

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

EMILIA BEATRIZ MACHADO DE SOUZA

**O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM
CUIDADORA FAMILIAR DE PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

S729o SOUZA, Emília Beatriz Machado de

O cuidado transdimensional na consulta de enfermagem com cuidadora familiar de pessoa idosa com Alzheimer. 2008 [dissertação] / Emília Beatriz Machado de Souza – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

130 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Saúde do idoso. 3. Alzheimer. 4. Enfermagem – Consulta. I. Autor.

CDU – 616-083:616-053.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EMILIA BEATRIZ MACHADO DE SOUZA

**O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM
CUIDADORA FAMILIAR DE PESSOA IDOSA COM ALZHEIMER**

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

Orientadora: Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

Co-orientador: Dr. Jonas Salomão Spricigo

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

**FLORIANÓPOLIS
2008**

EMILIA BEATRIZ MACHADO DE SOUZA

**O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COM
CUIDADORA FAMILIAR DE PESSOAS IDOSAS COM ALZHEIMER**

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

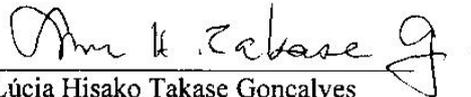
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 16 de dezembro de 2008, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Presidente



Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Membro



Dra. Astrid Eggert Bochs
Membro

Dr. André Junqueira Xavier
Membro Suplente

Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Membro Suplente

*Dedico este estudo a Ti, meu Senhor, meu Deus, pela
minha existência, por todas as oportunidades que
ofereceste a mim e às que a cada dia vens me oferecendo e
pelo imenso amor que tens com cada um de nós.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a acreditar que seria possível realizar esse sonho: o Mestrado na UFSC.

Aos meus amores, Tarcisio, meu esposo, Gabriel, meu filho mais velho e Camile, minha menininha, minha imensa gratidão pelo incentivo, pela paciência e pelo grande carinho que vocês tem comigo.

Ao meu pai (in memorian) e a minha mãe, companheira de viagem das idas e vindas da UFSC, pelo seu exemplo de dinamismo, alegria e motivação para viver.

Aos meus familiares, pelo apoio, carinho e atenção durante toda a minha existência e pela compreensão da minha ausência por alguns momentos do desenvolvimento deste estudo.

A professora Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, minha orientadora, que acreditou em meu potencial, compartilhando a sua rica experiência na arte de pesquisar.

Ao professor Dr. Jonas Salomão Spricigo, meu co-orientador, por acreditar que seria possível realizar este estudo.

A professora Dra. Angela Ghiorzi, pelo seu carinho, atenção, incentivo e participação neste estudo para que eu pudesse compreender melhor o cuidado na sua integralidade e unicidade.

A professora Dra. Alcione Leite da Silva, por colocar em nossas mãos uma teoria caracterizada por uma forma inovadora de sentir, pensar e desenvolver o cuidado e, pelo seu apoio, estímulo e carinho dados a este estudo.

As professoras da PEN/UFSC, em especial a Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, Dra. Astrid Eggert Boehs e Dra. Marisa Monticelli, pela alegria, disposição, abertura, amizade e incentivo demonstrada durante a nossa convivência.

A Claudia, secretaria da PEN, pela sua atenção e paciência nos constantes questionamentos no decorrer deste estudo.

A Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri; Dra. Astrid Eggert Boehs, Dr. André Junqueira e Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos, componentes da Banca Examinadora que se dispuseram a contribuir e orientar este estudo.

Aos amigos da Turma do Curso de Mestrado, pela amizade e convívio alegre nessa etapa de crescimento e amadurecimento.

A todas as Flores, personagens essenciais deste estudo, pela disponibilidade, compromisso e interesse em participar deste estudo.

Á todos que tenham contribuído direta ou indiretamente para que este trabalho acontecesse.

SOUZA, Emília Beatriz Machado de. **O cuidado transdimensional na consulta de enfermagem com cuidadora familiar de pessoa idosa com Alzheimer.** 2008. 130 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-orientador: Dr. Jonas Salomão Spricigo

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Este estudo teve como objetivo desenvolver e avaliar o processo de Cuidado Transdimensional para e com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer, com vistas a contribuir para um viver mais saudável. O Referencial Teórico que norteou esse estudo foi o Cuidado Transdimensional de Alcione Leite Silva. Foi desenvolvido com base no método de pesquisa convergente assistencial com quatro cuidadoras participantes do Grupo de Ajuda Mútua no Sul do estado de Santa Catarina. A pesquisa foi conduzida no consultório da enfermeira/pesquisadora de outubro a junho de 2008 através da consulta de enfermagem durante 8 encontros consecutivos com uma duração de 2 meses. Como estratégias e técnicas de sensibilização e reflexão, foram utilizados os padrões de expressão estética do cuidado transdimensional: música, meditação, oração, toque terapêutico e acrescenta-se aqui, alguns padrões da PNL (Programação Neurolinguística). A partir das informações obtidas nesse processo de cuidado, emergiram três categorias: Insatisfação com a vida; A condição solitária de cuidar do idoso demenciado e Desconsideração das práticas preventivas de saúde. Essas categorias encontradas formaram o diagnóstico de enfermagem, na qual, as ações e planejamentos do processo de cuidado foram sendo desenvolvidos junto com a familiar cuidadora ao longo desse cuidar transdimensionalmente. Durante esse processo de cuidado, foi possível que as cuidadoras, refletissem sobre o seu modo de viver, a forma de enxergar a realidade apresentada e não somente isso, mas, sobretudo, o descortinar de um novo mundo. Desse modo, essa experiência fez com que as cuidadoras partissem para a ação, visto que o seu agir, o seu pensar e o seu falar sofreram modificações no decorrer desse processo. Essas transformações influenciaram de uma maneira muito significativa no seu viver cotidiano, evidenciadas pelas sensações de bem-estar, de alegria, de diminuição ou extinção das dores antes referidas e, por fim, a possibilidade de construir objetivos para a sua vida. Contudo, essas transformações não ocorreram na mesma velocidade para todas, sendo umas evidenciadas de uma forma mais ágil e, outras mais lentas. Entretanto, entende-se que esse cuidado proporcionou uma reflexão sobre as decisões mais apropriadas para o momento e o caminho a ser seguido.

Palavras Chaves: cuidado transdimensional, ser humano integral, consulta de enfermagem, cuidador de idoso.

SOUZA, Emília Beatriz Machado de. **The transdimensional care in the nursing visit with family nursing of the elderly who suffer from Alzheimer.** 2008. p. 130. Dissertation (Masters degree in Nursing) Program of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Supervisor: Dr. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-supervisor: Dr. Jonas Salomão Spricigo

Research Line: The care and the process of living, being healthy and falling ill.

ABSTRACT

This study had as its goal to develop and evaluate the process of Transdimensional Care for and with family nurse of a person with Alzheimer's disease with the objective to contribute to a healthier living. The theoretical reference which guided this study was the Alcione Leite Silva's Transdimensional Care. It was developed based on the method of convergent assistance research with four nurses participating of the Mutual Help Group in the south of Santa Catarina. The research was conducted in the office of the nurse/researcher from October to July of 2008 through the nursing visit during 8 consecutive meetings, with a two-month duration. As sensitization and reflection strategies and techniques, the standards of esthetic expression of transdimensional care were used: music, meditation, prayer, therapeutic touch and, added here, some standards of PNL (Neurolinguistic Programming). From the information collected in this process of care, three categories emerged: Life dissatisfaction; The lonely condition of taking care of demented elderly and Disconsideration of health preserving practices. These found categories formed the nursing diagnosis, in which the actions and plannings of the caring process were developed together with the family nurse throughout this transdimensional caring. During this caring process, the nurses were able to reflect about their way of living, the way of seeing the presented reality, and not only that, but mostly, the discovery of a new world. This way, this experience made the nurses start acting, for their acting, their thinking and their speaking were modified during this process. These transformations influenced their everyday life in a very significant way, evidenced by the sensations of well-being, happiness, decrease or extinction of the pain before mentioned and, at last, the possibility of setting goals for their lives. However, these modifications did not happen at the same pace for everybody, being some of them evidenced by a faster and others, by a slower way. Nevertheless, it is understood that this care provided a reflection on the decisions more appropriate for the moment and the path to be followed.

Key words: Transdimensional Care, Integral Human Being, Nursing Visit, Geriatric Nurse.

SOUZA, Emília Beatriz Machado de. **El cuidado transdimensional em la consulta de enfermería con cuidadora familiar de persona mayor con Alzheimer.** 2008. 130 p. Disertación (Maestrazgo en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Co-orientador: Dr. Jonas Salomão Spricigo

Línea de Pesquisa: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo desarrollar y evaluar el proceso de Cuidado Transdimensional para y con familiar cuidadora de persona con Enfermedad de Alzheimer, en vista a contribuir para un vivir más saludable. El Referencial Teórico que orientó ese estudio fue el Cuidado Transdimensional de Alcione Leite Silva. Fue desarrollado con base en el método de pesquisa convergente asistencial con cuatro cuidadoras participantes del Grupo de Ayuda Mutua en el sur del estado de Santa Catarina. La pesquisa fue conducida en el consultorio de la enfermera/pesquisadora de octubre a junio de 2008 a través de la consulta de enfermería durante 8 encuentros consecutivos con una duración de 2 meses. Como estrategias y técnicas de sensibilización y reflexión, fueron utilizados los modelos de expresión estética del cuidado transdimensional: música, meditación, oración, toque terapéutico y se añade aquí, algunos modelos de la PNL (Programación Neurolingüística). A partir de las informaciones obtenidas en ese proceso de cuidado, emergieron tres categorías: Insatisfacción de la vida; La condición solitaria de cuidar del mayor con problemas de demencia y Desconsideración de las prácticas de prevención de la salud. Esas categorías encontradas formaron el diagnóstico de enfermería, en el cual, las acciones y planificación del proceso de cuidado fueron siendo desarrollados junto con la familiar cuidadora a lo largo de ese hecho transdimensionalmente. Durante ese proceso de cuidado, fue posible que las cuidadoras, reflexionasen sobre su modo de vida, la forma de ver la realidad presentada y no sólo eso, mas, sobre todo, el descortinar de un nuevo mundo. De ese modo, esa experiencia hizo con que las cuidadoras partiesen para la acción, visto que su actuar, su pensar y su hablar sufrieron modificaciones en el transcurso de ese proceso. Esas transformaciones influenciaron de una manera muy significativa en su vivir cotidiano, evidenciadas por las sensaciones de bienestar, de alegría, de disminución o extinción de los dolores antes referidos y, por fin, la posibilidad de construir objetivos para su vida. Sin embargo, esas transformaciones no ocurrieron con la misma velocidad para todas, siendo unas evidenciadas de una forma más ágil y, otras más lentas. No obstante, se entiende que ese cuidado proporcionó una reflexión sobre las decisiones más apropiadas para el momento y el camino a ser seguido.

Palabras Claves: cuidado transdimensional, ser humano íntegro, consulta de enfermería, cuidador de mayor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 QUESTÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	14
1.1.1 Questão do Estudo	14
1.1.2 Objetivos: Geral e Específicos	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER	15
2.2 CUIDADORES DE PESSOAS COM ALZHEIMER.....	17
2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADOR DE PESSOAS COM ALZHEIMER	19
2.4 O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL: DIFERENTES PERSPECTIVAS	22
3 SUPORTE TEÓRICO	26
3.1 CUIDADO TRANSDIMENSIONAL.....	26
3.1.1 Concepções Filosóficas	27
3.1.2 Consciência Individual	28
3.1.3 Consciência Universal	28
3.1.4 Meio Ambiente	28
3.1.5 Processo de Morte-Renascimento	29
3.2 PADRÕES DE SIGNIFICADO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL	31
3.2.1 O Cuidado Transdimensional enquanto Parceria	31
3.2.2 O Cuidado Transdimensional enquanto Experiência Interior	32
3.2.3 O Cuidado Transdimensional enquanto Busca da Unidade	32
3.2.4 O Cuidado Transdimensional enquanto Prática Indeterminada	32
3.2.5 O Cuidado Transdimensional enquanto Prática Não-Espacial e Atemporal	33
3.3 PADRÕES DE EXPRESSÃO ESTÉTICA DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL....	33
3.3.1 Oração	34
3.3.2 Meditação	34
3.3.3 Toque terapêutico	35
3.3.4 Música	36
3.3.5 Postulados da Programação Neurolinguística	36
3.4 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	38
4 METODOLOGIA	40
4.1 O CONTEXTO DO ESTUDO	41
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
4.3 CUIDADOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	42
4.4 CONHECENDO AS PARTICIPANTES DESSE ESTUDO	42
4.5. PROCEDIMENTOS DO DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO TRANSDIMEN- SIONAL: A CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	43
4.6 AS ETAPAS DO PROCESSO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL	44
4.6.1 Primeira etapa	44
4.6.2 Segunda etapa	45
4.6.3 Terceira etapa	47
4.7 REGISTRO DOS DADOS	52
4.8 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	52

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 A EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL POR MEIO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUATRO CUIDADORAS, FAMILIARES DE IDOSOS COM ALZHEIMER	55
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA	91
5.2.1 Insatisfação com a vida	92
5.2.2 A condição solitária de cuidar do idoso demenciado	101
5.2.3 Desconsideração da importância das práticas preventivas de saúde	105
6 AVALIANDO O PROCESSO DE CUIDADO BASEADO NA TEORIA DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
APÊNDICES	126

1 INTRODUÇÃO

*Toda pedra do caminho
Você pode retirar
Numa flor que tem espinhos
Você pode se arranhar
Se o bem e o mal existem
Você pode escolher
É preciso saber viver.*

A escolha de um tema de estudo está intimamente ligada às experiências, as dúvidas, aos anseios e às afinidades presentes no cotidiano do viver pessoal e profissional. Como enfermeira, interessada numa fundamentação teórico-prática de um cuidado de enfermagem que privilegie, no cotidiano da profissão, a integralidade e a sensibilidade humana, percebe-se certa incompletude do modelo tradicional da ciência no cuidado para com pessoas sofredoras. O cuidar não pode ser reduzido à recuperação de partes, órgãos e sistemas. Não pode ser reduzido às ordens médicas de um tratamento cartesiano. O cuidar requer uma atenção especial ao ser humano integral em sua unicidade e diversidade. Demanda uma interação com este ser, através da qual conhecemos a sua história de vida, os seus pensamentos e desejos em relação ao seu cuidado e à sua recuperação.

Nessa perspectiva, vem-se buscando desenvolver o olhar sensível no cuidado de enfermagem, transcendendo o modelo tradicional, em direção a uma abordagem mais integral e humanizada ao ser humano. Para tanto, tenho revisitado o meu ser, a minha condição humana, o meu processo relacional e a minha prática em saúde, buscando refleti-la e transcendê-la, conforme refere Ghiorzi (2004). Foi nesse contexto que as pessoas necessitadas de ajuda foram aproximando-se de mim. No início, não entendia bem o que estava acontecendo, pois, apesar de ter consciência da necessidade de uma abordagem diferenciada no cuidado de enfermagem, ainda carregava na minha bagagem um modelo eminentemente tecnicista. Dessa forma, busquei capacitar-me para poder compreender o outro, incorporando novas habilidades que complementavam os meus saberes já incorporados. Os resultados obtidos proporcionaram-me um novo olhar, mais enriquecedor e estimulante, para continuar cuidando de maneira integral das pessoas, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida delas.

Diante desse cenário, comecei a compreender que a sensibilidade das pessoas é tão importante quanto sua razão dentro do processo de adoecer e de se curar. Nessa situação, a

tecnologia empregada é simples, porém complexa: traduz-se, inclusive, na leitura do não-verbal, do imaginário de cada pessoa com a sua rede simbólica. É essa compreensão que nos aproxima da singularidade do ser humano. Ao longo do tempo, exercendo a profissão como docente e enfermeira, incorporei recursos na área de relações humanas, da comunicação, da programação neurolinguística, do toque vibracional e da espiritualidade. Esse movimento fez-se no intuito de responder aos meus questionamentos e desenvolver novas formas de consciência crítica, ampliando, assim, o foco das minhas concepções teórico-filosóficas, transcendendo o modelo tradicional da ciência, com sua ênfase na racionalidade.

Acredito que, nesse caminhar, ampliei a expressão de consciência e minhas capacidades humanas. No reencontro com o meu ser, reencontrei a minha humanidade. Dessa forma, no meu cuidar passei a enfatizar o respeito e a solidariedade para com o outro, o não julgamento, tão presentes em nosso ser. Passei a compreender que cada ser possui inúmeras potencialidades para serem desenvolvidas. Tornou-se impossível para mim cuidar sem focalizar esse aspecto intrínseco ao ser humano. Assim, buscar a espiritualidade teve uma ligação com a busca de virtudes maiores como a fidelidade, a justiça, a generosidade, a compaixão, a simplicidade, a gratuidade, o amor, enquanto fonte inspiradora das ações cotidianas, através das quais a pessoa afirma a sua sensibilidade frente a uma vida de valor. (GHIORZI, 2004). Com isso, compromete-se com a evolução humana.

Em face da complexidade do ser e dos desafios socioeconômicos e políticos com que atualmente nos deparamos, novos desafios nos são impostos, o que demanda a participação efetiva dos profissionais envolvidos nas transformações humanas. Sendo assim, quando concebemos a integralidade das pessoas e um cuidado de enfermagem associado também a tudo que é da ordem da sensibilidade (emoções, sentimentos, afetos, sensações), integrando razão e imaginário, podemos ver a dinamicidade entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. A afetividade não fica de fora do processo de cuidar e o cuidado se torna sensível, sua ação pode ser um toque, uma palavra mais carinhosa, um olhar, um silêncio...

Nesse sentido, concorda-se com Fernandes (2003), quando refere que o conhecimento técnico-científico é insubstituível nas práticas de saúde. Todavia, somente ele não é suficiente para que as pessoas trabalhem com outras pessoas, desenvolvam relacionamentos saudáveis e realizem uma leitura psicossocial do que está acontecendo no seu cotidiano. Assim, faz-se necessário avançarmos em busca de uma nova concepção de vida, ampliando a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde-doença numa visão integradora.

Com essa ótica, inseri-me como facilitadora voluntária do Projeto de Rede Estadual de Apoio à Família Cuidadora de Idoso Portador da Doença de Alzheimer, em Araranguá, desde

a sua criação, em 2004, da qual faço parte até os dias atuais. Essa inserção no grupo se deu pelo fato de que, com o aumento da expectativa de vida das pessoas, iniciou-se a preocupação com o envelhecimento populacional, sendo hoje uma realidade no nosso meio. Para consubstanciar tal preocupação nos reportamos aos dados do Censo de 2000, sendo que, a população de 60 anos ou mais de idade, no Brasil, era de 14. 536.029 de pessoas, contra 10. 722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa, no início da década de 1990, representava 7,3%, enquanto em 2000, atingia 8,6%. Nesse período, por conseguinte, o número de idosos aumentou em quase quatro milhões de pessoas, fruto do crescimento vegetativo e do aumento gradual da esperança média de vida. Trata-se, certamente, de um conjunto bastante elevado de pessoas, com tendência de crescimento nos próximos anos. (IBGE, 2001). Assim, considerando, a partir de 2001, a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final desse período, chegando a representar quase 13% da população. No caso brasileiro, esse crescimento pode ser exemplificado pelo aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000. (CAMARANO, 2006).

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade (2000, p. 82), no plano individual, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza bio-psíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria. Assim, são considerados idosos aqueles que alcançam 60 anos de vida. Mas é difícil caracterizar uma pessoa como idosa, utilizando como único critério a idade. Além disso, nesse segmento conhecido como terceira idade, estão incluídas pessoas diferentes entre si, tanto do ponto de vista socioeconômico como demográfico e epidemiológico. Diante de tal cenário, esse contingente populacional está sujeito aos fatores de risco relacionados à saúde e ao processo de envelhecimento. Entre eles estão as síndromes demenciais, reconhecidas como um problema de saúde pública em todo o mundo. (MACHADO, 2002). Dentre as síndromes demenciais, a doença de Alzheimer representa 70% de todos os casos de demência. (CAOVILLA, 2002).

A evolução progressiva da Doença de Alzheimer (DA) exige a presença de pessoas preparadas para assumir inúmeras atividades ao lado da pessoa acometida por essa doença. É necessário um cuidador capacitado, treinado e que receba apoio contínuo frente às atividades

de vida diária. Diante da exigência integral do cuidador no cuidado da pessoa idosa, surge o problema relacionado à saúde. Essa condição é geradora de sobrecarga na vida do cuidador, sendo observados prejuízos em sua saúde. (BANDEIRA, 2006).

Assim, considerando a necessidade de termos mais recursos nessa área para cuidar integralmente desse ser, na busca de um viver mais saudável e, de acordo com as crenças os valores, os ideais e a visão, de vida, optou-se no mestrado por desenvolver um estudo com cuidadoras de pessoas com Alzheimer. Para embasar este cuidado adotou-se, neste estudo, o Paradigma do cuidado transdimensional de Alcione Leite da Silva (2007).

Esse estudo pretende contribuir para uma abordagem mais efetiva no cuidado com as cuidadoras de pessoas com DA, refletindo, por sua vez, numa alternativa de ação cuidativa e na melhoria do cuidado a estas pessoas. Pretende contribuir com o desenvolvimento da Enfermagem Regional junto a grupos da comunidade, fortalecendo o saber e o fazer do enfermeiro, enquanto profissional da equipe de saúde. Poderá contribuir para o ensino da Enfermagem, pelo desenvolvimento de um paradigma holístico, integrador e inovador na área da Gerontogeriatrics, sobretudo no Curso de Enfermagem da UNISUL – Campus Araranguá, local onde atuo como docente inter-relacionando o ensino, a pesquisa e a extensão.

Assim, após uma breve apresentação das situações que motivaram a desenvolver esse estudo nessa área, bem com a sua importância para a Enfermagem, expõe-se, então, os objetivos que nortearão este estudo. No segundo capítulo, desenvolve-se uma revisão de literatura, na qual abordam-se aspectos relacionados à doença de Alzheimer, aos cuidadores de pessoas com esta doença e aos estudos na área. No terceiro capítulo, introduz-se o referencial teórico, que norteou o desenvolvimento desse estudo O Cuidado Transdimensional de Silva (1997), com as suas concepções filosóficas, os pressupostos, aos padrões de significado e de expressão estética do cuidado transdimensional, bem como os pressupostos da Programação Neurolinguística (PNL). A seguir, delimita-se a metodologia do estudo, no qual articula-se a metodologia do processo de cuidado, a contextualização do ambiente, as características gerais das participantes e as etapas do processo de cuidado transdimensional. No quinto capítulo, descreve-se de forma mais detalhada a vida das participantes desse estudo, as experiências vivenciadas. Neste capítulo, também, explicita-se a categorização das informações que emergiram durante o processo de cuidado, analisando-as e discutindo-as de acordo com o referencial teórico adotado e com outros estudos. No sexto capítulo, analisa-se o desenvolvimento do processo de cuidado e as contribuições para um viver mais saudável, seguindo a utilização dos padrões de expressão estética e de significado do cuidado transdimensional. Finalmente, no último capítulo, colocam-se as considerações sobre o

processo vivenciado, ressaltando não só os aspectos relevantes dos resultados alcançados, bem como as limitações do estudo em questão.

1.1 QUESTÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1.1 Questão do Estudo

Como o processo de Cuidado Transdimensional desenvolvido para e com a familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer pode contribuir para o seu viver mais saudável?

1.1.2 Objetivos: Geral e Específicos

1.1.2.1 Objetivo Geral

Desenvolver e avaliar o processo de Cuidado Transdimensional com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer.

