudanças estruturais e funcionais do corpo biológico, conseqüentes ao procedimento cirúrgico. Benedet (2002) acredita que este problema se manifesta através da ansiedade e tensão emocional que o cliente manifesta durante a internação, acrescenta que estas manifestações devem ser valorizadas e incluídas na assistência de enfermagem

Acredito que o ambiente hospitalar funcione como um estressor, à medida que, na maioria dos casos, separa o cliente dos familiares e amigos, acrescido de uma rotina rígida no

que tange aos cuidados de higiene e conforto, alimentação, cuidados de enfermagem prestados durante a noite bem como iluminação e ruídos excessivos que podem prejudicar o sono, entre outros. Além disso, o cliente cirúrgico enfrenta os medos da cirurgia, da morte, do sofrimento e da dor, fatores que somados vão contribuir para aumentar a percepção de dor deste cliente que vivencia uma cirurgia.

2.2 Uma breve história da dor

A interpretação das dimensões da dor variou de acordo com cada sociedade e o momento histórico. O limiar de dor varia de um indivíduo para o outro e também de acordo com a sua cultura, independentemente de suas bases anatômicas e fisiológicas. Nos textos da Mesopotâmia, nos papiros do Egito, em documentos da Pérsia e Grécia, é expressada a atenção para com as conseqüências deletérias da dor e medidas visando ao seu controle. A dor era considerada ataque à pessoa, punição ou atuação de demônios ou Deuses e eventualmente dos inimigos do homem. Nos primórdios, a medicina era exercida por sacerdotes que a serviço dos deuses, empregavam remédios naturais e acreditavam no efeito terapêutico das preces. Utilizavam feitiços e sacrifícios para proporcionar a imortalidade e a cura, desta forma os deuses lhes agradeciam proporcionando o alívio da dor. O conceito religioso de dor é fundamentado na medicina clássica de Hipócrates, “*divinustest opus sedare doloriem*” (sedar a dor é obra divina). As dores eram divididas em dores de causas internas e as de causas externas. Para as dores de causas internas, cujas razões lhes era impossível compreender, apelavam para forças divinas. Para o alívio das dores de causas externas como queimaduras e traumatismos, utilizavam rituais, plantas medicinais, manipulações físicas, aplicações de calor, imposição de mãos, toque de curandeiros e fricção, alguns destes procedimentos são utilizados até hoje (TEIXEIRA; OKADA, 2001).

De acordo com Drummond (2000), os estudos sobre a dor do ponto de vista da pesquisa, clínico, terapêutico e neurofisiológico, apresentam três marcos históricos revolucionários. Segundo ele, o primeiro surge com Bonica, no ano de 1953, em seu clássico tratado “The management of pain”, nos faz perceber a dor como uma afecção e não apenas como um sintoma. Disso resultou a necessidade de estudos mais aprofundados e a exigência de especialização, por mais interdisciplinar que fosse o enfoque diagnóstico e terapêutico. Nasceram, com isso, as clínicas de dor. A segunda fase surgiu, em 1965, com a elaboração da

Teoria do Portão, também denominada Teoria da Comporta ou da Porta, descrita por Melzack e Wall . Esta Teoria, de acordo com Wright (1989), indica que os pensamentos, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção e a resposta à dor, estabelecendo, assim, que a vivência da dor envolve mente e corpo. Nesta segunda fase, os trabalhos de Reynolds em 1967, foram relevantes, pois conduziram à identificação dos opióides endógenos. A terceira etapa, em 1980, é assinalada pelos trabalhos pioneiros de Woolf e Wall apontando para alterações funcionais e tróficas no Sistema Nervoso Central desencadeadas por estímulos nociceptivos. Decorreram destas investigações, a necessidade de tratamento imediato e eficaz da dor aguda para evitar a sua cronicidade ou ainda oportunizar a profilaxia, como é o caso da dor pós-operatória (DRUMMOND, 2000)

Para Bernardo (2000), a necessidade de proporcionar o alívio da dor, do estresse e do desconforto aos clientes, é uma constante na vida da equipe de enfermagem. Conforme a conceituamos anteriormente, lembramos que é uma vivência subjetiva e multidimensional. Pereira e Zago (1998, p.145) reforçam esta idéia quando afirmam que “ao cuidar de um cliente cirúrgico que refere dor, é essencial que a enfermeira adote o ponto de vista do cliente em relação a ela.” Segundo Smeltzer e Bare,1993 (apud PEREIRA; ZAGO, 1998, p.145), “é de fundamental importância no cuidado do cliente com dor, acreditar que toda dor é real.” Em consonância com os autores, percebo que ao dar crédito às queixas de dor dos clientes procurando aliviar sua dor, a interação enfermeira/cliente se inicia, o cliente ao perceber que poderá ser ajudado, fica menos ansioso, mais esperançoso, menos estressado, o que contribui para diminuir sua percepção da dor.

Salientamos que nesta prática abordaremos a dor aguda, que apresenta diferenças da dor crônica. A dor aguda é relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, havendo a expectativa de que ela desapareça após a cura. O cliente que refere dor aguda, pode manifestar sinais fisiológicos e comportamentais, os primeiros, são acompanhados de sinais físicos objetivos, incluindo respostas do sistema nervoso autônomo simpático como: taquicardia, hipertensão, taquipnéia, palidez, sudorese e outros. As respostas comportamentais incluem alterações músculo-esqueléticas como: cerrar os punhos, fazer caretas, contorcer-se, andar a passos largos, amparar a parte afetada e reações físicas, como a verbalização do sofrimento e pedido de ajuda, expressões de raiva e de gritos. O cliente pode também, parecer ansioso, apreensivo e assustado (THELAN et al, 1996; PIMENTA,1998).

2.3 Mecanismos neurofisiológicos da dor

Na década de 60, Melzack e Wall propuseram a Teoria do Controle da Porta ou da Comporta para explicar a dor. Esta Teoria não apenas propõe que a dor seja um fenômeno neurofisiológico baseado na transmissão de um estímulo que produz sensação dolorosa, como também indica que os pensamentos, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção e a resposta à dor, estabelecendo, assim, que a vivência da dor envolve mente e corpo (WRIGHT, 1989). Acredito ter sido uma descoberta crucial para o entendimento da dor nas suas múltiplas dimensões e não somente na dimensão desenvolvida por Descartes no século XVII com sua teoria da especificidade, onde se acreditava que a intensidade da dor era proporcional ao tamanho ou tipo de lesão ou agressão ao tecido (McCORMACK 1995).

As principais contribuições que essa Teoria do Controle da Porta nos trouxe foram: um modelo conceitual integrado para análise dos inúmeros fatores que contribuem para as diferenças individuais na vivência da dor e a conceituação de categorias de atividades que podem formar uma base teórica para desenvolvimento de diversas medidas destinadas a minorar a dor.

Segundo a Teoria do Controle da Porta, a transmissão do impulso doloroso até o nível da consciência pode ser afetada por um mecanismo de porta ao nível da medula espinhal, denominada substância gelatinosa *S.G*, permitindo ou impedindo a transmissão do impulso doloroso. Se a porta está aberta, os impulsos obtêm acesso às células de transmissão *T*, a seguir sobem pela medula espinhal até o cérebro onde a dor é percebida. Se a porta estiver fechada, a transmissão do impulso doloroso às células *T* e ao cérebro será bloqueada e o cliente não perceberá a dor, ou a perceberá em menor intensidade (WRIGHT, 1989).

A atividade que envolve três áreas específicas dentro do sistema nervoso influencia a abertura e o fechamento da porta. São elas: *as pequenas e grandes fibras nervosas da medula espinhal, o tronco cerebral, o córtex cerebral e o tálamo*. *As fibras nervosas de pequeno diâmetro* são responsáveis pela transmissão dos sinais de dor à medula espinhal e através da porta aberta, ao cérebro. Quando ativamos *as fibras nervosas de diâmetro grande*, que estão localizadas na superfície da pele, através de fricção ou aplicação de calor, por exemplo, promovemos um estímulo inibidor que resultará no fechamento da porta, bloqueando ou diminuindo a transmissão dos impulsos dolorosos ao cérebro. No *tronco cerebral*, em sua parte central, encontram-se as fibras de células nervosas que constituem a formação reticular.

Esta área controla o afluxo de impulsos sensoriais e sensitivos. Se através de técnicas de distração se percebe um aporte sensitivo suficiente, o *tronco cerebral* envia impulsos que promovem o fechamento da porta e bloqueiam a sensação dolorosa., em contrapartida, a monotonia e os estímulos sensoriais mínimos, facilitam a abertura da porta, permitindo a percepção da dor. Outros fatores que proporcionam o fechamento ou abertura da porta são os pensamentos, as emoções e as lembranças, processados no *córtex cerebral* e no *tálamo*. Desta forma, experiências negativas no passado e temores relacionadas à vivência da dor podem facilitar a abertura da porta permitindo a percepção da dor, no entanto, medidas que reduzam a ansiedade, mediante informações, orientações e uma relação positiva da equipe de saúde com o cliente, podem resultar em sinais inibidores provenientes do *córtex cerebral e do tálamo*, proporcionando o fechamento da porta e conseqüente alívio da dor (WRIGHT, 1989).

Neste sentido, algumas atividades propostas aos clientes podem contribuir para o fechamento da porta, como, por exemplo: estimulação da pele através de massagens ou aplicação de calor e frio, distração ou imaginação orientada durante um procedimento que possa ser doloroso, proporcionará um input sensitivo que chega ao *tronco cerebral* desencadeando um impulso inibitório para o fechamento da porta. Da mesma forma, a redução da ansiedade mediante orientações ao cliente, pode desencadear impulsos inibitórios oriundos do córtex cerebral, para o fechamento da porta. Um estudo com 69 clientes submetidos à cirurgia de vesícula biliar, demonstra que os clientes cuja janela do quarto se abria para um parque arborizado, consumiram duas vezes menos analgésicos em relação àqueles cuja janela se abria para um muro de tijolos. Este último grupo, permaneceu, além disso, um dia a mais hospitalizado (ULRICH, 1984, apud GUERCI; CONSIGLIERE, 1999, p.67). Em outro estudo, Barber e Hahn, 1962, (apud GUERCI; CONSIGLIERE, 1999,), testaram as diferentes respostas à dor. Num experimento, com dois grupos de pessoas que tiveram suas mãos colocadas em um recipiente com água gelada, sugeriram que o primeiro grupo imaginasse situações agradáveis e o segundo grupo, situações desagradáveis. No primeiro caso, os indivíduos apresentaram maior resistência à dor, enquanto que no segundo caso, associado ao aumento da dor, apareceram sinais como taquicardia, tensão muscular e ansiedade. Estes estudos assinalam a importância e o efeito da distração nas respostas dos clientes à dor.

Acredito, que, baseada nesta teoria, a enfermeira poderá traçar planos de cuidados não farmacológicos, que poderão contribuir para o alívio da dor dos clientes, abrindo, com isto, um leque de possibilidades para a sua atuação.

2.4 Influências Psicossociais na percepção dolorosa

A percepção da dor, está relacionada a fatores externos e internos ao indivíduo, e pode ser modificada tanto em qualidade como em quantidade em função destes fatores. Segundo Galvão, 1973 (apud SANTOS; LUIS, 1999), as reações humanas frente a mudanças ocorridas interna ou externamente, manifestam-se de diferentes maneiras nas pessoas, de acordo com um psicodinamismo próprio, resultante de componentes hereditários e do seu desenvolvimento decorrente da interação com o meio sócio-cultural. Por este motivo, as reações de cada indivíduo às ameaças e à doença são variáveis de acordo com seu modo de sentir. Em consonância com este autor, Thelan et al (1996) afirmam que fatores sociais e ambientais, como a interação do indivíduo com seus familiares e amigos, estresse e sobrecarga ou privação sensorial, o seu passado cultural, bem como as suas crenças e experiências passadas influenciam a percepção da dor. Portanto, a situação em que a dor ocorre, também é significativa. De acordo com Pereira e Zago (1998), não podemos considerar a percepção da dor simplesmente como resposta a um tipo particular de estímulo, devemos levar em conta que a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado da situação em que ela ocorre e de outros fatores individuais, neste sentido, múltiplos fatores determinam a experiência dolorosa. Estas autoras acrescentam que as atitudes e as expectativas dos clientes, em relação ao tratamento e ao atendimento que receberão dos profissionais de saúde, podem influenciar a intensidade da dor, o que explicaria o modo de ação do placebo.¹

A maioria das dores corporais é uma combinação de eventos mentais e estímulos físicos. As pessoas podem sentir níveis de dores diferentes, em resposta à mesma ferida ou agressão. As diferenças fisiológicas, como os níveis de endorfina ajudam a explicar o fenômeno em parte. A tolerância à dor difere de um indivíduo para outro, e pode variar no mesmo cliente em situações diferentes. Fatores pessoais como o seu conhecimento da dor, o

¹ Forma farmacêutica sem atividade, cujo aspecto é idêntico ao de outra farmacologicamente ativa (FERREIRA, 1993)

seu significado e a sua causa, a sua capacidade de controlá-la, o seu nível de estresse, bem como os seus níveis de energia e fadiga, influenciam a tolerância à dor (THELAN et al,1996).

2.5 A Avaliação da dor no pós-operatório

De acordo com Pereira e Souza (1998b), a mensuração da dor no pós-operatório constitui-se num desafio aos pesquisadores na área, considerando-se a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa.

Para Bernardo (2000), o sucesso do tratamento da dor aguda, depende de uma avaliação acurada desta experiência. Para ela, a equipe de enfermagem encontra-se em posição de destaque para desempenhar tal tarefa, não sendo esta fácil, devido à abrangência de situações dolorosas. Segundo esta autora, o efeito residual da anestesia, o nível de consciência, a dificuldade de comunicação devido à confusão mental ou à presença de dispositivos como tubos endotraqueais que impedem a comunicação das queixas de dor, podem prejudicar a avaliação do cliente em pós-operatório. Sugere, para diminuir tais dificuldades que: a enfermeira dê especial atenção aos clientes com dificuldade de comunicação; fique atenta a uma dor súbita, acompanhada de alterações dos sinais vitais e estimule a participação da família no processo de avaliação de dor valorizando e recebendo suas informações.

Pimenta (1994) ressalta que para uma boa avaliação e para o manejo adequado da dor é fundamental acreditar nas queixas de dor e reconhecer os efeitos negativos que a dor pode ter sobre o cliente e sua família. Ela enfatiza que a avaliação deve ser sistemática, continuada e ser registrada de forma detalhada para que se possa compreender a dor, implementando medidas analgésicas e avaliando a eficácia do tratamento. Na avaliação inicial, deve-se colher a história da queixa da dor atual, como data de início, localização, características, fatores que melhoram ou pioram a dor, qualidade, intensidade, periodicidade e duração dos episódios dolorosos, bem como, outros sintomas associados, sendo todos estes dados valiosos para implementação do plano terapêutico. Sabendo-se que múltiplos fatores influenciam a percepção e resposta à dor, é importante conhecer o significado da dor para o cliente e o impacto que ela provoca nas suas atividades diárias como: sono, repouso, alimentação, movimentação, atividade física, autocuidado, vida afetiva, e as repercussões sobre o trabalho.

Acredito que avaliar os clientes que vivenciam a dor no pós-operatório implica, também, em conhecer as expectativas do cliente com relação à cirurgia, no que tange ao pré, trans e pós-operatório pois a falta de conhecimento pode gerar graus de tensão no cliente e familiar que poderiam aumentar sua percepção dolorosa.

Os trabalhos de Beymer (1995) apresentam resultados de estudos sugerindo que as percepções das enfermeiras quanto à dor, não coincidiam com as percepções dos clientes, resultando num aumento de sofrimento; que muitas enfermeiras intervêm com o objetivo de reduzir a dor e não eliminá-la; que as enfermeiras tendem a interferir em maior grau sobre os aspectos psicológicos do que os físicos; que há insatisfação dos clientes com relação às ações de controle da dor pelas enfermeiras. Em pesquisa realizada com 119 clientes de cirurgia abdominal, Zalon (1993) constatou que a maioria das enfermeiras subestimou a dor de seus clientes. Elas subestimaram a dor mais intensa e superestimaram a dor mais leve. As enfermeiras documentam consideravelmente, menos informações sobre a dor do que as descritas pelos clientes e as considerações sobre a avaliação da dor não constam nos prontuários dos clientes terminais. Também, em concordância com este fato, Pereira e Souza (1998a) observaram que as enfermeiras não consideram o fenômeno da dor em todos os seus aspectos nas situações cirúrgicas.

Para Bernardo (2000), algumas atitudes da enfermeira no pré-operatório poderão minimizar a dor do cliente no pós-operatório. São exemplos: orientar os clientes no período pré-operatório com relação aos métodos de controle da dor; enfatizar a importância do relato verbal para comunicar a queixa de dor, bem como selecionar e treinar um instrumento de avaliação e mensuração de dor; oportunizar ao cliente a expressão de suas experiências passadas com dor e desenvolver com ele um plano para avaliação e manejo da dor. Neste sentido, a autora enfatiza pontos relevantes que podem contribuir para minimizar a ansiedade e o medo, bem como manter uma relação horizontal com o cliente e a família, valorizando e acreditando em suas queixas, dando-lhe oportunidade de escolher a forma de ser cuidado no pós-operatório.

Diversos trabalhos apontam outros fatores que desempenham papel importante no processo de avaliação da dor aguda. Musgrave, 1990 (apud, BERNARDO, 2000), em um trabalho, aponta fatores como: o tipo de cirurgia e anestesia, a personalidade do cliente bem como a sua idade. Para ele, os clientes mais ansiosos experimentam dor de maior intensidade

e os idosos tendem a solicitar menor quantidade de analgésicos nos três primeiros dias de pós-operatório, necessitando de maior quantidade de analgésicos na convalescença.

Nas últimas décadas, houve avanços referentes à elaboração de instrumentos que facilitam a comunicação entre os clientes e os profissionais da área de saúde, auxiliando na avaliação da dor. Estes instrumentos podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Dentre os mais utilizados, sobressaem aqueles que consideram o relato subjetivo do cliente como principal indicativo de sua dor, o que, certamente, deve-se à subjetividade desta experiência, que só pode ser avaliada com precisão, mediante o relato de quem a sente. Os instrumentos unidirecionais prevaleceram até a década de 60, pois a experiência dolorosa era vista como resultado da ativação direta de um sistema de projeção que ia da periferia até o córtex cerebral, dependendo somente de um único fator, a extensão da área lesada. Estas escalas unidirecionais mensuram a intensidade da dor e conseqüente alívio obtido pelo emprego de diferentes analgésicos ou técnicas não-invasivas. Podemos destacar: as escalas numéricas graduadas de 0 a 10, nas quais o 0 significa nenhuma dor, e o 10 significa maior dor imaginável; as escalas verbais onde são utilizados adjetivos como: dor leve, moderada, forte e severa; as escalas analógicas visuais (EVA), que consistem em uma linha reta com indicação de “sem dor” e “pior dor imaginável.” Desta forma, há a possibilidade do cliente expressar visualmente apenas a intensidade de sua dor, numa dimensão tomada como padrão (PEREIRA; SOUSA,1998a; PIMENTA,1994)). Conforme alguns estudos feitos, constataram que a utilização destas escalas para mensuração da dor no pós-operatório tem possibilitado conhecer a intensidade da dor e conseqüente alívio obtido pela utilização de analgésicos, porém assinalaram que um inconveniente era o de simplificar demasiadamente a experiência dolorosa. (PEREIRA; SOUSA,1998a). Conforme Bernardo (2000), a equipe de enfermagem deve optar por aqueles instrumentos já validados e viáveis para toda a equipe, bem como observar para que sejam apropriados ao nível de desenvolvimento dos clientes, estando de acordo com a sua capacidade cognitiva, seu estado físico e emocional. No hospital, onde desenvolvi este estudo, observei que não há a utilização de instrumentos de avaliação de dor.

Mediante a nova concepção sobre os mecanismos envolvidos na percepção e resposta à dor, proposta pela Teoria da Porta, foram criados instrumentos multidimensionais para a mensuração da dor. Na década de 70, Melzack e Torgerson (1971) apontaram as diferentes dimensões da dor: *sensitivo-discriminativa* referente às características espaciais de pressão, tensão, térmicas e de vivacidade da dor; *afetivo-motivacional*, que traduz por sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas; *avaliativa*, que se refere à situação

como um todo, vivenciada pelo indivíduo. Considerando a dor como um fenômeno multidimensional, investigaram sua descrição através de palavras denominadas *descritores de dor*.

Melzack, em 1975, publicou um trabalho no qual foi elaborado um instrumento para mensurar a dor com um enfoque multidimensional, intitulado Questionário para a Dor McGill (MPQ), sendo este instrumento o mais utilizado para a avaliação da dor aguda. (PEREIRA; SOUZA, 1998b).

Wright (1989) assinala algumas atitudes das enfermeiras que podem prejudicar a avaliação da dor dos clientes. São elas: os conhecimentos insuficientes relacionados ao assunto; não dar crédito à queixa de dor do cliente; não levar em conta a subjetividade da dor; não conhecer as diferenças nas respostas do organismo às dores agudas e crônicas; não entender que a tolerância à dor é peculiar a cada cliente na sua maneira de perceber a dor e reagir a ela. Em consonância com esta autora, observo no cotidiano hospitalar, que, com frequência, estas atitudes são manifestadas tanto pela equipe de enfermagem, como pela equipe médica.

Pimenta (1998) acrescenta que se deve investigar o conhecimento que o cliente e familiar têm sobre a dor, sua doença e tratamento, que expectativas, medos e fantasias possuem, sendo importante a atuação da enfermeira no sentido de esclarecer conceitos errôneos pois estes podem contribuir para manter o quadro algico e inadequado manejo da dor.

Acredito que, para um efetivo manejo da dor, a equipe de saúde deva estar instrumentalizada com conhecimentos científicos relacionados ao processo de dor e sensibilizada para que possa compreender esta vivência nas suas múltiplas facetas, isto, indubitavelmente, se constituiria num avanço em direção à humanização.

2.6 As diferentes formas de tratamento da dor

A Teoria da Porta propiciou uma melhor compreensão dos numerosos fatores envolvidos e que contribuem para a percepção e resposta à dor. O conhecimento das múltiplas influências exercidas sobre as células de transmissão (*T*) do sistema nervoso central, tem

implicações terapêuticas importantes. No que concerne ao tratamento da dor, a combinação de vários métodos terapêuticos é, em geral, mais eficaz do que quando utilizamos um método de cada vez isoladamente (MELZACK; WALL, 1982).

Bernardo (2000) reconhece que nos últimos anos tivemos avanços importantes com relação à compreensão dos mecanismos dolorosos e o seu controle, entretanto, a falta de conhecimento e o medo excessivo dos profissionais da saúde acerca dos analgésicos constituem uma barreira para o tratamento de todos os tipos de dores, principalmente a dor pós-operatória. Lupinacci e Guatelli (1994) acreditam que o manejo da dor no pós-operatório é insatisfatório, pois estudos mostram que cerca de 40% dos clientes que recebem a terapêutica convencional referem dor de intensidade moderada a forte.

Pimenta et al (1998) relatam que as razões do não controle da dor aguda e da dor crônica são diversas. Apontam a falta de informação da comunidade e entre os profissionais encarregados da assistência à saúde como as principais entre as múltiplas causas do insatisfatório alívio das queixas álgicas, especialmente as crônicas. O medo exagerado da dependência psíquica e de outros efeitos colaterais dos analgésicos morfínicos também tem contribuído para o inadequado alívio da dor nos clientes em geral, especialmente os idosos e oncológicos. O risco do desenvolvimento da dependência psíquica ou adição na utilização de morfina tem sido pequeno em clientes não usuários de drogas. Schoeller (s.d) reforça que vários estudos demonstram que a adição é rara. Numa pesquisa realizada com 12.000 clientes que receberam opióides, somente quatro manifestaram situações de dependência bem documentadas.

A dor pós-operatória pode ser aliviada parcial ou totalmente através da utilização de vários métodos, tais como: analgésicos por via sistêmica, opióides por via espinhal, analgesia regional com anestésicos locais, estimulação elétrica transcutânea (TENS), acupuntura, hipnose, auto-relaxamento, musicoterapia e outras drogas como tranqüilizantes e antidepressivos.

A acupuntura é um método terapêutico utilizado no oriente há 5000 anos. A palavra acupuntura origina-se do latim *acus* que significa agulha e *punctura* que significa puncionar, se refere à inserção de agulhas através da pele nos tecidos subjacentes em pontos estratégicos do corpo para produzir os efeitos desejados. Já foram descritos 1000 pontos de acupuntura. No ocidente, ela ganhou credibilidade, principalmente por seu efeito no alívio da dor, sendo

esta uma das razões para a ênfase atual da pesquisa no estudo dos mecanismos analgésicos da acupuntura. O foco de atenção tem sido o papel dos opióides endógenos neste mecanismo. Observou-se um aumento de concentração de endorfinas e de serotonina no líquido céfalo raquidiano de clientes submetidos à acupuntura.

Com relação ao tratamento medicamentoso, enfatiza o uso de drogas pela via endovenosa, a intervalos regulares e não aplicadas quando necessário, principalmente quando se tratar de opióide, pois este, ao ser administrado irregularmente, tem sua eficácia comprometida devido às variações nas concentrações plasmáticas (DRUMMOND, 2000). Wright (1989), em consonância com Drummond (2000), acrescenta que as medicações analgésicas em horários regulares evitam que a dor se torne severa, além de eliminarem a lembrança da dor e a angustiante expectativa do seu retorno. Refere que o enfermeiro deve orientar os clientes a solicitarem a medicação antes que a dor se torne muito intensa, quando isto ocorre, muitas vezes torna-se necessária uma dose mais elevada de analgésico para o seu alívio.

Novamente nos reportamos à Teoria da Porta, e podemos compreender como a aplicação destes conhecimentos pode ajudar a equipe de enfermagem no tratamento da dor. As atividades que envolvam massagens, aplicação de calor e frio, vão estimular as fibras nervosas de grande calibre na pele, promovendo um estímulo inibitório para o fechamento da porta. De outra forma, quando distraímos os clientes, por exemplo, com uma televisão, uma música, imaginação orientada, uma conversa ao realizarmos uma técnica que provoque dor, proporcionamos um impulso inibitório oriundo do tronco cerebral que promove o fechamento da porta. Uma outra atividade que proporciona impulsos inibitórios provenientes do córtex cerebral e tálamo se dá quando através da orientação aos clientes diminuimos sua ansiedade (WRIGTH,1989). Acrescento que a interação enfermeira/cliente contribui para proporcionar segurança aos clientes e conseqüente diminuição da ansiedade. O cliente que recebe da enfermeira e equipe de enfermagem mais carinho, atenção e percebe que pode contar com a equipe se mostra menos ansioso, conseqüentemente tem uma real possibilidade de vivenciar menos dor.