1.2.2. Objetivos Específicos

Elaborar os procedimentos de um processo de Cuidado Transdimensional com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer;

Implementar o processo de Cuidado Transdimensional com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer;

Avaliar o processo de Cuidado Transdimensional com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer.

2 REVISÃO DE LITERATURA

*Se hoje a vida lhe apresenta motivos para sofrer,
ouse olhá-los de uma forma diferente.
Não aceite todo este contexto de vida como causa
já determinada para o seu fracasso.*
(Fabio de Melo, 2008)

O crescente percentual de pessoas com Alzheimer e a complexidade do cuidado requerido por essas pessoas acarretam inúmeros desafios para a sociedade em geral e em especial para os familiares responsáveis pelo cuidado informal. Daí a necessidade de buscar-se soluções para as questões vivenciadas por familiares cuidadoras. Neste capítulo focam-se aspectos relacionados à doença de Alzheimer, aos cuidadores de pessoas com essa doença e aos estudos na área.

2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma paciente que mostrou os primeiros sintomas demenciais na idade de 51 anos Luzardo (2006). Demência é o termo usado para definir a perda gradual e, em geral, irreversível da capacidade intelectual. A capacidade intelectual é definida, conforme Porto (2001), como a habilidade de efetuar complexas formas de raciocínio e de aprendizado, de resolver problemas, de abstração, de pensar logicamente, de perceber as várias facetas de uma dada situação e a elas reagir de forma adequada do ponto de vista motor, verbal e simbólico. Nesse contexto está inserida a doença de Alzheimer como uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total, que requer cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio. (LUZARDO, 2006).

Ainda na perspectiva de Porto (2001), há inúmeras formas de classificar as demências. O grupo mais importante é o das doenças degenerativas, sendo a doença de Alzheimer,

responsável por cerca de 70% do total dos processos demenciais. A doença de Alzheimer é classificada em duas formas, a pré-senil e a senil, sendo que, arbitrariamente, estabeleceu-se que a forma pré-senil se manifesta até os 65 anos de idade e a senil inicia-se após os 65 anos de idade. Não há diferença entre as duas, pois são idênticas do ponto de vista clínico, histopatológico e neuroquímico. A DA é, em geral, de ocorrência esporádica, porém cerca de 10% dos casos são familiares. A herança é do tipo autossômico, dominante. A causa da DA ainda não foi definitivamente conhecida, admitindo-se a interligação da predisposição genética à ação de fatores ambientais. (PORTO, 2001).

Para Machado (2002), a doença de Alzheimer é neurodegenerativa progressiva, heterogênea nos seus aspectos etiológico, clínico e neuropatológico. Caracteriza-se por declínio progressivo da memória, da capacidade de julgamento e raciocínio e da manutenção da função intelectual. Com a evolução da doença, a capacidade físico-funcional também fica prejudicada. O quadro clínico é bastante polimorfo, mas, em geral, os distúrbios da memória predominam desde o início, vindo em seguida as alterações da linguagem, do cálculo, da orientação visuo-espacial e da personalidade. É sempre difícil determinar cronologicamente o início das manifestações. Aos poucos, o quadro se acentua e traz comprometimentos mais sérios. A degeneração é progressiva e variável, sendo possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir. (LUZARDO, 2006).

Segundo a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ, 2001), estima-se que no Brasil tenhamos cerca de 1.200.000 pessoas com DA, considerando-se que entre 5 a 10% de pessoas acima de 60 anos de idade possam ter algum tipo de demência, representando cerca de 50 a 70% do total das demências. Conforme a população brasileira envelhece, aumentam os casos de diagnóstico de DA e um número cada vez maior de pessoas recorre a ABRAZ para conseguir orientações e apoio. Nesse contexto, observa-se o alto custo no tratamento ao portador da demência para o sistema de saúde e, ainda mais, para a família, ou seja, os custos indiretos relacionados com a doença, tais como: o tempo despendido por cuidadores; a perda da produtividade dos cuidadores e o impacto negativo na saúde do cuidador criado durante o processo de assistência prestada. (MACHADO, 2002).

Dessa forma, para o cuidador familiar é necessário apoio ao enfrentamento da doença que acaba afetando também a família e mais diretamente o cuidador principal. Além das mudanças relacionadas aos seus hábitos de vida, a tarefa de passar a cuidar de um familiar com demência resulta em uma sobrecarga de trabalho e em alto nível de estresse, prejudicando sobremaneira a sua qualidade de vida. Outro aspecto importante relacionado à

doença é a dificuldade de detecção precoce e as falhas no diagnóstico. Muitas vezes, as pessoas idosas e seus familiares atribuem os sintomas iniciais da demência ao processo de envelhecimento. Para Machado (2002), a maior conscientização e o envolvimento da sociedade, os progressos científicos e a proliferação de grupos de apoio renovam as expectativas em relação às possibilidades de planejamento e reestruturação para os desafios e enfrentamentos futuros relacionados com a evolução natural da doença.

2.2 CUIDADORES DE PESSOAS COM ALZHEIMER

A necessidade de cuidados ininterruptos junto à pessoa com Alzheimer, o difícil manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, somadas às vivências dos laços emocionais, tanto positivos como negativos experienciados pelo convívio anterior à instalação da doença, produzem desgastes físico, mental e emocional. (LUZARDO, 2006). Dessa forma, os efeitos advindos do cuidado entre cuidador e a pessoa com Alzheimer evidenciam a necessidade de investir-se em pesquisa, a fim de buscar estratégias e soluções para minimizar a sobrecarga desse cuidador, bem como no sentido de desenvolver e testar novas propostas teórico-metodológicas de cuidado à saúde das pessoas idosas e dos cuidadores.

O levantamento realizado por Souza (2004) sobre o perfil de cinco cuidadores de idosos cadastrados no grupo de ajuda mútua – Contexto Araranguá-SC, todas eram do sexo feminino, casada, católica, aposentada e não morando com o idoso. De uma maneira geral, essas cuidadoras são filhas que se consideram com sua saúde regular. Em outro estudo com 14 participantes com o objetivo de identificar as condições de enfrentamento das famílias cuidadoras de idosos com Alzheimer (SANTOS, 2007), as autoras constataram que desse total 12 moram com o idoso permanecendo em tempo integral com o mesmo acarretando, assim, desgastes físico e emocional. Além de permanecer em tempo integral com o idoso, constata-se que são idosos cuidando de idosos, visto que, a idade dos cuidadores varia entre 40 e 92 anos. Dessa forma, enquanto recurso para enfrentar essa situação desgastante recorre à prática da espiritualidade.

Em Ribeirão Preto, um estudo desenvolvido no ambulatório de geriatria e neurologia do Hospital de Base de São José, com oito cuidadores de pessoas com Alzheimer, confirma o impacto da doença na vida do (a) cuidador(a). Foi observado que as cuidadoras estão física e emocionalmente abaladas, pois não têm um esclarecimento prévio quanto às complicações

decorrentes da sobrecarga causada pelo cuidado integral e contínuo dispensado aos idosos, limitando, assim, sua condição de vida. (CALDEIRA, 2004). Nessa perspectiva de desgaste, o cuidador é testado cotidianamente na sua realidade, advinda, na maioria das vezes, a ansiedade, gerada pela sobrecarga e pela modificação dos papéis sociais. Passa a ser exigido desse cuidador mais responsabilidade, comprometimento, dedicação e paciência. Assim, nessa jornada, o cuidador que aceita o desafio de cuidar da pessoa com Alzheimer nem sempre tem, por parte do idoso, clareza e a garantia de retribuição desse cuidado. Ele poderá ser invadido por conflitos emocionais, gerando sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando assim, os seus limites, as suas fraquezas na forma de enfrentar os desafios presentes no cuidado.

Em outro estudo, com 24 cuidadores (as) de idosos com doença de Alzheimer, Silveira (2006), analisando a vivência desses(as) cuidadores(as), constatou, entre os sujeitos investigados, que cuidar de um familiar demenciado mobiliza muitos sentimentos antagônicos em curto espaço de tempo: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente também, medo de o paciente estar sofrendo, medo de o paciente morrer. Dessa maneira, foi possível perceber, tanto nas entrevistas, quanto nas sessões de grupo, que os seus relatos são ora muito otimistas, ora muito pessimistas.

Nesse contexto, o familiar cuidador de um idoso com doença de Alzheimer necessita de ajuda, apoio e informação para conseguir cuidar e garantir segurança e qualidade de vida ao mesmo. Sendo assim, é de suma importância que o cuidador possa receber apoio de pessoas da família, mesmo que esse ocorra nos momentos de visita, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga pelos efeitos psicossociais da doença. (LUZARDO, 2006). Dessa forma, o profissional da saúde, aqui em especial, o enfermeiro, deve estar habilitado para buscar formas de um viver mais saudável desse cuidador, através de uma abordagem interdisciplinar, pois esse cuidado adquire forma multidimensional e, portanto, requer dos profissionais um olhar integrador e de inteireza desse ser em sofrimento visível no nosso cotidiano. Assim, vemo-nos diante dos desafios inerentes a essa questão em que a enfermagem, segundo Celich (2007) deve cumprir o papel social na busca de estratégias para aliviar o sofrimento vivenciado nessa fase da vida.

2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADOR DE PESSOAS COM ALZHEIMER

Tanto a literatura quanto a prática profissional demonstram que a DA traz conseqüências sérias em relação à qualidade de vida do cuidador(a). A literatura na área demonstra que as demandas, produzidas pela doença de Alzheimer e pelas necessidades de saúde do idoso, exigem, cada vez mais, dos profissionais envolvidos nesse cuidado, ações efetivas e eficazes para a qualidade de vida desse(a) cuidador(a), promovendo a sua saúde e auxiliando-o(a) a superar os desafios existentes. Assim, estudos devem ser incentivados, não somente no plano de investigação, mas, sobretudo, no desenvolvimento de propostas teórico-metodológicas de cuidado que promovam o viver mais saudável do(a) cuidador(a) e da pessoa idosa. Faz-se também necessário sensibilizar governantes e responsáveis pelas políticas de saúde a desenvolverem ações governamentais que viabilizem o acesso a cuidados de saúde de qualidade para idosos e seus cuidadores. Torres e Franchine (2004), em uma pesquisa qualitativa, direcionada ao atendimento a pessoas com Alzheimer, em Porto Alegre, constatam que a presença da enfermagem é de grande valia, pois tanto o cliente quanto sua família reconhecem a importância da equipe de enfermagem estar próxima a eles, facilitando o aprendizado da convivência com a doença e amenizando o sofrimento trazido pela mesma. Segundo Caovilla e Canineu (2002), nenhuma família está preparada para enfrentar a DA. Pelzer (2002) diz que nem a família, nem a comunidade e muito menos o poder público parecem estar suficientemente preparados para essa nova realidade epidemiológica. É impossível imaginar a enorme demanda e mudanças que a doença trará para a família e para o paciente. Nessa percepção, a informação e o apoio à pessoa que cuida têm sido coadjuvantes na assistência à pessoa com doença de Alzheimer, na realidade brasileira. Os grupos de ajuda mútua têm se mostrado em uma alternativa viável no enfrentamento desse desafio.

Para Alvarez et al. (2002, p. 58),

o grupo de ajuda mútua é, entre outros serviços e programas, um recurso psicossocial e educativo útil para apoiar àquelas famílias na ampliação da percepção da complexidade da situação na qual se encontram, possibilitando-as buscar objetivamente por recursos necessários para seu enfrentamento. Além disso, a participação no grupo propicia o apoio mútuo por meio do compartilhar de experiências e sentimentos, o que leva a um alívio de ansiedades e diminuição de estresse.

Referem ainda, as autoras acima, que a equipe de profissionais que atua no grupo de

ajuda mútua adota uma postura interdisciplinar e humanística como referencial teórico-filosófico para sua prática junto aos familiares. Sendo assim, a troca de informação, aliada à vivência da mesma dificuldade pelo grupo, tem ajudado a amenizar os conflitos, fortalecendo a pessoa cuidadora. Isso possibilita suporte emocional, aliviando a tensão, a solidão e a sobrecarga do dia-a-dia. Tem-se observado, no grupo, a dificuldade da pessoa que cuida se conscientizar sobre a necessidade de preservação e promoção de um viver saudável, com melhor qualidade de vida, e de compreender que não pode assumir o cuidado da pessoa doente sozinho. Desse modo, é necessário continuar investindo no apoio emocional das pessoas que cuidam para fortalecê-las, melhorando a sua qualidade de vida, a sua harmonização pessoal e a assistência às pessoas com a doença. Em um artigo abordando a experiência de uma instituição pública universitária, no Rio de Janeiro, no cuidado a pessoas idosas e seus familiares com demência em nível ambulatorial (CALDAS, 2002), podemos constatar que além das consultas com a pessoa com Alzheimer, a enfermeira realiza consultas com o cuidador principal. Ela se reúne com o(a) cuidador(a) no início do acompanhamento da pessoa idosa para esclarecer a patologia, estabelecer estratégias de cuidado e orientar para necessidades de adaptação da dinâmica familiar, levando em conta as necessidades da pessoa idosa. A enfermeira continua acompanhando e reunindo-se com o(a) cuidador(a) sempre que necessário, para esclarecer alterações que possam ocorrer na evolução da doença. Os(as) cuidadores(as) principais são também encaminhados ao grupo de apoio a familiares, através do qual se reúnem semanalmente com os profissionais da equipe (a enfermeira, a psicóloga e o psiquiatra) para esclarecimento de dúvidas e questões relativas ao cuidado. Os(as) cuidadores(as) relatam a melhoria no desempenho em lidar com a pessoa idosa demenciada, através da busca de novas estratégias para lidar com o seu ente querido, fazendo ajustes no seu dia-a-dia, na tentativa de não se anular enquanto ser com as suas possibilidades de continuar vivendo a sua própria vida. Nesse sentido, essa abordagem de cuidado reafirma a preocupação dos profissionais nessa área, na tentativa de não somente compreender a complexidade dessa questão, mas, sobretudo de buscar soluções e estratégias que irão ajudar as pessoas cuidadoras a enfrentarem essa condição com prazer e alegria de viver. Para tanto, exige dos(as) profissionais um conhecimento que inclui, além dos aspectos teóricos e metodológicos, compromisso, responsabilidade, amor, solidariedade e compaixão para com o outro.

Numa recente pesquisa realizada na Cidade do Rio Grande-RS, em 2007 com 14 familiares cuidadores principais, com o objetivo de identificar as condições de enfrentamento das famílias cuidadoras de idosos com doença de Alzheimer, constatou-se que na sua maioria,

os cuidadores são idosos (com uma predominância do sexo feminino e com doenças associadas) cuidando de idosos. Em relação à ajuda dos profissionais dos centros de saúde, a maioria relatou não ter ajuda e os demais se referiram a ajuda prestada pelos profissionais do Grupo de Ajuda Mútua. Por meio desse estudo, constatou-se a necessidade da interação de familiares/profissionais, possibilitando, assim, o conhecimento das potencialidades de ambos na tentativa de resolutividade nas ações voltadas ao idoso e ao cuidador, bem como, revelou a preocupação com a formação de enfermeiros alertando para o despertar desses futuros profissionais no cuidado com o cuidador. (SANTOS, 2007). Nesse contexto, de acordo com Pelzer (2002,) é preciso romper com a hegemonia da formação tecnicista, onde se valoriza a tecnologia de ponta e buscam-se formas para humanizar e politizar os profissionais de enfermagem na área do envelhecimento humano. Diante da necessidade de formação profissional nessa área, (REDANTE, 2005) através de um relato de caso, com um idoso que sofreu negligência da família, identificou a importância da equipe de saúde estar atenta do idoso e aos familiares que cuidam. Isso facilitará o caminhar rumo à melhoria da condição de saúde, propiciando melhor qualidade de vida de ambos.

Tem-se conhecimento que na Suécia existe um serviço público oferecido aos cuidadores chamado de Cuidado de Alívio (Respite Care), onde a pessoa cuidadora inscreve o seu familiar idoso e, então, pode programar com antecedência a sua folga ou férias, ficando o idoso demenciado com uma equipe de profissionais capacitados. (SANTOS, 2007). No que tange ao Brasil, observa-se uma carência nas políticas públicas para apoio do idoso e do cuidador, havendo um evidente descompasso entre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Portaria Ministério da Saúde n. 1.395, de 1999, e assistência oferecida à população na rede básica de saúde. De acordo com Pelzer (2005), a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) enfatizam a necessidade de treinamento básico aos cuidadores informais. Os que vemos, na sua grande maioria, são profissionais que não priorizam o atendimento ao idoso nem tampouco estão qualificados para essa área. (PELZER, 2002). Assim, faz-se necessário e urgente investir em pesquisas de ações inovadoras que vai ao encontro das reais necessidades dessa clientela na busca de um viver mais saudável tanto de idosos quanto de cuidadores. De acordo com Giacomini (2005), experienciando o cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes, essa realidade exige reconhecimento por parte dos órgãos públicos de saúde, assistência social e esforços intersetoriais devem ser feitos para proporcionar um cuidado adequado a idosos dependentes e às pessoas que cuidam deles.

Enquanto espaço de cuidado, Pelzer (2005) em sua tese de doutorado desenvolveu uma prática cuidativa de enfermagem de enfoque humanístico que contemplasse o

acolhimento e o apoio à família cuidadora de idosos com DA no Grupo de Ajuda Mútua (GAM). Nesse estudo, realizado com uma média de oito familiares que participaram do GAM, valeu-se de outros métodos de cuidado além da atenção grupal que praticava em encontros no GAM. Ela contemplou a visita domiciliar, atendimento por telefone, atendimento individualizado em consulta específica ou para companhia pessoal em busca de serviços indicados ou referenciados. Essa prática cuidativa revelou-se benéfica, comprovada pela constante procura por esse cuidado como também de incorporação de novos membros entre os participantes no GAM.

Ao consultar a literatura brasileira em relação ao cuidado com o cuidador de pessoas com Alzheimer, encontram-se estudos com ações interventivas no processo de viver dos cuidadores através dos grupos de ajuda mútua, como forma de troca de experiências e alívio dos conflitos que a situação impõe. Desse modo, não foi detectado, nesse contingente populacional, nenhum estudo que objetivasse a construção, implementação e avaliação de um processo de cuidado aos cuidadores de familiares com Alzheimer, tendo como base o referencial do cuidado transdimensional de Silva. Essa constatação confere ao presente estudo um “status” inovador e transformador, o qual poderá oferecer importantes contribuições na área proposta. Ao adotar como referencial teórico deste estudo o cuidado transdimensional de Silva (2007), apresentam-se no próximo capítulo, as suas bases teórico-filosóficas e os diferentes estudos desenvolvidos com base nesta abordagem.

2.4 O CUIDADO TRANSDIMENSIONAL: DIFERENTES PERSPECTIVAS

O Cuidado Transdimensional representa um paradigma emergente na área da saúde, desenvolvido por Alcione Leite da Silva em seu doutorado em Filosofia de Enfermagem na UFSC, em 1997. A autora passou um ano fazendo doutorado sanduíche na Universidade do Colorado nos EUA e teve como orientadora a professora Jean Watson e, no Brasil, a enfermeira Dra. Eloita de Arruda Neves e o filósofo Dr. Selvino J. Hassman.

Esse paradigma resultou das experiências da autora com o cuidado ao longo de sua vida pessoal e profissional. Trata-se de uma abordagem integrada e transdimensional do cuidado, englobando as características do paradigma unitário-transformativo e avançando em direção à nova perspectiva para o cuidado, representando, assim, novo caminho alternativo no que diz respeito à estrutura tradicional do mesmo.

Na sua construção, Silva (1997) apoiou-se em abordagens contemporâneas de diversas áreas de conhecimento, dentre elas: filosofia, física moderna, psicologia yunguiana, biologia e enfermagem. Portanto, o Cuidado Transdimensional não é exclusivo da enfermagem, esse cuidado é uma concepção voltada para uma construção transdisciplinar e transdimensional. Para tanto, a implementação dessa nova abordagem requer uma série de mudanças, sejam elas emocionais, administrativas, políticas e sociais.

Nesse contexto de mudanças necessárias para cuidar do outro transdimensionalmente, (GHIORZI 2004, p. 264) afirma que na área da saúde:

O ser humano transdimensional é aquele que integra seus cuidados, que compartilha todas as dimensões do cuidado, dando e recebendo energia amorosa de maneira natural, harmoniosa no processo de estar e viver no mundo. Ele terá uma escuta qualificada, porque busca sempre em primeiro lugar a sua própria compreensão para depois compreender o outro. Ele vive sua natureza. Suas relações comportam a marca do amor e do compromisso com a vida. Ele é curador de si mesmo.

Assim, consultando a bibliografia brasileira, vimos que o Cuidado Transdimensional vem sendo utilizado em trabalhos de conclusão de curso de graduação, em dissertações de mestrado e em teses de doutorado, como os de Estima (2000), Freitas (2000), Borgonovo (2001), Nunes (2002), Bellaguarda (2002), Assunção (2002) de Machado; Petersen (2005), de Stamm (2005), de Santos e Martini (2005).

Em todas esses estudos, o Cuidado Transdimensional foi desenvolvido com pessoas em âmbitos individual e grupal. Nesses estudos, o foco essencial do cuidado foi o processo morte-renascimento. Para atingi-los, foi desenvolvida uma metodologia proposta por Silva (1997) com a utilização dos padrões de expressão estética e com os padrões de significado desse cuidado. Estudos de Borgonovo (2001) e Estima (2000), com trabalhadoras de enfermagem, em suas dissertações, construíram um processo de cuidado junto a essas trabalhadoras, facilitando assim, o seu processo de ser e viver saudável para estarem aptas a cuidar de si e do outro ser. Durante o processo de cuidado, as autoras se utilizaram dos padrões de significado do cuidado transdimensional, sendo eles: parceria, experiência interior, busca da unidade, prática indeterminada e complexa. Freitas (2000), desenvolveu os padrões de significado do cuidado transdimensional a educandas de enfermagem, numa cidade do Rio Grande, com doze oficinas, entendidas como processos vivenciais de cuidado, oportunizando aos seres envolvidos o cuidado consigo e com o outro. Para Estima (2000, p.138), esse estudo serviu como um estímulo para que as trabalhadoras de enfermagem pudessem ampliar e

conquistar novos espaços para o processo de reflexão conscientização-ação-transformação com vistas a "uma existência e co-existência plena de significados e sentido, requisito para a ressignificação da enfermagem enquanto disciplina e profissão".

Assunção (2002), em sua dissertação, desenvolveu um processo de cuidado com a equipe do Programa de Saúde da Família de uma unidade básica do município de Florianópolis (SC), com o objetivo de criar um espaço de reflexão acerca do processo de ser e viver e das práticas de cuidado à saúde da comunidade em que atuavam. A autora utilizou os padrões de significado do cuidado transdimensional, a saber: o cuidado como parceria, o cuidado como experiência interior, o cuidado como prática não- espacial e atemporal, o cuidado como prática indeterminada e a busca da unidade. Além, desses, a autora também utilizou os padrões de expressão estéticos: oração e musicoterapia. O referencial do cuidado transdimensional, adotado nesse estudo, possibilitou à equipe um caminhar com mais segurança, por estarem mais próximos e conscientes da suas necessidades afetadas, contribuindo, assim, para que as pessoas buscassem formas de resolução de seus problemas. Nesse sentido, o cuidado transdimensional, ao enfatizar a emancipação do ser humano, fortaleceu as mudanças necessárias nas relações interpessoais, bem como no trabalho diário dessa equipe.

Nunes (2002) e Machado e Petersen (2005) vivenciaram o cuidado a pessoas com câncer. As autoras, utilizaram os padrões de expressão estética do cuidado transdimensional. Nunes (2002) desenvolveu o cuidado com doze participantes do Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC) com os padrões de expressão estética: toque terapêutico e meditação. Enquanto Machado e Petersen (2005), em seu trabalho de conclusão de curso (TCC), utilizaram-se somente do toque terapêutico como metodologia nesse processo de cuidar transdimensionalmente.