A equipe de enfermagem, por estar com o cliente 24 horas, pode interagir mais freqüentemente com o mesmo, ampliando suas possibilidades de avaliá-lo, podendo, neste sentido, recomendar modificações nas prescrições de analgésicos de acordo com a necessidade de cada cliente e promover terapias alternativas para o alívio da dor. Sabendo-se

que o tratamento farmacológico engloba um amplo arsenal de medicamentos de potências diversas e de diferentes mecanismos de ação é importante que a enfermeira tenha um conhecimento farmacológico para entender as interações entre as drogas e os benefícios para os clientes, bem como, observar seus possíveis efeitos colaterais. A enfermeira precisa estar ciente dos processos que envolvem o estímulo, a percepção e a resposta à dor, assim como, do seu caráter subjetivo, as diversas maneiras de avaliá-la e as diferentes formas de tratamento, farmacológico e não-farmacológico. Acredito, que somente desta forma poderá ocupar o seu lugar no tratamento aos clientes que vivenciam a dor. Cuidar de forma humanizada do cliente com dor no pós-operatório requer ainda da enfermeira uma presença genuína. Neste **estar-com** e **fazer-com**, procurando compreender o significado e a multidimensionalidade da vivência da dor, poderá proporcionar maior conforto e bem-estar aos clientes.

3. O REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad

3.1.1 Paterson e Zderad – Um Breve Histórico

Segundo Praeger (2000), o livro de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad foi publicado em 1976 e re-publicado em 1988. Josephine Paterson aposentou-se em 1985 como especialista em enfermagem clínica no Northport Veterans Administration Medical Center, em Northport, New York. Ela formou-se no Lenox Hill Hospital e na St John's University; concluiu seu mestrado na John Hopkins School of Hygiene and Public Health em Maryland. Seu doutorado em Ciência da Enfermagem é da Boston University School of Nursing, Boston, Massachusetts, onde se especializou em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Atuou no corpo docente da State University de New York, em Stonybrook.

Ainda, segundo Praeger (2000), Loretta T. Zderad aposentou-se em 1985 como Associate Chief for Nursing Education, no Northport Veterans Administration Medical Center, Northport, New York. Formada pela St Bernard's Hospital School of Nursing e pela Loyola University. Concluiu seu mestrado em Ciência pela Catholic University, Washington DC. Atuou no corpo docente da State University of New York em Stonybrook. As autoras desenvolveram no Veterans Administrations Hospital - V.A.H. de Northport, um curso de Enfermagem Humanística para as enfermeiras deste hospital, com duração de 9 meses.

Paterson e Zderad, a partir de sua prática como enfermeiras clínicas, vivenciando situações de ensino e reflexão com doentes psiquiátricos, estudantes e outros profissionais, apresentavam uma insatisfação com a habilidade da ciência positivista de reduzir os fenômenos por elas considerados importantes. Assim, a Teoria da Prática da Enfermagem Humanística propõe que as enfermeiras abordem a enfermagem consciente e deliberadamente como uma experiência existencial (PATERSON; ZDERAD,1979).

As autoras descrevem sua Teoria como uma Teoria de Prática de Enfermagem Humanística, pois acreditam que a teoria da Ciência da Enfermagem desenvolve-se a partir das vivências da enfermeira e do cliente que recebe o cuidado. A teoria torna-se uma resposta à experiência fenomenológica. Esta orientação humanística tenta obter uma visão ampliada do potencial do ser humano, procurando compreendê-lo a partir do contexto de sua experiência de vida no mundo, sua experiência fenomenológica. Para elas, tanto a fenomenologia como o existencialismo valorizam a experiência vivida e a capacidade do homem de questionar, conhecer o novo, vir a ser (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Segundo Lauffrey e Brouse (1983), a enfermagem é uma transação intersubjetiva entre a enfermeira cuidadora e um paciente que necessita de cuidados. É uma resposta a um chamamento por ajuda com o objetivo de promover o bem-estar e o estar-melhor.

A prática da enfermagem humanística está vinculada ao pensamento existencial. Para Melleis (1985), o existencialismo considera o indivíduo como um ser único e a soma de todos os seus compromissos. Não pretende encontrar o porquê da experiência humana, mas descrevê-la como é. Enfatiza a liberdade de escolha do ser humano e a responsabilidade pelos seus atos. A filosofia existencial vê a existência humana como inexplicável; o homem existe mais carece de uma natureza fixa, estando sempre num estado de vir a ser.

A influência de existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenologistas exercida sobre Paterson e Zderad pode ser vista em sua ênfase no significado da vida como é vivida, na natureza do diálogo e a importância do campo perceptivo. Acreditam que a enfermagem deve reconhecer suas próprias lutas e necessidades como parte do processo de vida, para simultaneamente reconhecer a importância das lutas e necessidades dos outros. Uma prática de enfermagem humanística pode ser alcançada quando a enfermeira interagir, compartilhar com o cliente, reconhecendo a experiência humana que é exclusiva a cada um de nós, porém pode ser compartilhada (PRAEGER, 2000). Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira é privilegiada por estar com pessoas que experimentam a diversidade do significado de ser humano desde o nascimento até a morte. A enfermeira tem a oportunidade de experimentar e buscar com os clientes o significado da vida, do sofrimento e da morte, neste processo, ela e o cliente tornam-se mais humanos.

Segundo Meleis (1985), a Teoria Humanística de Paterson e Zderad segue o paradigma da Escola de Interação, pois seu interesse está voltado para a enfermagem como

um processo de interação entre cliente e a enfermeira, buscando a integridade humana em oposição à mecanização e à desumanização.

Acredito que a escolha e a utilização da Teoria Humanística como norteadoras desta prática, não poderiam ter sido mais oportunas, pois me forneceram subsídios necessários para compreender a experiência vivenciada pelos clientes internados, quando referiram dor no pós-operatório, propiciando um cuidado mais humanizado.

3.2. Pressupostos Básicos da Teoria Humanística

A Teoria Humanística é baseada em algumas suposições implícitas, altamente abstratas, baseadas na interação enfermeira/cliente. Segundo Meleis (1985, p. 349), o nível de abstração não torna as proposições prontas para teste.

Praeger (2000) relata que a orientação humanística busca uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos, assinala que ela não objetiva suplantiar outras visões, mas, sim, suplementá-las. A enfermagem humanística ancora-se nas experiências fenomenológicas das pessoas, na análise da experiência humana, tendo suas raízes no pensamento existencial.

Meleis (1985) refere como pressuposições básicas implícitas:

- a enfermagem envolve dois seres humanos, que estão querendo entrar em um relacionamento existencial um com o outro;
- enfermeira e cliente são singulares, únicos enquanto pessoas e seres biopsicossociais totais, com o potencial de becoming (vir-a-ser) através da escolha e da intersubjetividade;
- enfermeira e cliente são mais que a soma total do passado, presente e futuro, e são influenciados pelo passado, presente e futuro;
- cada encontro com o outro ser humano é único e profundo, permeado de um grau de intimidade que humanisticamente influencia ambos;
- seres humanos são livres e esperam estar envolvidos com seu próprio cuidado e em decisões que os envolvam;

- todas as ações da enfermagem influenciam a qualidade de vida e morte de uma pessoa;
- enfermeiras e clientes coexistem, eles são independentes e interdependentes;
- a enfermeira tem que aceitar e acreditar no caos da existência como vivida e experimentada pelo ser humano, apesar das sombras que lança, interpretadas como controle, equilíbrio, ordem e prazer;
- os seres humanos têm uma força inata, que os move a conhecer seus próprios pontos de vista angular e o dos outros.

3.3 Meus Pressupostos

- o cliente é um ser único, cada qual vivencia a dor de forma subjetiva, sendo esta vivência influenciada por suas antecipações e recordações;
- as enfermeiras e equipe de enfermagem são os profissionais que estão 24 horas assistindo aos clientes, são as pessoas que têm a possibilidade de maior contato com os clientes, tendo com isto um papel preponderante no auxílio ao cliente que refere dor;
- a enfermeira quando proporciona um cuidado humanizado, interage intersubjetivamente com o cliente em direção ao ser-mais, ao estar-melhor;
- os clientes querem e podem estar-melhor no pós-operatório, para vivenciar este momento sem dor;
- os clientes não precisam obrigatoriamente vivenciar a dor no pós-operatório;
- após a prática, percebi que o cliente quer ser ajudado, quer o conforto tanto físico quanto psicológico, o cliente quer ser “olhado” científica e intuitivamente para poder estar-melhor.
- a enfermagem precisa ampliar seus conhecimentos sobre o fenômeno da dor para poder cuidar melhor.

3.4. Etapas do Método

A enfermagem fenomenológica proposta por Paterson e Zderad (1979) compreende um método para a compreensão e descrição das situações de enfermagem. Sua prática e teoria seriam incompletas sem uma metodologia. As autoras entendem que para haver um diálogo vivido, inicialmente a enfermeira precisa se auto-conhecer, possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas. Ao interagir com o cliente, a enfermeira precisa deixar de lado suas crenças e tentar enxergar o mundo através dos olhos do cliente, procurando, neste sentido, conhecê-lo intuitivamente. Posteriormente, a enfermeira faz uma análise científica para chegar a uma visão ampliada da situação. A próxima etapa envolve o relato da experiência como uma verdade além da síntese do todo, tendo esta experiência significado para todos, enfermeira/cliente.

Este processo envolve cinco fases, descritas a seguir:

A - Preparação da enfermeira para vir a conhecer

Neste momento, a enfermeira se prepara para ser uma pessoa aberta às experiências, de modo a ampliar suas possibilidades de conhecimento da situação dos indivíduos na situação de enfermagem. Ela pode ampliar esta qualidade pelo estudo na área de humanidades. Meleis (1985) enfatiza que a enfermeira também poderá ampliar estes conhecimentos através da leitura de trabalhos literários que incluam reflexão, contemplação e discussão que estejam relacionados com o conhecimento e compreensão do ser. Tanto o auto-conhecimento, como o desenvolvimento da auto-percepção são importantes. No entendimento de Paterson e Zderad (1979) é necessário que a enfermeira seja capaz de vivenciar o outro subjetivamente, e, para isto, precisa possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outros, incluindo terapias de crescimento pessoal.

B – A enfermeira conhece o outro intuitivamente

Paterson e Zderad (1979) enfocam a prática da enfermagem, esta enfermagem fenomenológica, baseada na relação **EU-TU** descrita por Buber (1974). Nesta relação a enfermeira, para conhecer intuitivamente o outro e para imaginar o seu real potencial para o vir-a-ser, deverá ver o outro com singularidade, ver o mundo através dos olhos do outro, respondendo aos seus chamados com presença autêntica, sentindo, também com

autenticidade, a presença do outro. Nesta relação, **EU-TU**, sugerem que a enfermeira interaja com o cliente sem qualquer preconceito, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos, objetivando aumentar sua capacidade de captar intuitivamente a situação de enfermagem e as nuances sutis envolvidas na interação humana.

Praeger (2000) acrescenta que conhecer o outro intuitivamente exige estar “dentro” do outro, no ritmo das experiências do outro. Presume uma abordagem fenomenológica de estar aberto ao significado da vivência do outro.

C - A enfermeira conhece o outro cientificamente

Nesta fase, a enfermeira unirá tudo que é conhecido intuitivamente da situação de enfermagem e irá comparar, refletir, considerar, analisar, olhar, separar, contrastar, interpretar, denominar e categorizar, isto é, buscando relação entre as partes. Paterson e Zderad (1979, p.79) afirmam: “ O desafio de comunicar uma realidade de enfermagem vivida demanda autenticidade do ser e um esforço rigoroso na seleção de palavras, de frases e de gramática precisa.”

D - A enfermeira sintetiza complementarmente outros conhecimentos

Nesta fase, a enfermeira fará comparação e relação das situações para aumentar a compreensão de enfermagem das pessoas. A enfermeira compara e sintetiza as múltiplas realidades conhecidas e chega a uma visão mais ampliada. A enfermeira usa, neste momento, a experiência pessoal e os fundamentos de educação e prática para poder colocar a situação clínica em perspectiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

E - A sucessão, no íntimo da enfermeira, dos vários ao único paradoxal

É o momento de abstração, onde a experiência é finalmente conceitualizada para considerar sua relação com outros conhecimentos e suas variações. Segundo Meleis (1985), este é o momento do desdobramento das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que incorpora as multiplicidades e contradições.

Para Praeger (2000), esta é a fase da visão articulada da experiência que se torna expressa em um todo coerente, é o momento de refinar o que foi captado intuitivamente, a

luta com as realidades conhecidas e a realização de um salto intuitivo para a verdade. Acrescentam que esta é a etapa em que se dá a conclusão mais ampla, que reflete a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para todos.

4. A METODOLOGIA

O presente estudo se norteou pelos pressupostos da *pesquisa de campo convergente-assistencial* proposta por Trentini e Paim (1999). Esta pesquisa mantém uma estreita relação com a situação social e procura descobrir realidades, solucionar problemas, inovar, bem como, realizar mudanças na situação social, desta forma, se compromete a melhorar o contexto social. Este tipo de pesquisa articula a prática com o conhecimento teórico, visto que seus resultados são direcionados gradualmente durante o processo, para as situações práticas. Na pesquisa convergente assistencial, os temas para estudo emergem das necessidades do cotidiano. Na área da enfermagem inclui atividades de cuidado e assistência aos clientes.

4.1 O Cenário

Neste capítulo, descrevo a trajetória que percorri durante a coleta de dados que foi desenvolvida no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina. O referido hospital é de ensino, possui 268 leitos, é administrado com recursos federais. Atende à clientela diversificada de Florianópolis e do interior do Estado. É um Hospital Geral e oferece atendimento a clientes que necessitem de clínica médica, cirurgia geral, clínica pediátrica, maternidade, emergência, unidade de terapia intensiva e ambulatórios. Possui duas Clínicas Cirúrgicas cada qual atendendo a distintas especialidades.

A coleta de dados foi realizada na Clínica Cirúrgica I (CCR I), que está localizada no 4º andar, próxima à Unidade de Terapia Intensiva e ao Centro Cirúrgico. Possui 30 leitos, sendo 14 leitos previamente destinados a clientes do sexo masculino e 14 leitos a clientes do sexo feminino. Possuem 2 leitos que ora são ocupados por clientes do sexo masculino, e, em outros momentos, por clientes do sexo feminino, de acordo com a demanda.

As especialidades desta Unidade são: Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Dentro deste contexto, os clientes internados nesta Unidade, são submetidos aos mais variados tipos de cirurgias, como: apendicectomias, colecistectomias, hérniorrafias, traqueostomias, gastrectomias, laringectomias e outros. A média de internação no primeiro semestre de 2001, foi de 7,75 dias. Foram realizadas, no mês de junho, 62 cirurgias, sendo que as mais frequentes foram: colecistectomias (13), laparotomias exploradoras (10) e hérniorrafias (10).

Com relação à estrutura física, esta Unidade é composta por 12 quartos, sendo 3 com 4 leitos e 9 com dois leitos, uma sala de curativos, um posto de enfermagem, um expurgo, uma rouparia, uma sala para depósito de materiais, uma sala de chefia de enfermagem, uma sala para passagem de plantão, uma sala de lanche e um banheiro para os funcionários. A enfermaria é iluminada naturalmente e artificialmente. O sistema de ventilação é natural, existindo apenas um aparelho de ar condicionado na sala de curativos, que também é utilizada pelos acadêmicos de medicina e enfermagem, bem como pela equipe de enfermagem e equipe médica, para realizar as prescrições e evoluções dos clientes.

Quanto aos recursos humanos, a equipe de saúde é composta por enfermeiras, médicos, médicos residentes, assistente social e nutricionista. A equipe de enfermagem tem em seu quadro de pessoal 08 enfermeiras, 08 técnicos de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar dos serviços de saúde. Atuando como escriturário, possui uma bolsista (aluna da UFSC).

As equipes dos turnos matutino e vespertino, são compostas por uma enfermeira e 4 ou 5 auxiliares/técnicos de enfermagem, com uma carga horária de 36 horas semanais. Nos dias de semana, a jornada de trabalho é de 6 horas. Nos finais de semana, a jornada é de 12 horas, sendo que, em geral, são feitos de 2 a 3 plantões por mês. Os funcionários do período noturno, trabalham em média 30 horas semanais, realizando um plantão de 12 horas, seguido de 60 horas de folga. As equipes do período noturno são compostas por uma enfermeira e 3 auxiliares/técnicos de enfermagem. A bolsista (escriturária) trabalha diariamente durante 4 horas, portanto, nos períodos em que o setor fica desprovido desta escriturária, cabe à enfermeira e aos outros membros da equipe de enfermagem fazerem as suas atividades.

No período diurno, as equipes realizam cuidados integrais aos clientes, ou seja, cada auxiliar/técnico de enfermagem se responsabiliza por alguns clientes, que, em média, são em

número de 7 por turno de trabalho, e prestam toda a assistência a estes clientes. A enfermeira preenche uma escala de trabalho diária, na qual consta o número de clientes que ficarão sob a responsabilidade de cada auxiliar/técnico de enfermagem para a realização de todos os cuidados.

No período noturno, devido ao número menor de funcionários, estes realizam cuidados funcionais, ou seja, um técnico/auxiliar se responsabiliza pelos cuidados de higiene, conforto e verificação de sinais vitais de todos os clientes; outro auxiliar/técnico de enfermagem se responsabiliza pela medicação e fluidoterapia e os demais cuidados que forem necessários. Desta forma, vários funcionários prestam cuidados a um cliente, ou seja: um funcionário faz a medicação, o outro faz o curativo, um terceiro faz a mudança de decúbito, e, assim, sucessivamente. Neste sentido, acredito que o cuidado prestado por vários funcionários a um único cliente desfavoreça a interação e a visão do todo.

Por ser um hospital escola, recebe alunos de vários cursos como: enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e outros, temos, portanto, neste local de trabalho, além do quadro de funcionários, uma população flutuante de estudantes que atuam prestando assistência aos clientes ali internados.

O modelo assistencial utilizado neste setor, e, em todo o hospital, é uma adaptação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, juntamente com uma sistemática de registros de enfermagem baseados no método Weed (prontuário orientado para os problemas).

4.2 Entrando na Unidade

Inicialmente, conversei de maneira informal com a enfermeira chefe da CCR I, manifestando a minha intenção de desenvolver a coleta de dados naquele setor. Percebi que a idéia foi bem aceita, pois a enfermeira mostrou-se lisonjeada diante da solicitação. Conversou comigo, relatando que outra mestranda fará o seu trabalho na Unidade, mas acredita que não haverá problemas. A impressão que tive, neste primeiro encontro, foi de abertura e de satisfação por termos escolhido a CCR I para realizarmos o nosso trabalho. Após este primeiro contato, perguntei se poderia participar de uma reunião com as enfermeiras do setor para expor como pretendia desenvolver o trabalho, bem como os meus objetivos. Ela

concordou com entusiasmo, e me comunicou a data da reunião. No dia da reunião, estavam presentes as enfermeiras do setor, a Chefia da Unidade, a Chefia de Divisão de Enfermagem Cirúrgica e a Diretora de Enfermagem do H.U. Apresentei o trabalho e os objetivos do mesmo, e ficou determinado que os dados seriam coletados durante o mês de junho. As enfermeiras ouviram com atenção, ninguém manifestou opinião ou fez algum questionamento, mas senti receptividade do grupo. Esta receptividade se manifestou posteriormente, quando me ajudavam na seleção dos clientes que iriam participar da prática ou quando me informavam sobre os clientes, mesmo sem eu perguntar.

Concomitantemente, encaminhei o projeto para a Comissão de Ética do Hospital e após sua apreciação e aprovação (anexo 1), iniciei o desenvolvimento do estudo.

4.3 Apresentando os Clientes

Os sujeitos que participaram do estudo se dividem em duas categorias:

A primeira inclui os clientes que participaram do estudo, na etapa de **implementação do cuidado humanizado** foram denominados com o nome de flores: **Violeta, Tulipa e Cravo**, preservando assim suas identidades, conforme os preceitos éticos. Os clientes foram selecionados aleatoriamente nos dias que antecederam as cirurgias, no período de pré-operatório imediato. Utilizei como critério iniciar o acompanhamento dos mesmos, até o quarto dia da semana, para que eu pudesse acompanhá-los pelo menos dois dias no pós-operatório.

Primeiramente, me encontrei com **Violeta**. Ela estava internada no H.U desde 07/06/01, e era sua primeira internação. É natural e residente em Jaborá, S.C. Ela ficou todo o período de internação sozinha, sem acompanhante. Tem 43 anos, é separada, têm 1 filho de 18 anos, trabalha como empregada doméstica. Foi submetida a uma cirurgia de colecistectomia em 11/06/01, e seu diagnóstico médico era de colecistite e colelitíase, juntamente com uma suspeita de tumor de colédoco. Acompanhei-a no dia da cirurgia e até o terceiro dia de pós-operatório, porém, como ela ainda permaneceu internada durante todos os dias da minha prática, me encontrava com ela diariamente. **Violeta** demonstrou muita alegria e gratidão por ter sido cuidada por mim. Vivenciou dores intensas no abdome na região epigástrica e no hipocôndrio direito, 20 dias antes da internação No hospital, recebeu analgésicos e referiu

estar bem melhor. Salientou que nunca sentiu tanta dor na vida. **Violeta** passou bem durante a cirurgia, porém teve várias intercorrências no pós-operatório, como períodos de dor abdominal e taquicardia supra ventricular, necessitando, em certa ocasião, fazer uma cardioversão elétrica. Recebeu alta por volta do décimo quarto dia de pós-operatório.

A segunda cliente foi **Tulipa** que se internou no hospital em 09/06/01, ela tem 47 anos, trabalha somente em casa, nasceu em Armazém e reside em Palhoça. Tem 4 filhos, é casada e mora com o marido, uma filha de 7 anos e uma neta de 15 anos. No hospital, uma filha a acompanhou até o segundo dia de pós-operatório. Demonstrava estar segura com a companhia da filha e por saber que eu iria cuidar dela. Fez uma colecistectomia em 12/06/01, seu diagnóstico médico era de colelitíase e colecistite aguda. É também hipertensa. Acompanhei e cuidei de **Tulipa** no pré-operatório imediato até o terceiro dia de pós-operatório. **Tulipa** me relata que vivenciou, antes de vir para o H.U, uma dor intensa no abdome durante seis dias. Após ter sido atendida na Emergência, lhe disseram que precisaria fazer uma cirurgia e que seria necessário ficar internada. Ela passou bem no trans-operatório referiu dor abdominal, em alguns períodos do pós-operatório, e recebeu alta no terceiro dia após a cirurgia.

O terceiro cliente foi **Cravo**. Ele tem 54 anos, é casado, tem 4 filhos, atualmente está aposentado e tem um pequeno bar que cuida junto com a sua esposa. Nasceu e reside em Canoinhas, S.C . Internou-se pela terceira vez no H.U. Nas duas internações anteriores fez exames pré-operatórios para a cirurgia de gastroplastia, que realizou em 19/06/01. Acompanhei **Cravo** no período de pré-operatório imediato até o primeiro dia de pós-operatório. Ele ficou durante todo o período de internação acompanhado de sua esposa. **Cravo** não referia queixas de dor, vivenciou uma vez na vida uma dor intensa em um acidente de caminhão, onde lesou o pé. Tem o diagnóstico médico de obesidade mórbida. Seu peso é de 157,000 kg e sua altura de 1,61m. **Cravo** passou bem no período de trans e pós-operatório, praticamente não referiu dor no local da cirurgia. Vivenciou uma dor e desconforto em região sacra, por não poder mobilizar-se muito no leito. Recebeu alta em 24/06/01

A segunda categoria de sujeitos do estudo, foram **os clientes** que estavam internados na CCR I e que vivenciaram a dor no pós-operatório, e a **equipe de enfermagem** que atuava junto a estes clientes nos turnos matutino e vespertino. Com estes sujeitos realizei a **observação participante**. Foram acompanhados 09 clientes submetidos à cirurgias diversas, sendo 08 do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Quando fiz referência a algum cliente, o

denominei por letra, assim aparecem **A**, **E** e **G**. Os componentes da equipe de enfermagem que participaram desta etapa, foram escolhidos aleatoriamente. À medida que os clientes referiam dor e a pessoa que estivesse responsável por aquele cliente me comunicasse, eu iniciava a observação participante daquela situação de enfermagem. Denominei os integrantes da equipe pela categoria funcional, ou seja: enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

4.4 Os Instrumentos e a Coleta de dados

4.4.1. Os Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: **a implementação do cuidado humanizado**, segundo a teoria Humanística de Paterson e Zderad, as **entrevistas** com os clientes que participaram da implementação do **cuidado humanizado**, nos períodos de pré e pós-operatório, e **a observação participante** das atividades da equipe de enfermagem junto aos clientes da unidade.

A entrevista

Elaborei dois roteiros de **entrevistas**, que englobaram aspectos do **olhar intuitivo** e do **olhar científico**. **O primeiro roteiro** (Anexo-3) foi aplicado no período pré-operatório imediato, com o intuito de evidenciar como o cliente se sente com a proximidade da cirurgia; quais as suas expectativas com relação ao cuidado se referir dor; o que sabe sobre a cirurgia e o que gostaria de saber, bem como aspectos relacionados à vivência da dor no passado e no momento atual. **O segundo roteiro** (Anexo-4) foi aplicado no período pós-operatório imediato e engloba aspectos da vivência do pós-operatório; avaliação da dor e percepções do cliente acerca da vivência e do alívio da dor.

Segundo Minayo et al (1994), é através da entrevista que o pesquisador obtém informações dos atores sociais. É uma conversa a dois com intenções bem definidas. Primeiramente, a entrevista reforça a importância da linguagem e do significado da fala, bem como serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico, podendo se obter dados subjetivos e objetivos. Trentini e Paim (1999) acrescentam que, além de obtermos informações através da entrevista, ela se constitui também em condição social de

interação humana, a qual torna o ambiente favorável para a obtenção de informações fidedignas. De acordo com estas autoras, há várias modalidades de entrevista, ou seja: entrevista individual, coletiva, por telefone e por questionário. Neste estudo, utilizei a entrevista individual, na qual o entrevistador interage frente a frente com o entrevistado. Para Minayo et al (1994), quando existem perguntas previamente formuladas, a entrevista é denominada estruturada. Neste sentido, utilizei a entrevista estruturada e individual. Durante as entrevistas e o cuidado, a enfermeira “olha” o cliente intuitivo e cientificamente, pois estes olhares não podem estar compartimentalizados quando nos propomos a cuidar de forma humanizada.

A observação participante

A observação é parte fundamental na pesquisa de campo, pois possibilita a captação de uma variedade de fenômenos de uma situação social, que não poderiam ser obtidos somente por meio de entrevista (MINAYO et al, 1994). Para Spradley, 1980 (apud TRENTINI; PAIM, 1999), na observação participante, o pesquisador pode envolver-se de várias maneiras. O pesquisador pode ser passivo, ativo, moderado e completo. O observador participante entra em uma situação social com o propósito de engajar-se nas atividades e de observar e registrar as atividades, os atores com as suas relações e com os seus aspectos físicos da situação. Refere-se à observação participante ativa, àquela em que o observador procura envolver-se nas atividades, fazendo o que as demais pessoas na situação fazem.