Tanto Stam (2005) quanto Belaguarda (2002) desenvolveram os seus estudos em família. A primeira autora desenvolveu o cuidado transdimensional com mulheres alcoolistas; a segunda, com clientes e famílias que vivenciavam o processo da morte e do morrer no domicílio. Stam (2005), em sua tese de doutorado, utilizou-se dos padrões de significado do cuidado transdimensional: parceria, experiência interior, busca da unidade e prática indeterminada. Já Belaguarda (2002), em sua dissertação, além daqueles padrões de significado utilizados por Stam (2005), também utilizou a prática não-espacial e atemporal e prática complexa dos padrões de significados de cuidado. Sendo que, dos padrões de expressão estética, Belaguarda (2002) utilizou o toque terapêutico, a oração e a musicoterapia.

Retomando os estudos de Nunes (2002), Machado e Petersen (2005) relataram que o

resgate da sensibilidade, como natureza intrínseca do próprio ser, auxiliou nos momentos de renovação e aprendizagem, possibilitando “maneiras de ajudar as pessoas a buscar novas formas de expressão de consciência de modo a auxiliá-los a viverem melhor através do cuidado”. (NUNES, 2002, p.128). Isso corroborou com os achados de Machado e Petersem (2005); o cuidado transdimensional ajudou a pessoa com câncer a um processo de escuta de si mesmo, de compreensão da escuta do seu corpo, da sua alma e, assim, encontrar o sentido de sua doença.

Embora com metodologias e participantes distintas, Stam (2005) e Belaguarda (2002) focalizaram o cuidado transdimensional no domicílio e puderam obter, através do processo dialógico e do hábito da reflexão, os inúmeros processos de morte-renascimento vivenciados no decorrer do cuidado. Segundo Belaguarda (2002), o cuidado transdimensional ampliou o entendimento acerca da vida e da morte, num circuito complexo de oposições e complementaridades. Já Stam (2005) relatou que nesse processo de cuidar transdimensionalmente possibilitou extrapolar o processo saúde-doença, por permitir ver a vida em todas as suas formas de expressão da consciência. Ou seja, permitiu a retomada da história de vida dos participantes, revisitando, assim, o seu passado e, em muitas vezes, possibilitou verbalizar situações adormecidas, mas que não estavam compreendidas.

Em um estudo mais recente, Santos e Martini (2006), em seu trabalho de conclusão de curso, desenvolveram um estudo em uma unidade básica de saúde com a utilização do cuidado transdimensional. Utilizaram Reik e florais de Bach. Segundo as autoras, o referencial utilizado possibilitou a potencialização dos princípios das terapias naturais e contribuiu também para que os profissionais buscassem superar a fragmentação do cuidado nas áreas da saúde, bem como encontrassem subsídios mais dinâmicos e profundos, voltados ao cuidado do ser humano na sua integralidade. Abordaram, além da cura do corpo e da mente, suas formas de sentir e expressar.

Observa-se que o Cuidado Transdimensional tem sido adotado em várias pesquisas, viabilizando diferentes perspectivas de cuidado, em variados grupos sociais. A Enfermagem brasileira amplia, assim, seus espaços de cuidado à saúde através de um horizonte teórico-filosófico ampliado. Dessa forma, O Cuidado Transdimensional parece oferecer a esperança e a promessa de um cuidado mais integral, mais humano, mais envolvente e transformador.

3 SUPORTE TEÓRICO

*Que amor Deus tem por você..... tem por mim!
Que maravilha!
Eis a grande e eterna novidade: Deus é amor.*

Nesse estudo, adota-se como referencial teórico o Cuidado Transdimensional de Silva (2007) para nortear o desenvolvimento do processo de cuidado a cuidadoras de pessoas idosas com DA. A opção por esse referencial deve-se ao fato de compartilhar dessa visão de mundo e acreditar ser ele apropriado a um cuidado integral e com importantes contribuições a um viver mais saudável. Essa escolha deve-se também à experiência com este referencial nas consultas de enfermagem, realizadas durante a prática assistencial, nos meses de outubro e novembro de 2007. Pretende-se, assim, socializar essa experiência que viabilizou uma abordagem inovadora ao cuidado dessas cuidadoras. Diante do exposto, apresenta-se, neste capítulo, as concepções filosóficas e os pressupostos do Cuidado Transdimensional.

3.1 CUIDADO TRANSDIMENSIONAL

Vê-se a necessidade de se pensar o cuidado de enfermagem transcendendo os conhecimentos e as técnicas do modelo tradicional da ciência para se cuidar integralmente da pessoa. Para cuidar do outro, os(as) enfermeiros(as) não precisam ser neutros afetivamente, mas profissionais capazes de escutar e observar além do dito, percebendo e sentindo os sentimentos mudos, os medos não confessados e as queixas silenciosas do nosso cliente. “O objetivo do cuidado integral é alimentar e nutrir o ser completo. Ignorando qualquer uma de suas dimensões, ficamos incompletos, não somos um todo”. (HAY,1984,p.111). Dessa forma, não importa se começemos com cuidados com o corpo ou com a mente ou com o espírito, desde que depois venhamos a incluir o todo em nosso processo de cuidar. Segundo a mesma autora Hay (1984), o cuidado inicia com o corpo quando cuidamos da nutrição, do exercício físico. O cuidado com a mente surge a partir da exploração de técnicas de visualização, meditação, boas leituras e cuidar no plano espiritual pode-se optar pela prece, a meditação e a ligação com a sua Fonte Superior. Então, para integrar a pessoa, ao seu meio e à vida, nas suas mais diversificadas formas de expressão, no sentido que se dá a ela, Silva (1997) propõe

o Cuidado Transdimensional. Este paradigma desafia a construir uma nova perspectiva para o cuidado, com vistas a uma ação transformadora em sociedade. Ele “busca resgatar o sentido de reverência para com a vida; sentido este, que não pode ficar omissos quando se tem como meta a crescente complexidade de qualidade de vida no planeta”. (SILVA, 2007, p. 152).

3.1.1 Concepções Filosóficas

O Cuidado Transdimensional tem como foco o processo de morte-renascimento humano-planetário-cósmico, visando à busca de um viver mais saudável, tendo como base filosófica o cuidado ao ser humano e sua inter-relação com o meio ambiente, no contexto de suas experiências de vida.

A autora defende a idéia de que ser humano e meio ambiente se conjugam, isto é, um reflete o outro. O **ser humano**, também denominado pela autora de **alma** ou **consciência individual**, é concebido como:

Um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser, as quais se desvelam na medida em que vamos transcendendo os nossos limites de expressão no mundo conseqüentemente, os limites do saber e de percepção da realidade... (SILVA, 1997a, p. 102-103).

A concepção de Silva (2007) acerca do conceito de alma ou consciência individual baseia-se na teoria da Totalidade e da Ordem Implicada de David Bohm, a qual é sustentada por três esferas principais de existência: “ordem explicada/explicita/desdobrada; ordem implicada/implícita/dobrada e, para além das duas, o substrato original ou a fonte de tudo” (SILVA, 1997a, p. 103). Dando continuidade a essa lógica, a autora confirma que o ser apresenta três ordens de existência: a **alma** propriamente dita ou **consciência individual** envolvida no todo; a **ordem implicada**, que denomina de **campo-não-manifesto** e a **ordem explicada** entendida por **campo manifesto**. São elas, partes de uma realidade única e, coexistentes.

3.1.2 Consciência Individual

Por “expressão de consciência”, entende-se as formas pelas quais os seres humanos se confrontam com a sua realidade, que podem ser expressões simbólicas, em que a saúde e a doença se inscrevem como capacidade ou não do ser humano se expressar emocionalmente. Quanto maior e mais experiências esse ser tem em sua vida, mais possibilidades de percepção no estabelecimento das interações. Dentro desse contexto é que se dá o processo evolutivo do ser, pois a consciência individual de cada um se manifesta pelos seus medos, dúvidas, anseios, limitações, tristezas e realizações. Assim, alma ou consciência individual é o infinito/ilimitado poder de amor e de sabedoria, porém de forma reduzida pelas limitações que se apresenta enquanto ser.

A consciência individual é parte integrante da **Consciência Universal ou Alma Universal**.

3.1.3 Consciência Universal

A concepção de Alma Universal ou Consciência Universal tem uma estreita relação com a Consciência individual, embora, segundo a autora, a concepção de Alma Universal seja um estado mais elevado/imenso de amor e sabedoria. Assim, nessa nova realidade do ser que é complexa, rica na diversidade, envolvendo o todo do ser – meio ambiente, vai além da noção do espaço-tempo, indo em direção à ausência total do espaço-tempo, sendo a intuição uma forma de acessá-la mesmo que incompleta.

3.1.4 Meio Ambiente

Silva (1997) defende a idéia de que se vive com uma visão reducionista, tridimensional acerca do ser e do meio em que se está inserido, sendo que o ser e o meio guardam uma íntima relação entre si. A autora fala em reducionismo, pelo fato de não se

conseguir ultrapassar o campo manifesto, pois as formas de acesso à realidade são ainda predominantemente os cinco sentidos. Desse modo, não se consegue compreender e perceber a complexidade do ser e de seu meio. Da mesma forma que a consciência individual está relacionada com a totalidade do ser, a Consciência Universal também está presente tanto no Campo Manifesto como no Campo Não Manifesto, os quais constituem as diversificadas formas de expressão dessa consciência. (SILVA, 1997). Nesse sentido, eles não podem ser tratados separadamente devido ao Campo Manifesto ser visto como uma expressão particular e derivada do conjunto mais geral do Campo Não Manifesto. Conjuntamente, em uma série ordenada de estágios de desdobramentos, interpenetram-se uns nos outros, a princípio por toda parte e em todo o espaço.

Nesse contexto, a individualidade somente será possível como desdobramento do todo. Desse modo, o Campo Universal Manifesto não pode ser considerado autônomo. Qualquer forma de autonomia vista por esse ângulo, será limitada pela própria lei do todo, denominada de Lei Cósmica ou Universal. Embora todo o conjunto de leis que governa a totalidade ainda seja desconhecido, existe possibilidade de abstrair subtotalidade de movimento relativamente autônomo e independente a partir do conjunto de leis. (SILVA, 1997).

Nesse entendimento, ser e meio ambiente constituem uma unidade fundamental, em sua unicidade e complexidade. Desse modo, tudo está influenciando e sendo influenciado pelo todo. Consequentemente, as nossas ações têm um impacto inimaginável nas pessoas e no meio circundante. Ao atingir-se expressões de consciência mais elevadas, beneficiam-se diretamente as pessoas e o meio. Sendo assim, o ser humano é responsável pela forma com que participa na construção da vida. Fica, portanto, evidente que quando se participa solidariamente está-se em sintonia com a Consciência Universal.

3.1.5 Processo de Morte-Renascimento

Tem-se como foco essencial do Cuidado Transdimensional o processo morte-renascimento, que é parte integrante da existência humana, podendo ser experienciado nas mais diversificadas situações e nos momentos mais inesperados de nosso viver. O processo de morte-renascimento emerge a partir dos princípios de imanência e transcendência. Esses elementos juntos e harmonizados no ser humano caminham em busca de uma vida feliz e

saudável. Devem-se ter em mente os princípios de imanência (aquilo que a pessoa traz consigo em seu interior, suas aquisições organizadas) e de transcendência (a abertura para novas aquisições, para ir mais além, a busca do novo). Não se deve esquecer que o que é transcendente hoje se torna imanente amanhã e, assim, mantém-se a relação dinâmica entre esses dois princípios.

Sendo assim, a imanência procura integração, contração, interiorização e organização, enquanto a transcendência persegue diferenciação, expansão, exteriorização e desorganização. Essa é a dança da vida do ser humano. Um ser que deve manter o seu profundo comprometimento com a evolução da espécie. Aspirar, ir mais além e não se deixar conter por dogmas impostos. Arriscar-se e ir à busca do novo, saindo do seu comodismo do conhecimento seguro da sua vida rotineira cotidiana. Então, cuidar transdimensionalmente implica buscar a complexidade crescente de expressão da consciência no planeta que envolve pessoas com diferentes padrões e ritmos de expressão da consciência. O próprio cuidador será parte integrante desse cuidado e a qualidade do cuidado prestado por ele, dependerá da sua capacidade de expressão de sua consciência e dos propósitos que o levam a cuidar.

Nesse sentido, Silva (1997) afirma que morremos e renascemos a cada reestruturação de idéias, emoções, pensamentos e ações, sendo que através desse processo adquirimos a condição permanente de transcendência para o alcance de níveis mais complexos de expressão da consciência. Dessa forma, morrer e renascer implica redefinição de valores, de hábitos, de costumes, requerendo dos seres um comprometimento e envolvimento nos significados das experiências de vida. Dentro dessa concepção, o processo de morte-renascimento engaja-nos em novas possibilidades de viver pela capacidade de ir além do intelecto e da razão, tendo a oportunidade de expressar outras capacidades de ser, como: o amor, a solidariedade, a compaixão, a intuição, a compaixão, a sensibilidade, a imaginação e as formas multisensoriais de percepção. Diante desse entendimento, trabalhar o processo morte-renascimento implica interação entre a Consciência Individual e a Consciência Universal, com vistas à renovação e à diversificação da vida na busca de novos padrões de comportamento, de ritmo de vida, de interações e de ações no mundo na busca de um viver mais saudável.

O processo de ser e viver saudável retrata a capacidade na forma desse ser compreender o processo da vida e no compromisso do morrer e renascer de maneira individual e coletiva. Dessa forma, o processo de ser e viver saudável implica, necessariamente, compreensão da temporalidade dos nossos limites de expressão de consciência e na nossa capacidade de vir a ser. Ser saudável é ser solidário e comprometido

com a vida em suas diversas formas de expressão, em direção a novos padrões de significado.

3.2 PADRÕES DE SIGNIFICADO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL

Para a apresentação dos padrões de significado exigiu-se da autora da teoria do Cuidado Transdimensional toda uma construção teórica anterior individual e grupal com o cuidado para compor as idéias em conjunto de significados inter-relacionados para formar um todo coerente. Essa forma de cuidado, segundo Silva (1997), requer do cuidador novas habilidades, novas atitudes, extrapolando as capacidades intelectual-rationais e incorporando no processo de cuidado a sabedoria, o amor, a solidariedade, a criatividade, a intuição, a sensibilidade, a imaginação e as formas multisensoriais de percepção. Silva (1997), identifica padrões de significado do Cuidado Transdimensional, dos quais destacam-se: parceria, experiência interior, busca da unidade, prática indeterminada e prática não-espacial e atemporal.

3.2.1 O Cuidado Transdimensional enquanto Parceria

O cuidado transdimensional caracteriza-se por parceria quando envolve seres com os mais diversificados ritmos de expressão da consciência num acontecimento singular e original. Sendo assim, extrapola a noção de espaço-tempo, no qual o próprio ser do cuidador é parte integrante do cuidado, sendo que a sua capacidade de expressão da consciência e os propósitos que levam esse ser a cuidar são fundamentais para a qualidade do cuidado. Nessa parceria, o amor deve prevalecer, pois a qualidade do cuidado dependerá, conseqüentemente, das habilidades e talentos do ser cuidador para acompanhar o ser cuidado na redescoberta de suas próprias potencialidades e assim dar o salto quântico, ou seja, transcender a sua atual forma de expressão. (SILVA, 1997).

3.2.2 O Cuidado Transdimensional enquanto Experiência Interior

O Cuidado Transdimensional enquanto experiência interior requer que valorizemos o processo e que tenhamos abertura para a nossa voz interior, flexibilidade, confiança em nós e, sobretudo, que valorizemos as nossas percepções, a sensibilidade, as idéias e as imagens simbólicas. Desse modo, a autora reforça a importância de cada encontro, por ser único, original. Este, por sua vez, pode extrapolar o momento do encontro, ou seja, a experiência interior advinda da intuição, dos sonhos e da voz interior pode preceder ou proceder ao momento do encontro.

3.2.3 O Cuidado Transdimensional enquanto Busca da Unidade

O Cuidado Transdimensional enquanto busca da unidade implica entrar em sintonia com a unidade do nosso ser, dos outros seres, do mundo e da Alma Universal. Isso não significa, segundo a autora, que essa unidade já não exista, mas sim que, na maioria das vezes, não se tem consciência da mesma. Para tanto, é necessário transcender a razão/intelecto, caso contrário estaria vivenciando uma única forma de compreensão da realidade. Esse padrão exige que se ative o complexo vontade-pensamento-sentimento pelos propósitos do amor sobrevivendo, assim, o comprometimento de servir. Portanto, é intencional.

Para esclarecer melhor, utiliza as palavras do filósofo oriental Chuang-Tzu "(...) você usa seu olho interior, seu ouvido interior para penetrar o coração das coisas...". (SILVA, 1997, p. 154-5). Implica, portanto, visão de conjunto, na tentativa de compreender esse todo.

3.2.4 O Cuidado Transdimensional enquanto Prática Indeterminada

O Cuidado Transdimensional, enquanto prática indeterminada caracteriza-se pela imprevisibilidade e não-repetitividade dos encontros. Isso porque, no processo do cuidado, os acontecimentos são únicos, particulares e singulares, ficando de fora a estrutura rígida e

formal com a previsão dos resultados. Esse padrão implica a compreensão de que estamos sempre aprendendo, revisitando constantemente as nossas atitudes, aperfeiçoando, assim, o cuidado a cada momento, tal como faz o escultor em uma obra de arte. Tendo em vista que o cuidado se dá de forma coletiva, na qual os seres envolvidos participam ativamente desse processo, torna-se praticamente impossível prever como o ser se comportará diante das situações semelhantes já vivenciadas e, também, daquelas que são situações semelhantes a outros seres.

3.2.5 O Cuidado Transdimensional enquanto Prática Não-Espacial e Atemporal

O Cuidado Transdimensional, enquanto prática não-espacial e atemporal caracteriza-se pelo processo de cuidado poder ocorrer sem a utilização da presença física no espaço e no tempo dos seres envolvidos. Para tanto, necessita-se compreender que o processo de cuidar independe do espaço como fio condutor e do tempo enquanto movimento linear. No estudo com as cuidadoras de pessoas com Alzheimer, esse padrão será utilizado através da oração intercessória.

3.3 PADRÕES DE EXPRESSÃO ESTÉTICA DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL

O Cuidado Transdimensional de Silva (1997) apresenta padrões diferenciados de expressão estética. Esses padrões são entendidos como procedimentos de cuidado, os quais têm contribuído para a harmonização do ser, ampliando as possibilidades de autoconhecimento e autotransformação e, assim, favorecendo o processo de morte-renascimento. São eles: oração, meditação, toque terapêutico, musicoterapia, cromoterapia, mandala, radiônica, radiestesia e I ching. Foram selecionados os seguintes padrões neste estudo: oração, meditação, toque terapêutico, música. Acrescentaram-se, alguns padrões da PNL (Programação Neurolinguística), os quais têm contribuído para uma melhor qualidade do processo do cuidado.

Cabe destacar que, embora esses padrões de cuidado estejam apresentados de forma

individual, eles se inserem no processo de cuidado de forma inter-relacionado. Não é pretensão aprofundar essa apresentação, mas sim, dar uma idéia àqueles que ainda não entraram em contato com essas formas de expressão do cuidado.

3.3.1 Oração

A oração pode ser compreendida como uma forma de transformar ou ampliar uma determinada realidade. É um processo em que o ser humano se dirige a uma instância interior, dando possibilidades de autoconhecer-se, pela leitura de palavras escritas ou pelo simples fato de silenciar-se. É claro que esse silenciar é resultado de uma parceria com o Campo Universal. Esse momento de união pode resultar na obra mais sagrada: a capacidade de fazer pessoas novas para um mundo novo, um viver melhor. Quando se opta pela oração é porque se possui e acredita no amor e na sabedoria como fonte inspiradora e curadora de nossa realidade. Entende-se, que a oração pode ser realizada pela própria pessoa, em seu benefício, ou realizada por outra pessoa que peça a intercessão por ela. Neste estudo, optou-se pela prece intercessória. “A prece intercessória é, muitas vezes, chamada de prece a distância porque a pessoa por quem se intercede frequentemente está longe daquela que ora”. (DOSSEY, 2001, p. 209).

Dessa forma, concorda-se com Kroeger (2003) quando refere que:

O pensamento e as emoções do ser humano são energias padronizadas que habitam o corpo humano, atravessando campos de energia. Portanto, aquilo que o terapeuta pensa, ou melhor, sua intenção (oração para restabelecer o equilíbrio e/ou potencializar a autocura do outro) tem uma ação direta sobre aquele que resente no seu corpo a energia integradora circulante.

3.3.2 Meditação

A meditação é um recurso utilizado para a recuperação e manutenção da saúde, em uma perspectiva de integralidade do ser meio ambiente. Essa prática leva a um nível de relaxamento profundo. O que se tem observado na prática é a redução da tensão do dia-a-dia,

uma melhor compreensão de si, uma nova maneira de ver e compreender a vida, bem como as relações com o outro.

Pesquisas revelam os benefícios dessa prática no nosso dia-a-dia. O médico Bernie Siegel (1990), cirurgião e professor da Yale University, relata que a meditação produz uma normalização da pressão sanguínea, da frequência cardíaca e dos níveis de hormônios de estresse no sangue.

Segundo Silva (1997), a meditação proporciona a compreensão de si e da realidade, pois amplia a percepção e auxilia a expansão dos potenciais de amor e de sabedoria. Ela pode ser utilizada tanto para o profissional que cuida, quanto para quem é cuidado. Assim, essa forma de expressão de cuidado, adotada nesse estudo, atuará sobre estas duas facetas: enfermeira/pesquisadora e familiar/cuidadora.

3.3.3 Toque terapêutico

O toque terapêutico pode ser traduzido como uma exploração para o ato de curar-se. Ele se concretiza através da imposição das mãos do curador em determinadas regiões do corpo da pessoa. É uma prática que possibilita modelar, reequilibrar ou unificar o campo de energia da pessoa para que o seu corpo possa funcionar na sua totalidade.

“O toque terapêutico é uma interpretação contemporânea de diversas práticas antigas de cura, e, portanto, sua origem é transcultural”. (KRIEGER, 1997, p.57-58). Esse termo foi designado por Krieger, enfermeira, após ter sido treinada por Dora Kunz e conseguido, através da imposição das mãos, diversos resultados positivos na cura de várias pessoas, comprovadas em estudos realizados. Dessa forma, introduziu o toque terapêutico como disciplina na Universidade de Nova York, no curso de Enfermagem.

Para desempenhar a função de um curador, não basta apenas habilidade técnica, mas ser um mestre de si mesmo. Para tanto, faz-se necessária à centralização na pessoa, ou seja, nesse momento ficamos quietos para escutar uma outra linguagem. Isso não significa um estado de transe, de inconsciência, mas um estado de plena consciência, em que o centro de energia vital acumula forças e integra-se em uma unidade com a totalidade do campo da pessoa a ser curada.

3.3.4 Música

A música vem sendo utilizada como um método terapêutico desde a antiguidade. Um dos primeiros registros encontrados sobre o uso deste recurso terapêutico foi na obra de filósofos gregos pré-socráticos. A música é um recurso sonoro que proporciona ao ser entrar em sintonia com as suas potencialidades, aguçando o lado sensível. A ciência já provou que a música tem exercido influência na cura/ou bem-estar, produzindo efeitos biológicos favoráveis. (SILVA, 1997; HAY, 1984; SIEGEL, 1989; RAMIN, 2002; SILVA, 1993).

Dentro da expressão estética do Cuidado Transdimensional de Silva (1997), a música é utilizada associando os setes chackras, os instrumentos e o estilo musical, obtendo, assim, como resultado uma melhor interação entre o ser e o meio, reduzindo o sentimento de solidão pela harmonia, paz e bem-estar proporcionados.

3.3.5 Postulados da Programação Neurolinguística

A Programação Neurolinguística (PNL), como ciência aplicada, é o estudo da comunicação compreensiva e útil que produz mudanças positivas e resultados pessoais. É uma ciência que estuda a estrutura da experiência subjetiva. É a tentativa de descobrir como uma pessoa organiza a realidade interna, esta experiência subjetiva que não é a realidade em si, mas apenas um mapa da mesma. (BANDLER; GRINDER, 1982).

Nesse sentido, a PNL é um modelo sobre como funciona a mente, como a linguagem influi nela e como podemos utilizar esse conhecimento na otimização de nossos programas internos. A PNL está conectada aos novos paradigmas científicos decorrentes das modernas descobertas da Física Quântica-Relativista, aceitando a pluralidade de modelos, afirmando que nossa concepção de mundo é fragmentada, pois as informações que chegam à nossa mente são distorcidas, generalizadas e, muitas vezes, omitidas pelos filtros perceptivos: neurológicos, sociológicos e individuais.

Assim, temos uma visão de fragmentos da realidade que se traduz em Representação da Realidade, a nossa, e é com ela que pensamos, sentimos, discutimos e agimos. É com ela que nos comunicamos. Representa a totalidade das aprendizagens que temos desde o

nascimento através da cultura, da educação formal e informal e das vivências pessoais. É a nossa história captada e registrada pelo cérebro. (BUENO, 2006; GHIORZI, 2004).

Dessa forma, a PNL é baseada num paradigma holístico, integrador e que não pode ser compreendida somente como um conjunto de técnicas. A PNL é, sobretudo, uma nova atitude, um novo modo de ver, de escutar e de estar no mundo. Um compromisso com a evolução do ser humano, com a crença de que é possível influenciar os fatos da vida quotidiana, sobretudo os desagradáveis, de forma sutil, tornando os seres humanos melhores e mais felizes. (BANDLER; GRINDER, 1982).

3.3.5.1 Técnicas propostas pela PNL

As técnicas propostas pela PNL são: modelagem, *rapport*, ancoragem, metamodelo, hipnose e a criação de objetivos, cujas definições descritas a seguir foram retiradas de Bueno. (2006, p. 37-158).

Modelagem: essa técnica permite que o profissional observe o que a pessoa faz fisiológica e mentalmente em termos de pensamentos, sentimentos, comportamentos e estados, na tentativa de descobrir o encadeamento da estratégia que a pessoa utiliza.

Rapport: significa a sintonia que se estabelece quando duas pessoas estão se relacionando, produzindo um estado de afinidade com o outro, estabelecendo vínculo. Essa sintonia acontece quando direcionamos a atenção ao outro, através do afeto, da linguagem e da postura corporal.

Ancoragem: âncora é uma informação instalada sensorialmente em forma de memória, possibilitando o desencadear de uma associação entre um estado e um estímulo. Essa informação tem a capacidade de desencadear um Estado Interno na pessoa, a partir da associação de um Estado Anterior (calma) a um Estímulo (música suave, barulho de água, incenso). Dessa forma, possibilita-nos enriquecer experiências presentes, passadas e/ou futuras, pois pode-se acessar estados que nos levem a recursos adequados para uma determinada situação.

Metamodelo: é um instrumento linguístico utilizado para detectar erros gerados pelos filtros universais: distorções, generalizações e omissões na informação. Através desse instrumento, reconhece-se parte do modelo da outra pessoa, ou seja, através do modelo linguístico encontra-se o reflexo do funcionamento cerebral. Utiliza-se essa técnica para expandir e enriquecer o modelo de mundo da pessoa, que muitas vezes está empobrecido por

erros nos filtros universais.

Hipnose: é um instrumento utilizado para amplificar as respostas mais intensas das pessoas, ou seja, fazer com que as pessoas entrem em estados alterados de consciência, permitindo que a pessoa entre em contato com recursos (experiências) que estão gravados no modelo de mundo, sob a administração da mente inconsciente. Conscientemente, consegue-se distrair a mente.

Criando objetivos: é uma peça fundamental na elaboração de uma boa estratégia. O primeiro passo é identificar o estado desejado (aonde quer chegar) e depois reunir informações sobre o estado atual (aonde ele está) para, então, determinar as habilidades e os recursos necessários para atingir o estado desejado. Dessa forma, é um recurso da PNL que permite às pessoas saberem o que querem e aonde querem chegar, além de possibilitar uma direção de negociação no seu processo de viver e também no processo terapêutico.

3.4 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Com a finalidade de nortear este estudo, selecionaram-se os **pressupostos** filosóficos do Cuidado Transdimensional, de acordo com Silva (1997):

- Cuidado transdimensional emerge como um processo facilitador do processo de morte-renascimento, buscando expandir as capacidades inerentes aos seres para entrarem em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria e serem seus próprios cuidadores neste processo (p. 27);

- Cuidado Transdimensional extrapola o processo saúde /doença e tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, de qualidade de vida no planeta (p. 37);

- Cuidado Transdimensional prioriza também o desenvolvimento das capacidades intuitivas, criativas e imaginativas e, portanto, artísticas do ser desde a infância, como forma imprescindível de ser e de viver. Neste sentido, a intuição constitui-se em um fenômeno de qualidade criativa e de síntese, imprescindível na prática (p. 80);

- Cuidado Transdimensional privilegia o centro espiritual do ser, com vistas a novos padrões de expressão da consciência e de interação com os outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo (p. 80);

- Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades dos seres

cuidadores, que extrapolam as capacidades intelectuais/racionais como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multisensoriais de percepção (p. 81);

- Cuidado Transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir-pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construída a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, sem perder de vista a realidade transdimensional (p. 81).

Aos pressupostos selecionados de Silva (1997), acrescentam-se outros considerados importantes como ponto de partida para esse estudo.

- O sofrimento, a tensão e a sobrecarga do dia-a-dia das pessoas cuidadoras de idosos com DA levam a quadros de ansiedade, a sentimentos de desesperança, de raiva, gerando uma desarmonia energética;

- A pessoa cuidadora de idosos com DA tem dificuldade em compreender a necessidade de preservação e promoção de um viver saudável e de que não pode assumir o cuidado da pessoa doente sozinha;

- Cuidar de uma pessoa idosa com DA resulta em estresse, prejudicando a qualidade de vida de quem cuida;

- Cuidar da pessoa de forma integral requer o engajamento das pessoas envolvidas no processo, no autoconhecimento e autotransformação, requisitos estes necessários a um viver feliz e saudável;

- Na medida em que a pessoa que cuida adquire compreensão do seu próprio ser e dos propósitos que a levam a cuidar do idoso com DA, o cuidado adquire um nível de qualidade superior;

- Os padrões de estética do Cuidado Transdimensional, adotados nesse estudo, podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida e para um viver mais saudável das pessoas cuidadoras de idosos com DA.

4 METODOLOGIA

Deus quer nos socorrer em todas as nossas necessidades e quer atender aos nossos pedidos, ma dá prioridade ao que é essencial, ao que pode garantir a nossa salvacao; só depois vem o restante
(Marcio Mendes).

Esse estudo foi desenvolvido com base no método de pesquisa convergente assistencial. A pesquisa convergente assistencial (PCA) é definida, por Trentini e Paim (2004, p. 26), como “aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar solução para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social”. Fazer uso dessa abordagem qualitativa implica em valorizar o estar face a face com o outro: tudo o que é da ordem do sensível (emoções, sentimentos, sensações, afetos); e as linguagens verbal e não-verbal (expressão das emoções através do corpo e do seu movimento).

Toda pesquisa que busca compreender as pluralidades da vida, e da pessoa e, ao mesmo tempo, as suas singularidades, exige uma leitura plural de seu objeto de estudo sob diferentes ângulos, sem justapor fragmentos de saberes, mas complementando-os de forma coerente e rigorosa, intelectual e cientificamente, durante a análise do objeto em estudo. Pensando assim, adotou-se O Cuidado Transdimensional de Silva (1997) e acrescentaram-se aos padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional os postulados e técnicas da Programação Neurolinguística (PNL) com vistas a construir com o ser cuidador um viver mais saudável.

Nesse processo de cuidar, existe a necessidade de buscar a compreensão desse ser em interação para não haver julgamentos e auxiliá-lo nas suas necessidades. Quando a confiança entre pesquisador/cuidador e cliente/familiar cuidador é instalada, todos podem exercer a sua capacidade de manutenção da harmonia entre o que a pessoa é e o que ela parece ser. Assim, diante desse ser plural, integral, portanto imprevisível, o levantamento dos problemas pode ser mais completo, porque engloba o imaginário das pessoas e as propostas terapêuticas mais adequadas, uma vez que se aproximam da essencialidade do ser humano.

Nesse tipo de pesquisa convergente-assistencial, onde a operacionalização do cuidado se faz no sentido de responder à questão da pesquisa, o cuidar passa a ser o meio para obtenção das informações necessárias à indagação inicial do pesquisador/cuidador.

4.1 O CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi conduzida no consultório da enfermeira/pesquisadora de outubro a junho de 2008. Para compor esse estudo, foram convidadas, cinco (5) cuidadoras, participantes do Grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer, Campus Araranguá. Sendo que, durante a disciplina de Prática Assistencial deste Programa de Mestrado, cuidou-se de duas cuidadoras nos meses de outubro e novembro de 2007.

O Grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer foi criado, considerando a necessidade de apoio ao ser cuidado, como núcleo de extensão da UNISUL – Campus Araranguá. O grupo está intimamente ligado à Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), que é uma entidade sem fins lucrativos atuante na área da educação e conscientização dessa doença, sendo formada por familiares de pessoas com Alzheimer e profissionais de diversas áreas que atuam voluntariamente. O grupo é mediado por alguns professores do Curso de Enfermagem e articulado ao Projeto de extensão com o mesmo nome do Departamento de Enfermagem da UFSC, que já existe há doze anos.

O Grupo de Ajuda Mútua (GAM) dos Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer surgiu em Araranguá-SC em março de 2004 estimulado pela iniciativa de prof^a Angela Maria Alvarez (UFSC/NFR) em formar uma rede de Sub-Regionais da Associação Brasileira de Alzheimer em Santa Catarina. O GAM tem por objetivo a troca de experiências e vivências que aliada à solidariedade, facilita o convívio, a ajuda e a aprendizagem no enfrentamento diário do cuidado de pessoa com Doença de Alzheimer. Tal grupo, ao funcionar de modo contínuo e crescente, constitui-se em base para integrar-se à Rede Estadual de Apoio à Família Cuidadora de Idoso Portador da Doença de Alzheimer.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para compor esse estudo, foram convidadas, cinco (5) cuidadoras, participantes do Grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer, Campus Araranguá. Uma delas não pôde participar por ser a cuidadora principal, não tendo

assim como deixar a sua mãe com Alzheimer sozinha, já que outra cuidadora havia desistido. Assim, a pesquisa envolveu quatro (4) cuidadoras participantes do Grupo de Ajuda Mútua.

4.3 CUIDADOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS

Em relação aos aspectos éticos, todas as etapas desse estudo obedeceram às determinações da Resolução do CNS, 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e no Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (1993), conforme consta nos princípios básicos da bioética: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia para investigação. Assim, esta pesquisa foi realizada no Consultório da enfermeira/pesquisadora no Município de Araranguá-SC, onde foram respeitados, em todos os momentos do cuidar, os preceitos éticos da pesquisa com o Ser Humano. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer n. 312/07 de 29 de outubro de 2007. A partir da aprovação, ao entrar em contato com as participantes da pesquisa, na primeira consulta, forneceram-se informações sobre o estudo em si, em todos os seus passos e solicitou-se a concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1). Nesse momento, também foi verificada a disponibilidade de participação de um encontro semanal, com duração de 90 a 120 minutos, durante oito semanas consecutivas, sendo estas agendadas conforme a disponibilidade das cuidadoras, tendo-se o cuidado de não marcar mais que uma consulta no mesmo dia para que os dados fossem transcritos com fidelidade, sem interferências.

Apresenta-se, a seguir, breve caracterização das personagens do estudo: as cuidadoras de idosos com DA.

4.4 CONHECENDO AS PARTICIPANTES DESSE ESTUDO

O processo de cuidado transdimensional através da consulta de enfermagem, foi desenvolvido com (4) quatro mulheres com idade entre 44 e 68 anos, sendo duas solteiras, uma casada e uma divorciada a qual atualmente, convive com um novo companheiro. Dentre essas, duas são cuidadoras principais e moram junto com o idoso cuidado e, duas são

cuidadoras secundárias - uma cuida todos os finais de semana e, a outra, tem um cuidado a distância, ou seja, passa as informações sobre o cuidado para a sua sobrinha por telefone, em função de residir longe da pessoa cuidada.

4.5. PROCEDIMENTOS DO DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL: A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Alicerçada de muita vontade de desenvolver um trabalho de qualidade com pessoas das quais tinha uma convivência através do Grupo de Ajuda Mútua e, que, necessitavam ser cuidadas, passou-se, então, a buscar maneiras de cuidar dessas cuidadoras na intenção de um viver mais saudável. Contudo, não foi tarefa fácil, decidir o caminho a seguir, pois o referencial teórico escolhido oportunizava inovar e romper com uma prática autoritária e permeada de controles. Durante essa busca, com o conhecimento dos estudos desenvolvidos com a teoria do cuidado transdimensional de Silva (1997), pôde-se perceber que esse cuidar poderia ser tanto em nível individual como grupal. Nesse momento, com muitas possibilidades de cuidar nesse contexto transdimensional, optou-se por desenvolver com as cuidadoras de idosos com doença de Alzheimer, a Consulta de Enfermagem. Esta é um processo independente, dinâmico, realizado pelo enfermeiro, que tem por objetivo o desenvolvimento do processo de cuidado. Assim, a ação do enfermeiro junto à pessoa que necessita de cuidados deve propiciar condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa em interação, de acordo com a sua compreensão sobre viver saudável e qualidade de vida. Para tal, a atitude empática é indispensável.

A consulta de enfermagem utilizada neste estudo constitui-se em uma perspectiva de integração e de transdimensionalidade do ser e do seu meio, ultrapassando o processo saúde-doença, tendo como prioridade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão. Nesse contexto, a consulta de enfermagem utilizou um caminho com movimento dinâmico e criativo, que se expressa no diálogo entre a razão e a intuição, entre o objetivo e o subjetivo através da convergência entre arte, ciência e espiritualidade. Percebe-se, então, uma dinamicidade nesse processo de cuidar, proposto por Silva (1997), com a utilização dos padrões de expressão estética, que estão interligados e interdependentes. Assim, o que vemos não são fases estanques (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), mas sim, interligadas em todo o processo de cuidar.

Nesse estudo, para que ocorresse concretamente a interação entre enfermeiro e cliente, foi necessário o desenvolvimento da habilidade refinada da comunicação, para o exercício da escuta, da observação e da ação dialógica. Nela, além do conhecimento técnico e científico, sentimentos como amor e solidariedade, a capacidade de expressão intuitiva e a sensibilidade aguçada, devem estar entrelaçados de forma complementar e irreduzível.

A consulta de enfermagem foi desenvolvida com base no processo do Cuidado Transdimensional, o qual constou de três etapas intimamente relacionadas. Como referido anteriormente, esse processo de cuidar foi desenvolvido com quatro cuidadoras de idosos, durante dois meses de interação terapêutica, totalizando oito encontros para cada uma delas. Lembra-se que essa organização tem um caráter didático, visto que as ações de cuidar e pesquisar aconteceram de uma forma dinâmica e harmoniosa, facilitando o processo morte-renascimento. Nesse item, descreve-se como ocorreu o processo investigativo, com as etapas do processo cuidativo com as cuidadoras de idosos com DA, como estratégia de coletar dados para este estudo e responder ao questionamento inicial: Como o processo de Cuidado Transdimensional desenvolvido com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer pode contribuir para um viver mais saudável?

4.6 AS ETAPAS DO PROCESSO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL

4.6.1 Primeira etapa

a) Preparando para cuidar

Para cuidar transdimensionalmente, em primeiro lugar é preciso que o profissional se centralize. Isso significa dizer centralizar a sua própria consciência, investigar-se, voltar-se para dentro de si mesmo e explorar seus níveis mais profundos de consciência, de compreensão de mundo e de intencionalidade desse cuidado. Com essa centralização, o profissional adquire habilidades essenciais para seu autoconhecimento e para separar o que é seu, da sua representação de mundo, no qual se insere a pessoa a ser cuidada. (KRIEGER, 1997). Harmonização pessoal e ambiental é vital para que se crie um clima propício ao bom desenvolvimento do processo de cuidado. Isso pode ser viabilizado através da meditação e da

oração, alimentada por pensamentos otimistas e pela intenção de fazer o melhor para facilitar o viver saudável da pessoa a ser cuidada. A vibração de uma mente em estado de meditação ou oração impregna o ambiente de energia positiva, a qual pode ser percebida pela pessoa a ser cuidada. Mesmo que esta esteja com uma energia dissonante, a tendência é a de relaxar e acalmar-se quando adentra do ambiente. Contudo, se o seu padrão dissonante for muito acentuado, ela poderá não se sentir confortável no ambiente e sentir desejo de sair dele.

b) O acolhimento

A pessoa cuidadora participante desse estudo era recepcionada pela enfermeira na sala de espera do consultório com um forte abraço e um sorriso, olhando-a nos olhos manifestando, através da linguagem corporal, a felicidade de recebê-la e, depois, convidava-a a entrar. Nesse primeiro contato, observava-se atentamente como estava a cuidadora e, se fosse oportuno já eram tecidos comentários sobre as impressões de sua aparência e do seu estado geral nesse dia. Questionava-se nesse momento, como ela estava se sentindo e como tinha sido a sua semana. Iniciava-se, então, um diálogo participativo e reflexivo acerca do desenvolvimento do cuidado transdimensional. Nesse local, o ambiente era harmonizado com música suave, incenso, fonte de água, luminosidade adequada, privacidade, paredes em tom de azul celeste, poltronas confortáveis. O preparo do ambiente nada mais é do que uma ancoragem sensorial para que a pessoa a ser cuidada iniciasse o seu processo evocativo de memórias agradáveis de tranquilidade, instalando um estado interno de bem-estar.

4.6.2 Segunda etapa

a) Colhendo os dados

O período de coleta de dados aconteceu entre outubro e novembro de 2007 durante a disciplina Prática Assistencial, com duas cuidadoras participantes do Grupo de Ajuda Mútua e também nos meses de maio e junho de 2008 com mais duas cuidadoras, perfazendo um total de dois meses de interação terapêutica, totalizando quatro participantes. Para a obtenção de dados da cuidadora que facilitou o desencadeamento de um cuidado adequado a ela, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 2).

Tem-se conhecimento de que uma das principais características da pesquisa

convergente-assistencial é a articulação da teoria com a prática, ou seja, o pensar e o fazer estão intimamente interligados. (TRENTINI, 2004). Dessa forma, os métodos utilizados para a coleta das informações devem ser condizentes com tal característica. Assim, na entrevista, evidenciou-se a interação da cuidadora com a pessoa idosa, a percepção de si, o seu estilo de vida, os seus sentimentos e emoções, e a sua forma de enfrentamento dessa realidade. Além disso, era praticada a escuta e a observação sensível de toda a comunicação não-verbal durante o diálogo, o que permitiu estabelecer um estado de confiança da parte da cuidadora em relação à entrevistadora e um cuidado adequado às suas necessidades.

Eram utilizadas, durante as consultas, para a **coleta de dados**, duas ferramentas da Programação Neurolinguística (PNL): a modelagem e o rapport. Durante o processo de modelagem, observava-se com muita atenção o que a pessoa fazia fisiologicamente (emoções e comportamentos) e mentalmente (sentimentos e estado interno) ao viver a sua experiência, nesse caso específico, a de ser cuidadora de pessoa idosa com Alzheimer. Assim, identificava o encadeamento de sua estratégia mental para determinada situação. Nesse contexto, se os resultados obtidos dessa experiência não eram favoráveis, procurava ajudá-la, no sentido de fazê-la compreender a importância de modificar o encadeamento dos pensamentos e/ou comportamentos.

Utilizava o rapport como uma forma de estabelecer vínculo e sintonia com a cuidadora. Esse processo se fez através da atenção, do afeto, da compreensão, do amor e da linguagem corporal. Exemplo: o espelhamento direto (copiar os mesmos movimentos que a cuidadora faz) e o espelhamento cruzado (utilizar partes diferentes do nosso corpo para espelhar a outra pessoa, ou seja, se ela cruza as pernas o terapeuta cruza os braços, produzindo assim, um estado de afinidade, de confiança, de ser escutada e de ser compreendida). Também colheram-se dados através da escuta e da observação sensível. Para tanto, precisou-se escutar o não-dito, perceber os seus valores, crenças e medos silenciados através da linguagem corporal.

O Toque Terapêutico se traduziu em um instrumento de identificação do campo energético das pessoas que estavam sob cuidados. Ele se concretizou através da imposição das mãos em determinadas regiões do corpo da pessoa cuidada. É uma prática que possibilita modelar, reequilibrar ou unificar o campo de energia da pessoa, para que o seu corpo possa funcionar na sua totalidade.

b) Analisando os dados

Para cuidar transdimensionalmente, o(a) profissional necessita compreender e avaliar

se o cuidado a ser desenvolvido junto à pessoa a ser cuidada deve ser mais energético ou mais biológico. Para tanto, necessita estar constantemente avaliando os dados obtidos em cada encontro, pois, apesar de formalizar o modo de cuidar, esse cuidado não se faz de maneira impositiva e nem determinada. Cada encontro é singular e único.

4.6.3 Terceira etapa

Cuidando

Para cuidar do outro na abordagem do cuidado transdimensional é necessário que o profissional tenha clareza da importância do cuidado consigo mesmo. Quando se cuida do Ser diante de nós, está-se num processo dinâmico, que exige de nós estar presentes em cada ação, com reflexões diárias direcionando o nosso agir. E isso se dá no morrer e no renascer a cada dia. Por isso, quando se cuida do outro nessa abordagem paradigmática, cuidamos de nós mesmos. Para tanto, quando optou-se pela aplicação de uma teoria com enfoque transformador, tinha-se a consciência de que os resultados do cuidado desenvolvido com as cuidadoras não dependeriam somente delas, mas, sobretudo, da habilidade do pesquisador de construir, juntamente com essa cuidadora, esse processo de cuidar. Dessa forma, nessa etapa do cuidado, apresenta-se de forma clara e sucinta o cuidado que o profissional tem consigo mesmo e o cuidado com a cuidadora nesse estudo.

a) Cuidando da Profissional/Enfermeira

Cuidar do outro com sucesso, no cuidado transdimensional, implica que o profissional cuide de si e mantenha-se em harmonia. Esse fato se deve ao conhecimento de que pessoas desarmonizadas provocam inquietações, mal-estares enquanto as harmonizadas permitem que o outro se sinta bem, em paz e com tranquilidade. Dentro dessa preocupação, Radunz (1999) confirma que se o enfermeiro não dispõe de mecanismos para superar as exigências que a profissão nos impõe (medos, incertezas, angústias, perdas), corre-se o risco de sofrer desgaste, podendo entrar em burnout, comprometendo assim, o cuidado por ele realizado.