Este instrumento de coleta de dados foi utilizado para desvelar como a equipe de enfermagem atua frente ao cliente que refere dor no pós-operatório. Na medida em que os clientes referiam dor e a equipe de enfermagem os atendia, eu iniciava a observação; neste sentido, observava como se dava a interação com os clientes e familiares, como era feita a avaliação da dor, e como a equipe utilizava os medicamentos analgésicos prescritos.

A implementação do cuidado humanizado

Para implementar o cuidado humanizado, utilizei três etapas metodológicas propostas por Paterson e Zderad, já descritas anteriormente, quais sejam: *a enfermeira conhece o outro intuitivamente, a enfermeira conhece o outro cientificamente e a enfermeira sintetiza*

complementarmente as realidades conhecidas, as quais denominei, nesta trajetória, de: **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão do olhar intuitivo-científico**².

Por acreditar que a dor é um fenômeno subjetivo, que cada cliente é único e tem suas recordações relacionadas às vivências de dor, bem como antecipações que influenciam sua percepção de dor e que este é um momento difícil, pois o mesmo encontra-se num ambiente pouco familiar, com pessoas desconhecidas, imerso em suas expectativas e medos, que ousei utilizar estas etapas para nortear a minha prática, buscando cuidar com um “novo olhar”, almejando um cuidado humanizado. Os clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**) foram selecionados, levando-se em conta o dia da cirurgia, se encontravam no período de pré-operatório imediato, possibilitando a implementação do cuidado humanizado e a realização da primeira entrevista, e, posteriormente, o acompanhamento pós-operatório, bem como a segunda entrevista. Não estabeleci um roteiro para a implementação do cuidado humanizado, mas me inseri no contexto do cuidado, na medida que acompanhava os clientes. Neste sentido, desde o primeiro contato no pré-operatório e no acompanhamento no pós-operatório, compartilhei com o cliente e familiares a sua vivência da internação e da cirurgia, procurando atender às suas necessidades subjetivas, bem como realizava cuidados, como curativos, higiene e conforto, fluidoterapia, medicações (em geral os analgésicos), orientações e avaliações dos clientes nas diferentes situações de enfermagem.

4.4.2 A Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em **dois momentos**.

O primeiro momento foi composto de duas atividades: **a entrevista no pré e pós-operatório (anexos 1 e 2)** e a implementação do **cuidado humanizado**, utilizando as etapas propostas por Paterson e Zderad. Este cuidado foi implementado às 03 clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**) que se submeteram à cirurgia e que vivenciaram em algum momento a dor. Após a minha apresentação, convidava-os a participar do trabalho, explicando como seria desenvolvido e quais os meus objetivos, bem como apresentei e li o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Todos os três clientes aceitaram prontamente participar do

² Maria Emília de Oliveira (1998) e Lúcia N. Amante de Souza (1999), enfermeiras que utilizaram nas suas dissertações de mestrado estas etapas e as denominaram de; diálogo intuitivo, diálogo científico e a fusão dos diálogos intuitivo e científico.

trabalho e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Oferecer ao cliente o consentimento livre e esclarecido, bem como explicar o trabalho e seus objetivos e iniciar o trabalho apenas após o termo ter sido assinado, se constitui numa atitude ética de respeito à sua liberdade.

Após este contato, iniciava a implementação do cuidado humanizado, realizando a entrevista pré-operatória. No período de pós-operatório, igualmente, cuidava do cliente e oportunamente realizava a entrevista, procurando sempre respeitar o momento vivido.

O **segundo momento**, constituiu-se na implementação **da observação participante** do cuidado ingênuo³ da equipe de enfermagem a 9 cliente, que referiram dor no pós-operatório.

A coleta de dados ocorreu no período de 11 a 20 de junho, nos turnos matutino e vespertino, perfazendo um total de 80 horas. No decorrer desta semana, que antecedeu o início oficial do trabalho, realizei um pré teste com os instrumentos que elaborei para as entrevistas (anexos 1 e 2) com 02 clientes selecionados aleatoriamente. Vivenciar esta etapa foi de suma importância, pois pude perceber a necessidade de modificar algumas questões do instrumento, bem como consolidou a importância de implementar também o cuidado aos clientes no pré e pós-operatório.

Estava um pouco ansiosa, temendo não conseguir selecionar os clientes para acompanhar e prestar os cuidados nos períodos de pré e pós-operatório como havia programado, pois não previ que na quarta-feira e quinta-feira da primeira semana de implementação, seria feriado. Com isto, os dias de prováveis cirurgias se reduziram para segunda, terça e quarta-feira daquela semana. A esta preocupação, somava-se a probabilidade das cirurgias marcadas serem suspensas, pois algumas vezes isto acontece, devido à vigência de uma cirurgia de emergência. Caso isto acontecesse, a coleta dos dados ficaria prejudicada, pois não conseguiria prestar o cuidado no período pós-operatório se a cirurgia fosse suspensa.

Conversei neste período com as enfermeiras e médicos residentes para me informar sobre as cirurgias previstas, porém só havia possibilidades, nada de concreto. Resolvi que iniciaria o estudo com este “conjunto de possibilidades,” e, para minha satisfação, no primeiro dia conheci duas clientes que aceitaram participar do trabalho comigo.

³ Ingênuo neste estudo, se refere ao cuidado prestado aos clientes, sem o respaldo da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

No primeiro dia da implementação das etapas propostas por Paterson & Zderad, me senti como uma recém formada, ansiosa para começar a vivenciar aqueles momentos tão esperados. Em minha mente vários questionamentos surgiram: como seria cuidar com um referencial teórico diferente daquele ao qual estou acostumada? Como seria o cuidado da equipe ao cliente que vivencia a dor? Será que a equipe iria me aceitar bem, durante a observação participante? Será que os clientes iriam gostar de participar? Enfim, indagações que no decorrer do trabalho foram sendo desveladas, algumas delas me trazendo grande satisfação e outras angústia e tristeza.

A **observação** do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem aos clientes que referiram dor, se deu durante toda a prática assistencial, porém alguns períodos dediquei exclusivamente para esta atividade, pois ela requer muita atenção e disponibilidade de tempo. A princípio, ficava atenta às atividades da equipe junto aos clientes, para observar se referiam queixas, porém na trajetória percebi que facilitava a observação quando solicitava a ajuda da equipe, para que me comunicassem as intercorrências dos clientes, e, então, os acompanhava no cuidado. Uma outra forma de obter informações dos clientes para poder direcionar a observação, foi através da passagem de plantão, bem como o acompanhamento da visita a todos os clientes com a enfermeira de turno, estas foram realizadas em duas ocasiões.

Acompanhei a equipe de enfermagem enquanto atuava junto a 9 clientes, todos estavam no período de pós-operatório. Os clientes, bem como os integrantes da equipe de enfermagem que participaram da observação participante, foram selecionados aleatoriamente. A observação se iniciava à medida que algum cliente referia a queixa de dor e algum membro da equipe o atendia. A observação foi realizada nos períodos matutino e vespertino, perfazendo um total de aproximadamente 50 horas. Vivenciar esta trajetória foi para mim bastante angustiante, pois não é tarefa fácil acompanhar sem poder interferir na maneira de cuidar. Algumas vezes, senti que a equipe parecia receosa em me comunicar sobre os clientes, em outros momentos os percebia receptivos. Ressalto que a receptividade da equipe de enfermagem, em geral, se centrava em alguns membros que se mostravam mais à vontade para participar do estudo. Percebi uma ou duas pessoas que não me comunicavam quando os clientes que estavam sob a sua responsabilidade referiram alguma queixa de dor.

4.5. A Análise dos Dados

Para realizar a análise dos dados coletados procurando evidenciar as etapas metodológicas do cuidado humanizado propostas por Paterson & Zderad, ou seja, **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão do olhar intuitivo-científico**, utilizei os seguintes procedimentos:

Inicialmente procurei transcrever em um diário de campo tudo o que ocorria durante a implementação do cuidado humanizado junto aos três clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**), incluindo os diálogos, as expressões faciais, as minhas sensações, e tudo o que pudesse clarificar o processo de compreensão deste cuidar. Realizei o mesmo procedimento com a observação participante, junto à equipe de enfermagem do setor e os clientes que estes prestavam cuidados de enfermagem. Este diário de campo compôs-se num texto de aproximadamente 50 páginas. Realizei também a transcrição dos conteúdos das entrevistas realizadas com **Tulipa, Violeta e Cravo**.

Após este processo, iniciei a leitura exaustiva dos dados procurando evidenciar as categorias de análise pré-definidas no estudo e que se constituíram no objeto do mesmo, ou seja, situações descritas nas quais estavam embutidos: **o olhar intuitivo, o olhar científico e o olhar intuitivo-científico**. Para me orientar neste processo, utilizei a estruturação de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Exemplifico este processo de busca no anexo-5.

De acordo com Bardin (1977), o método de análise de conteúdo compõe-se de três momentos, quais sejam: a *pré-análise*, que é a fase de organização do material, a *exploração do material* e o *tratamento dos resultados*, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização do material, com o intuito de operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Nesta etapa se dará a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Na fase de exploração do material ocorre a classificação de elementos que constituem o conjunto, por diferenciação e reagrupamento. É neste momento que se realiza a conclusão da preparação do material para a análise, em termos de operações de codificação ou enumeração.

A fase de tratamento dos resultados se constitui na etapa em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O analista ao evidenciar os resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e interpretar a propósito dos objetivos previstos, ou àqueles relacionados a outras descobertas.

4.6. O Componente Ético nesta Trajetória

De acordo com Japiassú e Marcondes (1996) a ética diz respeito aos costumes. Parte da filosofia prática que tem por finalidade refletir sobre os problemas fundamentais da moral, quais sejam, finalidade e sentido da vida humana, os fundamentos da obrigação e do dever, a natureza do bem e do mal, o valor da consciência moral e outros, embasada num estudo metafísico do conjunto das regras de conduta consideradas como universalmente válidas.

Garrafa (apud FORTES, 1994) afirma que a reflexão sobre o comportamento ético nas atividades de saúde deve ser compreendida dentro de um enfoque social e ampliação dos direitos de cidadania, bem como o respeito à autonomia. Acredito que quando buscamos uma assistência humanizada aos clientes que vivenciam a dor, as atitudes éticas são imprescindíveis, garantindo o bem-estar tanto dos clientes como da equipe de enfermagem.

Segundo Boff (1999a.p,90), Ethos – ética em grego designa a morada humana. O ser humano separa uma parte do mundo, para, moldando-a ao seu jeito, construir um abrigo protetor e permanente. A ética como morada humana não é algo pronto e construído de uma só vez. O ser humano está sempre tornando habitável a casa que construiu para si. Ético, significa, portanto, tudo aquilo que ajuda a tornar melhor o ambiente para que seja uma moradia saudável, materialmente sustentável, psicologicamente integrada e espiritualmente fecunda.

Neste sentido, o cuidado humanizado ao cliente que vivencia a dor tem esta dimensão ética, pois cuidar humanamente propõe uma interação intersubjetiva, propõe entender a vivência do outro ser humano, seus pedidos de ajuda para que possa vivenciar este momento da melhor maneira possível.

Neste estudo, a relação entre os seres humanos envolvidos, se deu em um hospital escola, com clientes que vivenciaram a dor no pós-operatório. O componente ético do cuidado proposto por Paterson e Zderad se evidencia quando consideramos o cliente como um ser único, um ser livre que pode envolver-se com seu próprio cuidado, preservando sua autonomia. Uma enfermagem como um diálogo vivo onde enfermeira e cliente se encontram

para compartilhar. Neste fazer-com e estar-com, há uma meta que é a de nutrir o estar-melhor e o vir-a-ser dos clientes na situação em que se encontram, mantendo, desta forma, uma relação ética de respeito, preservando a autonomia e a cidadania.

Neste sentido, manter uma interação ética com o cliente, foi entender e acreditar nas suas queixas de dor, considerando o caráter subjetivo da mesma e promovendo um alívio ou um estar-melhor respondendo, assim, aos seus chamados por ajuda. Da mesma forma, agi eticamente quando respeitei seu desejo de participar ou não da prática, quando mantive o sigilo, o zelo pelo confidencial e a não divulgação dos nomes respeitando a individualidade, esclarecendo dúvidas, trocando informações. Comprometi-me e não impus meus pensamentos, respeitando as idéias dos clientes, bem como não fiz julgamentos.

Oferecer ao cliente o consentimento livre e esclarecido, bem como explicar o trabalho e seus objetivos e iniciar o trabalho apenas após o termo ter sido assinado, se constitui numa atitude ética de respeito à sua liberdade

Ao realizar a observação participante do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem, enquanto cuidavam dos clientes que referiram dor no pós-operatório, respeitei os preceitos éticos não divulgando nomes dos funcionários, em nenhum momento, e acredito ter tido uma atitude ética em relação aos clientes, quando, desvelando este cotidiano, podemos abrir caminhos com novas possibilidades para um cuidar humanizado.

No desvelamento desta trajetória de observação, algumas situações surgiram e me angustiaram por estarem desprovidas da consciência ética, tão importante no cotidiano da enfermagem. Neste sentido, vivenciamos situações como: a omissão da enfermeira quando não avalia os clientes que referem dor; a prescrição médica de analgésicos igual para todos os clientes, acarretando um aumento de sofrimento, pois muitas vezes é inadequada; o desrespeito a um direito do cliente de não sentir dor e ao dever do profissional de enfermagem em atuar neste sentido.

Neste trabalho, a inclusão dos sujeitos de pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido (Anexo-3). Esta resolução reúne do ponto de vista do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça visando

ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

5. O CONTRAPONTO DOS VÁRIOS OLHARES NO CUIDADO HUMANIZADO E NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Após ter vivenciado a prática assistencial e cumprido os objetivos propostos para aquela etapa, quais sejam: implementar um cuidado de enfermagem no pré-operatório e pós-operatório imediatos aos clientes que vivenciam a dor, orientada pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e desvelar a atuação da equipe de enfermagem frente aos clientes que referem dor no pós-operatório, farei, um contraponto desta experiência enfocando o cuidado humanizado e a observação participante da equipe de enfermagem, sob a ótica dos vários olhares: intuitivo, científico e na fusão intuitivo-científica.

5.1 O Olhar Intuitivo no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Conhecer intuitivamente exige estar “dentro” do outro, no ritmo de suas experiências. A enfermeira mantém com o cliente um tipo especial de **encontro**, descrito por Paterson e Zderad (1979) como um **diálogo vivo** que envolve **o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta**. Neste encontro com o cliente que vivencia o período pré-operatório e a dor no período pós-operatório, a enfermeira procura cultivar a confiança, permitindo que o mesmo expresse seus temores e angústias.

No relacionamento, um está com o outro e presume a relação “EU-TU” descrita por Buber (1974), onde um vai na direção do outro, numa presença autêntica buscando o vir-a-ser (potencial humano). De acordo com Paterson e Zderad, 1979 (apud, PRAEGER, 2000), o pré-requisito para conhecer intuitivamente o outro e compreender seu real potencial para o vir-a-ser, é ver o cliente na sua singularidade, respeitá-lo, responder ao seus **chamados**, se fazendo

realmente presente e sentindo **a presença** do outro. Esta etapa, presume uma abordagem fenomenológica, onde a enfermeira estará aberta ao significado da vivência do cliente (PRAEGER, 2000).

Para ampliar esta capacidade intuitiva, a enfermeira deve evitar expectativas, preconceitos, rótulos e julgamentos. A enfermeira mostra-se aberta, consciente de seus próprios pontos de vista para poder respeitar os do cliente, mostra-se também receptiva, à disposição, caracterizando assim a **presença** que pode revelar-se inequivocamente no olhar, no tocar ou no tom de voz (PATERSON; ZDERAD,1979).

Quando a enfermeira **se encontra** com o cliente que será submetido a uma cirurgia e estabelece uma **relação** mostrando-se **presente**, abrirá o canal para os **chamados e respostas**. O cliente **chama**, por exemplo, expressando sua ansiedade com relação ao medo da cirurgia e a enfermeira **responde** procurando orientá-lo com relação ao que vai lhe acontecer, se fazendo **presente**. O cliente, por sua vez, emite outra **resposta**, demonstrando tranquilidade e serenidade. Para Paterson e Zderad (1979), a enfermeira e cliente neste diálogo vivo, chamam e respondem de maneira verbal e não verbal. Os chamados e respostas são transacionais, seqüenciais e simultâneos.

De acordo com Oliveira (1998), vivenciar o intuitivo na relação com o cliente exige muita concentração, reciprocidade e sensibilidade, características estas, que vão além da prática rotineira a que estamos acostumados. Para ela, o estabelecimento desta etapa acontece quando a enfermeira inicia o conhecimento do cliente, quando “o vivencia”, ou seja, vivencia os acontecimentos junto com ele, tentando compreender intuitivamente a sua experiência.

Seguindo a trajetória, procurarei expressar nas vivências, como se deu o olhar intuitivo no cuidado humanizado e na observação da equipe de enfermagem. Neste sentido, vejamos alguns momentos, que, olhando intuitivamente, procurei ser **presença** para o **encontro**, o **relacionamento**, e aberta para **os chamados e respostas**.

*Encontrei-me pela primeira vez com **Tulipa**, numa segunda-feira. Ela havia internado no sábado, para realizar uma colecistectomia, estava portanto, há dois dias no hospital. Quando cheguei ao quarto, a encontrei sentada na cama. Ela estava sorridente conversando com as outras clientes que também estavam internadas no mesmo quarto. Apresentei-me,*

disse as razões da minha presença e começamos a conversar sobre o meu trabalho. Perguntei se sabia o que era o curso de mestrado? Respondeu, meio tímida:

" Não, não sei, nunca ouvi falar em curso de mestrado"

Expliquei o que era o curso de mestrado e que gostaria de desenvolver o trabalho com ela. Falei da importância deste, para a melhoria da assistência de todos os outros clientes. Ela parecia curiosa e receptiva, mas primeiro perguntou:

" e eu vou precisar pagar alguma coisa?"

Esclareci que não precisaria pagar nada e que no nosso hospital, o atendimento é totalmente gratuito.

"ah! Eu quero participar sim. Então amanhã tu já vais estar aqui para me cuidar?"

Falei que chegaria cedo e que a encontraria pela manhã, antes que ela fosse para a cirurgia.

"Ah! Que bom, mas só que agora eu precisava ir lá embaixo para ver a minha filha, pois ela é pequena e não pode entrar para me visitar nos dias de semana, se tu não te incomodas de fazermos a entrevista depois, ou tem que ser agora?"

*Esclareci que não havia problema algum e que teríamos bastante tempo para a entrevista depois da visita. Pareceu tranqüila com a minha **resposta**, e saiu rapidamente para encontrar-se com seus parentes que estavam lhe aguardando na recepção do hospital.*

.Nesta atitude, a **relação EU-TU** se iniciou, uma relação sujeito-sujeito, onde os envolvidos têm consciência da singularidade de cada um. **Tulipa** foi respeitada na sua individualidade, pôde manifestar suas dúvidas, foi informada sobre a prática, pôde escolher entre participar ou não, bem como sobre o horário da realização da entrevista.

Da mesma forma, esta relação se evidenciou quando percebi a ansiedade de **Tulipa** e de sua filha no dia da cirurgia, no momento em que ela foi para o Centro Cirúrgico. *No dia*

*anterior, quando me encontrei pela primeira vez com **Tulipa**, conversamos sobre a cirurgia e pude orientá-la nas suas inquietações, tentando reduzir sua ansiedade. Sua filha lhe estava acompanhando e estava junto comigo no quarto, quando o funcionário trouxe a maca para levá-la. A filha, com voz trêmula, olhou para a mãe e lhe desejou boa sorte, eu, segurei sua mão e olhando nos seus olhos, também lhe desejei boa sorte, ao que **Tulipa** me respondeu olhando-me também nos olhos:*

“até a tarde se Deus quiser.”

Tentei demonstrar otimismo e segurança, pois intui seu medo. Este, aparecia em sua fala “se Deus quiser” e na expressão dos olhos. Era a primeira cirurgia de **Tulipa**, e procurei me mostrar sensível ao momento singular que ela vivenciava. A minha **presença** se manifestou quando me mostrei aberta, receptiva e disponível para cuidar. Nesta vivência, a **presença** foi sentida no olhar empático que dirigimos uma para a outra.

Por outro lado, ao vivenciar o processo de observação participante das atividades da equipe de enfermagem, enquanto cuidava dos clientes que referiram dor, pude perceber que o “olhar intuitivo” se evidenciou pouco, em várias situações durante a coleta de dados. O cuidado ao cliente que refere dor, fica restrito à queixa de dor, se ela existe ou não e se a equipe vai ou não aplicar algum analgésico. Não há uma valorização das necessidades subjetivas dos clientes e da vivência desta experiência ímpar. Numa pesquisa coordenada por Waldow (1999), com 15 clientes internados, ela constatou que os mesmos referiram como características que uma pessoa precisa ter para cuidar de outra: paciência, atenção, carinho, entender o cliente, vontade e profissionalismo. De acordo com Vianna (2000), como cuidadores temos que ver o outro efetivamente, isto significa permitir o contato afetivo, senti-lo, trocar experiências e saberes. É necessário colocar-se e deixar que o outro também se expresse, resgatando o respeito ao cliente. Acredito que este novo olhar aos clientes faz parte de uma mudança de paradigma cada vez mais emergente. A dimensão técnica do cuidado é importante, mas ela é insuficiente. Isolada, contribui para deixar um vazio na relação equipe de enfermagem/cliente que desumaniza a ambos. Neste sentido, apresento um recorte de um momento onde a dimensão técnica se encontra desvinculada de maior sensibilidade, tão imprescindível ao cuidado humanizado.

No dia 11/06 às 15 horas, cliente A de 17 anos, se encontrava no período de pós-operatório imediato de laparotomia exploradora. É sua primeira cirurgia. A chegou do

Centro Cirúrgico por volta das 14:00 horas. Estava no leito, em decúbito dorsal, acompanhada de sua mãe e irmão. Portava uma sonda nasogástrica em sinfonagem, uma sonda vesical de demora e um acesso venoso em membro superior direito. O auxiliar de enfermagem passou pelo quarto e A se queixou de dor em toda a barriga. O auxiliar de enfermagem me avisa que A está se queixando de dor. O auxiliar verificou a prescrição e decidiu fazer a dipirona e.v, foi imediatamente ao posto de enfermagem, preparou a medicação e levou para aplicar na cliente. Ele se aproxima da cama e avisa:

“Vou fazer uma injeçãozinha para dor” e comenta: “esta sonda (referindo-se à sonda nasogástrica) incomoda um pouco ne’!” Ao que A responde com voz fraca: “incomoda muito...”

O auxiliar de enfermagem aplicou rapidamente a medicação e saiu do quarto sem se envolver com a cliente e sem dizer mais nada. A apresentava uma expressão facial de dor, o seu olhar expressava medo e ansiedade. Seus acompanhantes também pareciam ansiosos.

No **encontro** com a cliente, o auxiliar mostrou-se tecnicista, fez a medicação, conversou sobre a sonda nasogástrica desviando a atenção de sua queixa e saiu rapidamente. Também pudemos observar que não procurou incutir confiança conversando, olhar intuitivamente para A e seus familiares, para que ela pudesse estar-melhor naquela situação de enfermagem. Segundo Santos e Valente (1995), a confiança é um aspecto importante na relação enfermeira/cliente. Se o cliente sente que a enfermeira acredita na sua dor, fica grato e aliviado, pois sabe que pode confiar no profissional que estará presente para o aliviar. Pereira e Zago (1998) enfatizam a importância do impacto psicológico da dor no cliente cirúrgico, que se manifesta pelos comportamentos de ansiedade incluindo o medo da cirurgia, o medo da dor e o medo do desconhecido. Santos e Valente (1995) reforçam que é desejável reduzir ao máximo possível a ansiedade do cliente com dor, pois este tende a perceber a dor com maior intensidade ou fica menos tolerante a ela. A ansiedade de A aumentava e nada era feito no sentido de minimizá-la. Acredito que múltiplos fatores contribuíram para que esta situação de enfermagem fosse vivida desta maneira, sendo uma delas a desinformação sobre a dor, o conhecimento dos fatores que podem ampliá-la e a influência do pensamento positivista na prática de enfermagem, valorizando apenas aquilo que se vê e que pode ser medido. Desta forma, a verificação dos sinais vitais, o banho de leito, as medicações, o curativo e outros procedimentos, são realizados em horários préestabelecidos, descritos no prontuário e

mencionados na passagem de plantão, porém os sentimentos, a ansiedade, o medo e a dor não são valorizados, são subjetivos, e por isso, muitas vezes negligenciados. Não seriam estes sentimentos inerentes a todos os seres humanos? Por que a equipe de enfermagem insiste em negá-los?

Nesta trajetória, pude perceber que os clientes querem mais que a medicação, eles querem um cuidado além da dimensão técnica eles querem ser cuidados com carinho, com afeto. Isso apareceu na fala de **Tulipa**, quando perguntei como ela gostaria de ser cuidada no pós-operatório...

“ ...gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado...”

Nesta fala, aparece a expectativa que **Tulipa** tem de **encontrar** alguém para cuidá-la, alguém que demonstre **presença**, que esteja aberto e disponível para **responder** aos seus **chamados** de ajuda, que nesta relação ela possa ser “**olhada**” de maneira **intuitiva e científica**, para que possa **estar-melhor** neste momento que vivencia o pós-operatório.

A cada **encontro** com o cliente, se ficarmos atentos aos seus chamados, que muitas vezes não são verbais, poderemos olhá-lo com sensibilidade, e, desta forma perceber a multidimensionalidade da vivência da dor. Procurando entender o termo sensibilizar, busquei em Ferreira (1993, p. 500), a definição que diz: “tornar sensível; causar abalo a; comover; abrandar o coração de; comover-se, compadecer-se, condoer-se, doer-se, apiedar-se”. De acordo com Japiassú e Marcondes (1996, p.245), “sensibilidade é a capacidade de sentir, de ser afetado por algo, de receber através dos sentidos impressões causadas por objetos externos.” No dicionário de psicologia encontrei sensível, sensitivo, que quer dizer: “caráter no qual a sensibilidade predomina (emoções e sentimentos intensos e prolongados)” (PIERÓN,1969, p.391). Desta forma, sensibilização tem ação direta com o sentir, com a arte da enfermagem. De acordo com Vianna (2000), a arte na enfermagem é a capacidade de dizer sem palavras, de cuidar intuitiva e empaticamente, de valorizar o encontro, de transcender o que é visível, enfim, é o sentir. Neste sentido, vejamos este momento de cuidado com **Tulipa**.

No dia que antecedeu a cirurgia de **Tulipa**, me **encontrei** com ela para a entrevista, e, naquele momento, olhando intuitivamente, pude perceber seu medo. Assim vejamos o que me **respondeu** ao lhe perguntar quais eram suas expectativas para a cirurgia ?

" Como é a primeira vez que vão cortar o meu corpo, estou com medo. Mas, acho que vai dar tudo certo, que Deus vai cuidar de mim, só tenho medo que a minha pressão aumente, pois tenho pressão alta."

Diante desta **resposta**, pude confirmar o que meus sentidos já haviam percebido, **Tulipa**, tentava concluir sua fala com confiança, porém seus olhos deixavam transparecer a incerteza e o medo, neste sentido me mantive aberta e sensível e percebia que ela, à medida que conversávamos, ficava menos ansiosa e mais à vontade. Relacionei-me intuitivamente com **Tulipa**, procurando reduzir sua ansiedade entendendo que ela exerce papel importante na percepção da dor.

Dando continuidade à entrevista perguntei-lhe como se sentia naquele momento de pré-operatório, e, da mesma forma, percebi que ela tentava se conformar com a situação, mas não era o que ela desejava, vejamos na sua resposta:

" Estou animada, sei que sou obrigada a operar, que é para o meu bem, sou obrigada a passar por isto. O meu marido queria que eu fizesse a cirurgia com o laser para não deixar que me cortem, mas é muito caro e não temos dinheiro, então tenho que me cortar mesmo."

Neste **encontro** com **Tulipa**, pude perceber que, com este "olhar", comecei a vivenciar os acontecimentos com ela, cuidando de um modo emocional, inculcando confiança, para nutrir o estar-melhor.

De acordo com Gonzaga e Arruda (1998), as emoções positivas como a alegria, a tranquilidade e a paz, são um estímulo à capacidade natural que o nosso organismo tem para enfrentar situações de ameaça e desafio, quais sejam, doença/hospitalização ou situações decorrentes dela, como o estresse, o medo, a dor, a depressão, a raiva ou frustração. Para Pereira e Zago (1998), a resposta emocional dos clientes à dor aguda é a ansiedade, na medida que a dor representa uma ameaça ao bem-estar. A ansiedade estaria relacionada aos diversos temores. Em consonância com estes autores, acredito que a dor no pós-operatório se constitui

numa ameaça ao bem-estar dos clientes, e, na medida que aumenta a ansiedade destes, aumenta também a sua percepção de dor. A dor foi descrita aqui por **Tulipa**, quando perguntei na entrevista: O que é para você a dor, e como poderia fazer uma comparação da dor ? Ao que me respondeu:

" A dor é muito triste, comparo a dor com uma dor de parto, só que, esta que senti, com este meu problema na vesícula, é ainda muito pior que a dor do parto."

Nesta fala, ressaltamos como as experiências passadas são marcantes e estão vivas na memória, podendo, no presente, influenciar a percepção da dor. De acordo com Zborowski, 1978 (apud PEREIRA; ZAGO,1998), a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado daquela situação vivida e de outros fatores únicos de cada indivíduo. O impacto das experiências passadas com relação à dor e ao significado da dor para cada cliente, vão influenciar a sua vivência de dor atual. Neste sentido, considero importante que a equipe de enfermagem compreenda esta dimensão da experiência dolorosa para que não avalie o cliente de acordo com suas próprias expectativas e valores. Enquanto **Tulipa** relatava sua experiência dolorosa no passado, percebia sua expressão facial de medo e ansiedade e podia, desta forma, entender esta experiência para poder cuidar melhor no presente.

À medida que seguia a trajetória, disposta a me tornar cada vez mais sensível à experiência de **Tulipa, Cravo e Violeta**, se desvelava a importância de cuidar nesta perspectiva, quanto mais humanizamos o cuidado mais humanos nos tornamos.

Desta maneira, também pude me manter sensível à **Violeta** no terceiro dia de pós-operatório. *Quando cheguei ao seu quarto, à tarde, ela se encontrava deitada na cama. Percebi que estava meio triste. Perguntei sorrindo como se sentia ? Ao que me respondeu, também, com um leve sorriso:*

" Agora, parece que estou meio triste...." seus olhos ficaram cheios de lágrimas.

Perguntei por quê? E me respondeu chorando....

" estou com saudade do meu filho, agora vou ter que passar todo o feriado aqui, as outras pacientes das outras camas já foram embora e só fiquei eu... estou tão longe de casa."

Violeta tinha a expectativa de ir para casa na quarta-feira, véspera do feriado e já havia me sinalizado que não gostaria de estar tanto tempo no hospital. Tínhamos anteriormente conversado sobre o assunto e eu já havia lhe dito que a possibilidade de ir para casa era remota, pois estavam aguardando os resultados de alguns exames. Neste **estar-com** procurei **responder** a este **chamado** com **presença**, me mostrando disponível para conversarmos. Procurei vivenciar este momento junto com **Violeta**, concordei que não deveria ser fácil ficar tão longe de casa, porém ressaltei um ponto positivo que era o de já ter feito a cirurgia que ela tanto queria, que agora estava sem dor, e que a cada dia estaria melhor, brinquei dizendo que ela já podia até caminhar pelo corredor! Fiz esta referência, pois **Violeta** havia ficado muito feliz quando pôde dar a primeira caminhada fora do quarto, no segundo dia de pós-operatório.

Neste sentido, a relação sujeito–sujeito ou relação **EU-TU** se estabeleceu, pois a enfermeira e a cliente estavam abertas entre si de forma completamente humana (PRAEGER, 2000). Nesta relação, pude, através da sensibilidade, perceber e respeitar o momento vivenciado por **Violeta**, entendendo que ele é único. Compartilhando esta situação, pude perceber a diferença de cuidado que podemos proporcionar aos clientes nesta perspectiva humanística. Eu podia sentir que, apesar da tristeza e da saudade de casa, ela se sentia segura com a atenção e o carinho do cuidado e parecia procurar forças para continuar. Neste sentido, observei quando fui mais tarde ao seu quarto e ela tentava se relacionar com outros clientes dos outros quartos, já que no seu, só havia, naquele momento, uma cliente. Penso que muitas vezes não podemos solucionar os problemas, mas podemos torná-los mais leves, para que possamos, junto com os clientes, vivenciá-los da melhor maneira possível, nutrindo o estar-melhor.

Nos **chamados e respostas** há a expectativa de que haverá alguém para cuidar e alguém para ser cuidado, **Violeta chama** quando se **encontrou** comigo e solicitou:

" Tu podias telefonar para a minha cidade, para avisar à minha família como eu estou?"

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a enfermeira e os clientes **chamam** e **respondem** um ao outro de maneira verbal e não verbal e pode ser também “ tudo ao mesmo tempo.” As autoras referem-se a isto, como a capacidade que as enfermeiras têm de relacionar-se ao mesmo tempo com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida. **Violeta** estava ansiosa por não ter passado bem a noite e seu **chamado** era **verbal**, quando pediu a ligação telefônica e **não verbal** quando se mostrou ansiosa, preocupada e com o olhar triste. A enfermeira **responde** tentando tranquilizá-la, fazendo o contato com os familiares e **respondendo** sem muita demora. **Violeta responde** novamente quando se mostrou mais tranqüila e agradeceu a ajuda.

*Num outro momento estava com **Violeta** e ela apresentou taquicardia supraventricular, estava muito assustada e ansiosa, fiquei ao seu lado e segurei sua mão, me olhou nos olhos e disse:*

" estou me sentindo muito tonta e agoniada, estou com medo de morrer, fica aqui comigo...De repente eu chego lá em casa numa caixa de madeira...Meu Deus será que eu tenho que passar tanta coisa nesta vida"

Manifestei **presença** estando disponível e ficando ao seu lado, respondendo ao **seu chamado** de ajuda. *Tentei acalmá-la dizendo que faríamos o possível para que pudesse estar-melhor, prometi que iria rapidamente até o posto de enfermagem, mas que voltaria em seguida. Afastei-me apenas por um breve momento para ir falar com a enfermeira, solicitando que ela agilizasse a presença do intensivista, mas em seguida voltei. Após ter sido avaliada pelo médico da UTI e ter recebido o tratamento adequado, finalmente a situação se normalizou. **Violeta** me disse, mais serena:*

" que bom que tu ficasses aqui comigo, eu fiquei com tanto medo"

Fiquei emocionada por ter vivenciado com **Violeta**, aquele momento difícil. Pude, neste **encontro**, cultivar confiança, deixando que ela expressasse suas angústias e medos. Pude com **presença**, **responder** a seus **chamados** por ajuda, para que pudesse estar-melhor naquela situação.

Saliento que o meu olhar intuitivo também foi lançado aos familiares dos clientes que participaram da prática. Esta relação é descrita por Buber (1979), como a relação **EU-NÓS**,

que é a que se estabelece com a comunidade que, neste contexto, está representado pela família, estudantes, equipe de enfermagem, equipe médica e outros. Segundo Thelan et al (1996), fatores sociais e ambientais como a interação com familiares e amigos, estresse, privação ou sobrecarga sensorial influenciam a percepção da dor. Em consonância com Thelan et al (1996), observei a importância da **presença** dos familiares na segurança emocional do cliente, e na diminuição de sua ansiedade. Os clientes que estão com acompanhantes expressam esta segurança. Acredito que além da segurança emocional proporcionada pelo acompanhante, a segurança física também exerce papel importante, pois os clientes ficam acamados e dependentes no primeiro dia de pós-operatório, sendo que no segundo dia podem, na grande maioria dos casos, sair do leito com auxílio. Acredito que o familiar ou outra pessoa que faça o papel de acompanhante do cliente, se constitui no elo entre este ambiente estranho de pessoas e coisas desconhecidas, e a familiaridade do conhecido, do lar.

Na trajetória que percorri com **Tulipa, Cravo e Violeta**, pude observar que **Tulipa** e **Cravo** que permaneceram durante todo o período de pós-operatório com acompanhante, ou seja, filha e esposa respectivamente, se mostraram mais seguros e menos ansiosos. Em contrapartida, **Violeta** que estava longe de casa, sem receber visitas e sem acompanhante se queixava freqüentemente de saudade de casa, ansiedade, tristeza e solidão. Acredito que a equipe de enfermagem quando olha o cliente intuitivamente e se mantém sensível ao momento vivido, pode tornar o ambiente hospitalar menos frio e impessoal. Para isto, não precisamos de muito tempo, precisamos sim, de qualidade de tempo. Neste sentido, ao compartilharmos um momento de cuidado, podemos fazê-lo com um sorriso, um toque, um olhar nos olhos do cliente, um bom dia, um até mais tarde ou uma explicação do que se vai fazer. Estas atitudes, sinalizam ao cliente **a presença**, a preocupação, **o estar com**, o estar aberto para ouvir e atender **aos chamados** por ajuda.

Neste sentido vivenciamos momentos como:

*Eram quase 18:00 horas, **Tulipa** havia chegado do Centro Cirúrgico às 12:00 horas. Percebi que estava um pouco ansiosa quando me perguntou”:*

“ amanhã tu vens para ficar comigo também?”

Respondi que sim, conforme tínhamos combinado. Ela complementa:

“Gostaria que a minha filha ficasse amanhã também comigo, tu podias pedir para elas (*se referindo às enfermeiras*) deixarem ela ficar amanhã também ?”

“sempre ficando com alguém da família junto, é melhor né!”

Já havia percebido que **Tulipa** estava ansiosa com a internação, com a proximidade da cirurgia, enfim, com tudo que estava vivenciando, portanto, ao me solicitar que interferisse junto à enfermeira do setor para autorizar que sua filha ficasse mais um dia com ela, prontamente conversei com a enfermeira solicitando a autorização, ao que ela concordou. De acordo com Santos e Luis (1999), a família é o primeiro elemento que serve de apoio ao cliente e muitas vezes, sua ansiedade é desencadeada por esta separação, pois, em geral, se sentem mais seguros com seus familiares. Na unidade onde este estudo foi realizado, os acompanhantes são autorizados para ficar somente no primeiro dia de pós-operatório, porém, eles podem acompanhar os clientes durante toda a internação quando são provenientes de outra cidade. **Tulipa**, ao saber que sua filha ficaria, mostrou-se satisfeita, tranqüila e feliz, **respondendo** de forma não verbal com uma expressão facial serena.

Na observação participante verificamos, em oposição ao cuidado humanizado, que em geral a relação entre a equipe de enfermagem e o cliente/familiares é de indiferença. Muitas vezes eu observava que a equipe prestava os cuidados ao cliente e ignorava a presença do acompanhante. Gerando, com isto, maior ansiedade e desconforto tanto no cliente como em seu familiar.

O cuidado segue o modelo biomédico e biologicista. Perante as queixas de dor dos clientes a equipe de enfermagem faz a medicação prescrita, ou não faz, isto vai depender da avaliação do técnico/auxiliar de enfermagem, que nem sempre tem o conhecimento suficiente para tomar esta decisão. A prescrição médica de analgésicos, em geral, segue um mesmo padrão, ou seja, é igual para todos os clientes. Neste sentido, a subjetividade da experiência dolorosa é negligenciada, pois sabemos que cada indivíduo percebe a dor de forma diferente, sendo influenciado por múltiplos fatores, como experiências passadas, ansiedade, medo, estresse, fadiga e outros. Fiquei me questionando se a equipe estaria fazendo os cuidados ditos *integrais* aos clientes. Para Ferreira (1993), integral é total, inteiro, global. Desta forma se opõe ao *integral* quando realizamos o cuidado apenas na sua dimensão técnica. Não humanizamos se dividimos o cliente em partes ou o cuidado em partes. Questionei-me mais uma vez, se estaria então a equipe com número insuficiente de pessoas para cuidar

integralmente de todos os clientes? Observando a escala de serviço, verifiquei que em geral trabalham 5 técnicos/auxiliares de enfermagem por turno de 6 horas, juntamente com uma ou duas enfermeiras, sendo que temos na unidade 30 leitos.

Simões (1998) salienta que as ações de enfermagem não podem ser puramente mecânicas e técnicas, pois não lidamos com objetos. O cliente não é apenas um corpo a ser tratado, mais sim, um ser pleno de possibilidades que deseja um cuidar compartilhado. Rossato e Ângelo (1999) enfatizam que uma assistência efetiva e eficiente vai além da realização de procedimentos e a utilização de medicação, aponta um outro caminho em direção a uma assistência humanizada, a qual todos os pacientes têm direito.

Neste sentido, vejamos o que foi **observado na equipe de enfermagem** em alguns momentos da coleta de dados e que nos aponta para o predomínio de um cuidar mecanicista:

" vou fazer uma injeção aqui tá !" O auxiliar de enfermagem aponta para a conexão do soro, e enquanto faz o medicamento olha o tempo todo para a seringa. Depois, sai do quarto sem se despedir ou olhar para a cliente." é um remedinho para a dor"... o técnico de enfermagem olha os frascos de soro, depois olha para a seringa enquanto aplica a medicação e não olha em nenhum momento para a cliente e para a sua acompanhante, estas ficam olhando para ela o tempo todo. A expressão facial da técnica é de indiferença, não esboça sequer um sorriso. Acaba de fazer a medicação e sai do quarto sem se despedir. A cliente estava gemendo de dor abdominal e estava bastante ansiosa pela situação que se encontrava. Para Pereira e Zago (1998, p.286),

a dor é um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle.

Reitero que não podemos reduzir a vivência da dor a uma única dimensão, a biológica. É necessário que ampliemos nossos horizontes para percebermos que aquela vivência de dor é única em um momento também único inserido num contexto cultural, emocional e biológico daquele ser humano. Acredito que é somente nesta perspectiva, que a enfermeira ou a equipe de enfermagem, numa **transação intersubjetiva** com o cliente, poderá vivenciar o **estar-com** e o **fazer-com** para **nutrir** o **estar-melhor**.

Este **estar-com** foi evidenciado neste encontro com **Violeta**. Ela, ao saber que eu iria cuidar dela no pós-operatório, me disse:

“ Que bom que tu vais ficar me cuidando, eu vou ter que ficar sozinha, pois a minha cidade fica muito longe e eles (familiares) não vão poder vir.”

O enfrentamento da solidão aumentava a ansiedade e a tristeza de **Violeta**, ela falava sempre na saudade de casa e como se sentia só quando eu não estava com ela. Eu procurava sempre que possível estar ainda mais **presente**, buscando ou tentando suprir a falta destes familiares. Acho que consegui quando ouvi o seu depoimento no último dia de prática assistencial, no momento que nos despedimos:

“Foi muito importante para mim tu teres me cuidado, eu não tenho palavras para te agradecer, pois além de tu cuidares de mim quando eu não podia fazer as coisas, tu me desses muito apoio, eu pude me abrir contigo, falar das minhas tristezas e da minha saudade de casa, pois eu estava muito sozinha e tu me apoiaste . Eu senti muita confiança no teu cuidado.”

Segundo Paterson e Zderad (1979) quando uma pessoa está doente, o seu corpo manifesta modificações que vão influenciar sua experiência de ser-no-mundo. Esta perspectiva de mundo do cliente é uma consideração vital na enfermagem. Acredito que quando a equipe de enfermagem olhar o cliente intuitivamente poderá “enxergar” este ser-com-dor-no-mundo e compartilhar este momento, para poder nutrir o estar-melhor.

Confesso que esta etapa de vivência do olhar intuitivo no cuidado humanizado e da observação da equipe de enfermagem, foi um desafio para mim. Foi um exercício diário no sentido de deixar a sensibilidade e todos os sentidos aguçados. Acreditava, que anteriormente à prática, eu prestasse um cuidado humanizado, porém não percebia que o nosso modelo de prática de enfermagem tecnicista, interfere, mesmo sem percebermos, na nossa maneira de cuidar. Esta maneira de cuidar, se desvela na observação participante ao percebermos como o cotidiano hospitalar, com suas inúmeras rotinas implantadas e o predomínio do paradigma biologicista colabora para que a sensibilidade da equipe de enfermagem permaneça invisível, contribuindo para que não sejam valorizados aspectos importantes como as angústias, o medo, a ansiedade e a insegurança que os clientes vivenciam no pré e pós-operatório. De acordo com Waldow (1999), tem se evidenciado nas pesquisas mais recentes, uma tendência à abordagem mais humanística na enfermagem. Resgatar o cuidado não é rejeitar aspectos técnicos e científicos da enfermagem, mas sim, enfatizar o processo interativo, emocional e intuitivo que

compõe o lado artístico da enfermagem, promovendo uma harmonização de ambos os enfoques, científico e intuitivo.

Neste sentido, após a implementação do cuidado humanizado, olhando intuitivamente os clientes, pude estar aberto ao significado de suas vivências no pré e no pós-operatório, bem como, pude estar aberta também ao significado das minhas vivências enquanto cuidava. Nesta **relação** intersubjetiva me mantive **presente respondendo aos chamados**, estando atenta às **respostas**, para proporcionar o estar-melhor aos clientes. Olhar o cliente agora com este “novo olhar” se apresenta como uma nova possibilidade de cuidar. Cuidar olhando nos olhos, tocando, estando presente. Em consonância com Waldow (1999), pude compreender que o conhecimento científico da equipe de enfermagem é de suma importância mas ele não pode estar desvinculado da compreensão da subjetividade do sujeito e dos seus sentimentos sobre a internação, a cirurgia e a dor. Aí está o nosso grande espaço e a diferença de cuidado, a harmonia entre o enfoque intuitivo e o científico, para que os clientes possam ser vistos em sua totalidade, integralmente. Acredito que a sensibilização da equipe de enfermagem se constituiria num avanço para o cuidado dos clientes que vivenciam a dor. Sensibilizar a equipe através de oficinas para que pudessem vivenciar situações de cuidado, e de auto-conhecimento, proporcionando momentos para reflexões, ampliando a nossa capacidade, que, na condição de seres humanos que somos, temos de ver intuitivamente. Olhar intuitivamente os clientes é caminhar para um cuidado humanizado.

5.2 O Olhar Científico no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Nesta etapa a enfermeira, depois de ter “olhado intuitivamente” o fenômeno em todos os seus aspectos, irá expressar a experiência. Para isto, compara, considera, analisa, relaciona, interpreta, denomina, classifica, categoriza e acrescenta o conhecimento. É nesta fase que se estabelece a relação **‘EU-ISSO’** descrita por Buber (1974). Esta compreende a relação sujeito-objeto, que pode se dar ao consultarmos um prontuário, exames laboratoriais, livros e outros, sendo estes objetos abertos à observação. Outra forma de relação sujeito-objeto é quando considero o ser humano como objeto, aqui ele pode se deixar conhecer pelo outro ou colocar barreiras para a objetivação, por exemplo, pode ficar em silêncio, omitir informações ou prestá-las de forma distorcida.

Neste estudo, o olhar científico permeou as vivências do cliente na implementação do cuidado humanizado, desde o primeiro **encontro** com a enfermeira, ou seja, no período pré-operatório imediato e no pós-operatório. Tentamos evidenciar este olhar científico na observação da equipe de enfermagem enquanto prestava assistência aos clientes.

Para ampliar meu olhar científico, busquei muitas vezes no prontuário dos clientes, dados na história clínica e de enfermagem, bem como informações em livros, na passagem de plantão ou com a equipe multidisciplinar.

Pude observar, que os clientes estão desinformados com relação ao que lhes vai acontecer, ou seja, o que vão vivenciar com a cirurgia, as atividades que terão que realizar, os cuidados no pré e pós-operatório. Questionei-me sobre o papel da enfermeira na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário, um hospital que tem um número maior de enfermeiras, permitindo a presença deste profissional na Unidade durante 24 horas. Por que motivo estas informações tão essenciais aos clientes não estariam sendo realizadas? Acredito que novamente a técnica seja priorizada e as informações sejam relegadas a segundo plano, isto, acrescido de uma desinformação por parte da equipe de enfermagem, colabora para que esta face do cuidado seja desprezada. A enfermeira deixa, desta forma, um espaço vazio, que poderia estar sendo ocupado, fazendo a diferença na maneira de cuidar. De acordo com Pimenta (1998), investigar o conhecimento que o cliente e o cuidador possuem sobre a dor/doença e tratamento, bem como, suas expectativas, medos e fantasias é fundamental para minimizar a desinformação e esclarecer conceitos errôneos, pois estes podem ajudar a manter o quadro álgico e o inadequado manejo da dor.

Para Roza, 1980 (apud SANTOS; LUIS,1999), a enfermeira é responsável pela orientação do cliente que será submetido a uma cirurgia, sendo esta uma atividade de enfermagem que ameniza as preocupações e aceções errôneas, bem como previne complicações e estimula o cliente para o auto-cuidado. A autora conclui que a interação efetiva entre enfermeira e cliente influi na sua recuperação pós-operatória. Para Thelan et al (1996), os clientes que recebem explicação do que vai lhes acontecer quando serão submetidos a algum tipo de procedimento doloroso, sentem menos estresse e conseqüentemente uma real redução da percepção da dor.

Percebo que o cliente quando bem informado sobre o que vai lhe acontecer, participa mais ativamente do cuidado, fica menos ansioso, poderá estar-melhor, reduzindo com isto a

sua percepção da dor. Acredito, ainda, que o cliente informado cria no seu imaginário, menos fantasias, o que reduz seu estresse e sua percepção dolorosa. Neste sentido, vejamos algumas vivências que permearam o olhar científico no cuidado humanizado:

Quando cheguei ao quarto de **Tulipa**, ela estava deitada na cama. Já se passavam 4:00 horas da sua chegada do Centro Cirúrgico. Retornei para reavaliá-la, pois tinha se queixado de dor abdominal anteriormente e já havia recebido um analgésico, selecionado na prescrição e aplicado por mim. Aproximei-me dela e perguntei como se sentia. Sua filha estava o tempo todo ao seu lado. Respondeu-me, com uma expressão facial de dor, franzindo a testa:

“A dor na barriga do lado da cirurgia ainda não aliviou, também estou com vontade de urinar e está desconfortável...”

*Percebi que ela estava ficando também inquieta. Diante deste **chamado**, tentei **responder** procurando tranquilizá-la, me mostrando interessada e **presente**. Avaliei sua dor, que se localizava na região do hipocôndrio direito, era de média intensidade e relacionada à agressão cirúrgica. Ela não apresentava distensão abdominal naquele momento, o que poderia lhe conferir extremo desconforto e dor. Perguntei se gostaria de um outro analgésico, porque compreendi que o medicamento anterior não havia atingido um nível sérico efetivo para aliviar a sua dor.*

“sim, gostaria muito de um remédio, pois a dor está aumentando...”

*Apliquei novamente um analgésico prescrito, e procurei utilizar as manobras de abrir torneira, colocar bolsa de água quente em região suprapúbica, com o objetivo de fazer uma contração vesical para que ela urinasse, mas, não tivemos sucesso. Um pouco mais tarde, retornei ao quarto e propus a **Tulipa** que a colocássemos sentada na cama sobre a comadre para ver se conseguiria, urinar. Ela aceitou e finalmente urinou, relatando alívio e bem-estar, como detalharei posteriormente.*

Para MaCaffery, 1990 (apud BERNARDO, 2000), a responsabilidade do controle farmacológico da dor, é da equipe como um todo, sendo o médico, a enfermeira e o cliente as pessoas-chave, cada qual, com o seu papel distinto e importante. A enfermeira deve saber determinar a necessidade de administrar um analgésico, principalmente se este estiver prescrito “se necessário”, ou ainda escolher o analgésico apropriado quando mais de um

estiver prescrito. Enfatiza a importância da reavaliação da dor do cliente a intervalos regulares, em especial, após a administração das primeiras doses de medicamentos.

Percebo no cotidiano, que os clientes que são avaliados e reavaliados por uma enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem que possui um cabedal de conhecimentos relativo ao fenômeno da dor em todas as suas dimensões, tem a possibilidade de vivenciar o pós-operatório com o mínimo possível de dor, evitando o sofrimento desnecessário e desumano. Na minha trajetória como enfermeira, vivenciei muitos momentos em que ao proporcionar aos clientes o alívio da dor no pós-operatório, percebia que estes ficavam serenos, tranquilos, dormiam bem, realizavam as atividades propostas para a sua recuperação, como exercícios respiratórios, deambulação e outros. Percebia, sobretudo, que eles ficavam muito agradecidos pelo cuidado. A impressão que me passavam era a de que, para eles, eu estava fazendo algo de extraordinário me preocupando com a sua dor, como se não fosse um dever da enfermeira aliviar a sua dor e um direito deles não senti-la desnecessariamente. Ao vivenciar a implementação do cuidado humanizado com **Tulipa, Violeta e Cravo**, tive algumas vezes esta mesma impressão. Será que os clientes acreditam que sentir dor faz parte do pós-operatório?