Nesse sentido, o profissional deve cuidar diariamente da espiritualidade, investindo na capacidade de amar e de ser solidário; de respeitar a vida em suas mais variadas formas de

expressão. Deve procurar, também, estar sempre conectado com a Fonte Cósmica de Energia, através da centralização da consciência, ou seja, ficar em silêncio e dirigir a atenção para a área do coração onde se pode sentir e perceber tudo aquilo que eu necessito retirar ou renovar para que tenha paz interior. Esse exercício deve ser diário, para que se tenha consciência de morrer e renascer a cada dia, não deixando mágoas, ressentimentos, preocupações, desânimo, tristeza e desmotivação tomarem conta de si. Enquanto cuidadora/enfermeira pratica-se, todos os dias pela manhã, antes de iniciar o trabalho no consultório, meditação, exercícios de respiração e orações de louvor e de agradecimento à Fonte Universal, pela vida e pelo dia que se inicia e pelas pessoas que necessitam de ajuda. Além disso, faz-se caminhada de uma hora, todos os dias, no final da tarde.

b) Cuidando da Cuidadora da Pessoa Idosa

O cuidado inicia já na recepção do consultório da enfermeira, quando a cuidadora é acolhida com um carinho especial e num ambiente harmonioso. Então, nesse momento, acontece o diálogo reflexivo e participativo com vistas a desenvolver uma consciência crítica de sua realidade e de sua capacidade interior. Assim, o cuidado avança no sentido de obter dados e cuidar simultaneamente. O toque terapêutico possibilita, além da avaliação energética da pessoa que precisa ser cuidada, a harmonização dos seus centros de consciência. Para Krieger, 1997, centralizar a consciência, significa dizer que quando se fica quieto, escuta-se uma outra linguagem, pois a nossa atenção vai para a região do coração e aí encontra-se, o centro da paz com uma sensação de profunda serenidade, sendo que, através dessa experiência, pode-se constatar o quanto se está ligado ao universo e a nós mesmos. Sabe-se que o corpo emite sinais o tempo todo, porém não se tem o hábito de prestar atenção nos sinais que ele emite e, então, esse corpo sofre. Dessa forma, através do cuidado transdimensional às cuidadoras, foi possível, fazer com que elas prestassem mais atenção em si mesmas. “ No toque terapêutico, o terapeuta ajuda o paciente a redescobrir o seu centro”. (KRIEGER, 1997, p. 154). Para que o reequilíbrio ou reestruturação da energia vital aconteça, depende da intencionalidade do terapeuta. Nesse contexto, a intencionalidade, ou seja, a vontade de agir para obter determinados resultados de bem-estar ao paciente pode levar a mudanças significativas no paciente por assegurar que o reequilíbrio acontecerá por uma ação refletida e consciente do terapeuta.

Dando continuidade ao processo de cuidar, estando a cuidadora deitada na maca, em decúbito dorsal, com um tapa-olho para proporcionar-lhe melhor relaxamento, coberta por um lençol ou cobertor, conforme a necessidade do clima, iniciavam-se os exercícios de respiração

abdominal profunda. Após esse momento, era praticada a avaliação energética, através das mãos do profissional, usando assim a sua sensibilidade, o seu SENTIR dos chakras, assumindo formas variadas: bloqueio no fluxo de energia, temperatura quente ou fria, sensações de formigamento. No toque terapêutico, o sentir com as próprias mãos a energia vital do paciente pode ser melhor compreendida pela analogia que Krieger nos ensina.

No toque terapêutico, a arte de “ouvir”- um estado extremamente concentrado e delicado em que o curador se torna aguçadamente sensível aos sinais ou sugestões que derivam de padrões sutis nos fluxos de energia vital do paciente – esta implícita no estágio do processo de toque terapêutico conhecido como “avaliação”. Esse ato de “escuta”, naturalmente provém da experiência do contínuo estado de centralização da consciência. Esses sinais percebidos podem ser considerados como analogias do verdadeiro estado de coisas no campo de energia vital do paciente, assim como, a lição dos sinos. Pegamos um par de sinos de ressonância do tipo dos tibetanos: as duas seções deste sino tem uma diferença de afinação de um semitom: quando as duas se tocam, uma está no tom de mi e a outra, no de mi bemol. Elas produzem um nítido tom de ressonância, e o retinir dos sinos repercute em ondas, despertando cada som secundário uma reação única no ouvinte. A atitude de ouvir com atenção que você assume quando a ressonância diminui e, por fim, desaparece gradualmente, enquanto você se esforça para ouvir cada bela nota final, é de uma maneira análoga, muito semelhante ao sensível, mas vigilante estado de “escuta” assumindo quando um terapeuta, durante o toque terapêutico, começa a avaliar sutis desequilíbrios no campo de energia vital do paciente. (KRIEGER, 1997, p. 49-50)

Ainda segundo Krieger (1997), os chakras são centros de consciência que atuam como transformadores, ou seja, convertem a energia sutil (formigamento, calor, frio) em reflexos do comportamento humano. Daí a importância, de conhecer e perceber os distúrbios ou obstruções que alteram os padrões normais do fluxo de energia evitando ou corrigindo a perda da vitalidade e da má saúde. Há vários chakras, todavia a autora cita apenas sete posições no nível de campo de energia vital, por serem eles a configuração do corpo físico nos estados de saúde e de doença. Esses chakras se referem às posições: no topo da cabeça (recobrando a glândula pituitária no cérebro), da garganta (na junção do cérebro com a medula espinhal), na região do coração, no plexo solar (três dedos acima do umbigo), chakra do baço (três dedos abaixo do umbigo) e na base da coluna, encontramos o chakra da raiz. Todos eles se relacionam tanto com o sistema nervoso central quanto com os nervos cranianos.

Dessa forma, dependendo da necessidade de cada cuidadora, mandava-se energia, puxava-se, alisava-se, movia-se a energia estagnada, mandava-se energia com calor ou frio. Esses movimentos de energia, ou seja, o reequilíbrio do campo energético é orientado por

uma decidida intencionalidade do profissional para aumentar ou diminuir a intensidade do estado energético. Lembrando que a energia utilizada é a energia cósmica. Finalizando esse processo na posição dorsal, solicita-se à cuidadora que fique na posição ventral. Coloca-se uma outra música com barulho de pássaros, ou de mar, ou de água corrente e, então, realiza-se uma massagem na região posterior do tórax. Após, solicita-se que fique novamente na posição dorsal e que inicie com exercícios respiratórios abdominais profundos, mas soltando lentamente o ar, fazendo com que ela perceba as sensações do seu corpo, como estão os seus pensamentos, os seus sentimentos, tomando consciência do som emitido pela água da fonte, do som da música suave, da harmonia e energia do local, conduzindo para um acordar tranquilo. Porém, antes de despertá-la, conduz-se a um transe hipnótico, baseado nas suas preferências, ou seja, o que a faz sentir bem, conduzindo-a assim para um passeio na praia, no jardim, na areia.... amplificando as suas experiências de vida positiva. Como abordado anteriormente, esse é um transe hipnótico consciente, tendo como recurso a voz, o cuidado e a habilidade de criar uma seqüência natural na história contada.

Então, já com o tapa –olho retirado e estando ao lado da maca, perguntava-lhe como se sentia, e, quais eram os pensamentos e sensações que experienciou durante a terapia e como ela se percebia nesse momento. Convidava-a a sentar-se novamente na poltrona e, então, ocorria o compartilhar das percepções do profissional e as dela: o que um e outro sentiam durante a imposição das mãos, durante a hipnose. Refletia-se sobre as informações e as percepções e fazia-se um planejamento das ações de cuidado de enfermagem. Esse planejamento foi desenvolvido, em conjunto, e em um clima de harmonia.

Outro recurso proposto pela PNL para o cuidado é o de criação de objetivos. Solicita-se à cuidadora que estabeleça seus objetivos de vida para ser realizado em sua casa. Na próxima consulta, profissional e cuidadora fazia uma leitura, avaliando se todos estavam de maneira positiva e afirmativa, se ele estava sendo ecológico (estudo das conseqüências/efeitos de mudança na sua vida), proporcionando, assim, voltar a sonhar, a pensar sobre o que queriam para as suas vidas, o que desejavam, enfim, estarem focadas com o caminho a seguirem.

A meditação também é ensinada à cuidadora na consulta, como recurso útil para aliviar suas tensões, quando se manifestassem sinais de cansaço e dificuldades para desligar dos seus problemas. A oração ou a prece intercessória é feita pelo profissional todos os dias no mesmo local, independente das necessidades ou crenças das cuidadoras, pois considera-se a oração um ato de amor e solidariedade pelo sujeito cuidado/pesquisado, assim como a importância desse ato na contribuição de seu viver mais saudável.

A duração de cada consulta estava prevista entre 90 a 120 minutos, de acordo com as necessidades das pessoas. Porém as cuidadoras demonstravam necessidade de permanecer mais tempo nesse ambiente acolhedor. No total, foram programadas oito (08) consultas, realizadas semanalmente com horários marcados previamente de acordo com a disponibilidade de cada cuidadora.

A partir do momento em que finalizava o desenvolvimento dos padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional junto com a pessoa cuidadora de idosos, um planejamento de cuidados era traçado interagindo-o mutuamente. Destaca-se aqui a discussão do estilo de vida da cuidadora e do investimento na promoção da saúde, em que, além das necessidades individuais de cada cuidadora, incluía aspectos da educação em saúde para um viver mais saudável, relacionadas à importância de uma alimentação saudável e da água no nosso organismo, sono e repouso, prática regular de atividades físicas, dentre outros aspectos.

Além disso, eram avaliadas as dores e os sinais de desequilíbrio energético, ensinando-lhes e refletindo sobre a importância de acalmar a mente e o espírito com rituais de meditação e conexão com o nosso Eu Superior. Estimulava-se a livre expressão das emoções e dos sentimentos compartilhados e refletia-se acerca do seu comportamento, das suas atitudes, dos seus pensamentos frente à atual realidade, no intuito de ajudá-la a compreender os resultados que ela vem tendo em sua vida: desgastes emocionais desânimo, cansaço, dores. Refletia sobre a necessidade de buscar novos caminhos para um viver equilibrado e em harmonia e da importância de realizar retiradas (saídas) de tempos em tempos do ambiente em que convive com a pessoa idosa.

c) Reavaliando o Cuidado desenvolvido

Antes de cada consulta eram revisadas as anotações de dados, os cuidados desenvolvidos, as impressões e interrogações e resultado de conquistas. Com base nesses dados, a cada encontro era observado atentamente como a participante do estudo se apresentava: tom de voz, a expressão do olhar, os gestos, os sentimentos, os pensamentos o comportamento e as necessidades, comparando-os com os apresentados no último encontro. Assim, a atenção desenvolvida tornava-se autêntica e singular ao atender as necessidades do momento, interligando-a aos demais cuidados em desenvolvimento.

4.7 REGISTRO DOS DADOS

Na pesquisa convergente-assistencial, a qual envolve a pesquisa e a assistência, torna-se difícil e até impossível registrar todas as informações do cuidado desenvolvido. Nesse sentido, para o registro das informações utilizou-se, além do gravador para registrar as Consultas de Enfermagem, um Diário de Campo para os registros da enfermeira sobre a escuta e a observação sensível. Após cada consulta de enfermagem, foram feitas as transcrições na ficha de cada cuidadora: **da entrevista** (preservando a identidade dos participantes), **das notas de observação** (tom de voz, expressão do olhar, gestos), **das notas teóricas** (que constituem minhas reflexões, do cuidado prestado e do referencial teórico adotado), **das notas metodológicas** (revisar os métodos empregados na consulta), **das notas de cuidado** (a forma de cuidado prestado em cada consulta) e, por último, as **impressões do profissional**, os receios, suas dúvidas, suas angústias e também suas conquistas.

4.8 PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Qualitativamente, os dados foram tratados através da proposta da Modalidade Convergente-Assistencial de Trentini e Paim (1999; 2004). De acordo com essas autoras, a análise de informações colhidas durante a Consulta de Enfermagem deverá ocorrer simultaneamente com a coleta de dados. Assim, o pesquisador não correrá o risco de encontrar falhas no processo de cuidado no término da pesquisa, das quais não possam ser modificadas. Essa recomendação foi adotada como premissa nesse estudo, para que pudéssemos avançar no cuidado desenvolvido com as cuidadoras, por permitir adentrar nas informações obtidas, refletir, e poder avaliar o que necessitaria ser modificado no cuidado desenvolvido, no sentido de obter-se resultados favoráveis às cuidadoras, na busca de um viver mais saudável. Mesmo com esse cuidado, tornou-se uma das etapas mais complexas da PCA, pela diversidade de dados coletados. Segundo Boyd (*apud* TRENTINI; PAIM, 1999, p. 102) “na pesquisa convergente-assistencial, entende-se que a situação em estudo não se mantém estável durante o período do estudo; nesse caso, o pesquisador intervém, a pesquisa

por si intervém [...]”. Nesta compreensão, o cuidado sempre foi praticado, mesmo que o enfoque da pesquisa seja entender ou descrever a experiência dos participantes.

Assim, para o sucesso desse estudo, procurou-se inteirar das etapas para análise dos dados da PCA sugeridos por Trentini e Paim (1999, p. 102), que são: “ apreensão, síntese, teorização e recontextualização, que ocorrem de maneira mais ou menos seqüencial.” A seguir descrevem-se os quatro processos genéricos utilizados para a análise geral dos dados.

a) Processo de apreensão

A primeira análise do processo de cuidado deu-se a partir da organização dos relatos obtidos em cada consulta de enfermagem com data e codinome da participante cuidadora. Nesse momento foi necessária a organização dos dados coletados através das seguintes anotações: Os dados subjetivos ou notas de observação (tom de voz, expressão do olhar, gestos), notas teóricas (que constituíram minhas reflexões do cuidado prestado e do referencial teórico adotado), notas metodológicas (revisão dos métodos empregados na consulta), notas de cuidado (a forma de cuidado prestado em cada consulta) e, por último, as impressões, os receios, as dúvidas, as angústias e também as conquistas do profissional.

b) Processo de síntese

Essa etapa da análise se deu após várias leituras dos relatos das cuidadoras correlacionando-os à teoria do cuidado transdimensional e a pergunta da pesquisa: Como o processo de cuidado transdimensional desenvolvido para e com a familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer pode contribuir para o seu viver mais saudável? Assim, nesse momento de análise, foi necessário agrupar as informações coletadas sobre o cotidiano das cuidadoras na tentativa de encontrar expressões, gestos, sentimentos, pensamentos, emoções ou outros relatos que foram mais fortes e significativos e que poderiam ser tanto pontos fortes, contribuindo para um viver mais saudável, quanto pontos fracos que necessitassem talvez de alguns ajustes no processo de cuidar.

Dessa forma, após essa etapa minuciosa, foi possível formular um mapa de dados em relação aos resultados, tanto positivo quanto menos positivo do cuidado desenvolvido, discutindo, assim, os principais resultados da aplicação do Cuidado Transdimensional na Consulta de Enfermagem para cuidadora familiar de idosos com D.A., ou seja, o que mudou no contexto dessas cuidadoras? Quais os sinais dessa mudança? Houve mudança no estilo de vida? Quais foram as percepções de seus familiares/pessoas que conviveram ao seu redor, a partir desse estudo? A partir de então, promoveram-se as interpretações a respeito dos

objetivos da pesquisa e da questão de pesquisa.

c) Processo de Teorização

Nesse momento, há uma complexidade de informações (mapa dos resultados do desenvolvimento do cuidado transdimensional). Foi necessário fixar ainda mais os olhos na teoria para que se conseguisse definir os pontos-chave, emergindo, assim, as categorias e as subcategorias em que os conteúdos serão discutidos sob o ponto de vista de valores contidos nas informações, dos quais novas compreensões e novos questionamentos surgirão. Nesse ponto, as concepções já determinadas no projeto de pesquisa podem ser questionadas, assim como novas categorias poderão emergir da prática.

d) Processo de Transferência

De acordo com Trentini e Paim (2004, p. 96), essa etapa consiste:

na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalização. Pelo contrário, a intenção da transferência é de socialização de resultados singulares, e até mesmo nessa busca, arriscar a justificação de adaptações que venham a ser feitas.

Então, foi possível evidenciar as descobertas realizadas pelo desenvolvimento do cuidado transdimensional junto a familiar cuidadora de pessoas com Alzheimer através da consulta de enfermagem. É claro que não se pretende com esses resultados obtidos tomar como generalização no processo de cuidar, mas, sobretudo, oportunizar a socialização desses dados, bem como justificar a necessidade da diversidade da utilização dos padrões de expressão estética ou não. Também, nessa etapa, devem constar as sugestões e/ou recomendações para profissionais da saúde (na sua vivência profissional, no ensino e na formação do Curso de Enfermagem) que desejam utilizar o referencial do Cuidado Transdimensional e seus padrões de expressão estética, na construção do conhecimento e/ou aperfeiçoamento, do processo de cuidar, e/ou produzir uma mudança na realidade em que estão inseridos. A apresentação dos resultados conquistados com o desenvolvimento do cuidado transdimensional e a análise e discussão dessa experiência é realizada nos capítulos que seguem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Quando semeei pouco, colhi pouco;
porém quando semeei muito, recolhi com fartura:
muito amor ou ressentimento, pouca alegria ou paciência;
muita esperança ou confiança, pouca saúde e amizade.
Cada vez que semeei ventos, colhi tempestades.
Quando semeei paz, tive um retorno com altos juro.*
(José H. Prado Flores, 2008)

5.1 A EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL POR MEIO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM QUATRO CUIDADORAS, FAMILIARES DE IDOSOS COM ALZHEIMER

Conforme planejado na metodologia proposta desse estudo envolvendo quatro cuidadoras familiares de idosos com Alzheimer do Grupo de Ajuda Mútua, as oito consultas de enfermagem foram acontecendo semanalmente, com idas e vindas nesse processo de cuidar transdimensional, sempre alicerçados nos pressupostos da teoria que guiou esse estudo.

A enfermeira sentiu-se um tanto receosa inicialmente, quando começou a desenvolver as consultas de enfermagem com as cuidadoras durante a prática assistencial, nos meses de outubro e novembro de 2007, durante a disciplina de Prática Assistencial do programa desse mestrado. A intenção da profissional, era a de dar o seu melhor, estar por completa no processo de cuidar. No entanto, as preocupações quanto ao registro de todas as informações necessárias, deixou-a insegura, no primeiro encontro. Diante dessa realidade, procurou reforçar os cuidados consigo mesma, através de meditações, exercícios de relaxamento e um entendimento maior da teoria que estava utilizando, para que pudesse cuidar integralmente desse ser diante de si, revestida de sentimentos como amor, compaixão, solidariedade para com a pessoa em questão.

Passada essa fase inicial, os receios e dúvidas foram sendo transformados em conquistas e alegria pelos resultados obtidos com as cuidadoras. Dessa forma, nesse momento, apresenta-se inicialmente, de forma mais detalhada, um pouco sobre a vida das participantes desse estudo e, a seguir, a experiência vivenciada com cada cuidadora nas consultas de enfermagem. A identificação de todas as participantes foram preservadas, adotando-se codinomes de flores. Pensou-se em várias metáforas para descrever o cuidado

prestado, porém, a flor foi a metáfora que mais agradou e pareceu mais adequada. Assim como as cuidadoras, as pessoas e lugares citados por elas, também receberam um codinome, preservando o sigilo como preceitos de cuidados éticos em pesquisa com Seres Humanos.

Tulipa

Tulipa, uma mulher com idade entre cinquenta a sessenta anos, com aparência abatida e cansaço visível, pesando mais de 100kg, não se importando muito com a sua aparência pessoal. É cuidadora de seu pai, 87 anos, há um ano e dois meses. Ele está acamado e com dependência total. Casou-se um pouco depois de completar 20 anos, teve dois filhos, quando casou pesava menos de 60 kg, e, quando ganhou o seu primeiro filho, engordou 60kg. Acredita que a sua gordura vem dessa gravidez e do mal relacionamento que tinha com o seu marido, já que este era alcóolotra. Quando isso acontecia ele a colocava para a rua com seus filhos, queria ter relações sexuais, maltratava-a. Emocionou-se várias vezes ao relembrar desses fatos.

Depois de não conseguir mais suportar essa situação, separou-se, isso já faz alguns anos e, então, foi morar com seu irmão. Hoje está casada com outra pessoa. Ele tem sete filhos e ela dois. O seu filho tem 28 anos, e a filha 25 anos. O atual companheiro também era alcoólatra, mas faz 14 anos que não ingere mais bebida alcoólica. Ele frequenta o AA (Alcoólicos Anônimos) e ela o ALANOM (Familiares de Alcoólicos).

É de uma família que tem oito irmãos, mas assumiu o cuidado de seu pai, sozinha, pois os irmãos se recusaram a ajudá-la. Relatou satisfação de cuidar do pai, apesar do desgaste no qual se encontrava. Ela queria vê-lo bem. Fazia sempre o que estava ao seu alcance para isso acontecer. Disse, já no primeiro dia, que queria que ele nunca morresse, porque não pôde cuidar da sua mãe, que morreu de AVC há uns quatro anos atrás. Diz ter vocação para ajudar as pessoas. Cuidou de seu sogro com câncer por sete anos e meio, isso já faz doze anos e faria tudo de novo, pois gostava muito dele, era uma pessoa muito especial.

Tem HAS, toma captopril de 25 mg/2 vezes ao dia, tem problema de rins: litíase renal, tem cisto no ovário D, sente-se pesada, tem dor no hipocôndrio direito do tipo latejante de vez em quando. Não pratica nenhuma atividade física, o seu meio de locomoção é a bicicleta, o seu companheiro tem carro, mas ela não dirige. Às vezes consegue dormir bem, mas tem noites que não consegue dormir, pois fica preocupada com o seu pai. Ele tem hábito de coçar os genitais, provocando feridas, caso ela não evite.

No segundo encontro, ela falou muito sobre os seus amores, disse que foi muito namoradeira, namorou uns duzentos rapazes. Acha que de tanto escolher, acabou escolhendo

mal. Relatou uma história de amor quando ainda era jovem. Disse que era muito bonita, muito coibada, então sempre tinham muitos moços querendo namorá-la. Conheceu o Pedro, um jovem rico, que também gostava dela, mas a mãe do Pedro não aceitava o seu namoro e prometeu para seu filho uma carro novo (fusca zerado), caso ele terminasse o romance. Ele ganhou o Fusca e ainda saíram bastante tempo juntos. Namoraram uns dois anos. Ele a convidava para fugir, dizia que podia dar um desfalque no pai dele, pois ajudava a cuidar dos negócios do pai. Iam morar em SP. Mas ela nunca quis, tinha a cabeça no lugar. Então, ele começou a dar em cima de uma aluna dela, ela dava aula na Lagoa da Esperança e ela achou ruim por isso acabou namorando o melhor amigo de Pedro. Enfim, depois voltaram, mas ela achava que não iria dar certo. Ela se achava poderosa. Namorou com outros amigos dele, fazia desaforo. Namorou com o seu ex-marido por dois anos, mas sentia o perfume do laquê, tudo que ela usava quando namorava com o Pedro. Casou e levou cinco anos para esquece-lo. Quando casou com o seu atual marido, João, ela começou a freqüentar o Alanom e acabou encontrando o Pedro, pois ele virou alcoólatra e também participa do AA e do Alanom. Num dia desses, ele chegou para ela, depois de muitos anos e disse: “você foi o amor da minha vida”. Ela acha que não tem mais nada, mas ficou um pouco nervosa ao pensar que o atual marido soubesse disso. Depois desse momento, não se encontraram mais.