*Seguindo a trajetória com **Tulipa**, percebi que a dor abdominal e a dificuldade para urinar elevaram a sua pressão sanguínea, o que contribuía para deixá-la mais ansiosa, aumentando com isto a sua percepção da dor. Reavaliei **Tulipa** mais tarde, perguntei como se sentia, ao que me respondeu mais serena:*

"Agora estou mais aliviada da dor na barriga, mais ainda não consegui fazer xixi. Será que eu consigo já ficar sentada? "

*Diante disto, perguntei se gostaria de tentar sentar na cama sobre a comadre, ela aceitou com certa insegurança. Mantive-me disponível para ajudá-la. Tentei tranquilizá-la explicando como colocaríamos a comadre com ela sentada, e que, eu e sua filha, estaríamos juntas, para apoiá-la. Pareceu mais confiante. Finalmente ela conseguiu urinar. Pude, desta forma proporcionar o bem-estar à **Tulipa**.*

*Depois disto, **Tulipa** conseguiu dormir um pouco e seu nível pressórico baixou para 140/90 mmhg. Ela pode, desta forma, **estar-melhor** nesta situação vivida.*

O olhar científico na observação participante se desvelou com a ausência da enfermeira na avaliação e na reavaliação do cliente que referiu dor, contribuindo para o sofrimento desnecessário destes no pré e pós-operatório. Se desvelou ainda, na desinformação da equipe de enfermagem com relação ao processo da dor e aos medicamentos analgésicos se evidenciando em situações, onde o conhecimento empírico se sobrepôs ao conhecimento científico. Drummond (2000) considera possível que o descaso para o alívio da dor no pós-operatório se dê em parte pela desinformação sobre aspectos da dor. Neste sentido, acredito que oficinas de sensibilização da equipe com relação à vivência da dor, “um olhar intuitivo”, bem como oficinas de discussão sobre a dor, sua avaliação, mecanismos desencadeantes, formas de tratamento, medicamentos, enfim “um olhar científico”, contribuiriam para que todos pudessem “olhar” de forma mais completa o cliente que vivencia a dor no pós-operatório, promovendo o seu **estar-melhor**. Nesta perspectiva, observamos no cotidiano situações como estas, que relatamos a seguir:

A, 17 anos, sexo feminino, vivencia sua primeira cirurgia, estava em pós-operatório imediato de laparotomia exploradora. Ela se queixou de dor abdominal para o auxiliar de enfermagem e ele decidiu lhe administrar uma medicação analgésica endovenosa (dipirona) às 15:00h. São 15:40h, fui até o quarto de A e ela estava com o rosto bastante corado, a mãe me olhou ansiosa e disse: “ela está tão vermelha,” havia uma apreensão em seus olhos, assim como nos olhos de A e do irmão. Achei que estivesse com a temperatura elevada, mas não estava. Disse-me sem eu perguntar, “ ainda estou com bastante dor na barriga.” Perguntei se o auxiliar de enfermagem já havia voltado para falar com ela, me disse:

“ele esteve aqui no quarto e mediu a minha temperatura, disse que eu não tenho febre mas não perguntou nada sobre a minha dor.”

Percebemos aqui, que após 40 minutos a cliente ainda não foi **reavaliada** e sua queixa de dor continua a mesma. A enfermeira não avaliou em nenhum momento a cliente e às 17:00h a bolsista avisou o auxiliar de enfermagem que a cliente continua com dor. *A enfermeira, sentada no balcão central da Unidade, comenta em voz alta:*

“ ela está com dor direto”. Esta informação se baseava apenas na informação do auxiliar de enfermagem. Ela não foi ao quarto para realizar uma avaliação da cliente.

Após esta nova queixa de A, o auxiliar consultou a prescrição médica de tramal⁴ e comentou:

" eu não faço tramal em paciente assim nova, dá uma reação muito forte."

Observa-se aqui uma análise sem fundamentação científica, pois o tramal pode desencadear reações adversas tanto em adolescentes quanto em adultos. *O auxiliar consulta a prescrição médica e decide fazer a morfina que está prescrita "fazer se necessário", preparou e se dirigiu ao quarto de A, avisou-a que iria fazer outra injeção para dor, mas não questiona sobre sua dor. Para quebrar o silêncio comenta enquanto faz a injeção subcutânea:*

" tens que te mexer mais na cama, é por isto que estás com mais dor," e ela responde:

" mas eu estou me mexendo até agora..."

O auxiliar de enfermagem saiu do quarto e não falou mais nada para a cliente. Fora do quarto comenta comigo...

" estas adolescentes, sempre são assim, tem mais dor porque não se mexem no pós-operatório."

*A impressão que se tinha era de que o desconforto pela dor era tanto que A movia apenas os olhos, estava assustada. Seus acompanhantes olhavam sem nada dizer, mas continuavam apreensivos. Também aqui aparece uma análise sem embasamento científico, pois não há relação entre se movimentar na cama e a redução da dor ocasionada pela cirurgia. Na posição de observadora senti extremo desconforto por não poder proporcionar o alívio a A e seus familiares que sofriam junto com ela. A enfermagem não nutriu o **estar-melhor**, a dimensão intuitiva e científica do cuidado não aconteceram. O cuidado nesta situação de enfermagem se traduziu em algumas medicações analgésicas, mal selecionadas e por isto não efetivas.*

⁴ Tramal; cloridrato de tramadol – analgésico narcótico, indicado para dores moderadas e severas de caráter agudo, sub-agudo e crônico.

De acordo com Drummond (2000), a administração intermitente de analgésicos opióides deve ser sempre horária e jamais por demanda (aplicação se necessário-s/n) para que se possa manter uma concentração máxima plasmática do medicamento. Para ele, a eliminação definitiva da prescrição “se necessário” constituiria considerável avanço no controle da dor pós-operatória, sua eficácia é prejudicada, sobretudo, pela variação da concentração plasmática devido à aplicação irregular com intervalos prolongados, uma vez que “ se necessário,” é entendido, freqüentemente, como o “mínimo possível”. Ao contrário do que preconiza este autor, neste estudo, observei que a prescrição médica de analgésicos segue um modelo padrão, sendo que a prescrição “ se necessário” aparece em quase todas elas. Observei, que a morfina por via subcutânea tem sido prescrita nesta modalidade, ou seja, se necessário, para quase todos os clientes. Acredito que, a desinformação de algumas pessoas da equipe médica e de enfermagem, que, não raro, temem a dependência química aos opiáceos e a avaliação inadequada do cliente pela equipe de enfermagem, resultem na utilização “mínimo possível” da medicação prescrita “se necessário,” contribuindo para o sofrimento desnecessário dos clientes.

*Mais tarde retornei ao quarto, e A ainda estava com dor. Permanecia no leito, calada, assustada com expressão facial de dor. Ninguém voltou para **reavaliá-la**.*

Observamos nesta situação que não houve interação com a cliente e seus acompanhantes, os **chamados** de A não foram **respondidos**, pois não foram **escutados**. Seu bem-estar ficou comprometido, tendo que passar todo o período com dor. A enfermeira se mostrou ausente deixando de ocupar um espaço que é seu, quando não **avaliou** e **nem reavaliou** a cliente, permitindo que todo este processo fosse realizado pelo auxiliar de enfermagem.

Ainda com relação a este aspecto, percebemos muitas vezes, a atitude isolada dos técnicos e auxiliares, pois consultam a prescrição, decidem qual a medicação que vão fazer, algumas vezes participam à enfermeira, e esta, em muitas ocasiões concorda sem olhar a prescrição e/ou o cliente. Neste sentido, vejamos em algumas falas como esta avaliação pode estar inadequada:

“ você já tomou a medicação antes, ainda não está na hora de fazer outra...” fala de um técnico de enfermagem mediante a queixa de dor abdominal intensa de uma cliente no primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia. De acordo com Wrighth

(1989), as doses de analgésicos variam de acordo com a intensidade da dor do cliente e com a velocidade de metabolismo e absorção de cada droga, diferenças que precisam ser levadas em consideração em cada cliente. Se o cliente afirmar que sua dor não aliviou, a equipe de enfermagem não pode indiferentemente seguir a prescrição médica só porque “em geral é o que se prescreve”. Acredito que para um manejo adequado da dor dos clientes, a enfermeira mesmo não podendo prescrever, poderá usar adequadamente os medicamentos prescritos se necessário e poderá comunicar ao médico, a fim de que este modifique ou aumente as doses de analgésicos quando constatar a inadequação da medicação.

“ah! De novo chamando...ah! como ele é difícil...” fala do auxiliar de enfermagem se referindo a um cliente em pós-operatório tardio de laparotomia explorador. Este cliente, apresentava também parestesia e paraplegia à direita e referia dor intensa, frequentemente, em membro inferior esquerdo e em região sacra.

Acredito que, se a equipe de enfermagem possuísse conhecimento e entendimento dos múltiplos fatores que influenciam a percepção dolorosa, certamente teríamos um avanço no cuidado ao cliente que vivência a dor. Quando o fenômeno da dor não é compreendido pela equipe de saúde, observamos no cotidiano o que nos relata Wrigth (1989), com relação aos profissionais de saúde, que estes tendem a preferir os clientes que apresentam um grau de tolerância à dor mais elevado, e têm uma atitude crítica quanto ao cliente que exibe uma reduzida tolerância à dor. Algumas vezes, os clientes são rotulados como “clientes bons,” aqueles que toleram mais a dor e solicitam menos a equipe e os mais solicitantes são denominados “clientes-problema”. Ressalta que a finalidade de discutir as atitudes da enfermeira e equipe de saúde relativas à dor é para aumentar a percepção destes profissionais para com essas atitudes. Acredito que estar ciente disso, amplia a consciência de todos, a fim de evitar que o conhecimento inadequado sobre o tema, os mitos, os preconceitos, interfiram na eficiência do trabalho junto ao cliente que refere dor.

Segundo Pereira e Souza (1998a), a mensuração da dor constitui-se em desafio aos pesquisadores, levando-se em conta a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa. Salienta que alguns instrumentos foram criados para mensurar a dor, facilitando a comunicação entre o profissional e o cliente, procurando conhecer tanto a incidência, a duração e a intensidade da dor, como também, conhecer se houve alívio ou não da dor após as diferentes intervenções, sejam elas medicamentosas ou não. Acrescenta que dentre os instrumentos de mensuração de dor, são

mais utilizados aqueles que consideram o relato subjetivo do cliente como principal indicativo de sua dor. Neste sentido, enfatiza a importância de compreendermos a subjetividade da dor, quando avaliamos um cliente que a vivencia. Acredito que este seja um foco fundamental de conhecimento sobre a dor para que se possa proporcionar o estar-melhor aos clientes. Quando o conhecimento científico da equipe de enfermagem é insuficiente e inadequado nos depararemos com situações como esta, que relatamos a seguir, que só foi reparada pela preocupação do outro auxiliar de enfermagem em nutrir o estar-melhor. Vejamos, neste momento de observação da equipe de enfermagem:

" se estivesse com tanta dor, não dava para andar," fala de uma técnica de enfermagem a uma cliente no sétimo dia de pós-operatório de colecistectomia, que veio até o balcão central do setor, andando, para pedir uma medicação. Ela se queixou de dor abdominal intensa e súbita. Este momento foi relatado pela cliente. Ela referiu, ainda, que retornou desolada ao quarto e que após algum tempo um auxiliar de enfermagem foi avaliá-la, examinou seu curativo e o dreno tubular que estava em drenagem. Desta forma, percebeu que o dreno estava dobrado, impedindo a vazão do líquido, o que lhe conferia aquela dor súbita e intensa. Após ter posicionado adequadamente a conexão do dreno e ter se iniciado a drenagem, a dor cedeu sem necessidade de medicação analgésica.

De acordo com Waldow (1999), em muitas instituições observa-se na equipe de enfermagem, enquanto cuida do cliente, demonstrações de afetividade, paciência, carinho e respeito, porém em outras observa-se por parte da equipe, indiferença, intolerância, desrespeito e desconsideração. Nesta situação de enfermagem, acredito que prevaleceram, inicialmente, a indiferença, o desrespeito e a desconsideração pela dor e queixa da cliente. Posteriormente, a cliente pode estar-melhor, diante da intervenção e preocupação do auxiliar de enfermagem. Ressaltamos a importância da avaliação da cliente, que, sendo bem avaliada, pode ser bem cuidada, o que possibilita uma ação de enfermagem que nutra o **estar-melhor**.

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é vista dentro de um contexto humano, é uma resposta confortadora de uma pessoa para outra em um momento de necessidade, que visa ao desenvolvimento do **bem-estar e do vir-a-ser**.

Contrapondo-se ao que se desvelou na observação participante, vejamos o olhar científico do cuidado humanizado que foi vivenciado, nesta situação de enfermagem com **Cravo**. *Optei por acompanhar os técnicos/auxiliares de enfermagem ao Centro Cirúrgico*

para buscar **Cravo** após a cirurgia, pois percebi a importância da minha **presença** naquela etapa de sua trajetória. Apesar de **Cravo** ter demonstrado bastante tranquilidade e coragem para enfrentar a cirurgia, em geral é nas primeiras horas de pós-operatório que os clientes mais se queixam. Ele foi para a cirurgia às 7:30h da manhã e retornou no período da tarde, por volta das 15:00. Ao lhe encontrar, perguntei como se sentia, ao que me respondeu:

"ah! estou com dor, com vontade de urinar e evacuar"

*Ele estava um pouco sonolento pelo efeito da anestesia. Enquanto o transportávamos procurei mostrar **presença** e tranquilizá-lo, informando que a cirurgia transcorreu bem, (esta informação a funcionária do Centro Cirúrgico, mais especificamente da sala de recuperação pós-anestésica, passa por telefone no momento que comunica a alta do cliente), que ele estava com uma sonda vesical de demora e que, provavelmente por este motivo, estava tendo a sensação de querer urinar. Informei que sua esposa o aguardava no quarto.*

*Conversei, novamente com a enfermeira do Centro Cirúrgico para saber mais detalhadamente, como havia transcorrido a cirurgia de **Cravo**, com a finalidade de melhor informar e tranquilizar cliente e esposa. De acordo com Van Dalfensen & Syrjala,1990 (apud DRUMMOND, 2000), os maiores escores de dor estão de maneira direta, associados à ansiedade e ao medo. Pimenta (1998) enfatiza que a ansiedade do cliente, pode estar relacionada ao medo do desconhecido e à falta de informação podendo acarretar fantasias com relação ao seu futuro próximo. Acredita que estes aspectos podem ser minimizados com orientações adequadas. Em consonância com a autora, ressalto a importância do papel da enfermeira no manejo da dor, quando fornece informações e orientações ao cliente e família com o objetivo de aliviar o estresse e o medo do desconhecido.*

*Acomodamos **Cravo** no quarto e ele parecia ansioso, perguntei mediante sua queixa de dor, onde doía?*

"ah! A dor é na bunda, pois estou muito tempo nesta posição e também a vontade de evacuar."

Respondi que não poderíamos colocar a comadre devido ao esforço que ele teria que fazer para ficar deitado sobre ela. Um cliente obeso impossibilita uma mudança de decúbito completa para a colocação da comadre, tendo em vista que estava com uma incisão

abdominal mediana supra infra umbilical. Neste sentido, orientei que se precisasse poderia evacuar no leito. Não seria o mais confortável para ele, mas no momento era a alternativa.

" será que dava para virar um pouco, para ver se alivia a dor na bunda? ah! e também queria molhar a boca, está muito seca"...

*Diante deste **chamado**, procurei **responder** fazendo, com a ajuda de sua esposa, uma discreta mudança de decúbito para promover o seu **estar-melhor** naquele momento. Da mesma forma providenciei um copo com água e algumas gazes, e orientei a esposa que poderia molhar os seus lábios quando desejasse, porém ele não deveria engolir a água. A resposta de **Cravo** ao cuidado se manifestou na sua expressão verbal...*

"ah! Agora melhorou 100%, não estava dando para agüentar a dor na bunda"

...e na sua expressão corporal, se mostrando tranqüilo e dormindo um pouco. Posso enfatizar nesta vivência a importância de avaliarmos o cliente, pois poderíamos de imediato, supor que sua dor fosse na cirurgia e não era, sua dor e desconforto estavam sendo causados pela posição de decúbito dorsal prolongada. Pude neste olhar científico, proporcionar conforto, e um **estar-melhor** para **Cravo** no pós-operatório.

Da mesma forma se evidenciou o olhar científico do cuidado humanizado neste encontro com **Tulipa**. *No primeiro dia de pós-operatório imediato, pela manhã, depois de ter tomado banho de chuveiro, e eu ter realizado o seu curativo na incisão cirúrgica, saí do quarto e combinei de retornar mais tarde. Quando retornei, **Tulipa** estava deitada na cama com uma expressão facial de dor. Perguntei como estava se sentindo, ao que me respondeu:*

" Estou começando com dor novamente na barriga, será que tu podias me dar algum remédio para a dor, a noite elas me deram mais só nos horários, e eu senti dor, pois aliviava e voltava quando passava o efeito do remédio, e aí eu não consegui dormir direito."

Observei, neste relato de **Tulipa**, que o analgésico foi administrado em horário rigoroso, independente da queixa de dor da mesma. O analgésico prescrito se necessário não foi cogitado, possibilitando um sofrimento e ansiedade desnecessários durante a noite. Pimenta (1998) relata que a ansiedade elevada pode estar associada ao inadequado manejo

dos medicamentos analgésicos, (sob demanda e não em horários preestabelecidos) ou ao espaçamento máximo entre as doses, resultando em inadequado alívio da dor. No caso acima, observei um espaçamento máximo entre as doses de analgésico, não mantendo com isto um nível sérico inibitório ao estímulo doloroso.

Respondi à Tulipa com presença, avaliando a sua dor, tentando incutir confiança. Perguntei onde doía e como era a dor, me disse ...

" Estou com dor na barriga no lado da cirurgia, está começando a ficar mais forte." Já passei tanta dor lá na sala de recuperação da anestesia, aquela maca era muito desconfortável, e eu tinha que ficar de barriga para cima, aí começou também a dor nas costas pela posição, foi muito ruim."

Mostrei-me disponível para cuidar e nutrir um estar-melhor. Combinei com ela que iria consultar o prontuário e lhe administrar um analgésico. Assim fiz e retornei ao quarto, enquanto administrava o analgésico conversava tentando confortá-la, disse que provavelmente ela se sentiria melhor, mais aliviada para poder descansar, já que não havia dormido à noite. Para Wright (1989), a fadiga ou a dor persistente sem ser aliviada, podem influenciar a percepção de dor do cliente. Um cliente que tenha dormido pouco, pode perceber mais intensamente a dor do que um cliente bem repousado. Da mesma forma, quanto mais tempo persistir o estímulo doloroso maior será a percepção de dor do cliente, este por antecipação receia qualquer aumento da intensidade da dor. Desta forma, tentando promover um ambiente mais adequado para o sono, me aproximei da janela e fechei um pouco a cortina, nesta atitude, tentei diminuir a claridade e oferecer um ambiente mais tranquilo. Numa unidade de internação isto se torna um pouco difícil, pois o movimento de estudantes e profissionais de várias áreas é intenso e juntando-se a este fato, o quarto tinha quatro camas, o que dificultava ainda mais a obtenção de privacidade. Mas, de qualquer forma tentamos. Despedi-me e me coloquei à disposição se precisasse de alguma coisa. Ela me olhou e disse, com um leve sorriso:

" Obrigada tá! Será que tu podias dar uma olhada na minha pressão?"

Concordei e verifiquei sua pressão arterial, esta se encontrava um pouco elevada (160/100 mmhg), pois Tulipa sempre demonstrava preocupação com sua pressão arterial, o que poderia, pela ansiedade gerada, aumentar efetivamente sua P.A

*Após 40 minutos, retornei ao quarto para reavaliá-la. **Tulipa** estava dormindo. Sua filha que estava ao seu lado, veio conversar comigo e disse que ela estava bem mais aliviada e agora conseguiu dormir. Mais tarde, quando retornei para verificar a sua pressão arterial, esta já havia normalizado. A dor aguda não aliviada desencadeia respostas neuroendócrinas que podem comprometer o sistema cardiovascular, o respiratório, o trato gastrointestinal e a mobilidade entre outros (PIMENTA,1998). Neste sentido, observamos nesta cliente a pressão arterial elevada conseqüente ao aumento da dor. Respondi ao **chamado** de **Tulipa**, estando **presente**, acreditando em sua queixa e tentando aliviar a sua dor. Sua **resposta** foi ter referido o alívio da dor e ter tido um período de sono tranquilo, bem como a redução de sua pressão arterial. À tarde, quando retornei ao quarto para encontrá-la, esta me fez o seguinte relato sorrindo:*

" hoje pela manhã quando tu me desse aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia."

Enfatizo a importância dos conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a dor, para uma efetiva atuação. Acredito que sem estes conhecimentos é impossível participar efetivamente junto à equipe multidisciplinar no sentido de proporcionar aos clientes o cuidado humanizado. Humanizar a assistência de enfermagem é, também, e sobretudo, não deixar que os clientes vivenciem a dor no pós-operatório, desnecessariamente. No contraponto do olhar científico no cuidado humanizado e na atuação da equipe de enfermagem, percebemos que a falta de conhecimento científico relacionado ao processo de dor, à avaliação inadequada dos clientes e ao cuidado excessivamente técnico associado a uma relação impessoal com os clientes, contribuem para que estes clientes vivenciem um pós-operatório com mais dor e sofrimento.

5.3 A fusão do Olhar Intuitivo-Científico no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Esta terceira etapa envolve a compreensão da fusão dos “olhares intuitivo e científico.” É a análise da experiência vivenciada pela enfermeira/cliente, tentando

compreender e abstrair os processos mais frequentes vivenciados pelos clientes, no que se refere à dor no pós-operatório. Da mesma forma, podemos abstrair da observação participante, como se deram os encontros da equipe de enfermagem/clientes que referiram dor no pós-operatório, nas situações do cotidiano daquela unidade.

Esta análise e as vivências das etapas anteriores, ou seja, o “olhar intuitivo” e o “olhar científico” foram registradas em um diário de campo, em forma de narrativa, juntamente com a observação participante ativa. Apresento no anexo-5 um recorte destes registros.

Em tese, nesta fase da trajetória, se inicia o processo educativo. Para Zampieri (2001b), a educação é um processo flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético, que é construído a partir das interações com os seres humanos, resultando numa troca de conhecimento e experiências onde todos aprendem e ensinam. Para a autora, o processo educativo no seu foco terapêutico, favorece o enfrentamento de situações de estresse e crise, proporcionando um viver mais saudável nas etapas da vida. Acredito que o processo educativo do cliente cirúrgico se constitui num foco terapêutico relevante, tendo em vista o momento de enfrentamento e gerador de estresse que caracteriza, em geral, a proximidade de uma cirurgia. Segundo Santos e Luis (1999), por menor que seja a cirurgia, ela representa para o cliente uma crise, chegando a desencadear um comportamento semelhante a uma situação traumática, visto que a hospitalização acarreta mudanças no cotidiano, gerando ansiedade.

Neste estudo, o processo educativo esteve presente sempre que se fez necessário, a partir das questões que emergiram das entrevistas realizadas com os clientes e dos **encontros** na implementação do cuidado humanizado. A enfermeira, neste processo educativo junto ao cliente que vivencia uma cirurgia e muitas vezes a dor, ensina e aprende compartilhando experiências, proporcionando a ambos o desenvolvimento de seu potencial para o **vir-a-ser-mais**, bem como o **estar-melhor** na situação de enfermagem vivenciada.

Desta forma vejamos um momento com **Violeta**:

*No período de pré-operatório, durante a entrevista, perguntei para **Violeta** o que ela gostaria de saber com relação aos períodos de pré, trans e pós-operatório, procurando neste sentido, cuidar- educar. **Violeta** me responde:*

" não sei nada sobre a cirurgia, não me falaram nada, só disseram que era para não comer..."

*Conversamos sobre a cirurgia e tentando buscar os conhecimentos que **Violeta** possuía de sua experiência passada, soube que já conhecia um Centro Cirúrgico, pois fez uma cirurgia de apendicectomia há 20 anos e uma cesárea há 13 anos. Orientei sobre os cuidados pré-operatórios, bem como o tempo de cirurgia e o tempo que permaneceria na sala de recuperação. **Violeta** escutava atentamente e questionava sempre que tinha dúvidas. Contou-me sobre sua experiência passada nas duas cirurgias:*

"Na cirurgia do apêndice, passei bem, foi tudo tão rápido que quando vi, já tinha acabado. Quando a gente é mais nova as coisas são mais fáceis, agora parece que a gente se entrega mais, tem mais sofrimento. Já na cirurgia de cesárea foi mais difícil, tive muito sangramento e a pressão baixou muito, tive que ficar 3 dias internada para a pressão melhorar, o bebê já estava morto. Sofri bastante, não foi nada fácil."

Fatores sociais e ambientais como a interação com familiares e amigos, estresse e sobrecarga ou privação sensorial, o seu passado cultural, bem como as suas crenças e experiências passadas influenciam na percepção da dor. Portanto, a situação em que a dor ocorre, também é significativa. Os clientes que recebem explicação do que vai ocorrer antes de serem submetidos a procedimentos dolorosos sentem menos estresse e conseqüentemente uma real redução da percepção dolorosa (THELAN et al, 1996). Nesta perspectiva, procurei estar presente esclarecendo dúvidas, orientando, pois percebi que **Violeta** já havia tido uma experiência desagradável nas outras cirurgias, além disto, estava sem acompanhante sinalizando muitas vezes a saudade que sentia de casa. Procurei me manter sensível a estes fatores, lembrando que eles influenciam a percepção da dor.

Neste trabalho, para que eu pudesse ter uma visão mais ampliada do todo, procurei cuidar buscando olhar intuitivo e cientificamente para os clientes. Assim, vivenciei a humanização do cuidado, e me percebi mais humana. Vivenciei o **fazer-com** e não somente o **fazer-por**.

Para Zampieri (2001a, P.76), “humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade.” Humanizar a assistência, envolve a humanização dos profissionais de saúde, ela depende das nossas atitudes, da nossa postura e de como interagimos com o outro.

Vejamos nesta situação de enfermagem como vivenciamos a fusão do olhar intuitivo-científico na implementação do cuidado humanizado e a necessidade do cuidar-educar. *Falamos aqui de Cravo que foi submetido a uma gastroplastia. No dia em que foi internado, ele pesava 157,000 kg e media 1,61 cm. Durante a entrevista no período de pré-operatório lhe perguntei o que gostaria de saber sobre a cirurgia e o que já sabia a respeito da mesma. Diz-me, a princípio parecendo satisfeito com a informação que tinha .*

“ Eu sei um pouco sobre a cirurgia”

Pergunto o que sabe?

“ sei que tenho que comer pouco depois da cirurgia, e que ela será amanhã.”

A única informação que **Cravo** e sua esposa tinham sobre a sua cirurgia era que teria que comer pouco no pós-operatório e a data da cirurgia. Kamiyama,1972 (apud SANTOS; LUIS, 1999), em um estudo, identificou que os clientes ao vivenciarem a hospitalização apresentam o medo do desconhecido como um dos problemas prioritários e outros como desconhecimento da doença, do tratamento, dos cuidados de enfermagem recebidos, da data da cirurgia, além da preocupação com o pós-operatório e a vida após a alta hospitalar. *Evidenciei os temores e a desinformação neste encontro com Cravo. Conversamos, Cravo, sua esposa e eu, por longo tempo sobre a cirurgia. Percebi que eles ficaram mais à vontade e muito curiosos. Ele me perguntou muitas coisas, dentre as quais:*

“ Quanto tempo dura a cirurgia?”

“ Mas a gente não vê nada né! Não vou sentir dor durante a cirurgia, né!”