Experiência das Consultas de Enfermagem com Tulipa

Tulipa chegou na **primeira consulta** com uma expressão de cansaço, veio de bicicleta, chegou xingando a chuva, disse que molhou as calças e que não dirige, por isso molhou-se. Disse que tanta coisa ruim acontece com ela. Ela gostou do ambiente, sentiu-se bem. Nesse dia, fiz somente uma **escuta sensível**, pois a mesma tinha muita necessidade de falar. Emocionou-se várias vezes, disse que falou coisas que nunca tinha partilhado com ninguém, fiz **raport**. Como ela estava necessitando falar muito não deitou na maca, devido ao tempo. A consulta demorou 1 hora e 45 min, mas disse que não precisava, que só a conversa já lhe havia tirado um grande peso. Verifiquei a sua PA estava 140x100mmhg, no final só a deixei na poltrona, soltei os seus cabelos, pedi para que respirasse profundamente e alisei os seus cabelos, coloquei um tapa -olho e pedi para que ela inspirasse confiança, paz, tranquilidade e soltasse todos os medos, as preocupações, as tensões. Foi rápido, mas ela sentiu que já estava sendo cuidada, disse que as minhas mãos são maravilhosas e que eu transmiti uma paz para ela. Saiu contente, agradecendo e disse que certamente voltaria para a próxima semana no horário marcado. Saiu sorrindo e agradecendo muito por aquele momento.

Fica evidente, a partir do primeiro contato com Tulipa, a sua urgência e a necessidade

de falar, de ser ouvida. Assim, nessa troca de idéias, do compartilhamento de afetos, de valores pessoais e das experiências do seu cotidiano, alertou-me para a importância de estar atenta a esse ser diante de mim e fazer de cada encontro, um encontro único e singular. Mesmo tendo consciência de que essa metodologia proposta para esse cuidado não seria um processo estanque ou alienado de tal forma que devesse ser seguido, em cada encontro, com a utilização de todos os padrões de expressão estética do cuidado transdimensional, confesso que, no primeiro momento, pensei que não tinha conseguido atingir o objetivo do meu estudo. Entretanto, passado esse primeiro desconforto e com os resultados positivos obtidos a partir do diálogo reflexivo que tivemos, esse receio foi transformado em motivação para cuidar. (GHIORZI, 2004) lembra-nos que cada pessoa necessita de outras linguagens para se comunicar: a emoção, o olhar espantado, surpreso, o toque, o silêncio, a escuta sensível e, nesse primeiro encontro, foi possível evidenciar que Tulipa se expressou através da emoção e necessitava dessa escuta sensível. Dentro dessa perspectiva de cuidado, fica evidente que quando nós, cuidadores, utilizamos a razão e a emoção para cuidar do outro, através de uma escuta e observação sensível, a ponto de saber que aquela pessoa em interação traz consigo uma história de vida, somos capazes de despertar o outro a encontrar a sua própria cura, pois despertamos o seu comprometimento com a evolução humana. Entendemos que numa relação de cuidado, não pode predominar a pessoa que fala nem tampouco a pessoa que escuta. É preciso trocar de lugar.

Na **segunda consulta**, Tulipa chegou com uma expressão alegre, dizendo que depois da última sessão estava se sentindo mais disposta, quer se cuidar mais, disse que até deixou a vizinha com seu pai e foi na praia com seu marido. Sentiu-se muito bem. Parece que teve uma transformação, ela precisava falar, ser ouvida, então começou a pensar que poderia cuidar mais de si, que ela merecia esse cuidado. Penso que o cuidado transdimensional oportunizou-lhe falar sobre as suas angústias, sobre o seu passado. A escuta sensível feita na sessão anterior já provocou mudanças. Ela se sentiu com vontade de cuidar de si, está acreditando que pode ter uma vida melhor da que vinha tendo. A impressão que ficou é que Tulipa havia esquecido quem era. Isso se dava em detrimento do cuidado do outro, seu pai com Alzheimer. Ao contar a sua história de vida, os seus amores, as suas angústias, as suas perdas, pôde entrar em contato consigo mesmo e, assim, buscar formas de viver melhor. Segundo Ghiorzi (2004), na medicina holística, é a pessoa que fica doente, mas também é ela, como um maestro, que conduz a sua cura. Corroborando essa afirmação, (KRIEGER, 1997, p.59) com a utilização do toque terapêutico, relata que “o curador atua como um sistema de apoio compassivo, orientando e reorganizando os fluxos rompidos debilitados de energia vital do paciente de

modo a estimular-lhe o sistema imunológico, restaurando-lhe a capacidade de recuperação, basicamente é o próprio paciente que se cura”. Nesse dia, foi feito rapport, modelagem, toque terapêutico, massagem nas costas e hipnose. Após a sessão, disse que estava se sentindo muito bem, disse que sentiu a onda de calor e quando coloquei as mãos na testa sentiu como se fosse uma onda transmitindo todo o corpo. Disse, depois do toque terapêutico, que já teve mudanças desde aquele em dia que veio pela primeira vez, que não tem explicação. Relata que é grande por fora, mas por dentro é sensível a partir daí falou que a idéia de sair, ir à praia com o seu marido foi fruto da nossa primeira conversa, começou a refletir que tinha que cuidar mais de si.

Na **terceira consulta**, chegou com um sorriso, com uma aparência de bem-estar apesar do calor que estava fazendo. Veio de bicicleta e estava um sol muito forte. Seu pai estava melhor, dormindo e mais tranquilo. Não sabia bem o que estava acontecendo, mas depois que começou com a terapia, as coisas melhoraram. Sente-se mais disposta, mais animada, com mais vontade de viver, o sono está melhor. Somente está sentindo a sua garganta arranhar, doendo um pouco. Saiu da última consulta muito bem, relaxada e leve. Isso pode ser comprovado através do seguinte depoimento:

Olha vou contar um segredo, aquela última vez que eu tive aqui eu nem tomei banho para não tirar aquele creme, aquela massagem que tu fez, eu estava tão bem que queria permanecer com aquele bem-estar, então não tomei banho.

Depois desse depoimento, relatou que hoje já havia tomado banho e não iria tirar o creme para não perder aquela sensação de bem-estar. Nesse dia, também relatou que o seu intestino estava um pouco preso, antes de iniciarmos esse cuidado, e que durante essa semana este estava funcionando diariamente. Ela pensa em emagrecer, já entrou na fila para realizar a cirurgia de redução de estômago, mas desistiu, pois viu muitas pessoas passarem mal após a cirurgia. Também, relatou sobre a vontade de fazer hidroginástica, mas ainda não foi à academia para verificar as taxas mensais para ver se consegue pagar. É católica, mas não tem ido à missa. Diz que reza o Pai Nosso todos os dias com o seu pai antes dele dormir. Nesse dia, foi possível realizar o toque terapêutico, a massagem nas costas e a hipnose. Saiu muito feliz e satisfeita agradecendo por esse momento que estava vivenciando e já relatando o seu pesar quando acabasse esse cuidado. Assim sendo, o cuidado transdimensional desenvolvido com Tulipa, centrado na compreensão da integralidade desse ser, na sua singularidade, pôde contribuir para um viver mais saudável porque motivou essa cuidadora a buscar novos

caminhos que lhe devolvessem a alegria de viver.

Na **quarta consulta**, chegou com um aspecto de cansaco, triste, dizendo que não estava muito bem, quase que não veio, pois o seu pai estava ruim, estava com tosse, rouquidão, e se alimentado pouco e isso a tem preocupado muito. Acha que está perdendo o seu pai, pois já viu muitas pessoas morrendo e o seu pai, segundo ela, estava com sintomas de morte. Referiu que pediu uma ficha no posto de saúde, e que só haveria vaga para consulta na próxima semana. Então, ela disse que não pôde contar com o posto, pediu uma visita domiciliar e não obteve sucesso. Nesse sentido, Alvarez (2001, p.182) ressalta que “programas voltados para o atendimento de pessoas doentes no domicílio ainda são incipientes e dependem do interesse e da atuação individual de cada profissional que trabalha no centro de saúde”. Tulipa estava com um resfriado, sentindo-se congestionada e com muita tosse, principalmente durante a noite. Segundo Ghiorzi (2004), o corpo traduzirá a maneira como ela assume a sua confrontação com a realidade. Nesse sentido, o sintoma assume a incapacidade de se comunicar pela palavra não dita ou pela impossibilidade de dizer naquele momento ou naquela situação. A sua garganta melhorou depois da última sessão, não está sentindo mais nada. O seu marido lhe disse que ela está diferente, pois agora não pára mais em casa. Acredita que depois que começaram as consultas, está se renovando, pois começou a se perceber mais, a se gostar mais,

eu pintei o meu cabelo, fiz retoque, antes eu nem estava aí para mim, parece que estou pensando mais em mim.

Sentiu-se emocionada quando falou que achava que estava com depressão, pois estava sem ânimo, sem disposição para fazer as coisas. Ela associa isso com à internação do pai que ficou 35 dias no hospital e ela junto, ininterruptamente. A sua PA estava 120x80mmHg, não soube dizer se havia tomado o remédio anti-hipertensivo hoje. Disse estar meio “atucanada” pela situação do seu pai. Diante desse desgaste da cuidadora pela sobrecarga diária de cuidar de uma pessoa com Alzheimer, Caovilla (2002, p.93), lembra-nos de que “cuidar de uma pessoa com Alzheimer exige que o cuidador esteja preparado para assumir um número sem fim de tarefas, que, se mal orientadas, fatalmente conduzirão a um estado de profundo desgaste físico e emocional, gerando sérios comprometimentos em sua saúde física”. Nesse dia, ela relatou sobre os sonhos que costuma ter, inclusive com um que ela relaciona à proximidade da morte de seu pai e chorou. Contou-me, também, sobre a morte de sua mãe. Não pôde cuidar dela. Sente como se fosse arrancada do seu convívio pela rapidez de sua

partida. Nesse dia, foi possível realizar o toque terapêutico. Estava bastante aquecida no chackra do topo da cabeça, na testa e no coração. Apresentou bastante formigamento no chackra da garganta. Depois retornei aos pontos e percebi que a energia estava circulando em perfeita harmonia. Percebi que o seu olhar estava triste no início da consulta, porém, no final, mostrou-se mais tranqüila,

Eu estou me sentindo melhor daquele mal -estar, da gripe, parece que até estou enxergando melhor, estou me sentindo aliviada.

Em relação à utilização e aos resultados do toque terapêutico, Bellaguarda (2002, p.122), relata-nos que “o toque realiza uma troca dinâmica, energética que amplia a percepção. Possibilita a sintonia entre os seres e o meio, clarifica imagens e harmoniza o “ser” em seu devir”. E isso foi perceptível pelas mudanças apresentadas por ela ao final desse encontro. Então, depois de deixar a cuidadora em um estado de maior harmonia consigo mesmo, compartilhamos um pouco sobre o processo de morte e ela disse que estava sentindo-se mais preparada para enfrentar a situação. Bellaguarda (2002, p. 120), faz-nos lembrar da importância de compartilharmos os nossos anseios em relação à morte ao dizer que “o processo de morte é uma circunstância de busca e de encontro. Busca do que deixamos ou ainda podemos fazer e encontro dos verdadeiros desígnios do ser humano, com suas responsabilidades”. Penso que o compartilhar nesse dia, foi dirigido para a busca de auxílio na assistência de saúde, mas, sobretudo, na possibilidade de vivenciar essa experiência, ressignificando e revalorizando o momento vivido, não vivenciando os traumas do passado, nem, tampouco, enxergando com lentes de aumento os problemas do futuro.

Na **quinta consulta**, Tulipa chegou com uma expressão de tristeza, abalada emocionalmente. Fazia três dias que seu pai havia falecido. Não compareceu à consulta da semana anterior, pois estava com o mesmo no hospital. Começou a chorar, dizendo que estava se sentindo muito ruim, estava se sentindo agoniada, angustiada e sentindo muita falta de seu pai. Contou-me que o abraçou antes de morrer. Estava sentindo que ele iria morrer já há tempo. Ela disse que ele estava com falta de ar e ela queria dar o seu pulmão para que ele conseguisse respirar. O seu pai tinha 87 anos de idade. Emocionou-se várias vezes, conversamos muito nesse dia sobre a vida, pedi que olhasse para trás e visse o que ela fez de bom para o pai e ela questionou se não poderia ter feito mais coisas para ele. Eu lhe disse que com certeza ela deu o seu melhor, ela deu o que podia dar, tanto que ela se dedicou sozinha para cuidar do pai. Nesse dia, partilhamos bastante sobre a vida e a morte. Depois da

conversa, disse que se não fossem as vindas dela nas consultas, não saberia o que tinha acontecido, pois já estava fragilizada, então agora com a perda do pai, não sabia se ia suportar tudo isso. Nesse dia, realizei o toque terapêutico, massagem e, em vez de realizar a transe hipnótica, coloquei o CD com a música: “Cura-me Senhor”. Após o cuidado desenvolvido, relatou:

Estou relaxada, restaurada e como foi importante essa terapia na minha vida . Parece que Deus escreve certo nas linhas tortas, porque deu certo de eu participar desses encontros bem agora, que eu estava precisada demais.

Disse que ia buscar forças para continuar a sua vida. Ela mudou a sua expressão, estava com uma expressão de alívio, de restauração, sentindo-se com mais possibilidades de encarar a situação presente. Falou, inclusive, que está com o seu colesterol alterado e quer começar as caminhadas. Pedi que trouxesse os seus objetivos na próxima semana. O cuidado proposto por Silva (1997) privilegia o centro espiritual do ser, na busca de novas interações consigo mesmo, com outros seres, com a natureza, com o planeta e com o universo. Assim, o diálogo reflexivo se pautava no despertar para a vida mesmo em meio à dor e ao sofrimento, direcionando a sua vida para Deus, eliminando todo pessimismo em relação à morte.

Na **sexta consulta**, chegou ainda um pouco abatida, mas com um sorriso nos lábios e dizendo que estava levando a vida, tentando buscar forças para superar a perda do pai. Contou-me que na sexta –feira, depois que saiu da consulta, foi pedir perdão para a sua irmã mais nova. Estava sentindo-se mais encorajada para colocar a casa em dia, pois havia várias coisas fora do lugar, mas que estava colocando devagar, sem pressa. Estava dormindo bem, conseguindo descansar bastante. O marido dela disse que ela está dormindo muito e ela disse que é o descanso dos justos. Já havia saído com seu marido essa semana, ido no Itaimbezinho, cidade vizinha, onde visitou alguns amigos. Estava se preparando para ir para a casa de praia. Disse que não conseguiu ainda começar as caminhadas, mas pretendia começar no dia seguinte, trouxe os seus objetivos, disse que queria caminhar três vezes por semana e queria emagrecer. Apesar do seu desgaste pela perda do pai, Tulipa sente que esse cuidado proporcionou a ela olhar mais para si. Hoje relata que, apesar de estar gorda, sente-se mais bonita, o seu coração se abriu, começou a entender melhor o seu pai naquela situação, só queria que ele vivesse mais tempo para compreender mais coisas. Está gostando mais de si, amando a vida. Disse que as minhas palavras, a minha força, a paz que eu passo, fizeram-na sentir-se mais animada. Antes sentia-se tão pesada, sem vontade de nada. Tinha uma dor latejante no hipocôndrio direito e não tem mais. Tinha, também, como se fossem dois

grampos arrancando o seu peito, o que não sente mais. Isso pode ser comprovado, pelo seguinte depoimento:

Esse cuidado, trouxe uma energia muito boa, me deu muita força para enfrentar a situação que eu vivia. Ficou mais fácil, me deu uma grande motivação. Senti que não estava sozinha.

Nesse último encontro, ela dormiu durante o toque terapêutico, estava com a energia circulando em perfeita harmonia. Foi muito bom, sentiu-se tranqüila, disse que relaxou muito, entregou-se, sentiu-se restaurada. Marcamos outro encontro além do previsto nessa pesquisa, pois percebi que ela ainda estava necessitando ser cuidada. Segundo Krieger (1997, p. 41) “o terapeuta do toque terapêutico atua como um sistema humano de apoio, orientando e reorganizando o fluxo debilitado e rompido de energia vital do paciente com vistas a que o sistema imunológico seja estimulado e sua recuperação seja reforçada e intensificada”. Dessa forma, o cuidado transdimensional que tem como foco o processo morte-renascimento pelo diálogo reflexivo e a utilização dos padrões de expressão estética e de significado, oportunizou a Tulipa, um morrer e renascer a cada encontro. Isso se deve ao fato do cuidado transdimensional possibilitar entrar em contato consigo mesmo, lembrar de quem era e motivá-la a trilhar novos caminhos. Caminhos esses que mostraram dar uma nova direção em sua vida na busca de paz, alegria e harmonia do seu ser.

Rosa

Rosa, uma mulher com idade entre quarenta a cinquenta anos, casada, mãe de dois meninos, sendo estes ainda com idade abaixo de vinte anos. Cuida de um sobrinho já a alguns anos. Também cuida de sua mãe com 71 anos há dois anos e seis meses. Ela trabalhava em uma indústria de calçados antes de começar a cuidar de sua mãe. Atualmente não trabalha fora de casa. Vem de uma família numerosa com mais de 10 irmãos, mas nenhum deles quis cuidar de sua mãe. Ela recebe ajuda de duas irmãs e o seu irmão paga o seu INSS e auxilia com alimentos todo mês. Agora ela alugou a casa de sua mãe por R\$ 150,00. Disse que melhorou um pouco. Relata ter um bom relacionamento com a sua mãe e cuida dela com muito amor e dedicação, apesar de seus irmãos não ajudarem.

Ao ser questionada sobre a sua saúde, relatou que tem labirintite uma vez por mês, o que a coloca na cama por uns três dias, então utiliza o medicamento Vertizam. Além disso, tem dores diariamente nos joelhos, dormência nas mãos e dores nos braços. Acorda várias vezes à noite, tem preocupação com a mãe, pois já a pegou caída no banheiro. Costuma

sonhar à noite e ter pesadelos. Sente às vezes, insatisfação com a vida que leva, pois não tem muito apoio de seus familiares no cuidado com a mãe, deixando a sua vida pessoal um pouco de lado. Nunca realizou exames de colesterol, triglicérides, glicemia, somente o preventivo de colo uterino, pois vem em tratamento para fungos de seis em seis meses já há muitos anos. Acredita ter essa infecção devido aos seus partos que a deixaram muita “aberta”.

Quanto ao relacionamento com seu marido, ela disse que ele é muito chato, brigão, vive brigando com os filhos e ela não gosta, pois a sua irmã, quando pequena, também brigava com ela e ela se irrita quando vê discussão. Acha que seu marido precisa conversar mais com os filhos. O seu marido trabalha de guarda- noturno, dorme até o meio-dia e todas as tardes ele vai na casa de seus parentes e essa situação a irrita muito, pois não consegue entender porque ele não fica em casa com ela.

Não tem costume de beber água e nem de fazer exercícios. É católica, tem o hábito de orar todos os dias, ajoelhada na beira da cama. Pede pela sua família. Ela acredita em Deus, tem fé, mas não vai à missa e nem participa das festas e encontros na comunidade.

Contou-me, na segunda consulta, uma história da sua vizinha: que um dia ela estava bem atarefada, lavou a sua roupa e colocou no varal, e a sua vizinha queria que tirasse a roupa do varal para ela lavar a parede, ela estava cansada, fazendo o almoço, cheia de tarefas da casa para fazer, então discutiram com essa situação e, depois dessa cena, ela não conversou mais com a vizinha. Disse que não quer mais esse tipo de amizade, pois ela já a humilhou várias vezes, então não conversa mais com ela. Diante dessa situação, ficou uns dois meses ruim e teve que tomar calmante para ter um pouco mais de tranquilidade. Percebi que ela estava vivenciando a cena ainda quando estava contando a história.

Ao ser questionada sobre o relacionamento sexual, ela disse no primeiro momento que estava bem, mas o seu corpo estava falando outra coisa. Então, percebendo essa incongruência, em outro momento, em clima de sintonia, fiz a pergunta novamente e ela me relatou que tinha vontade, mas não tinha prazer. Isso vem acontecendo há mais ou menos um ano e ela não sabe o porquê, diz que talvez seja a preocupação, o cansaço, não sabe bem, ou talvez então, seja a não privacidade do casal, pois diz que a sua casa é pequena e tem muitas pessoas na casa.

Experiência das consultas de enfermagem da cuidadora Rosa

A Rosa **iniciou as consultas de enfermagem** sentindo-se um pouco gordinha, estava com 69 kg e relatando uma certa ansiedade, fazendo-a comer mais do que o necessário. Ela costumava sonhar à noite e ter pesadelos, tinha dores constantes nos joelhos e dormência nas

mãos e braços, acordando frequentemente devido à dor. De acordo com Oliveira (2006, p. 33) “quando a pessoa experiencia algo, que se traduz em sensação desagradável, ela separa uma parte dela mesma de seu todo integral e permite o aparecimento da doença”. Assim, pode ser percebido no corpo físico o sinal desse desequilíbrio, em consequência da energia vital estar bloqueada, estagnada. Nesse dia, realizei o toque terapêutico e, na minha avaliação, estava bastante aquecido no chackra da testa, do coração e no chackra da raíz. Apresentou bastante formigamento no chackra da garganta, constatando-se o desequilíbrio energético. De acordo com Krieger (1997, p. 38), “é por meio dos sinais sutis destes indícios que determinamos onde há desequilíbrios no campo de energia vital do paciente”. Dessa forma, para harmonizar esses campos de energia da cuidadora, reequilibrava esses sinais sentidos com um princípio oposto, ou seja, as áreas onde sentisse calo, liberaria frio, onde sentisse formigamento amorteceria. Isso, é claro, dava-se pela intencionalidade. A direção dessas energias, dava-se pela mente impulsionada pela minha intencionalidade e segundo Krieger (1997, p. 40),

as condições prévias para que o terapeuta do toque terapêutico atue como curador ou como um sistema humano de apoio são que tenha uma motivação compassiva, uma metanecessidade, de ajudar ou de curar aqueles que estão enfermos; a intencionalidade de orientar o paciente para objetivos terapêuticos específicos; e a compreensão de como facilitar essa cura.

Nesse encontro, realizei a massagem nas costas e a transe hipnótica. Após sentiu-se bastante relaxada, disse que no início ela estava com dificuldades de relaxar, mas depois se desligou e disse que parecia estar sonhando. Destaco nesse momento a importância dos exercícios respiratórios tanto no início, antes de realizar o toque terapêutico, quanto durante a transe hipnótica, auxiliando na indução do desligamento do seu dia-dia tão sofrido e angustiante. De acordo com Krieger (1997, p. 165), as implicações da reação de relaxamento produzidas pelo toque terapêutico se dá porque “o toque terapêutico dilata o sistema vascular periférico, amortece as reações dos sistema nervoso simpático e facilita a resposta do sistema imunológico”.

Na **segunda consulta**, ela chegou com uma expressão alegre, tranqüila, dizendo que havia passado uma semana bem, sentindo-se mais tranqüila depois da última consulta, conseguiu conversar com seu marido com mais calma, chegou a convidar o mesmo para caminhar, ainda não havia começado, mas ele aceitou o convite. Disse que estava com dor de cabeça forte quando veio da última vez, mas ela não havia dito sobre essa dor, mas disse que saiu daqui não sentindo nada, relatou que essa dor de cabeça tem se manifestado em vários

dias. Relaciona o quadro álgico com a falta de visão, está com dificuldades para ler, mas não procurou o oftalmologista ainda, disse que não tira tempo para ela. Isso pode ser comprovado pelo seguinte depoimento:

É tão bom poder falar, ter alguém para escutar, Como isso fez bem para mim! Consegui relaxar depois da sessão, me sinto renovada. Parece um sonho o que estou vivenciando.

Nesse dia, ao questionar sobre os seus objetivos, ela disse que já planejou tantas coisas e não conseguiu cumprir, então não quer mais planejar. Isso pode ser observado pelo seguinte depoimento:

Eu tinha planos de cinco filhos e fiquei só com dois, porque não é fácil criar filhos. Eu tinha plano de trabalhar fora, mas não posso. Então nem sonho mais.