“ Vai precisar de lavagem? *Quando lhe digo que não ele responde*”ah!, ainda bem ,já estava ficando nervoso só de pensar”

Perguntei-me neste **encontro** com **Cravo**, como um cliente que seria submetido a uma cirurgia que requer inúmeros cuidados no domicílio, além dos tradicionais, como exercícios respiratórios, exercícios de dorsi-flexão dos pés, deambulação e outros, estava de tal forma desinformado. Esta desinformação, pode gerar ansiedade, estresse e aumentar a percepção da dor. De acordo com Morse (1998), as orientações e explicações devem ser dadas ao cliente com antecedência ao procedimento, para que o cliente possa processar as informações e se preparar psicologicamente, desta forma poderá aceitar melhor a situação que irá vivenciar. Nesta perspectiva, acredito que a atuação da enfermeira é de suma importância para a qualidade da assistência, para proporcionar o **estar-melhor** aos clientes e permitir que eles participem ativamente do cuidado.

Quando cuidamos, educamos, neste cuidar-educar, pude junto com **Cravo** e sua esposa, dialogar sobre o que era para eles uma cirurgia, uma sala de cirurgia, como iria para o Centro Cirúrgico, o preparo pré-operatório e os cuidados no pós-operatório, entre outros. Nesta relação, procurei deixar que expressassem o conhecimento que tinham por acreditar que toda pessoa acumula uma maior ou menor bagagem, a partir de suas vivências passadas. Não sendo, portanto, uma “caixa vazia”. Acredito que estas informações, este estar com **Cravo** e sua esposa, se refletiram positivamente quando observamos que **Cravo** vivenciou um pós-operatório sem dor e tranqüilo.

*Percebi que a esposa de **Cravo** expressava preocupação com a elaboração da dieta do esposo no domicílio. Fala-me:*

“só sei que a dieta tem que ser diferente e bem pouca.”

Percebi que no seu tom de voz havia preocupação, e completou ...

“ é, lá na nossa cidade tem uma mulher que fez esta cirurgia e comeu muito depois e....”

perguntei e.... ao que respondeu com tom de voz mais baixo:

“ela se foi.”

*Compreendi a necessidade de prestar informações aos dois, pois **Cravo** se mostrava mais calado e a esposa expressava a preocupação, provavelmente de ambos. Mostrei*

*presença ao responder, prometendo que conversaria com a nutricionista e lhes daria as informações. Eu também não sabia corretamente, e informei-me com a enfermeira e a nutricionista de que forma ele deveria se alimentar no pós-operatório. Complementei dizendo que a nutricionista também daria as informações por escrito. Após termos conversado, eles pareciam mais calmos. Observamos também aqui o medo da morte, do desconhecido, que podem influenciar o **bem-estar** do cliente, bem como aumentar a sua percepção de dor.*

No momento que me relacionava com a família e a equipe multidisciplinar se estabelecia a relação **EU-NÓS**. Para Paterson e Zderad, 1979 (apud GEORGE, 2000), as pessoas descobrem o significado em sua existência ao compartilharem e se relacionarem uns com os outros. É através deste compartilhar intersubjetivo que os seres humanos são confortados e nutridos. Para as autoras, é através da comunidade, deste relacionar-se uns com os outros que é possível tornar-se pessoa. Consideram a comunidade como o “**NÓS**” que ocorre quando nos relacionamos com a família, cliente, colegas de trabalho e outros. Neste momento, a relação **EU-NÓS** se deu com o cliente, esposa, nutricionista e a enfermeira, para nutrir o **bem-estar** de **Cravo**.

A fusão dos olhares intuitivo-científico permite à enfermeira analisar a experiência vivenciada. Nesta vivência, pude perceber que os clientes precisam ser vistos em sua multidimensionalidade, se queremos prestar um cuidado humanizado. A enfermeira, junto com sua equipe, precisa ver através do “coração” e de seus conhecimentos científicos relacionados ao processo doloroso no pós-operatório, para que possa **responder** aos **chamados** de ajuda dos clientes e nutrir o **estar-melhor**. Quando perguntamos, na entrevista, como gostariam de ser cuidados no pós-operatório, as respostas de **Violeta, Cravo e Tulipa** foram unânimes, quando manifestavam que: gostariam de alguém para ajudá-los, pois ficariam dependentes temporariamente, não gostariam de sentir dor e que gostariam de ser cuidados com carinho e atenção, como indicam as falas abaixo:

“Sei que as pessoas vão cuidar bem de mim. Por exemplo, se começar a doer e eu chamar, e se alguém puder me dar um remédio... se alguém tomar uma providência já serei bem cuidado” **CRAVO**.

“Gostaria de alguém para me ajudar a ir ao banheiro, alguém que me desse atenção, pois sei que não poderei virar-me sozinha. Credo se tivesse alguém eu

agradeceria até a Deus. Se eu tiver dor, gostaria que me tirassem a dor, não quero mais sentir dor, como agora estão tirando a minha dor com estes “calmantes” (se referindo aos analgésicos que está recebendo), também vão tirar a dor depois da cirurgia, espero que seja assim” VIOLETA.

“ Gostaria que, sempre que chamasse na campainha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitos para não ficar muito feia a barriga.; sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; Gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam, né! TULI PA.

Humanizar a assistência é fundir o olhar intuitivo-científico, para que possamos entender as várias facetas da experiência dolorosa. Concordo com Oliveira (1998, p.57), quando diz:

infelizmente na enfermagem estamos mais propensos a utilizar o diálogo científico, sendo que estamos eliminando do nosso dia-a-dia a percepção, preocupados que estamos em ser uma profissão científica, onde buscamos pensar através do raciocínio lógico e formal, esquecendo da sensibilidade, primordial no trato com o ser humano, o qual é adquirido somente através de muita concentração, disponibilidade, amor e respeito pelo outro e por si mesmo.

Neste sentido, acredito que o olhar científico é fundamental para a atuação da equipe de enfermagem, porém ele não pode estar sozinho, desvinculado do olhar intuitivo, preservando assim o caráter humano do cuidar. É na fusão destes olhares que poderemos ampliar, compreender e respeitar a vivência de cada cliente. Na observação participante da equipe de enfermagem, observei uma atuação essencialmente tecnicista, permeada por uma relação impessoal com os clientes e familiares. A sensibilidade, a solidariedade estão adormecidas, desta forma, não observei a fusão dos olhares intuitivo-científicos, pois o cuidado aparece no seu enfoque técnico, muitas vezes equivocado e desprovido do

conhecimento científico. Acredito que é possível e desejável avançar em direção a uma mudança de paradigma, para que o cuidado seja humanizado.

6. A DIMENSÃO TEÓRICA E PRÁTICA DOS CONCEITOS

Segundo Lauffrey e Brouse (1983), o termo enfermagem humanística (E.H) designa os fundamentos e significados humanos da enfermagem. A Enfermagem Humanística é considerada um **diálogo vivo**, pois envolve **o encontro, a presença, o relacionamento, um chamado e uma resposta**. Paterson e Zderad (1979) elegeram os elementos do sistema que são: o ser humano, cliente/enfermeira unidos em uma transação intersubjetiva, (o diálogo, a relação), com um fim determinado (a saúde), que ocorre no tempo e no espaço (o ambiente), em um universo de seres humanos e coisas.

Seguindo a trajetória, farei neste momento uma reflexão dos conceitos após ter vivenciado este estudo. Apesar de apresentá-los aqui, separadamente, na realidade eles estão inter-relacionados.

O SER HUMANO, na prática da enfermagem humanística, é visto como único, necessariamente relacionando-se com outros seres humanos, no tempo e no espaço, sendo a interdependência inerente à condição humana. A existência humana é a coexistência, e é através do relacionamento com os outros que o ser humano torna-se pessoa, e ainda permite a atualização da individualidade única de cada pessoa. Caracterizam-se por serem capazes, possuírem valores, abertos a opções, que pedem e dão ajuda (PRAEGER, 2000). O ser humano diferencia-se de outros seres, porque é capaz de conhecer a si e ao seu mundo interior e ter a capacidade de auto reflexão. É através de seu corpo, que ele interage com o mundo de seres humanos e coisas, afetando e sendo afetado por ele. Através deste mundo objetivo, desenvolve seu próprio mundo privado que é único (PATERSON E ZDERAD,1979, apud MELEIS,1985).

Na minha concepção, o ser humano é único, possui imaginação, linguagem, e capacidade de abstração, tem sensações, emoções, é um sistema aberto, relacionando-se

consigo, com o outro, (família, profissão, amigos, religião) e com o ambiente que o cerca, influenciando e sendo influenciado. É um ser que tem direitos e deveres civis, é cheio de possibilidades, indo em direção ao ser-mais, podendo fazer suas próprias opções.

Neste estudo, os seres humanos são a enfermeira que cuida e o cliente que foi submetido a uma cirurgia e estava internado na Clínica Cirúrgica I, bem como, a equipe de enfermagem que foi observada enquanto cuidava dos clientes que referiram dor no pós-operatório.

Esta interação enfermeira/cliente se deu no pré-operatório imediato e no pós-operatório. Este cliente é um ser único, vivenciando um momento de internação e de cirurgia, estando fora de seu ambiente familiar, ambiente de trabalho e longe dos amigos. É um ser que tem recordações de vivências relacionadas à dor e antecipações deste futuro próximo no hospital, que é a cirurgia e que vão influenciar sua percepção da dor.

A enfermeira é, também um ser único com suas experiências de vida, que tem aqui um compromisso intencional de prestar um cuidado humanizado ao cliente que vivencia a dor no pós-operatório, promovendo o **estar-melhor** para este cliente.

A implementação de um cuidado humanizado propiciou uma relação EU-TU com os clientes, isto é, considerando-os como sujeitos. Neste sentido, me apresentava, quando, no primeiro encontro, os convidava para participar do trabalho, bem como explicava como seria desenvolvida a prática. Vejamos, na fala de **Violeta**, ao aceitar participar:

“ eu quero, sim, participar do teu trabalho, ajudarei no que for preciso, eu acho muito importante este assunto de dor que tu escolheste para trabalhar...”

O cliente considerado como sujeito compartilha do cuidado, fica menos ansioso, menos estressado, o que conferirá uma menor percepção da dor e um **estar-melhor** na situação de enfermagem que se encontra. O conhecimento, acerca do que vai lhe acontecer, se constitui num agente facilitador para a sua efetiva participação no pós-operatório.

Da mesma forma, os considereei como seres únicos, vivenciando uma experiência ímpar como a cirurgia e a internação, quando ouvia seus enfrentamentos para a cirurgia, os medos, a saudade sentida pela distância dos familiares, ou quando os orientava com relação ao horário da cirurgia, o preparo pré-operatório e as informações que solicitavam quanto à

cirurgia, ou como seria o pós-operatório. Neste sentido, entendia que cada um vivencia seu mundo de forma particular, não podendo, portanto, ser banalizado e padronizado como “igual para todos”. Considerei o cliente como um ser que tem direitos e deveres, quando escutei e atendi seus chamados por ajuda ao pedirem alívio para sua dor, entendendo que ele tem o direito de não sofrer desnecessariamente. Neste sentido, vejamos um chamado de **Tulipa**:

“ Estou com dor na barriga no lado da cirurgia, está começando a ficar mais forte.”

E depois de ter sido cuidada e estando melhor com o alívio da dor, me diz:

“ hoje pela manhã quando tu me deste aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia”

Na observação participante do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem, desvelamos um cliente sendo concebido como um “objeto do cuidado”, seus chamados não são entendidos, e atendidos, e, desta forma, as respostas da equipe de enfermagem são essencialmente técnicas, desconsiderando a multidimensionalidade do ser e de sua vivência única. Neste sentido, os clientes vivenciam desnecessariamente a dor, sendo ignorada a sua capacidade de optar e escolher, bem como, ser respeitado no seu mundo privado, pessoal e único.

Neste sentido vejamos esta situação de enfermagem:

A cliente E está no seu 18º dia de pós-operatório de colecistectomia, tendo se reinternado na Unidade com uma suspeita de pancreatite. Eram 14:30 horas, do dia 18/06/01, quando uma acadêmica de enfermagem chegou ao balcão central do setor e avisou para uma técnica de enfermagem que a cliente estava referindo dor. Eu estava por perto, e prontamente me dispus a iniciar a observação. A técnica de enfermagem disse que E não estava sob a sua responsabilidade naquela tarde, mas como a responsável não se encontrava no setor naquele momento, ela pegou a prescrição médica, e, sem conversar ou avaliar a cliente, decidiu fazer uma injeção de tramal. Ela comunicou à enfermeira que iria fazer a medicação, e esta acatou a decisão, mesmo sem ter avaliado previamente a cliente. Ao chegar ao quarto, E estava com uma expressão facial de dor e sofrimento, as quatro

peças que estavam lhe acompanhando naquele momento, estavam, igualmente, apreensivas e com expressão de preocupação. A técnica de enfermagem chegou e avisou:

" vou fazer uma injeção para a dor ..."

Enquanto aplicava a medicação, a técnica não olhava para a cliente e seus familiares. Sem questionar o tipo, a localização, a intensidade da dor, ou fazer qualquer interação com a cliente, se limitou a olhar para o soro, para a conexão do equipo onde estava injetando o medicamento. Ela mexia na conexão do soro como se quisesse arrumar alguma coisa, e saiu do quarto sem dizer uma só palavra. Caracteriza-se, assim, o cuidado puramente técnico, onde o ser humano é visto como um "objeto", um número. Quando a responsável pela cliente chegou ao setor, a técnica lhe comunicou:

" adiantei o tramal da 529-3, que estava com dor."

Nesta situação de enfermagem, a cliente não foi reavaliada durante toda a tarde, e, às 18:00 horas, estava gemendo de dor. Observamos que não houve uma interação com A, sequer lhe dirigiram algumas palavras de conforto, durante a aplicação da medicação. Não sendo reavaliada, sofreu durante o período da tarde, sendo tolhido seu direito de não sentir dor. Este exemplo, é a própria contradição do conceito de ser humano. A compreensão de ser humano, implica em ver o cliente como um ser único, um sujeito que precisa ser cuidado para que possa **estar-melhor**.

A **ENFERMAGEM** é vista dentro do contexto humano. É uma resposta confortadora de uma pessoa para outra, em um momento de necessidade, que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do **vir-a-ser** (potencial humano). A Enfermagem Humanística está estruturada tendo como elementos os seres humanos que são a enfermeira e o cliente, que se encontram para um **vir-a-ser**, numa transação intersubjetiva, onde a enfermeira vivencia o **estar-com** e o **fazer-com**, com uma meta que é a de proporcionar o **bem-estar** e o **estar-melhor** ao cliente (PRAEGER, 2000). A fim de usar esta estrutura para a prática de enfermagem, Paterson e Zderad sugerem três conceitos que, juntos, proporcionam a base da enfermagem: o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica.

A enfermagem é vista como um diálogo vivo. É uma forma de se relacionar criativa entre a enfermeira e o cliente. As pessoas necessitam da enfermagem e as enfermeiras necessitam atender. A enfermagem é uma experiência intersubjetiva, onde existe um

verdadeiro compartilhar. Nesta transação intersubjetiva, enfermeira e cliente participam necessariamente dos acontecimentos, e, desta forma, são interdependentes, porém, são sujeitos, isto é, cada um é dono dos seus próprios atos, neste sentido, ambos são independentes. (PATERSON; ZDERAD, 1979, 201).

Envolvidos, neste **diálogo**, estão o **encontro**, o **relacionamento**, a **presença** e os **chamados e respostas**:

O **encontro** é caracterizado pela expectativa de que haverá uma enfermeira para cuidar e alguém para ser atendido. Pode ser influenciado por sentimentos que surgem pela antecipação do encontro, a quantidade de controle que a enfermeira e o cliente tenham, a exclusividade da enfermeira e do cliente, e a decisão de abertura ou de fechamento com o outro (PRAEGER, 2000). Neste sentido, vejamos um **encontro** com **Tulipa**, no primeiro dia de pós-operatório. *Às 8 horas, ao chegar ao seu quarto, cumprimentei as outras clientes que estavam internadas também naquele quarto e me aproximei de Tulipa, e, enquanto caminhava em sua direção, ela me disse, sorrindo:*

" estava mesmo dizendo, será que a minha enfermeira vem para me cuidar hoje?"

Tulipa tinha a expectativa de ser cuidada por mim, conforme tínhamos combinado no dia anterior. Ela se mostrava aberta e receptiva, e não quis que a técnica de enfermagem lhe cuidasse, conforme expressou em sua fala:

"Já me disseram para eu tomar banho de chuveiro, credo, querem que eu desmaie no chuveiro, eu disse que eu não quero tomar banho de chuveiro."

No **encontro** com a técnica de enfermagem, ela se fecha e não aceita o cuidado, pois já tinha a expectativa de ser cuidada por mim. Eu me mantive aberta e presente para vivenciar com **Tulipa** seu primeiro dia de pós-operatório, da mesma forma **Tulipa** se manteve aberta e receptiva para o cuidado.

O processo de **fazer-com** e **estar-com** o cliente, é o **relacionamento**. Este ocorre de duas formas: a relação sujeito-sujeito e a relação sujeito-objeto. O relacionamento sujeito-sujeito, ou a relação **EU-TU**, descrita por Buber (1974), ocorre quando duas pessoas estão abertas uma para outra de forma completamente humana. A relação **EU-ISSO** ou relação

sujeito-objeto, refere-se a como podemos usar os objetos para conhecer outros através de abstrações, conceituações, categorizações e outros.

Paterson e Zderad (1979) referem-se a esta relação como científico-objetiva, enfatizam que, através dela, podemos obter algum conhecimento sobre uma pessoa, porém somente através da relação sujeito-sujeito, da intersubjetividade, podemos conhecer uma pessoa em sua individualidade única. Para elas, os dois tipos de relacionamento são essenciais para o processo de enfermagem clínica.

Acredito que vivenciar uma relação sujeito-sujeito com o cliente é essencial quando buscamos um cuidado humanizado. Nesta situação de enfermagem, que descrevo a seguir, considere o cliente como sujeito, quando deixei que ele expressasse suas expectativas com relação à cirurgia, ao período de pré-operatório ou ainda como gostaria de ser cuidado no pós-operatório, entendendo que é um ser único, que tem direitos e o desejo de **estar-melhor** durante toda a internação e no pós-operatório, se vivenciar a dor. Assim, vejamos como se expressou **Violeta** ao perguntarmos qual sua expectativa para a cirurgia:

“ Tenho vontade de fazer logo a cirurgia, espero que eu fique boa. A princípio fiquei com medo de vir para o hospital sozinha, mas o atendimento é bom, melhor não precisa. Agora não estou sentindo mais tanta dor, também com tanto soro e remédio...Quero fazer logo a cirurgia, pois já estou aqui desde quinta-feira e o meu filho ficou em casa sozinho, ele trabalha o dia todo e não tem como fazer sua comida.”

Deixar que o cliente expresse seus medos, mostrar **presença**, fortalece a relação equipe de enfermagem/cliente. Sentir a presença genuína da equipe, num ambiente estranho como o hospital, favorece a interação com os clientes e seus familiares.

A forma de relação EU-ISSO, ou sujeito-objeto, aparece quando a equipe de enfermagem usa seus conhecimentos científicos, consulta exames, prontuários, com a meta de proporcionar o **estar-melhor** para o cliente. Vivenciei esta relação sempre que, ao ouvir os **chamados** por ajuda dos clientes que referiram dor, procurei **responder com presença**, me mostrando sensível à vivência do cliente e disponível para proporcionar o alívio da sua dor. Vejamos na fala de **Tulipa**, como ela pôde experimentar o **estar-melhor**, após a avaliação e a

intervenção da enfermeira, quando referiu dor intensa em hipocôndrio direito (no local da cirurgia). Quando passei pelo seu quarto à tarde e perguntei como se sentia, ela me respondeu, sorrindo:

“ hoje pela manhã, quando tu me deste aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia”

Tulipa apresentava uma expressão facial de tranqüilidade e de **bem-estar**.

Na observação participante da equipe de enfermagem, enquanto atuava junto aos clientes que referiram dor, desvelamos uma relação sujeito-objeto, no sentido de considerar o cliente como um “objeto” do cuidado. O cuidado se concretiza num **fazer-por** e não no **fazer-com**, que nem sempre tem a preocupação de cumprir a meta de proporcionar o **estar-melhor**. Neste sentido, ressalto a expressão de uma técnica de enfermagem, ao responder a uma cliente no primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia, quando esta referiu dor abdominal intensa. Após este pedido de ajuda, a técnica lhe diz:

“ você já tomou a medicação antes, ainda não está na hora de fazer outra”

Observamos, nesta situação de enfermagem, o modelo de cuidado impessoal. Parece não interessar muito se a cliente, na sua singularidade, apresentou alívio da dor. Naquele horário não tem medicação, então a cliente continua a sentir dor. Sabendo-se que quanto maior a intensidade da dor, mais difícil será de controlá-la posteriormente, entendemos que esta não é uma atitude que favoreça o alívio da dor.

A **presença** refere-se à qualidade de estar aberto, receptivo, disponível para a outra pessoa. A enfermeira e os clientes, neste diálogo vivo, **chamam e respondem** um ao outro de maneira verbal e não verbal. Estes **chamados e respostas** são transacionais, sequenciais e simultâneos. É através dos atos de enfermagem que o diálogo é vivido. Este encontro não é um encontro fortuito, mas um encontro no qual existem um **chamado** e uma **resposta** intencionais (PATERSON; ZDERAD, 1979). Durante toda a prática assistencial, procurei ser **presença** genuína, enquanto compartilhava as diversas situações de enfermagem com os clientes, procurando olhá-los de maneira intuitiva e científica. Esta **presença** se manifestou na fala de **Tulipa**, ao nos despedirmos no dia de sua alta. Agradei por ela ter participado do trabalho, reiterando que foi muito importante a sua contribuição, ao que me respondeu:

" Eu é que te agradeço por teres estado comigo, eu nunca vou esquecer como tu me ajudaste, desejo que dê tudo certo para ti, e boa sorte no teu trabalho."

Nos **chamados e respostas** há a expectativa de que haverá alguém para cuidar e alguém para ser cuidado, **Violeta chama** quando se **encontra** comigo, no momento da realização do curativo, no primeiro dia de pós-operatório:

Quando fui iniciar o seu curativo, após o banho me pediu:

" Faz com cuidado, para não me machucar, aí está tudo dolorido no local da operação."

E após ter realizado o curativo ...

"Amanhã tu vens também cuidar de mim? Gostaria que tu também fizesses o meu curativo, gostei muito do teu cuidado."

Confirmei que viria lhe cuidar no outro dia também, conforme tínhamos combinado.

Violeta estava ansiosa no momento que fui fazer o curativo cirúrgico, tinha medo de sentir dor. O seu **chamado** é **verbal**, quando pede para que eu faça o procedimento com cuidado e **não verbal**, quando se mostra ansiosa e preocupada no momento que inicio o procedimento. Eu **respondi** tentando tranquilizá-la, prometendo que faria o curativo com o máximo de cuidado. **Violeta responde** novamente quando se mostra mais tranqüila, e chama as colegas de quarto para olharem sua incisão cirúrgica, bem como, quando agradece e solicita que eu venha no outro dia.

Para **responder** aos **chamados**, por ajuda das clientes, é preciso estar **presente**, mostrar-se disponível, incutir confiança. Foi desvelado na observação da equipe de enfermagem que estes **chamados** muitas vezes não são ouvidos e em consequência as **respostas** não são aquelas que nutririam o **estar-melhor** dos clientes. Vejamos nesta situação:

A tem 17 anos, foi submetida à primeira cirurgia de sua vida, uma laparotomia exploradora. Estava no período de pós-operatório imediato. Pediu ajuda ao técnico de enfermagem, pois

*estava com dor abdominal. Ele **respondeu** com uma medicação que não surtiu efeito satisfatório. Novamente, chamou, durante a tarde, pedindo ajuda a uma acadêmica de enfermagem, e, posteriormente, ao técnico de enfermagem, que lhe fez outra medicação sem avaliá-la ou reavaliá-la. A permaneceu toda a tarde com expressão facial de dor, assustada, inquieta junto com seus familiares, que estavam igualmente apreensivos. A não pôde **estar-melhor** naquela situação de enfermagem, pois faltou a interação com a equipe, a **presença**, para que pudessem entender seu momento ímpar e seu **chamado** por ajuda.*

Segundo Paterson e Zderad (1979), as pessoas descobrem o significado em suas existências, ao compartilharem e se relacionarem entre si. É através deste compartilhar intersubjetivo que os seres humanos são confortados e nutridos. Para as autoras, é através da **comunidade** deste relacionamento uns com os outros, que é possível tornar-se pessoa. Consideram a comunidade como o **NÓS**, que ocorre quando nos relacionamos com os clientes, a família, colegas de trabalho e outros. Neste trabalho, a relação **EU-NÓS** apareceu sempre que me relacionei com os familiares e amigos dos clientes, com a equipe de enfermagem e com outros profissionais como médicos, médicos residentes, nutricionista, assistente social e outros.

Neste sentido, o encontro da enfermeira/cliente na situação de enfermagem foi direcionado para proporcionar um cuidado mais humanizado àqueles que vivenciaram a dor no pós-operatório. Neste contexto, foi a resposta da enfermeira aos chamados dos clientes que referiram dor. A enfermeira respondeu, proporcionando um cuidado humanizado, quando entendeu a vivência da dor em toda sua complexidade e neste estar-com e fazer-com proporcionou o “estar-melhor” para os clientes.

Segundo Paterson e Zderad (1979), as pessoas vivem em dois mundos, o interior e o mundo objetivo de pessoas e coisas. Neste **AMBIENTE**, a aceitação e a sinceridade do mundo interior do outro são essenciais para uma verdadeira interação entre as pessoas. No momento em que duas pessoas compartilham uma situação, os objetos realçam ou inibem a interação pessoa-pessoa, devido aos diferentes significados atribuídos a eles por cada pessoa.

O tempo é vivenciado no mundo real, não somente como um tempo medido, mas como um tempo vivido pelo cliente e enfermeira, nos seus respectivos mundos privados. O tempo medido e o espaço vivenciado por duas pessoas afetam o diálogo humano. Realmente estar com o outro, envolve conhecer o outro, naquele espaço vivido. Quando a interação e o

diálogo entre ambos é verdadeiro e intersubjetivo, ocorre uma sincronia entre este tempo privado e tempo compartilhado. Enfermeira e cliente vivenciam uma harmonia com o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo, e marcam seus **chamados** e **respostas** de um ao outro (LAUFFREY; BROUSE, 1983). O espaço vivido e o tempo vivido estão inter-relacionados.

Neste referencial, o mundo objetivo de pessoas e coisas é formado pelo espaço físico da CCR I, no qual o cliente fica inserido durante a internação. Este ambiente, familiar para a equipe de enfermagem, é para o cliente um ambiente estranho, onde tudo é novidade. O quarto, com dois ou com quatro leitos, tolhe o cliente e seu acompanhante da privacidade. Em alguns momentos, como quando vivencia a dor e o desconforto, necessitaria de silêncio, ou uma diminuição da luminosidade, propiciando um ambiente mais tranquilo. A mobília, o movimento intenso de pessoas, os ruídos, os horários diferentes dos vivenciados no cotidiano, são elementos que, somados, influenciarão a vivência e a percepção da dor destes clientes. A interação e a intervenção da equipe de enfermagem, desde o momento da internação, podem contribuir para o **estar-melhor** do cliente. Acredito que este ambiente possa ser desvelado ao cliente e se tornar menos ameaçador, quando o acolhemos demonstrando presença, quando orientamos sobre o que lhe vai acontecer, ou quando, no pré-operatório, explicamos como será sua trajetória até o Centro Cirúrgico, enfatizando as características daquele ambiente, bem como algumas particularidades do pós-operatório. Procurei, desta forma, viver este tempo com os clientes no **ambiente** hospitalar, proporcionando a sua integração, pois acredito que esta também é uma maneira de humanizar o cuidado.

A **SAÚDE**, o **CUIDAR** e o **EDUCAR** foram tratados conjuntamente, por entender que são conceitos interdependentes e, portanto, devem ser discutidos concomitantemente.

A **SAÚDE** é descrita como mais do que a ausência de doença, é vista como um assunto de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e de morte. As pessoas têm um potencial para **estar-bem**, mais também para **estar-melhor**. Para Paterson e Zderad (1979), **bem-estar** significa um estado regular, ao passo que **vir-a-ser** refere-se a estar num processo de tornar-se tudo que é possível humanamente. Para as autoras, nos tornamos mais ao nos relacionarmos com os outros, quando esta relação é autêntica, estamos experimentando saúde. Desta forma, a saúde pode estar no desejo do indivíduo de estar aberto para as experiências da vida, independentemente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.

O cliente, quando vivenciou a dor no pós-operatório, pôde **estar-melhor** nesta experiência, quando a enfermeira ao se relacionar humanisticamente proporcionou o alívio de sua dor. O cliente e a enfermeira também experimentam **saúde**, quando, numa relação intersubjetiva, podem **estar-com** e **fazer-com** buscando neste cuidar-educar o potencial que todos os clientes tem para o **vir-a-ser-mais**.

O CUIDAR-EDUCAR são comportamentos, atitudes e valores vividos no cotidiano das pessoas, e dizem respeito ao ser do homem. O homem é um ser do cuidado, da cura e da preocupação. A vida humana é cuidado, o ser humano é cuidado e preocupação (SANTIN, 1998).

Em consonância com Santin (1998), Boff (1999b, p.33) conceitua o cuidado como:

o que se opõe ao descuido e ao descaso. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O ser humano é um ser do cuidado e sua essência se encontra no cuidado, ele necessita de cuidado ao longo de sua trajetória de vida, do nascimento até a morte. Ele é um ser-no-mundo-com- outros, sempre se relacionando, ocupando-se e preocupando-se com as pessoas e as coisas, dedicando-se àquilo que lhe importa (BOFF,1999).

Concordo com Santin (1998) e Boff (1999), pois acredito que na enfermagem o cuidado não é diferente. A equipe de enfermagem e cliente necessitam, enquanto existirem, de cuidado. Neste **encontro**, em que proponho um cuidado humanizado, o cuidado do cliente que estava internado na CCR I e que vivenciou a dor, foi realizado com **presença**, onde se estabeleceu uma relação intersubjetiva, procurando incutir a confiança e a possibilidade de **estar-melhor**. Este cuidado foi realizado com destreza e conhecimento científico para que fosse seguro e eficaz, e foi realizado com carinho, pois durante toda a trajetória me mantive sensível à condição humana. O cuidado de enfermagem é também permeado de educação, a enfermeira enquanto cuida, ensina e aprende num movimento horizontal.

Conforme Salum (2000), as pessoas buscam o ser mais através da educação. A relação entre educador e educando deve ser horizontal, na qual ambos mantêm um diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e superação das desigualdades.

A prática de enfermagem é permeada de educação, a todo momento nos deparamos com situações, em que se faz necessária a educação. Com a meta de proporcionar um **estar-melhor** aos clientes na situação que se encontram, trilhamos um caminho que inevitavelmente aborda a educação.

O cliente e a enfermeira experimentam **saúde** na relação intersubjetiva, podendo, neste **estar-com** e **fazer-com, cuidar-educar**, possibilitando aos clientes desenvolverem o seu potencial de **vir-a-ser-mais**. Neste sentido, a **saúde** e o **cuidar-educar** não estão imbuídos do caráter puramente técnico, mais, sim, de um novo olhar com o qual o ser humano é visto na sua multidimensionalidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrer esta trajetória junto aos clientes que referiram dor, ora atuando efetivamente prestando um cuidado humanizado, ora observando a equipe de enfermagem, enquanto cuidava dos clientes, não foi tarefa fácil. A vivência da dor aflige não somente quem a sente, mas também quem participa deste sofrimento. Neste contexto, os participantes são os familiares e a equipe de enfermagem quando juntos, compartilham este momento.

Neste estudo, procurei responder à seguinte questão norteadora: **de que forma a equipe de enfermagem atua diante da dor do cliente cirúrgico?** Tendo como objetivo, **analisar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos clientes que vivenciaram a dor em uma Unidade Cirúrgica à luz da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad.**

Implementar as etapas da metodologia da Teoria Humanística, quais sejam, conforme as denominei, **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão dos olhares intuitivo e científico**, suscitou uma reflexão sobre a prática de enfermagem e a minha própria prática. Nesta trajetória, pude compreender o que é realmente cuidar de forma humanizada. Quando, neste processo de cuidar, somos presença genuína e ficamos abertos para o encontro com o cliente, podemos perceber que eles, ao vivenciarem a dor, querem mais que a medicação para o seu alívio. Eles querem atenção, carinho, querem ser tratados como seres humanos inseridos numa família com história e cultura própria, cheios de expectativas, medos e necessidades. Percebemos, ainda, como esta multidimensionalidade do ser pode influenciar sua vivência e percepção da dor.

A vivência da observação participante do cuidado realizado pela equipe de enfermagem, propiciou o desvelamento de vários fenômenos que corroboram para que os clientes vivenciem desnecessariamente a dor durante a internação, e, em especial, no pós-

operatório. Dentre eles, podemos citar: a não avaliação dos clientes por parte da enfermeira; a avaliação de forma inadequada pelos técnicos/auxiliares de enfermagem; a prescrição inapropriada de medicamentos analgésicos, a não reavaliação da dor, após a implementação de alguma terapêutica, bem como a falta de conhecimento dos múltiplos fatores, que podem influenciar a percepção dolorosa como a ansiedade, o medo, o estresse, a privação de sono, as experiências de dor no passado, as informações aos clientes com relação ao que vai lhes acontecer e outros.

O modelo de cuidado de enfermagem segue um paradigma biomédico e tecnicista, onde o cliente não é considerado como sujeito, mas sim “um objeto de cuidado”. Desta forma, não se **“olha para o cliente intuitivamente”**, mas apenas **“ se olha cientificamente,”** cabendo ressaltar que este **“olhar”** aparece apenas na sua dimensão técnica.

Ao realizar o contraponto dos vários olhares no cuidado humanizado e na observação participante se desvela um cuidado no cotidiano, que não nutre o estar-melhor dos clientes, estes vivenciam com frequência a dor no pós-operatório. Acredito que contribuam para isto: o despreparo da equipe de enfermagem, que carece de conhecimentos científicos relacionados ao processo de dor; o predomínio de um cuidado biologicista, ancorado no paradigma positivista.

Os recursos humanos, a burocratização e a formalização excessivas se constituem em outros fatores que contribuem para a desumanização do cuidado.

Ao implementar o cuidado humanizado, percebi a importância da relação **EU-TU**, onde interagimos com o cliente, considerando-o como um ser único, respeitando a sua vivência ímpar. Os clientes expressam, em suas falas, como é possível **estar-melhor**, por terem sido compreendidos e terem obtido **respostas** aos seus **chamados** por ajuda.

Neste sentido, acredito que seja fundamental e possível, uma mudança no “olhar” da equipe de enfermagem, para que possamos cuidar de forma humanizada. Considero possível a aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad no cotidiano de uma Clínica Cirúrgica, e, nesta perspectiva, proponho a realização de oficinas de cuidado para que toda a equipe possa se sensibilizar, e, desta forma, **“olhar de modo intuitivo”**. Igualmente importante é a compreensão da vivência da dor, sua avaliação, conceito, medicações e as diferentes formas de tratamento da dor, para que possam **“olhar de modo científico”** este fenômeno em todas as suas dimensões. Creio que é somente na fusão destes olhares, cuidando nesta perspectiva,

que poderemos avançar e proporcionar a todos os clientes que vivenciam uma cirurgia, um **estar-melhor**, ou seja, um pós-operatório sem dor, respeitando seu direito, entendendo que todo ser humano merece um cuidado humanizado.

Nas entrevistas que realizei com os clientes, percebi, claramente, que eles, ao vivenciarem o pós-operatório, têm a expectativa de receber um cuidado efetivo, de ter **respostas** aos seus **chamados** por ajuda, de serem aliviados na sua dor, enfim, de poderem **estar-melhor** nesta situação.

Ao desvelar o cuidado aos clientes que referiram a dor e vivenciar a implementação de um cuidado norteado pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad, descobri um leque de possibilidades para poder transformar este “olhar técnico”, num “olhar humano”. Constatei que não só é possível como se faz necessário implementar um cuidado humanizado. Acredito que este seja o início de uma longa caminhada em direção à humanização, para que as expectativas dos clientes não fiquem somente no imaginário, mas façam parte do cotidiano, para que pedidos como os de **Tulipa** sejam sempre e naturalmente atendidos.

“ Gostaria que sempre que chamasse na campanha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitiños para não ficar muito feia a barriga; sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam, né! Tulipa

No hospital, onde este estudo foi realizado, observei que o tratamento para a dor pós-operatória é predominantemente medicamentoso, sendo o cloridrato de tramadol a droga mais usada. Os tratamentos não medicamentosos, representados pelo: relaxamento, estimulação cutânea, distração/imaginação, musicoterapia, cromoterapia, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea e outros, não são utilizados. Dentre esses tratamentos citados acima, apenas a acupuntura é utilizada em clientes que são atendidos no ambulatório.

Acredito na necessidade de novos estudos relacionados aos cuidados de enfermagem aos clientes que vivenciam a dor em todas as suas formas. É no desvelar destas realidades que poderemos avançar em direção à humanização de todos, clientes e equipe de enfermagem.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1977

BENEDET, S. **Cliente cirúrgico: ampliando a sua compreensão**. Florianópolis. 2002. 149 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BEYMER, P.L. Transcultural aspects of pain. In: ANDREWS, M.M.; BOYLE, J.S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

BEYERS, M.; DUDAS,S. **Enfermagem medico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1889. 4v

BERNARDO, C.L.E. O papel da enfermagem. In: DRUMMOND, J.P. **Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Ateneu, 2000.

BOFF, L. **A águia e a galinha – uma metáfora da condição humana**. 31. ed. São Paulo: Editora Vozes,1999a.

BOFF, L. **Saber cuidar – ética do humano, compaixão pela terra**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999b.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2.ed. São Paulo:Editora Moraes, 1974.

DRUMMOND, J.P.**Dor aguda:fisiopatologia clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Ateneu, 2000.

FERREIRA, A B O .; **Minidicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, São Paulo, v.2, n.2,pp. 129-135,1994.

GEORGE, J.B. et al. **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

GONZAGA, M. L. C.; ARRUDA, E. N. O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.195-218, mai./ago. 1998.

GUERCI, A; CONSIGLIERE, S. Por uma antropologia da dor. **Ilha, Rev. de Antropologia**, Florianópolis, vol.1, n.0, p.57-72, out. 1999. (nota prévia)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, Acupuntura: uma apresentação da acupuntura Disponível em:[http:// www.hu.ufsc.br](http://www.hu.ufsc.br). Acesso em 20 dez.2001

INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>. Acesso em 13 nov.2001.

JAPUASSÚ, H.; MARCONDES, D **Dicionário básico de filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1996.

LAUFFREY, Shirley. C., BROUSE, Susane H. Paterson & Ziderad - A humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, Joyce J. WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing; analysis and application**. Maryland: Prentice-hall, p-181-202,.1983.

LUPINACCI, R. A ; GUATELLI, R. Analgesia pós-operatória. **Revista Brasileira de Medicina**.v.51, n.9, set.94.

MC CORMARCK, K. Uma visão geral da dor. **Dor, o jornal**. São Paulo: Junho de 1995.v.1,p.2.

MELEIS, A. **Theoretical nursing - development & progress**. Philadelphia, J.B. Lippincott Co, p. 349-356, 1985.

MELZACK, R; WALL, P. **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.1982. p.425

MELZACK, R & TORGERSON. W. Son de language of pain. **Anesthesiology**.v.34.n.1.p.59-9.1971.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2.ed. São Paulo. Editora Martins Fontes.1999

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORSE, J. M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque no cuidado profissional. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 70-92, mai/ago.1998.

OLIVEIRA, M. E. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém nascidos pré-termo**.Florianópolis 1998. 127f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

PATERSON, J.; ZDERAD, L.T. **Enfermeria humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PENICHE, A S. G; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev .latino-am. Enfermagem**-Ribeirão Preto, v.8,n.1, p.45-50, jan.,2000.

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Rev .latino-am. enfermagem** Ribeirão Preto: v.6,n.3, p.77-84, jul., 1998a

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F. A. E. F. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Rev . latino-am. enfermagem** Ribeirão Preto, v.6, n.4, p.41-48, out., 1998b.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.M.F. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.2, p.144-52, ago., 1998.

PIERÓN, H. **Dicionário de psicologia**. Porto Alegre: Editora Globo, 1969

PIMENTA. C. A M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. J.;CORRÊA, C. F.; PIMENTA, C.A. M. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994.

PIMENTA, C.A.M. A enfermagem e o manejo da dor. In.: **Anais 50° Congresso Brasileiro de Enfermagem** Bahia, p.287-309, 1998.

PIMENTA, C.A.M. et al. Liga de dor: uma experiência de ensino extra curricular. **Rev.. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.3, p.281-289, out., 1998.

PRAEGER, S.G, Josphine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J.B. et al. **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre Artemed Editora, 2000.

ROSSATO,L.M: ANGELO.M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré- escolares face a procedimento doloroso. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.33.n.3.p. 236-19.set.1999.

SALUM, N.C. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de enfermagem**. Florianópolis. 1998. 178f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS. A.L.; VALENTE, E. A dor e o cuidar. **Nursing**, Lisboa, v.7, n.84, 1995.

SANTOS, S.S.C.; LUIS, M.A.V, **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**.Goiânia: Editora A B, 1999.

SANTIN, S. O cuidado/ e ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o costume dos filósofos. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.111-132, mai/ago.1998.

SCHOELLER, M. T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica**. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Florianópolis.s.d.

SIMÕES. F. M. S. O ensinar/cuidar sob a ótica da fenomenologia Heideggeriana - Relato de Experiência. **Rev Texto e Contexto**. v.7n.2 .maio/agosto1998.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA M. **A dor na Antigüidade**: da punição dos deuses a qualidade sensorial. São Paulo. Aventis Pharma, 2001.

THELAN, L. et al. **Enfermagem em cuidados intensivos, diagnósticos e intervenção**. 2. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem – uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

WRIGHT, A. A necessidade de evitar a dor. In: ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989.

VERGARA, R. Muita dor. **Revista Super Interessante**. São Paulo; ed 170, p.61-65, nov. 2001.

VIANNA, A. C. A. Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. **Rev Gaúcha de Enfermagem** Porto Alegre, v.21, n. esp., p.113-120, 2000.

WALDOW, V.R. Cuidado humano – o resgate necessário. Porto Alegre: 2 ed. Editora Sagra Luzzato, 1999.

ZALON, M.L. Avaliação pela enfermeira da dor pós operatória dos pacientes. *Pain*, Amsterdam, v.54, p.329-34, 1993.

ZAMPIERI, M. F. Humanizar é preciso, escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M.. **A melodia da humanização**. Florianópolis: Editora Cidade Futura. 2001a.

ZAMPIERI, M. F. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M.. **A melodia da humanização**. Florianópolis: Editora Cidade Futura. 2001b.

ANEXO 2 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NO PRÉ-OPERATÓRIO

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome :

Idade: Sexo: Número de filhos:

Profissão: Estado Civil:

Natural/ Local que reside:

Tipo de cirurgia : Data da cirurgia: Data da internação

2 - Qual a sua expectativa para esta cirurgia? (olhar intuitivo OI)

3 - O que sente neste momento (pré-operatório) ? (OI)

4 - O que é para você a dor, você poderia fazer uma comparação da dor ? (OI)

5 - Como você gostaria de ser cuidado no pós-operatório se sentir dor? (OI)

6 - O que você gostaria de saber com relação ao período trans-operatório e pós-operatório. (Olhar científico – OC)

7 - Você já fez outras cirurgias? Como vivenciou? (OI)

8 - Quando você sentiu sua pior dor? (OI)

ANEXO – 3 ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NO PÓS-OPERATÓRIO

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Estado civil:

Número de filhos:

Naturalidade/local que reside:

Tipo de cirurgia realizada:

Data da cirurgia:

Tipo de anestesia:

- 2) Como você está se sentindo no momento?(OI)
- 3) Como vivencia a percepção dolorosa? (OI)
- 4) Você gostaria de receber algum analgésico prescrito (OI e OC)
- 5) Após ter sido medicado, você poderia dizer com se sente e qual a intensidade de sua dor? (OC)
- 6) Como você se sente vivenciando o pós-operatório sem dor? (OI e OC)

ANEXO – 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar desta prática assistencial que irei desenvolver na Clínica Cirúrgica I/HU nos mês de junho do 2001.

A prática que proponho desenvolver, busca atender os(as)clientes de forma humanizada, no período pré e pós-operatório quando vivenciam a dor.

Os relatos obtidos serão confidenciais, o nome dos participantes não será utilizado, garantindo o sigilo do estudo. Saliento que você está livre para desistir desta participação quando desejar.

Certa de sua colaboração, agradeço a disponibilidade de sua participação, salientando que ela é de extrema relevância para obtermos novas maneiras de cuidar dos clientes que vivenciam a dor no pós-operatório.

Leia Emília May

Eu, _____

aceito

participar desta prática desde que as colocações acima sejam respeitadas.

Florianópolis, / / 01

**ANEXO - 4 - DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

ANEXO- 5

UM RECORTE DO DIÁRIO DE CAMPO NA IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO

| | |
|--|--|
| <p>A implementação do cuidado humanizado foi registrada em diário de campo, apresento aqui um recorte deste diário em momentos do cuidado com Violeta, Tulipa e Cravo.</p> <p>DIA 12/6/01 PRIMEIRO DIA DE PÓS-OPERATÓRIO COM VIOLETA – ela foi submetida a uma colecistectomia</p> <p>Pela manhã, às 8 horas, cheguei na CCR I e me dirigi ao quarto de Violeta. <u>Ela estava deitada no leito em decúbito dorsal, portava fluidoterapia, com uma punção venosa periférica em membro superior esquerdo, dreno de kher em hipocôndrio direito, que drenava secreção biliar e incisão cirúrgica do tipo Kocher em hipocôndrio direito. Estava icterica, hidratada, com sinais vitais mantidos durante à noite.</u> Cumprimentei à todas as outras três clientes internadas ali, e fui ao seu encontro, ela me deu bom dia sorrindo e comentou “<u>Estava mesmo dizendo, será que a minha enfermeira vem para me cuidar? Já me disseram para eu tomar banho de chuveiro, credo, querem que eu desmaie no chuveiro, eu disse que eu não quero banho de chuveiro. Refere não ter tido dor, só quando se movimentava na cama, tem muita náusea mais acha que é assim mesmo.</u> Lhe explico que pode ser devido a anestesia geral ou aos analgésicos, mas vou ver se tem algum medicamento prescrito para a náusea. Consultei o prontuário, em sua prescrição médica tem: analgésicos potentes (tramal e.v. de horário) juntamente com dipirona e voltarem de horário e morfina s.c se necessário. O plasil esta prescrito para aplicação endovenosa de 6 em 6 horas. <u>Ela recebeu uma ampola de plasil à menos de 1 hora, e lhe expliquei que não poderei repeti-la em um espaço de tempo inferior à 6 horas</u></p> <p><u>Combinamos que eu lhe daria o banho na cama visto que tinha se submetido a cirurgia na tarde do dia anterior. Perguntei se sabia como era o banho no leito, ela disse que não, que nunca tomou um banho na cama e comenta: como é que pode a gente ter que precisar tomar um banho na cama, nunca pensei em ter que precisar.</u> Iniciei o banho e começamos a conversar, <u>ela me contou como passou a noite, que não conseguiu urinar e que a companheira de quarto à levou para o banheiro, aí urinou e ficou bem, depois dormiu Comenta sorrindo, que não incomodou nada as colegas de quarto.</u> As colegas de quarto são muito solidárias, participam dos acontecimentos e de tudo que acontece no quarto e também se ajudam mutuamente, observei que estão sempre prontas para se ajudar mutuamente.</p> <p><u>Após o banho, disse que se sentia bem, combinei com Violeta para fazermos o curativo. Organizei o material necessário e comecei o procedimento. Pediu que eu não a machucasse, pois sentiu um pouco de dor durante o procedimento, no momento que procedi a limpeza sob os pontos de reforço. Eu disse que faria com o máximo de cuidado.</u> Ficou mais tranqüila e chamou as colegas de quarto para que vissem sua incisão cirúrgica. <u>Me pergunta quantos pontos levou. Contei os pontos e respondi prontamente. Perguntou se amanhã vou cuidar dela, gostaria que eu fizesse o seu curativo, que ela gostou muito por eu estar lhe cuidando, eu respondi que virei amanhã. Faz planos para amanhã tomar banho de chuveiro e lavar a cabeça. As outra cliente participam da conversa e elogiam o cuidado e Violeta brincando e sorrindo diz: elas já estão com inveja da minha enfermeira!</u> Ao que uma cliente responde: <u>ah! Se a minha enfermeira for assim boa...</u> Me despedi e fui buscar os aparelhos para verificar os seus sinais vitais, estes, estavam normais. <u>Violeta me pediu que eu telefonasse para a sua cidade para avisar sua família como ela estava após a cirurgia,</u> telefonei e um pouco mais tarde trouxe notícias dos seus familiares, ela ficou mais tranqüilidade. <u>Neste momento, refere ainda muita náusea e agora uma azia, diz que tem medo de vomitar e arrebentar os pontos, a tranqüilizei e disse que os pontos não arrebentam assim tão fácil e que ela poderia colocar as duas mãos, uma de cada lado o abdome, entrelaçando os dedos sobre o mesmo para tentar apoiar a incisão, caso vomitasse.</u> Fui consultar o prontuário para ver alguma medicação. Retornei ao quarto comunicando que no</p> | <p>Olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p><u>momento não poderíamos repetir o plasil pois só pode ser feito de 6 em 6 horas e ela já recebeu às 8 horas.</u></p> | Olhar científico |
| <p>Retornei ao quarto às 10:30h e ela <u>relata que continua com náusea, um queimor no estômago e agora começou a dor na barriga do lado que foi operado. Perguntei sobre a intensidade da dor e sua localização, me diz que é moderada e é do lado onde foi feita a incisão. Estava tão serena pela manhã cedo agora está ansiosa. Perguntei se gostaria de um analgésico. AH! Se tiver eu quero sim, dá para agüentar a dor, só que está doendo até para respirar, mais eu fico quieta sem me mexer aí parece que não dói tanto.</u> Combinei de consultar o prontuário e retornar. Avisei que lhe <u>aplicaria uma injeção para a dor, estava tensa, percebi que sobre-saltou</u> quando fiz a medicação subcutânea. (apliquei morfina por via subcutânea. Ela me disse que vomitou escuro 2 golfadas, <u>tentei tranqüiliza-la</u> dizendo que conversaria com a acadêmica de medicina que estava fazendo a sua prescrição sobre estes novos sintomas que surgiram, pirose, e o “ vômito escuro”. A acadêmica acrescentou em sua prescrição a ranitidina, medicamento que diminui a produção de suco gástrico. <u>Preparei a medicação e fui ao seu encontro, comuniquei sobre a medicação que faria que provavelmente aliviaríamos os seus sintomas, ela me agradeceu. Me disse que o motorista da ambulância da sua cidade, seu primo, tinha acabado de sair do quarto e que ela gostaria de ter me apresentado. Ela disse que falou para ele que eu fui um anjo que caiu do céu para cuidar dela, agora quando eu ver a novela vou sempre me lembrar do meu anjo que caiu do céu.</u> Respondi que também gostaria de tê-lo conhecido. <u>Me despedi, pois já era quase meio dia. Lhe desejei que melhorasse e que se precisasse de alguma coisa poderia chamar na campainha. Ela se despediu sorrindo e disse que me esperaria a tarde.</u></p> | Olhar científico Fusão do olhar intuitivo-científico |
| <p>No período da tarde, às 14:30 fui ao seu quarto, ela estava dormindo, retornei após uns 15 min. E Violeta já estava acordada. <u>Sua expressão estava mais serena e alegre. Perguntei como se sentia me disse: passou tudo, a dor na barriga, a azia e a náusea, perguntei se sentia bem melhor com relação a manhã, me responde: nossa, acho que tu também percebes né! eu disse que sim, que realmente ela está com outra aparência.</u> Me pediu que a ajudasse a ir ao banheiro para urinar. A auxiliei. Ao retornar para a cama, <u>examinei seu curativo para ver se não havia drenado muito, estava com as gazes molhadas então, combinei de trocá-lo em seguida.</u> Me pediu que eu elevasse um pouco a cabeceira da cama, disse que iria colocar os óculos para ver o movimento, assim o tempo passaria mais rápido. <u>Perguntei se havia ficado confortável a altura da cama, me disse que estava bem.</u> Me despedi e sai do quarto para pegar o material e trocar o seu curativo.</p> | Olhar intuitivo Fusão do olhar intuitivo-científico |
| <p>Às 16 horas, apresentou taquicardia supra ventricular, com tontura, hipotensão ansiedade, <u>refere que se sente muito mal que está com medo de morrer.</u> Eu fiquei ao seu lado. Ela foi avaliada pelo médico e este solicitou um eletrocardiograma de urgência, sua frequência cardíaca estava 197 bpm. Após ter sido realizado o eletrocardiograma, <u>fui até o balcão do posto e pedi para a enfermeira que solicitasse a avaliação de Violeta pelo intensivista pois ela não estava bem. Violeta estava em pânico, pediu que eu não saísse dali, que ficasse com ela, eu respondi que estaria ali. <u>Meu Deus, será que eu tenho que passar por tanta coisa assim nesta vida...</u> Quando a auxiliar lhe aplicou mais uma injeção ela fala: <u>com tanta medicação assim é porque a coisa não está boa.</u> Procurei ficar junto com ela segurei sua mão lhe disse que realmente é necessário fazermos várias medicações até que os batimentos do coração voltem ao normal. Após a aplicação da terceira medicação a frequência cardíaca normalizou. <u>Agora Violeta está mais tranqüila, diz sentir-se melhor, me pergunta que horas eu vou embora, até quando eu vou ficar na Unidade, respondo que até na semana que vem, ela me diz sorrindo ah! Então tu vais me cuidar até eu ir embora?</u></u></p> | Olhar científico Olhar intuitivo |
| <p><u>Me conta que ficou com muito medo de morrer,</u> a auxiliar retorna para saber como ela está após a saída da mesma comente: <u>esta a é muito querida, aquela que ficou comigo hoje pela manhã também é, mas a que me cuidou a noite... quando eu pedi um remédio para a dor ela respondeu credo porque é que vocês se queixam tanto, com tanta gente pior.. Violeta diz que pensou: se fosse tu que tivesse aqui na cama com dor, não dirias isto. Violeta não falou nada para a auxiliar de enfermagem mas desabafou comigo: <u>eu não quero estar com dor, mais isto não depende de mim. Conversamos mais um pouco, disse que se sentisse alguma coisa era só chamar, coloquei a campainha bem</u></u></p> | Fusão do olhar intuitivo-científico Olhar intuitivo |
| <p><u>Me conta que ficou com muito medo de morrer,</u> a auxiliar retorna para saber como ela está após a saída da mesma comente: <u>esta a é muito querida, aquela que ficou comigo hoje pela manhã também é, mas a que me cuidou a noite... quando eu pedi um remédio para a dor ela respondeu credo porque é que vocês se queixam tanto, com tanta gente pior.. Violeta diz que pensou: se fosse tu que tivesse aqui na cama com dor, não dirias isto. Violeta não falou nada para a auxiliar de enfermagem mas desabafou comigo: <u>eu não quero estar com dor, mais isto não depende de mim. Conversamos mais um pouco, disse que se sentisse alguma coisa era só chamar, coloquei a campainha bem</u></u></p> | Fusão do olhar intuitivo-científico Olhar científico Olhar intuitivo |