Percebi, nesse dia, que ela tinha dificuldades de relacionamento com as pessoas. Ela me contou a história de sua discussão com a vizinha, pois ela opta pela razão e não pela felicidade. Realizei o toque terapêutico, massagem nas costas e transe hipnótica. Após, ela disse que relaxou bastante, conseguiu desprender dos problemas, renovar as suas forças e disse novamente que parecia um sonho o que ela estava vivenciando. Falou sobre o gosto pela natureza, por água e, então, nesse dia, orientei para que tirasse um tempo para meditar em sua casa e sobre a importância de fazermos escolhas em nossas vidas que nos levem a um viver mais saudável. Em relação à meditação, Silva (2007, p.137), destaca os efeitos positivos da meditação em pesquisas recentes, tais como efeitos comportamentais: “aumento do bem-estar psicológico e da sensibilidade da percepção, redução da tensão, dos medos e das fobias, aumento da confiança, da auto-estima, da auto-realização e do desempenho escolar”. Não temos a pretensão de estar avaliando efeitos isolados da utilização dos padrões de cuidado de expressão estética e sim da metodologia como um todo. No entanto, os resultados positivos obtidos com o cuidado transdimensional nos encaminham para a análise de pesquisas que utilizaram esses padrões de cuidado corroborando assim, os achados nesse estudo.

Na **terceira consulta**, ela parecia estar ótima, chegou com uma expressão de felicidade, estava maquiada, bem arrumada, com os cabelos soltos, e com um sorriso nos lábios. O olhar mais confiante, disse que se arrumou e não passava mais a hora para vir até a consulta. Relata que se sente mais disposta, o seu marido percebeu isso, está mais tranquila com ele e com as pessoas da casa. Relatou que a sua mãe, depois de um vento sul, não

conseguiu dormir e ela também não. Porém, mesmo com essa dificuldade com a sua mãe, mostrou-se satisfeita com a vida. Havia tomado a decisão de parar de jantar naquela semana, e prometeu que iria começar as caminhadas com o seu marido no outro dia, após a consulta. Durante esse encontro, ela relatou ter dores no peito quando ficava nervosa, que iria pegar uma ficha no posto de saúde para ver se estava com algum problema, mas acreditava que seria da mente, porque se achava muito nervosa. Nesse dia, realizei toque terapêutico: o chackra da testa, do coração e da raiz estavam um pouco menos aquecidos do que na consulta anterior. Realizei massagem e transe hipnótico. Se emocionou no final da sessão, mas não quis comentar o que estava sentindo e eu respeitei o seu silêncio. Após, disse que sentiu-se aliviada, tranqüila e havia conseguido relaxar bem. Percebia, a cada encontro, o processo de morte e renascimento acontecendo, ou seja, mudança de hábitos, atitudes, pensamentos, decisões e expandindo nessa cuidadora a capacidade de entrar em contato com as suas potencialidades de amor e de sabedoria. Isso ficou evidente quando Rosa decidiu perdoar a sua vizinha e a sua irmã.

Na **quarta consulta**, chegou novamente com uma expressão de tranquilidade, estava maquiada, com um sorriso. Disse que a sua mãe estava dormindo melhor, e ela também, está mais desposta e animada. Na sua casa não tem mais briga. O seu marido, essa semana, não foi para os seus parentes à tarde como de costume, e sim somente duas vezes. Ficou contente e disse que talvez agora ele não vá mais, porque está para pegar um serviço em casa:

Ele vai fazer chinelos, sandálias. Já vem cortado, é só montar, então não vai dar mais tempo para ele sair. Comecei a caminhar todos os dias com o meu marido, vou de chinelo porque não tenho tênis, nunca caminhei na minha vida.

E o bem-estar tornou-se evidente. Isso pode ser comprovado pelo seguinte depoimento:

Eu estou bem, me sinto bem melhor, já perdi dois quilos, me sinto mais disposta. Não sinto mais dormência nos braços e nas mãos, já faz uns quatro dias.

No processo de cuidado com as cuidadoras de idosos com Alzheimer, centrado na compreensão da integralidade desse ser, na sua singularidade, pôde-se perceber o quanto foi importante para Rosa esse cuidado. Tendo em vista que os depoimentos nos mostram o quanto o seu dia-a-dia modificou, contribuindo, assim, para a busca de um viver mais

saudável ou até mesmo extrapolar o objetivo dessa pesquisa pela diminuição das dores e dos sofrimentos vivenciados em seu cotidiano. Segundo Silva (2007), isso se deu pela compreensão da sua atual situação, de ser cuidadora, revalorizando o seu ser, a sua interação com as pessoas que estão ao seu redor e com a natureza. Da mesma forma, Estima (2000, p. 79), ressalta que “o ser humano ao investir em si mesmo, descobre novos valores, desenvolve suas capacidades potenciais de auto-conhecimento, reflexão e interação, acessando uma consciência mais crítica e uma condição mais plena, tornando-se agente de mudança e transformação de si mesmo e do meio”.

Nesse encontro, ela fez questão de trazer uma dúvida que eu fiquei da consulta anterior: ela havia se emocionado e chorou no final da sessão, mas não quis relatar o porquê desse encontro. Ela foi para casa e começou a pensar por que aconteceu esse choro. Relatou que lembrou do episódio de discussão com a vizinha e, então, percebeu que essa ferida não foi curada. Relatou, nesse dia, uma ardência ao urinar e disse que estava decidida a pedir no posto de saúde uns exames de colesterol, glicemia que nunca havia feito. Contou-me, sobre a preocupação que tem com seu filho que teve convulsão há um tempo atrás, então ele realiza controle com neurologista realizando EEG (Eletroencefalograma) de seis em seis meses. Essa semana, ela foi com o marido até a cidade vizinha para ver sobre os cortes de chinelos, pois fazia muito tempo que não saía com ele. Não apresentou mais dormência nas mãos o que a fazia acordar para massagear os braços de tanta agonia que sentia. Realizei toque terapêutico, massagem e transe hipnótico e ela disse que parecia que tinha relaxado ainda mais do que nas outras consultas. Isso pôde ser comprovado pelo seguinte depoimento:

Esse cuidado é muito bom, é ótimo e está fazendo muito bem para mim.

Na **quinta consulta**, chegou com um sorriso e com uma expressão boa, mas aparentando estar um pouco preocupada. Ela não conseguiu vir à sessão no dia anterior, pois não tinha quem ficasse com a sua mãe. Então remarcamos. A sua preocupação pôde ser comprovada pelo seguinte depoimento:

Hoje estou um pouco indisposta pois a minha mãe estava bem trocada. Queria sair de casa de todo o jeito, queria ir na minha irmã que acha que fica do lado da nossa casa, mas agora é longe, não dá para ir toda hora, daí é difícil. A gente fala que não é perto, mas não adianta.

Disse que a sua mãe começou a ficar assim desde ontem e que ela tem se queixado de uma dor na perna, mas ela olha e não vê nada. E então a deixou com o seu filho mais novo e o

seu marido para vir até a consulta, mas o seu marido vai sair daqui há pouco, então como ela está assim, tem medo de seu filho não dar conta. Fora esse episódio da mãe querer sair a todo momento, ela disse que está se sentindo bem, está dormindo melhor, não teve mais dores nos braços e joelhos e nem dormência nos braços que costumava acordar à noite porque se sentia agoniada. De acordo com Campos (2005, p. 34), “lidar com o sofrimento implica muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela”. Da mesma forma, Alvarez (2001, p. 179), ressalta que “a sobrecarga de trabalho, a incompreensão de sentimentos contraditórios, seja dos idosos e dos familiares, e a falta de suporte necessário à tarefa do cuidar são alguns dos importantes fatores que levam o cuidar a uma situação de estresse”. Dentro dessa perspectiva de desgaste e de sofrimento, é que se encontra a razão de nos empenharmos para cuidar desse ser.

Nesse encontro, também, relatou que estava sentindo-se mais feliz, mais tranqüila. Achava que melhorou bastante a sua vida. Continuava a fazer caminhadas com o marido todos os dias. No domingo, saiu de casa, passou o dia na casa de seu irmão que fazia cinco meses que não ia mais, disse que estava muito bom, chegou à noite em casa. O seu marido está mais caseiro, tem saído menos do que o costume, eles estão se relacionando bem, a sua casa está mais harmoniosa, sem brigas, o seu relacionamento sexual com o marido ainda continua sem prazer. Ela sente vontade, mas não tem orgasmo. Finge o prazer para o seu marido, pois acha que ele não entenderia. O seu marido comprou uma máquina para fazer os chinelos, ela acha que irão começar a fazer na próxima semana. Estava com 69 kg quando começou a terapia e depois que ela decidiu realizar as caminhadas e diminuir a janta, já perdeu 4 kg. Ficou feliz quando eu a pesei, pois disse que estava se sentindo pesada, estava agoniada. Sentiu-se tão disposta que a semana passada lavou a casa toda por fora. Questionei sobre a vizinha e ela disse que na semana passada ela lavou o telhado dela e sujou toda a sua calçada, mas ela nem ligou. Depois foi lá e limpou com a mangueira. Disse que ontem mesmo pediu para Deus tirar toda essa mágoa que tem no coração, porque elas foram amigas por muitos anos. Ela foi madrinha do seu casamento. Estava decidida a consultar com oftalmologista. Disse que não estava fazendo meditação durante o dia, mas antes de dormir estava fazendo as suas orações e ficando um pouco em silêncio, em contato consigo mesmo, e estava achando muito bom esse momento. Pedi, nesse dia, que ela trouxesse os seus objetivos na semana seguinte. Fiz toque terapêutico: chackra da testa, do coração e da raiz bastante aquecidos. Realizei também, massagem e transe hipnótico. Após disse que estava leve, parece que estava flutuando, não entendia por que a outra cuidadora havia desistido se era tão bom esse cuidado.

O estabelecimento dos objetivos pelas cuidadoras era uma das propostas desse estudo. Tendo em vista, que as cuidadoras estavam desarmonizadas e não sabiam o que queriam para as suas vidas, nem tampouco se ainda poderiam desejar. Foi necessária, então, a harmonização inicial para que elas pudessem construir os seus objetivos nesse momento. Partimos, do estado atual da cuidadora para chegar ao estado desejado – Objetivo. A partir do que ela trouxe, no próximo encontro, reunimos as informações e juntas partilhamos o que seria necessário, determinando os recursos e habilidades para atingir o estado desejado. Segundo Bueno (2006, p. 122), “o cérebro funciona através de ordens bastante específicas. Quando uma pessoa diz a sua mente que deseja tomar um novo rumo na vida e se esquece de apontar para onde ela quer ir, o resultado é o que chamamos de andar em círculos”. Daí a importância de especificar os objetivos para evidenciar de fato o que a pessoa realmente quer.

Na **sexta consulta**, ela chegou sorridente, mas um tanto preocupada e que estava mais ou menos bem, pois a sua mãe continuava trocando tudo e insistindo para ir para Sarandi achando que era logo ali. Continuava a reclamar da dor na perna. Além disso, ficou sabendo que a sua irmã, também com problemas de memória, sendo cuidada por outra irmã não será mais cuidada pela mesma, deixando-a ser cuidada pelo seu próprio marido. Ela chorou bastante, sentiu-se bastante angustiada, porque o marido de sua irmã é drogado, não trabalha e não vai cuidar dela, tem que catar lixo para comer e ela tem pressão alta e como que ela vai ficar? Trouxe os objetivos solicitados na consulta anterior, compartilhou a tarefa com o seu marido. Disse que gostaria de voltar a estudar, que queria aprender a costurar, a trabalhar. Enfim, colocou vários objetivos. Eu perguntei como foi a sensação de fazer os objetivos. A mesma relatou que foi muito bom. Foi como se voltasse a sonhar novamente, pois já não sonhava mais. Nesse compartilhar dos seus objetivos, refletimos novamente sobre a importância de definir claramente o que queremos e aonde desejamos chegar, destacando a importância dos objetivos serem desafiadores, específicos, estar de forma afirmativa e no presente, realístico, produzindo efeitos em todas as áreas de sua vida e orientado no tempo. E, assim, os seus objetivos ficaram claros e definidos. Realizei o toque terapêutico, massagem e transe hipnótico. Após, sentiu-se bem, relaxada e aliviada. Nesse dia, emprestei um CD de relaxamento para ela estar fazendo em casa pelo menos dez minutos por dia.

Na **sétima consulta**, chegou com uma expressão alegre, de estar de bem com a vida, disse que a semana passada ficou um pouco apreensiva, pois levou a sua mãe ao médico e ela estava com trombose arterial nos membros inferiores e isso a deixou um pouco assustada, mas foi medicada e agora está bem novamente. O seu marido faz questão que ela venha na consulta, pois diz que ela está mais alegre, mais disposta, agora quer sair com ele. Ela disse

que há um ano, mais ou menos, não saía mais de casa e agora tem saído bastante com ele. Às vezes deixa a mãe com os seus filhos e dá uma saidinha. Tem continuado as caminhadas todos os dias com o seu marido. Está com 66 kg, perdeu 4 kg em sete semanas. Sente-se mais leve e disposta. Está comendo menos, diz que não consegue mais repetir, como fazia antigamente. A dor nos joelhos que tinha todos os dias e, também, a dormência nos braços e mãos, não apresentou mais. A única coisa que ela ainda apresenta de vez em quando é a ardência no peito. Diz que é nervosismo porque procura escutar os CD e tirar as coisas do passado da cabeça e melhora. Reforcei a orientação que fosse ao médico solicitar os exames e então relatou que pediu no posto de saúde, mas não tinha mais cota para exames, mas prometeu fazer. Mesmo antes de começar a fazer os chinelos, ele já não estava mais indo, pois o relacionamento deles está melhor e está querendo ficar mais em casa com ela. Ainda não consegue atingir o prazer na relação sexual, tem vontade, mas não atinge o prazer.

Relata que a única coisa que gostaria de mudar é a forma de ver as coisa .Acha-se muito brava, pois a sua irmã lhe magoou faz um ano e ela tem mágoas dessa irmã, porque ela disse que teria que cuidar de sua mãe por amor e não por dinheiro. Ela disse que não falou nada para ela na ocasião, mas que sentiu muito, ficou ruim durante dois meses e essa irmã se dava muito bem com ela, e com isso ela deixou de visitá-la. Quer tirar isso do seu coração e no final disse que acha que isso faz mal mesmo e que está decidida a compreender o que a irmã e inclusive a vizinha fizeram para ela e perdoar. Estava com um bom fluxo de energia nos chackras, disse que eu a havia ajudado muito, que ela se sente com mais vontade de viver. Irá ao oftalmologista no dia 07/12 e depois quer começar a ler, pois gosta de ler. Falou também sobre voltar a estudar. Está com um aspecto muito positivo. Está conseguindo tomar mais água, pois não tomava quase nada antes. Ela não queria mais sair do consultório, eu disse que iria continuar com ela, depois de terminar a pesquisa, pois queria que ela conseguisse conquistar mais coisas boas para a sua vida.

Diante da utilização de uma teoria que tem como foco o processo morte e renascimento, nesse processo de cuidado transdimensional, foi possível evidenciar a morte diária. Através da força imanente, ou seja, aquilo que a cuidadora trazia em seu interior, os seus hábitos, os seus costumes e ao mesmo tempo o renascimento acontecendo. E através da força transcendente, ou seja, aquilo que a cuidadora buscou com novos padrões de comportamento, de mudanças no seu dia-a-dia indo a direção a novos padrões de expressão da consciência. A desidentificação, que é a força transcendente do cuidado transdimensional, de acordo com Silva (1997), oportuniza um caminho levando em direção a um novo caminho, a um processo de busca interior na trajetória de ser e de viver. E isso pode ser evidenciado pela

renovação de atitudes e pelo bem-estar desse novo padrão adquirido.

Amor-perfeito

Amor-perfeito, mulher com idade entre cinquenta a sessenta anos, formada em economia, funcionária pública estadual, aposentada já a alguns anos, solteira, vive sozinha em um apartamento próprio. Com uma expressão facial de visível cansaço e descontentamento com a vida que está levando, apresenta cefaléia constante, e uma sensação de peso na cabeça. Ela não é a cuidadora principal, pois os pais vivem em uma cidade distante há 100km de onde ela reside. O cuidado que ela presta é nos finais de semana, pois durante a semana, paga uma pessoa para cuidar de sua mãe com Alzheimer, do seu pai idoso e dos compromissos da casa. A sua mãe descobriu que estava com Alzheimer há 6 anos.

Quando iniciamos o Grupo de Ajuda Mútua em Araranguá, ela iniciou conosco em 2004. Transmitiu-nos muita angústia por não entender de muitas atitudes de sua mãe. A dependência da sua mãe é total e o cuidado não é compartilhado com o seus três irmãos, o que dá para perceber no seu tom de voz e expressões corporais o quanto sofre por não poder contar com a ajuda deles. Embora não vivencie o cuidado com a sua mãe cotidianamente, ela se apresenta como tal, pois apesar de estar em uma cidade distante, não consegue se desligar da situação. Tem o hábito de ligar todos os dias e ficar se consumindo com os problemas que a cuidadora passa para ela. Isso justifica o seu cansaço, a sua insatisfação com a vida, as preocupações, pois como ela não se desliga mentalmente, a sua mente não distingue o que é real do imaginário, por isso sente tanto quanto estivesse vivenciando tal situação. Ao mesmo tempo que relata estar cansada, sente-se angustiada por não estar fazendo mais por eles. Essa sensação sentida por ela é justificada mais tarde quando falou que os seus irmãos sempre diziam que ela fazia pouco pelos pais. Embora ela seja aposentada e financeiramente bem, não viaja há uns três anos. Tem o sono regular, faz uso de um composto de ervas, receitado pelo médico para acalmá-la. Relatou ter realizado terapia no ano passado com uma psicóloga, fez umas dez sessões. Disse que na época havia sentido-se melhor, com mais força. Não tem hábito de visitar amigos e nem tampouco os recebe, exceto uma vizinha do seu prédio. Tinha o hábito de fazer crochê e tricô, há muito tempo que não se dedicava a essa atividade. Costumava comprar coisas de uso pessoal ou para casa e não usar. É católica, foi participante assídua, mas, no momento, faz uns três anos que não frequenta a igreja, somente assiste à missa na TV.

Fica evidente na sua fala a carga de preocupações que carrega em seu dia-a-dia. Dizia sempre que não conseguia organizar sua casa em relação a papéis nas gavetas, no

entanto, ficava o dia inteiro em casa. Como estava atada a preocupação, o dia passava, ela sentia-se cansada e não conseguia realizar as atividades que tinha vontade de fazer. Na sua fala, ficou evidente a sua necessidade de conversar. No início, as consultas sempre ultrapassavam o tempo previsto, pois ela tinha muita necessidade de falar e contava sempre histórias dramáticas, tragédia, não falava de coisas boas, agradáveis e nem sobre si mesma. Não falava dos seus sentimentos. Quando ela foi convidada a participar da pesquisa, disse que não tinha tempo, teria que ver se conseguia participar semanalmente. Quando vinha para as consultas, não tinha pressa de ir embora. Tinha um sonho: construir um residencial geriátrico aqui em Araranguá, pois pensava muito no futuro e como era solteira e não havia constituído família, a solidão a assombrava.

Experiência das consultas de enfermagem com a cuidadora Amor- perfeito

Amor-perfeito chegou ao **primeiro encontro** com uma expressão de tristeza e cansaço aparente. Começou a observar o ambiente e disse que estava sentindo-se bem naquele local, relatando que não esperava que fosse assim aconchegante. Esse bem-estar sentido pela cuidadora se deve ao fato de que o ambiente fora preparado com muito cuidado e carinho para recebê-la. Havia música suave, fonte de água, paredes de tom azul celeste, poltrona confortável e orações previamente feitas nesse local. Isso de dava pela ancoragem sensorial, ou seja, a importância de conduzir a cuidadora a lembranças de situações distintas das quais ela estava vivenciando. De acordo com Silva (2007), as pessoas que são sensíveis parecem sentir mais as influências do ambiente. Dessa forma, o ambiente preparado contribuiu para a harmonização de seu ser.

Amor-perfeito tinha uma necessidade de falar muito. Não foi fácil acompanhar o seu raciocínio, pois tinha idas e vindas nos assuntos. Por vezes, entrava em um assunto que dava a impressão que eu já conhecia, mas eu não sabia de que ela estava falando. Então, tive que várias vezes fazer perguntas para me sintonizar na conversa. Senti-a, nesse primeiro encontro, bastante debilitada emocionalmente, pois os seus olhos se enchiam de lágrimas em vários momentos, com períodos de choro. Ela sentia-se angustiada, pois gostaria de estar ajudando mais os seus pais, entretanto, não sabia o que poderia fazer, já que, as suas forças estavam diminuindo a cada dia. Apesar de não ser a cuidadora principal, tendo em vista que ela somente vai para a casa dos seus pais nos finais de semana, mencionava em todos os momentos não ter tempo para nada. Era somente essa resposta que ela tinha para os questionamentos relacionados ao cuidado de si.

Embora possuísse recursos financeiros, não tinha viajado mais para passeio e descanso

já fazia uns três anos. As únicas atividades com o corpo que desenvolvia era hidroginástica três vezes por semana. Tinha o hábito de realizar as práticas de saúde, tais como exame de colo uterino, mamografia e exames de sangue regularmente. Também fazia acompanhamento com cardiologista, devido apresentar uma leve hipertrofia do ventrículo esquerdo com disfunção da válvula mitral e aorta. Além da disfunção cardíaca, apresentava problemas circulatórios nos membros inferiores com cirurgia prévia de varizes apresentando edema e queimação em alguns momentos. Ficou visível a mágoa no seu coração quando falava da ausência dos seus irmãos no cuidado com os seus pais, atribuindo a ela somente o compromisso de cuidá-los.

Diante dessa percepção sobre as mágoas e os ressentimentos, discutimos sobre a importância de não querer ser um super-herói e vivenciar sozinha todos esses sentimentos. Seria necessário compartilhar com os seus irmãos, não com cobranças e, assim, encontrar alegria de estar cuidando de sua mãe. No seu apartamento durante a semana costumava dormir bem, portanto nos finais de semana quando estava na casa dos pais, acordava várias vezes à noite pela preocupação com eles. Tinha uma participação ativa na comunidade anteriormente, frequentando a igreja, mas, nos últimos três anos, somente assistia à missa pela TV, alegando não ter tempo.

Nessa **primeira consulta**, em virtude dela querer conversar muito, não foi possível realizar os outros padrões de expressão estética senão o diálogo reflexivo e a observação e escuta sensível. Ultrapassamos o tempo previsto de uma hora e meia e ficamos duas horas em consulta. Saiu desse primeiro encontro, sentindo-se mais leve. Nesses momentos de reflexão em que estivemos juntas, partilhando sobre as dores e o sofrimento vivenciado por ela desde o início da doença de sua mãe, procurei motivá-la a centrar-se no hoje, tentando fazê-la compreender que seria necessário isolar o futuro tão hermeticamente, como o passado. Entendia que o seu maior desgaste era devido às preocupações. Ela literalmente vivenciava o passado e o futuro e estava sem condições de viver o hoje. Sabemos que muitas pessoas rejeitam as palavras de Jesus: “não andeis pensando no dia de amanhã”. É claro que devemos nos preparar para o dia de amanhã, mas não nos inquietarmos com o amanhã e nem tampouco com o que já vivemos. Segundo Carnegie (2000, p. 62), “as preocupações endurecem a fisionomia. Dão-nos um aspecto permanente de amargura”.

Na **segunda consulta**, amor-perfeito chegou com uma expressão alegre, o tom de voz estava mais calmo. Havia me telefonado no dia seguinte ao primeiro encontro para me agradecer e dizer:

Estou mais tranqüila, mais calma, estou apostando bastante nesse cuidado,

pois estou precisando demais.