| | |
|--|--|
| <p>perto dela, desejei boa noite e combinei que voltaria pela manhã, ela agradeceu e <u>comentou</u>: tomara que eu passe bem esta noite que eu não dê mais nem um susto no pessoal.</p> | |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>DIA 11/06/01 - O PRIMEIRO ENCONTRO COM TULIPA NO PRÉ-OPERATÓRIO E A PRIMEIRA ENTREVISTA – Ela foi submetida a uma colecistectomia.</p> | |
| <p>Em 11/06 às 13:00h cheguei à CCR I para assistir à passagem de plantão para me informar das intercorrências do turno da manhã. Após este momento, conversei com a enfermeira responsável pelo turno da tarde para saber que clientes fariam cirurgia no dia seguinte. Ela me informou que a cliente A. A. S. fará uma colecistectomia no dia 12 ou 13/06. Diante desta informação fui até o quarto da cliente para me encontrar com ela. A. A. S. estava sentada na cama, parecia tranqüila. <u>Me apresentei, disse para que estava ali e conversamos sobre o meu trabalho. Expliquei os objetivos do trabalho e perguntei se ela gostaria de participar, me perguntou se precisaria pagar alguma coisa, ao que respondi que não, “eu gostaria de participar sim, me fala sorridente”. Começamos a conversar então sobre a cirurgia, perguntei sobre a cirurgia de amanhã, e ela surpresa me disse: “amanhã”? Eu lhe pergunto se não havia sido informada sobre o dia da cirurgia “ não, não sabia que seria amanhã”. Lhe falei que era provável que fosse amanhã ou na quarta-feira e complementei explicando que todas as cirurgias que são realizadas no H.U., são comunicadas ao setor um dia anterior através de um mapa que o pessoal do Centro Cirúrgico envia. Então ela me disse: “ então depois, na hora que vier este mapa confirmando a cirurgia tu podes me dizer? Respondi que depois das 16:30h já poderia lhe dizer alguma coisa. Neste momento chega sua filha para visitá-la e ela me apresenta sorridente. Em seguida me diz que precisa descer para ir ver uma filha de 7 anos que não pode subir na Unidade nos dias de semana, somente aos domingos. Diante disto ela ficou meio sem saber o que fazer, se ia para a visita ou se ficava conversando comigo. Percebi que ficou ansiosa, por isto a tranqüilizei dizendo que não haveria problema algum, que poderíamos conversar depois. Me despedi e retornei mais tarde.</u></p> | <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> |
| <p>Voltei ao seu quarto às 16:30h, Tulipa estava deitada, e sorriu ao me ver. Perguntei se podíamos conversar, me disse: “ já estava te esperando”. Fui buscar uma cadeira para poder sentar e ficar mais confortável para a entrevista. <u>Mostrei para Tulipa o consentimento livre e esclarecido, prossegui com a leitura do termo, ela escutou atentamente e depois o assinou. Me perguntou sobre a cirurgia e eu confirmei que será amanhã mesmo às 8:00 h. Ela me olhou e repetiu com voz alta “às 8 horas... já às 8 horas?.” Confirmei que sim.</u></p> | <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> |
| <p>Iniciamos então a entrevista do pré-operatório.</p> | |
| <p>1) Dados de Identificação: 47 anos, união estável, 4 filhos, do lar, natural de Armazém e residente em Palhoça, internou na CCR I em 09/06/01 com colecistite aguda e colelitíase para fazer uma cirurgia de colecistectomia em 12/06/01. Tem hipertensão arterial.</p> | |
| <p>2) Qual a sua expectativa para esta cirurgia? <u>É a minha primeira cirurgia. Na quinta-feira procurei a emergência do H.U. pois já desde segunda-feira comecei com esta dor forte na barriga, com náusea e vômito. Tomei um sorriso e um anador em casa e aliviou um pouco só que não conseguia dormir. Terça-feira, fui para o Hospital Regional, a dor era demais, tanto que até gritei, nem me examinaram, mandaram fazer uma medicação e então me aliviou aí me mandaram para casa. Quando passou o efeito da injeção a dor voltou toda de novo. Na quarta-feira, voltei lá e o mesmo médico mandou aplicar um soro, a dor melhorou um pouco e me mandaram para casa de novo, naquela noite, não dormi nada. Na quinta-feira, como a dor não passava resolvi vir para o HU. Aqui é que descobriram, depois de me examinar e fazer um ultrassom, que eu estou com infecção e pedra na vesícula. Demoraram para me atender pois chegou uma pessoa com parada cardíaca, mas pelo menos me examinaram e descobriram o que eu tenho. Me disseram que eu teria que operar, o médico já queria que eu ficasse internada, mais eu fiquei tão assustada e muito nervosa que a minha pressão até subiu, então pedi para ir para casa e voltar no sábado ele concordou, fui na sexta para casa e voltei sábado para internar.</u></p> | <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo e científico</p> <p>Olhar científico</p> |
| <p><u>Como é a primeira vez que vão cortar o meu corpo, eu estou com medo, mas acho que vai dar tudo certo, que Deus vai cuidar de mim, só tenho medo que a minha pressão aumente, pois eu tenho pressão alta.</u></p> | <p>Fusão do olhar intuitivo e científico</p> |
| <p>3) Como se sente neste momento (pré-operatório)?</p> | |

| | |
|--|--|
| <p><u>Estou animada, sei que sou obrigada a operar, que é para o meu bem, sou obrigada a passar por isto. O meu marido queria que eu fizesse com o laser para não deixar que me cortem, mas é muito caro e não temos dinheiro então, tenho que me cortar mesmo.</u></p> | Fusão do olhar intuitivo e científico |
| <p>4) O que é para você a dor, você poderia comparar a dor com o quê? <u>A dor é muito triste, comparo a dor com uma dor de parto, só que esta é ainda muito pior.</u></p> | Fusão do olhar intuitivo e científico |
| <p>5) Como você gostaria de ser cuidado no pós operatório se sentir dor? <u>Gostaria que sempre que chamasse na campanha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitos para não ficar muito feia a barriga. Eu sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam né!</u></p> | Fusão do olhar intuitivo e científico Olhar intuitivo |
| <p>6) O que você gostaria de saber com relação ao período pré, trans e pós-operatório? <u>Eu já conheci um Centro Cirúrgico na vez que fiz duas curetagens, não sei se tem algum cuidado para antes da cirurgia? Tem? (conversamos sobre o preparo pré-operatório, o trans-operatório e alguns cuidados no pós-operatório). Eu não sei o que perguntar sobre depois da cirurgia.</u></p> | Fusão do olhar intuitivo científico |
| <p>7) Você já fez outras cirurgias, como vivenciou? <u>Nunca fiz outra cirurgia, mas já fiz duas curetagens uterinas. A primeira foi há 13 anos. Eu estava grávida e comecei com muita cólica então perdi o bebê e fui fazer a curetagem, passei bem, não tive dor depois da curetagem. Na segunda vez, estava grávida de 4 meses, foi há 9 anos, tive tanta cólica que tinha vontade de ficar só num cantinho e não falar com ninguém, tinha vontade de ficar trancada num quarto sozinha. Perdi o bebê em casa. Quando eu vi, saiu aquele umbigo do bebê, credo não gosto nem de lembrar, fui para a maternidade e tive que fazer a curetagem, depois passei bem.</u></p> | Olhar científico |
| <p>8) Quando você sentiu sua pior dor? <u>Já tive pedras nos rins que é uma dor muito triste e insuportável. Acho que esta dor da pedra na vesícula também é igual, é muito triste. Comparo a dor com a dor de parto, mas esta de agora ainda é pior.</u></p> | Fusão do olhar intuitivo –científico |

| | |
|--|---|
| <p>DIA 19/06/01 - DIA DA CIRURGIA DE CRAVO. Ele foi submetido a uma gastroplastia.</p> <p>Cheguei ao setor às 7:30h e Cravo havia acabado de ir para o Centro Cirúrgico-CC. A esposa estava no quarto, <u>perguntei como passaram a noite</u> “<i>ele passou bem, dormiu a noite toda, ele é muito calmo</i>”. Perguntei então como ela tinha passado, “<u>eu dormi um pouco, estou calma</u>” <u>Seus olhos não diziam a mesma coisa, ela parecia ansiosa.</u> Perguntei <u>se poderia ajudar em alguma coisa</u>, ela me diz que não que depois irá lá em baixo conversar com a assistente social sobre a cinta, <u>parecia preocupada com isto.</u> (no pós-operatório desta cirurgia os clientes precisam usar uma cinta abdominal para saírem do leito, Cravo não tinha a cinta e nem dinheiro para comprá-la, então a assistente social estava tentando uma solução). Às 15 horas o C.C avisou que a cirurgia de Cravo já havia acabado, ele estava na Sala de Recuperação Pós-anestésica aguardando para que fossemos busca-lo. <u>Fui ao quarto e a avisei para a esposa de Cravo que iríamos pegá-lo.</u> <u>Ela sorriu.</u> Chegamos na porta do C.C, eu e mais 4 técnicos de enfermagem, eles o trouxeram numa cama, pois a maca não comportava seu peso. Cravo já estava acordado, porém sonolento. <u>Perguntei como se sentia? Me olhou e disse “ com dor , com vontade de urinar e evacuar.”</u> Tentei tranquiliza-lo informando que a cirurgia transcorreu bem (esta informação o pessoal do CC transmite por telefone), e que já está com uma sonda por onde sai a urina, que só tem a sensação de <u>querer urinar.</u> Chegamos no quarto , a esposa o esperava. Acomodamos a cama no quarto. Cravo parecia ansioso e inquieto. Pergunto como poderia ajudá-lo e onde estava sentindo dor. <u>A dor é na bunda pois estou muito tempo nesta posição e vontade de evacuar e urinar.</u> Comento que não poderíamos colocar a comadre por enquanto devido ao esforço que teria que fazer e que a urina já está saindo pela sonda. Pergunto se <u>gostaria que o ajudássemos um pouco a virar e colocássemos um travesseiros nas costas e glúteos para aliviar a pressão.</u> Concorda imediatamente. O viramos discretamente e colocamos um travesseiro sob a nádega “ <u>ah! Agora melhorou 100%, não estava dando para agüentar a dor na bunda</u>” Aviso que olharei várias vezes seus sinais vitais , quando verifico a pressão me pergunta meio sonolento “ <u>quanto está</u>” lhe digo 140/100 e ele” <u>ah! Esta boa.”</u> Dormia, acordava quando solicitado, e dormia novamente. Agora acordou e pede para molhar a boca. A esposa o ajuda com uma gaze e água que lhe deixei. <u>Me despedi da esposa e disse que voltaria mais tarde.</u> Cravo estava ansioso quando chegou ao quarto, depois de ser atendido nos seus chamados , ficou mais tranqüilo e relaxou, <u>acho que se sentiu cuidado.</u> Retornei ao quarto às 16:00 h, Cravo abria os olhos quando eu o chamava. Perguntei como estava se sentindo, me respondeu; “ <u>estou com muito calor, será que dava para tirar a coberta? Será que dava para virar um pouco de novo.</u> <u>Estou com dor na bunda.</u> Novamente mudamos Cravo de decúbito discretamente, e apoiamos a nádega num travesseiro. Agradeceu. Dormiu mais um pouco e acordou pedindo a coberta que está com frio, colocamos o cobertor e ele dormiu novamente.</p> | <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> |
| <p>20/06 O PRIMEIRO PÓS-OPERATÓRIO DE CRAVO</p> <p><u>Cheguei ao setor pela manhã e fui até o seu quarto saber como tinha passado.</u> Estava deitado e acordado. Pergunto como passou a noite. “ <u> passei tranqüilo, só o que incomoda é que não posso me virar na cama e aí dói a bunda.</u> Perguntei se esperava que fosse assim o pós-operatório “ <u>esperava que fosse um pouco melhor, com menos reação</u>”. Perguntei, como assim reação? “<u>assim a gente ter que ficar tão parado sem poder se virar</u>”. Percebi que o que mais o incomodou foi a dependência no leito e a limitação de não poder mudar de decúbito causando extremo desconforto e dor pois <u>várias vezes eu perguntei como se sentia e a queixa era sempre esta.</u> Comentei da necessidade de fazer seu banho no leito, pois só poderá sair da cama a tarde com a cinta abdominal. <u>Expliquei como era o banho e que a sua esposa poderia estar junto.</u> A princípio parece que <u>ficou um pouco ansioso</u> com a idéia mas, quando falei que <u>a esposa poderia ajudar ficou mais tranqüilo.</u> <u>percebi que se sentia apoiado e seguro com ela por perto, demonstrava nos gestos e na maneira de pedir as coisa para ela, esta segurança e tranqüilidade ajudam a diminuir a percepção da dor.</u> E neste cliente observamos que se queixou muito pouco de dor no abdome, seu desconforto era a pressão nos glúteos e</p> | <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> |

| | |
|--|---|
| <p>região sacra. Perguntei se sabia como era um banho de leito “<u>não é o primeiro...</u>” Ele participou do banho e colaborava dentro do possível. Perguntei se imaginou que fosse assim ou se pensou que iríamos jogar uma bacia de água sobre ele na cama. “<u>não, não aí a cama ia molhar toda e riu mais descontraído</u>”. Perguntei como foi a experiência de fazer a primeira cirurgia “<u>não é fácil...</u>” A esposa complementa “<u>eu queria explicar mais da cirurgia mais ele não queria me ouvir</u>” Quando orientei para a cirurgia também tive esta impressão, que para ele a cirurgia seria muito simples, ele relatou “<u>para mim é como se eu fosse fazer um exame...</u>” Agora ele me disse “<u>não é bem como um exame...</u>” Ficou um pouco preocupado quando avisei que depois vamos tirar a sonda vesical, “<u>podia tirar só a tarde né!</u>” Perguntei porque gostaria de tirar só a tarde? “<u>ah! porque se não vai me dar vontade de fazer xixi e como eu vou fazer? Será que não vai ficar descontrolado? expliquei que poderia pedir um papagaio, que não ficaria com a bexiga descontrolada,</u> que quanto mais cedo tirasse aquela sonda, melhor para evitar infecção na urina. Expliquei porque a sonda foi colocada e agora que já está bem acordado já poderá tira-la..Acrescentei que não precisa levantar para urinar, pode colocar o papagaio ali deitado mesmo Pareceu mais tranquilo e concordou <u>Quando acabamos solicitou que o colocássemos mais para cima na cama e o virássemos um pouco, o acomodamos, e perguntei como estava agora? Agora me sinto melhor. Estava tranquilo.</u></p> | <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> |
|--|---|

| UM RECORTE DO DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE | |
|--|---|
| <p>11/06 – 15:00h – A cliente G de 17 anos, sexo feminino, está em pós-operatório imediato de laparotomia exploradora – lise de bridas. É sua primeira cirurgia. O auxiliar de enfermagem que está responsável por ela esta tarde me avisa que G está se queixando com dor.</p> <p>Neste dia, no período da tarde, a unidade se encontrava com 24 clientes internados. A equipe de enfermagem estava composta de 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem 2 auxiliares de enfermagem juntamente com a bolsista que faz as atividades de escrituração.</p> <p>O auxiliar de enfermagem passou pelo quarto de G e ela <u>se queixou de dor em toda a barriga</u>. A cliente estava acompanhada da mãe e do irmão que estavam ansiosos com a dor dela. O auxiliar, neste momento me avisou sobre a queixa de G e eu iniciei a observação participante. <u>Em seguida ele verificou a prescrição médica da cliente e decidiu fazer dipirona endovenosa (e.v.)</u>. Imediatamente preparou a medicação e levou para aplicar na cliente. <u>Ao chegar no quarto eu observei a cliente e percebi que ela apresentava a testa franzida com fácies de dor e estava bastante ansiosa, devido a dor</u>. O auxiliar avisa que vai fazer uma injeçãozinha para a dor e comentou enquanto aplicava a medicação e.v na conexão do equipo de soro: <u>“esta sonda (referindo-se a sonda nasogástrica) incomoda um pouco né!”</u> Ao que ela respondeu com voz fraca: <u>“incomoda muito...”</u> O auxiliar ficou meio sem jeito, fez rapidamente a medicação e saiu do quarto sem se despedir. Saí junto, chegando ao posto, <u>consultei o prontuário e observei que ela havia recebido tramal e.v na sala de recuperação pós-anestésica às 14:00 horas, porém a cliente ainda referia dor</u>.</p> <p>Às 15:40 h retornei ao quarto de G. Até às 15.40h <u>não havia sido reavaliada</u>. Ela estava com o rosto bastante corado e a mãe me olhou ansiosa mencionando a cor vermelha do seu rosto. <u>A mãe estava bastante apreensiva assim como a cliente</u>. Achei que ela estivesse com febre, mas estava com a temperatura normal. <u>Perguntei se alguém havia retornado ao quarto para saber como estava ao que me respondeu: “o auxiliar mediu a minha temperatura, eu não tenho febre, mas ele não perguntou sobre a minha dor</u>. Uma aluna do curso de enfermagem estava cuidando também desta cliente nesta tarde. Ela e a sua professora se preocupam com a hiperemia facial de G. <u>Ambos o auxiliar de enfermagem e a professora acham que seria uma reação à dipirona</u>. <u>Observei o prontuário para saber quais as opções de medicação analgésica prescrita</u>. Havia tramal e.v de 8 em 8 horas e morfina subcutânea s.n.. O auxiliar olhou a prescrição médica de tramal e comentou <u>“ eu não faço tramal em paciente assim nova, dá uma reação muito forte”</u>.</p> <p><u>A enfermeira não avaliou em nenhum momento a cliente</u>. Às 17:00 horas, a bolsista avisa o auxiliar que a cliente continua com dor. A enfermeira sentada no balcão comenta em voz alta: <u>“ela está com dor direto”</u>. O auxiliar <u>consulta</u> novamente a <u>prescrição</u> e decide fazer a <u>morfina s.n</u>, preparou e foi para o quarto, avisou a cliente que iria fazer outra injeção para dor, <u>mas não questiona sobre sua dor</u>, apenas comenta enquanto aplica a injeção subcutânea: <u>“ tens que te mexer mais na cama, é por isto que estás com mais dor”</u>, ao que G responde: <u>“ mas eu estou me mexendo até agora..”</u>. A impressão que se tinha era que o desconforto pela dor era tanto que ela mexia só os olhos, estava assustada. A hiperemia no rosto diminuiu.</p> <p><u>Não é feita uma avaliação com relação a dor, local, intensidade, se a medicação fez ou não efeito, como está se sentindo o cliente naquela situação</u>. As decisões foram tomadas pelo auxiliar de enfermagem.</p> <p><u>Mais tarde, retornei ao quarto e a cliente estava no leito deitada em decúbito dorsal, calada, parecendo assustada</u>. Me disse que a dor ainda não passou. Fui me encontrar com o auxiliar e comentei que a cliente ainda estava com dor abdominal. Ele comentou comigo: <u>“estas adolescentes sempre são assim, tem mais dor porque não se mexem no pós-operatório”</u></p> <p>A cliente não foi avaliada em nenhum momento pela enfermeira.</p> | <p>Olhar científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo científico</p> <p>olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> |

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>Dia 18/06/01 – Um recorte da observação participante da cliente E, sexo feminino, idade 27 anos, 18º dia de pós-operatório de colecistectomia. Reinternou com provável diagnóstico de pancreatite.</p> | |
| <p>Na passagem de plantão relataram que <u>E se queixou pela manhã de dor abdominal intensa</u>, o auxiliar de enfermagem enfatiza: “dor forte mesmo”, quando enfatizou bem a dor, deu a impressão de querer chamar a atenção dos membros da equipe com a sua avaliação objetiva da dor da cliente. (na minha percepção ficava nas entrelinhas, um reforço de que a cliente não estava mentindo, ela estava com dor de verdade). Eu me mantive atenta para poder observar esta cliente e quem a cuidasse.</p> | Olhar científico |
| <p>Por volta das 14:30 h, uma acadêmica de enfermagem se aproximou do balcão central e avisou para uma auxiliar de enfermagem que <u>E estava se queixando dor</u>. A auxiliar que recebe a informação diz que não é ela que está cuidando desta paciente hoje, mas como a responsável não está por perto no momento <u>ela resolveu consultar a prescrição médica e comunicou a enfermeira que faria adiantado o tramal e.v.</u> A enfermeira concordou e não fez nenhum questionamento nem foi avaliar a cliente. Fui com a auxiliar até o quarto levar a medicação, <u>a cliente está na cama com uma expressão facial de sofrimento, tem quatro pessoas lhe visitando naquele momento, há um silêncio no quarto e observei que estão todos apreensivos</u>. A funcionária se aproxima do leito de E e relata que vai fazer uma medicação para a dor. <u>Não questiona o local da dor, o tipo de dor, a intensidade ou se a cliente tem outras queixas, Se limita a olhar para a medicação que está aplicando na conexão do equipo de soro, depois olha para o soro, mexe nas conexões que estão próximas da punção venosa como se quisesse arrumar alguma coisa. Todos, os acompanhantes e E, em silêncio, observam o que ela está fazendo, Ela remexe mais um pouco na conexão e sem dizer uma só palavra sai do quarto</u>. Logo encontra a auxiliar que está responsável pela cliente naquela tarde e lhe avisa: “<u>Oh! Adiantei o tramal da 529-3</u>”.</p> | Olhar científico |
| <p>Às 16:30h perguntei para a auxiliar de enfermagem como está E, ao que me responde: “<u>Ela foi medicada, não sei como está agora, ainda não fui lá falar com ela</u>”.</p> <p>Fui até o quarto para me encontrar com a cliente e saber como estava. (não me apresentei pois, eu já havia me apresentado em outra oportunidade) Perguntei se alguém já esteve ali para saber se ela havia melhorado, me disse que não. “<u>Ah! A dor ainda não passou, dói bem aqui</u>” e aponta para o abdome em região epigástrica e mesogástrica. <u>Está desanimada, ainda com a expressão facial de dor</u>, naquele momento estava deitada em decúbito lateral. Observei que quando lhe perguntei como estava, o familiar que a acompanhava respondeu rápido, “<u>com dor, com muita dor</u>”. Sua <u>expressão facial e corporal era um pedido de ajuda</u>.</p> | Olhar intuitivo |
| <p>Às 17:00 horas, retornei ao quarto e <u>ninguém ainda havia ido lhe reavaliar</u> saber como estava. Perguntei como se sentia, E me disse que <u>ainda está com dor na barriga</u>, mais que aliviou um pouco, “<u>pelo menos a dor está mais parada aqui</u>”, (apontando para o estômago), <u>não está correndo pela barriga</u>”, sua postura é de conformação, <u>está quieta de olhos fechados</u>.</p> | Fusão do olhar intuitivo-científico |
| <p>Às 18:00 horas, eu estava sentada no balcão e escutei um gemido alto. Observei que o som vinha do quarto de E que ficava bem próximo ao balcão central da unidade. Fui até o quarto da cliente e a mãe dela me diz: “<u>ela está com muita dor..., já pedi o remédio mais a funcionária me disse que ainda não está na hora do remédio e que ela já havia administrado um medicamento</u>”. A acompanhante de uma outra cliente que também estava internada no mesmo quarto, está ansiosa com sofrimento de E e relata: “<u>ela deu foi plasil eu acho, não fo um remédio para a dor</u>” <u>A cliente geme alto e a mãe está quase em pânico, só falta pedir pelo amor de Deus. Falei que iria falar com a funcionária que estava cuidando dela</u>. Saí do quarto e fui procurar a auxiliar responsável, porém não a encontrei. Optei por avisar a outra técnica que E estava gemendo de dor. <u>Ela me respondeu: “acho que já foi feito um remédio, mas vou olhar</u>”. Neste momento reapareceu a auxiliar e ao ser avisada da queixa de dor da cliente, <u>consultou a prescrição médica, preparou um buscopam e.v</u> e foi para o quarto de E. Eu a acompanhava, observando tudo em silêncio. Ao chegar no quarto, se aproximou da cama da cliente e avisou: “<u>é um remedinho para a dor.</u>” <u>a auxiliar de enfermagem, enquanto administra a medicação na conexão do equipo de soro, olha para a seringa que tem a medicação, não olha para cliente nem para a acompanhante. A acompanhante e a cliente olham para ela,</u></p> | Fusão do olhar intuitivo-científico |
| | Olhar científico |

| | |
|--|--|
| <p>a cliente está <u>gemendo desesperada de dor abdominal</u>. A expressão facial da técnica é séria, não esboça nenhum sorriso. Rapidamente acaba de administrar a medicação e sai do quarto sem se despedir. <u>A enfermeira não avaliou a cliente em nenhum momento naquela tarde.</u></p> <p>Às 18:30 h fui novamente até o quarto saber se alguém a havia <u>reavaliado</u>. A mãe de E me disse que <u>ninguém havia voltado lá no quarto</u>, mas que <u>agora sua filha estava dormindo, pois aliviou a dor.</u></p> <p>Às 19:00 h, na passagem de plantão a enfermeira relatou com relação a E: “ <u>paciente comunicativa, deambulante, com dor, foi medicada cedeu.</u>” <u>Observamos que o relato da enfermeira não condizia com a realidade vivida, na verdade, como relatamos acima, a cliente esteve todo o período da tarde sofrendo uma dor pós-operatória desnecessária. Ela passou a tarde inteira com dor abdominal intensa, gemente, na cama ansiosa, com sua família também muito ansiosa pelo seu sofrimento.</u></p> <p>Se E tivesse sido avaliada, as condutas para o manejo da dor provavelmente teriam sido também, mais adequadas e a cliente poderia ter estado melhor nesta situação de enfermagem que vivenciou a dor intensa.</p> | <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> |
|--|--|