Nesse dia, percebi que já não usou tanto as palavras “não tenho tempo”. Ela a substituiu por ter que encontrar uma saída para o seu desgaste. Nesse dia, tentei direcioná-la para o presente e para ela, mas a mesma estava muito presa ainda ao passado. As suas histórias são praticamente tragédias, coisas difíceis e sofridas que aconteceram no passado. Algumas situações inclusive que já estavam resolvidas. Porém ela retomava e vivenciava novamente aquela situação. Bastante preocupada com todos da sua família e, por ter uma posição financeiramente favorável, as pessoas próximas recorriam sempre a ela. Nesse segundo encontro, ficou visível o processo de morte-renascimento, pelas mudanças no seu dia-a-dia, tais como: foi à missa durante a semana e foi ao louvor da renovação carismática católica. Nesse dia, conversamos bastante sobre as nossas escolhas que nos permitem viver bem ou não, sobre os nossos pensamentos, que a nossa mente não distingue o real do imaginário, daí, a importância de estarmos constantemente policiando os nossos pensamentos. Nesse dia, pude realizar o toque terapêutico, a hipnose e a massagem, além do diálogo reflexivo. Ela disse que relaxou um pouco, pois ainda estava com um pé aqui nesse ambiente e outro nos problemas do seu dia-a-dia. Novamente nesse dia, ultrapassamos o tempo previsto para consulta, ficamos duas horas. O interessante é que, quando foi convidada para participar relatou que não saberia se seria possível, porque não tinha tempo e agora estava sem nenhuma pressa de ir para a casa.

Na **terceira consulta**, chegou adiantada alegando ter perdido o cartão. Como não queria perder o encontro, veio mais cedo. Chegou alegre, falando com mais calma e retratando-se a menos fatos do passado, sentindo-se motivada a mudar de atitudes e comportamentos para que tenha uma viver mais saudável, embora não saiba bem os caminhos que deva seguir. Chegou contando que na última sexta-feira tomou uma atitude diferente daquela que vinha tendo. Relatou que estava se preparando para ir para casa dos seus pais, porém decidiu que iria somente no sábado de manhã para que ela pudesse participar da missa na sua cidade e sentiu-se bem, porque, além de se restaurar com a palavra de Deus, ela não se preocupou com seus pais, visto que a empregada fica lá até ao sábado meio-dia. Relata que se sente muito bem nesse ambiente. Conseguiu, nesse dia, voltar-se um pouco mais para si, falando dos sinais que o seu corpo está transmitindo para ela. Isso significa que estava se conhecendo. Após o toque terapêutico, a hipnose e a massagem, relatou:

Consegui relaxar mais do que a semana passada. Estou leve. A minha

cabeça voltou ao normal, porque quando cheguei estava enorme, estava um pouco angustiada.

Nesse dia, ela relatou que estava até pensando em fazer uma viagem para descansar um pouco. Quando perguntei como ela se percebia, ela disse:

Estou me sentindo mais quieta, pensando mais na forma de viver mais tranqüila, mas ainda não encontrei solução.

Ainda era visível o descontentamento com seus irmãos a respeito deles não ajudarem no cuidado com os pais. Retratava mágoas, ressentimentos profundos. Durante a reflexão, tive a oportunidade de enaltecer o cuidado que ela vinha fazendo com os seus pais e motivá-la a enxergar o quanto poderia ser prazeroso esse cuidado. Apesar de uma sobrecarga tão sofrida, ela poderia recheiar esses momentos difíceis com carinho, amor, atenção no cuidado para com os pais. Na verdade, o ser humano tem uma necessidade de ser reconhecido pelas coisas que faz e como Amor- perfeito não obtinha esse retorno de seus familiares, isso a deixava muito ressentida. Foi importante, então, discutirmos sobre o amor, a solidariedade, a compaixão, a compreensão, trazendo à tona a possibilidade de enxergar com outros olhos os seus irmãos por não compartilharem com ela o cuidado dos seus pais. Entendo que o cuidar deva ser partilhado com os demais familiares, porém não deve ser imposto.

Na **quarta consulta**, chegou com o cabelo pintado, expressão facial de alegria, sentindo-se bem. Não havia apresentado dores de cabeça e estava dormindo tranquilamente, sem a sensação de peso na cabeça. Relatou ter pensado bastante no que havíamos conversado sobre a mente e que achava, então, que o cansaço dela não era físico, mas devido a tantas preocupações que tem tido em sua vida. Nesse encontro, percebi que ela estava conseguindo falar mais de si mesma. Relatou que, nesse último final de semana, conseguiu cuidar dos seus pais com mais tranquilidade, com mais prazer. Embora tenha feito as mesmas coisas, o seu cuidar estava mais suportável, mais leve. Percebi, também, que estava disposta a encontrar novos caminhos, entretanto dizia que ainda não havia conseguido. Estava frequentando a missa uma vez por semana e havia iniciado as massagens para estimular a circulação, duas vezes por semana. Nesse dia, comentou que tinha o hábito de comprar muitas coisas e esquece-las no guarda-roupa. Tinha muitas coisas guardadas e muitas até novas. Então, ela perguntou se eu tinha esse hábito de comprar e guardar as coisas. Eu falei que eu tinha o hábito de comprar o necessário e sempre que queria renovar algumas roupas de uso pessoal ou

de cama, eu, imediatamente à compra, já realizava doações, não ficando com nada dentro de casa que não estivesse utilizando. Ela relatou, novamente, a sua dificuldade de organizar os seus papéis, a sua casa. Porém não falou que não tinha tempo, como anteriormente. Conversamos bastante sobre a importância de nos organizarmos e planejarmos o nosso dia para conseguirmos dar conta do necessário, sobretudo da importância de não deixar a vida virar uma rotina. Partilhamos novamente sobre o estrago que as preocupações fazem em nosso ser, deixando claro para ela que as preocupações são como gotas incessantes de água e esses pingos nos levam a uma desarmonia física, espiritual e mental nos causando indisposição, insônia, desânimo, tristeza, raiva. Enfim, nos desarmonizamos como um todo. Quando a questioneei sobre a percepção das pessoas que estão ao seu redor, após o início das consultas, ela relatou que o médico a havia achado mais calma, mais alegre. Nesse dia, realizei toque terapêutico: bastante aquecido no chackra da testa. Realizei, também, massagem e transe hipnótico. Ao final, relatou estar sentindo-se bem, mais tranqüila.

O reconhecimento de si própria e de suas limitações, juntamente com o que ela podia modificar no seu cotidiano, conduziam a uma evolução do seu Ser. O processo de morte e renascimento acontecia de uma forma favorável a cada encontro nas consultas de enfermagem. O conhecimento dos propósitos que levam a cuidar e a participação e reflexão tanto da pesquisadora/enfermeira quanto da cuidadora/familiar nesse processo de cuidar transdimensional é de suma importância para que as mortes e os renascimentos diários aconteçam, conforme nos diz Silva (2007, p. 153), “o cuidado transdimensional constitui-se, assim, em processo eminentemente participativo e reflexivo, em que o cuidador e o ser cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências no seu viver cotidiano”.

Na **quinta consulta**, chegou bem arrumada, dizendo que havia desencantado algumas roupas que há tempo não usava. Estava alegre, transmitindo calma e tranqüila através dos gestos, da voz e das expressões. Começamos o diálogo e percebi uma certa angústia no seu olhar e então perguntei-lhe o que havia acontecido, pois ela aparentemente estava bem, mas o olhar transmitia algo diferente. Então, ela relatou:

Quando as coisas parecem que vão ficar bem, vem uma bomba e deixa a gente meio ruim.

Ela estava retratando a situação desgastante que havia passado no final de semana na casa dos pais por ela ter contratado um senhor para limpar o pátio do seu pai. Ele, não

gostando de sua atitude, xingou-a e isso a deixou bastante magoada. Comentou que estava apresentando sinais de resfriado: nariz congesto, dores no corpo. Em relação à dor de cabeça que tinha anteriormente, não havia sentido, sem peso na mesma, estava dormindo bem, as suas eliminações fisiológicas estavam regulares.

Durante o diálogo reflexivo, compartilhamos a importância de morrer e renascer a cada dia para obtermos resultados diferentes daqueles que temos, alertando-as de que uma das maiores causas do nosso sofrimento seria a maneira como enxergamos o dia-a-dia e tudo o que nos acontece. Aí a necessidade de olharmos para os acontecimentos, para as pessoas com paciência, com generosidade, sem as armas que costumamos trazer em nossos corações. Da mesma forma, Assunção (2002) ressalva que valores e crenças pré-estabelecidos dificultam e acarretam angústias e sofrimentos. Ela relatou que estava frequentando a missa uma vez por semana, as vezes, até duas por semana. Achava que o que mais a havia deixado debilitada, diante desse cuidado com os pais, foi o afastamento da igreja, pois participava ativamente da comunidade e em decorrência de achar que não tinha mais tempo, ficou somente assistindo às missas na TV, sem comungar o corpo de Cristo. Assim, ela disse que havia decidido procurar o Padre para se confessar e começar a receber o Pão da Vida. Também relatou que havia retomado atividades manuais como tricô e crochê que há tanto tempo não fazia. Nesse dia, não a deitei na maca em virtude dela estar resfriada, com nariz congesto. Realizei, na poltrona, exercícios respiratórios, relaxamento e uma hipnose. Aqueceu bastante o topo da cabeça e a testa. Após, sentiu-se bem, disse que conseguiu relaxar e estava sentindo-se mais tranquila. Como percebi que estava com dificuldades de silenciar para encontrar novos caminhos, emprestei-lhe um CD de relaxamento e um de cura interior para auxiliar nesse processo de morte-renascimento.

Na **sexta consulta**, chegou com um batom de cor forte nos lábios, bem arrumada, com uma expressão de tranquilidade, voz calma. Relatou que não havia ido para a casa dos pais no final de semana anterior, em virtude do resfriado. Resolveu ficar em casa para descansar e melhorar do mal-estar. Apesar de ter tomado essa atitude de não ir para a casa dos pais para cuidar de si, senti que ela estava bem. Quando questionei sobre o CD de relaxamento e o de cura interior, ela disse que os escutou, gostou bastante, inclusive, comentou que precisou achar o manual de instrução do aparelho de som comprado há algum tempo, porém ainda novo, por não ter tempo de usá-lo. Ela disse que foi muito bom, que não acordou para urinar à noite, como de costume. Relaxou mesmo. Havia apagado do coração a mágoa do seu pai em relação ao acontecimento da semana anterior. Nesse momento, percebi que ela havia olhado para a situação que lhe causou o sofrimento, porém de uma forma diferente. Havia aprendido

a lição. Entendeu, segundo Leo (2006), que perdoar é decidir-se não deixar dominar pelos sentimentos estragados que a ofensa imprimiu em seu coração. Dessa forma, mostrava que estava abrindo o seu coração, pois o seu foco passou a ser a busca de um viver mais saudável. Assim, o cuidado transdimensional proporcionou abertura para o perdão, pois, segundo Silva (2007), viver o processo implica romper os condicionamentos de controle e incertezas, requer flexibilidade, estar permanentemente aberto à revisão, superando o dinâmico processo da vida.. Quando questionada sobre a percepção que as pessoas que estão ao seu redor tem dela após o início das consultas, ela disse que enquanto almoçava com a sua amiga, a mesma relatou:

Que eu estava com um aspecto de bem com a vida, que ela tinha sentido que eu tinha dado uma melhorada.

Nesse dia, fizemos, além do diálogo reflexivo, relaxamento, toque terapêutico, hipnose, na qual ela sentiu-se muito bem, com tranquilidade. Optamos, por não realizar a massagem nas costas por estar bastante frio. Foi possível perceber a mudança de suas atitudes e comportamentos no seu dia- dia:

Eu fiz umas arrumações nas gavetas, tirei tanto papel antigo, tirei do guarda-roupa umas roupas e uns calçados que não usava e tinha dó de dar porque estavam tão novos e dei para uma pessoa que perdeu as suas coisas na enchente.

A sua disposição era evidente. Estava conseguindo vivenciar mais o hoje. Havia deixado as preocupações do passado e as do futuro e a sua mente estava mais leve e em condições de realizar atividades simples do dia-a-dia até entao, esquecidas. Além disso, despertou na mesma o desejo da partilha, percebeu que tinha coisas que não estava usando e que poderiam servir para o seu próximo. Dessa forma, Silva (2007), ressalta que o cuidado transdimensional se constitui em processo fundamental para que os seres envolvidos no cuidado possam ampliar suas capacidades de expressar sabedoria e amor no mundo.

Na **sétima consulta**, chegou com uma expressão de alegria, estava com batom nos lábios, uma blusa rosa, bem arrumada, já relatando que ao terminar a nossa consulta, estava indo para a cidade vizinha mostrar os exames de seus pais para a médica que acompanha o caso deles. Demonstrava certa preocupação com esta situação. Comentou que havia passado um final de semana bem com seus pais, com exceção do domingo à tarde. Antes de voltar para a sua casa, a sua mãe foi ao banheiro, acompanhada de sua cunhada e, então, como a sua

mãe sujou as suas mãos de fezes, a sua cunhada chamou-a apavorada. Até aí, tudo bem, ela higienizou a sua mãe. No entanto, relatou que o seu irmão e a sua cunhada estavam alegres, contando sobre a festa que tinham acabado de chegar. E ela então, foi se irritando com aquela cena: eles alegres e, ela ali, cuidando da sua mãe e, não tendo oportunidade de sair. Eles começaram a dar palpite sobre como deveria fazer para higienizar a sua mãe. Isso a deixou muito irritada. Ela tem consciência de que transferiu esse sentimento para a sua mãe, a mesma, nesse momento xingou-a deixando Amor-perfeito ainda mais angustiada. Por sorte que, antes de Amor-perfeito voltar para a casa, a sua mãe, falou coisas agradáveis para ela, inclusive agradecendo o cuidado que ela tinha realizado com ela. Assim, chorou bastante e voltou para a casa. Chegando a casa, mais tarde, através de seus irmãos recebeu a notícia de que a sua mãe estava com pressão arterial aumentada, sendo necessário levá-la ao hospital. Depois de medicada, voltou para casa com a pressão normalizada, mas com dificuldades de caminhar. Diante dessas situações, ela regrediu um pouco no processo de cuidado consigo mesmo, voltando-se para essas cenas acontecidas. Entretanto, mesmo diante de tais dificuldades, percebi que estava angustiada, um pouco triste, retratando mágoas em relação aos seus irmãos não auxiliarem no cuidado, porém com mais força para enfrentar a situação, isso pôde ser comprovado pelo seguinte depoimento:

*Se tivesse acontecido essa situação em outra época eu nem sei como estaria.
Com certeza, mais triste, angustiada, nervosa.*

Diante desse fato, percebe-se que o processo morte-renascimento estava lento, porém evoluindo a cada dia. Relatou que estava dormindo bem, melhor do resfriado e não tinha urinado à noite como de costume. Estava realizando a novena do Pai Eterno pela TV todos os dias, além de continuar a participar da missa uma vez na semana. O nosso diálogo reflexivo, nesse dia, foi bastante voltado para a prática do perdão. Ela tem muitas mágoas dos irmãos por não a auxiliarem no cuidado com os pais. Além de ressignificar, ou seja, recheiar de elementos favoráveis o fato dela ser cuidadora dos pais, nesse dia também discutimos sobre os objetivos que ela tinha para a vida, dando exemplos práticos para que se sintonizasse em seus objetivos e trouxesse-os na próxima semana, para juntas partilharmos e refletirmos. Nesse dia, a sua PA estava 160x100mmHg no início e, no final, 150x100mmHg. Orientei-a que verificasse todos os dias para controle. Assim, além do diálogo reflexivo, realizei o relaxamento, toque terapêutico, massagem nas costas, hipnose, encorajando-a a tomar atitudes de perdão e reconciliação consigo mesma. Sentiu-se leve, mais tranqüila e em paz. Quanto a

semana anterior, foi visível que permaneceu em torno dessas preocupações, da tensão vivida, dos pensamentos angustiantes. De acordo com Silva (2007), vivenciar o processo da vida não é tarefa fácil pela necessidade de termos que, em algum momento, optarmos por um caminho. Esse caminho por que optamos pode implicar grandes desafios, ir contra as nossas crenças e valores estabelecidos. Assim, viver esse processo de morte-renascimento pode ser permeado de conflitos. Logo, fica evidente, que Amor-perfeito está tentando trilhar novos caminhos. Todavia, ainda se encontra permeada pela razão.

Na **oitava consulta**, chegou com uma aparência agradável, bem arrumada, bem cuidada, mas aparentando cansaço. Disse que havia trazido seus pais nesse final de semana para a sua casa afim de realizar exames e constatou-se que estavam com hematócrito baixo. Daí a justificativa da dificuldade de caminhar que a sua mãe apresentou anteriormente. Então, diante desse resultado, iria levá-los para a médica tomar as devidas providências. Em relação aos objetivos solicitados na última semana para trazer, disse que não havia dado tempo de colocá-los no papel. Conversamos e relatei-lhe a importância de ter seus objetivos bem definidos, pois não tem vento favorável para quem não sabe o que quer. Era preciso definir, de fato, o que ela queria para sua vida. Nesse diálogo reflexivo, também abordamos a importância de uma alimentação rica em ferro para os seus pais, diante do hematócrito baixo e do cuidado de si mesma com práticas de lazer, procurar visitar amigos e parentes. Enfim, que buscasse formas de um viver mais saudável, mas que, para que isso acontecesse, teria que se conhecer para transformar-se naquilo que realmente quer. De fato, existem situações que a deixam feliz, de bem com a vida. Seria necessário resgatar o que lhe deixa assim. No seu relato, percebi que estava trabalhando os sentimentos em relação aos irmãos, pois estava mais próxima e eles estavam elogiando-a, o que nunca havia acontecido no passado. Isso pôde ser comprovado, pelo seguinte depoimento:

Os meus irmãos estão conseguindo enxergar o que eu tenho feito pelos meus pais. Eles até às vezes me elogiam, e eu penso que isso tem me dado força. Estou com mais satisfação e prazer de cuidar deles agora, apesar de ser cansativo.

Nesse dia, foi possível, além do diálogo reflexivo, o relaxamento, o toque terapêutico, a hipnose. Sinto que ela obteve algumas mudanças no seu cotidiano que a fizeram sentir-se mais fortalecida e com coragem de tomar algumas decisões. Porém ainda se encontrava vulnerável a situações desagradáveis que poderiam vir. Ainda não estava totalmente fortalecida para enfrentar as dificuldades presentes no dia-a-dia das pessoas. Necessitava de ajuda para

olhar para si mesma e buscar novos caminhos para um viver mais saudável, pois as preocupações continuavam lhe consumindo o tempo.

Copo-de-leite

Copo-de-leite com idade entre sessenta e setenta anos, solteira. Iniciou duas formações: psicologia e pedagogia, porém não as concluiu. Trabalhou como auxiliar administrativo em uma universidade e hoje está aposentada. Não é a cuidadora principal. A sua irmã é que tem Alzheimer e a cuidadora é a sua sobrinha. A sua irmã tem 63 anos e está com Alzheimer há 10 anos. Copo-de-leite é natural do Rio Grande do Sul. Saiu de casa com um pouco mais de 20 anos de idade para morar na capital. Passados alguns anos morando sozinha, não sabe precisar, seus familiares vieram morar na capital com ela, onde fundou uma associação para cães. Ficou dois anos lá e depois sentiu-se muito cansada e veio embora para Santa Catarina, onde reside há quase dez anos. Chegando em Santa Catarina, não havia associação para cães. Ajudou a formá-la e atualmente cuida de 30 cães em seu domicílio. Quando questionada sobre a sua paixão pelos cães, ela disse que não sabia como havia surgido. Hoje, a sua vida se resume em ir todos os dias ao supermercado para comprar comida para os cães e ir à reunião do Grupo de Ajuda Mútua uma vez por mês, além da reunião da associação dos cães, pois alega não ter tempo para nada mais na vida.

Não tem nenhuma prática de saúde. Inclusive, os exames de prevenção de colo uterino e mamografia faz três anos que não realiza. Não tem o hábito de visitar os parentes, alegando não ter tempo e por não ter com quem deixar os cães. Quando foi questionada sobre os objetivos de sua vida, relatou que não tinha nenhum, pois achava que tinha vivido tudo que tinha para viver. No entanto, esse “tudo” não foi expresso. Apresentou a pressão arterial elevada desde a primeira consulta, mas relatava que verificava sempre na farmácia e estava em níveis normais. Achava estranho aumentar os níveis somente na consulta. A sua aparência era de cansaço, tristeza, bocejava o tempo todo, dizia ser fumante de uns cinco cigarros diários, permanecia com os braços cruzados. Tinha o hábito de dormir tarde (duas horas da manhã) porque os cães brigavam muito e ela se preocupava com os vizinhos e, então, tentava acalmá-los. Ficava nervosa quando eles se agitavam. É católica, mas faz muitos anos que não vai à igreja. Assiste à missa somente pela TV. Quando questionada sobre si mesma, dava um jeito de fugir da conversa. Adorava conversar dos seus cães, daí sim, a conversa fluía. O seu mundo era, os cães.

Ela namorou bastante, mas não quis casar. Quando tinha entre 20 anos e 30 anos de idade, conheceu um moço, namoraram alguns anos, noivaram e iriam casar, mas descobriu

que ele tinha outra mulher e então decidiu terminar tudo onde nessa época, veio morar em Porto Alegre. Depois dessa situação, não quis mais saber de casar, achava que ficaria muito presa, não queria dar satisfação para onde ia e não se arrepende dessa decisão. Das várias questões sobre seus sentimentos e pensamentos, ela não abria o coração, aparentava um mistério muito grande em sua vida, mostrando inflexibilidade para o novo. Foi desafiante cuidar dela, pois, mesmo tendo consciência de que cada ser é único, singular e que a reação ao cuidado desenvolvido poderia ter resultados diversos, eu me ansiava pelas suas mudanças, pois percebia o quanto havia esquecido de si mesma e se encontrava desmotivada a viver.

Experiência das consultas de enfermagem com a cuidadora Copo de-Leite

Copo-de-leite chegou à **primeira consulta**, com uma expressão de tristeza, fechamento (braços cruzados), embora relatasse que estava sentindo-se bem. Permaneceu bastante quieta nesse dia, respondendo à entrevista elaborada com muita pontualidade, ou seja, não ia além das questões. Pelo contrário, demonstrava uma certa reserva na sua fala. Ao ser questionada sobre fatos do passado, não sabia precisar quanto tempo as coisas haviam acontecido em sua vida. Como ela cuida de mais ou menos trinta cães em casa, o seu dia resume-se a cuidar deles. Quando questionada sobre o cuidado de si, como práticas de saúde, lazer, amigos, ela sempre relatava:

Como? Não tenho tempo, eles(cães) me consomem todo o tempo.

Embora não tenha nenhuma prática de saúde, considerava-se uma pessoa saudável, relatando, somente nesse primeiro encontro, uma dor no braço direito quando levantava, normalmente quando estendia roupas no varal. Porém, nunca havia procurado uma avaliação médica para tal situação. Em relação ao preventivo de colo uterino e mamografia, relatou fazer três anos que não os realizava. Nesse dia, a sua pressão arterial estava 160x120mmHg, porém ela disse que tinha o hábito de verificar na farmácia e nunca havia estado alta assim. Fiquei em dúvida em relação a esse dado. Solicitei que continuasse a verificar todos os dias no posto de saúde e trouxesse anotado o controle na próxima semana. Como nesse dia ela havia chegado atrasada, foi possível, além do diálogo reflexivo, o relaxamento respiratório. Sentiu-se bem e disse que gostaria de continuar com esse cuidado.

Na **segunda consulta**, Copo-de-leite chegou com lágrimas nos olhos, demonstrando uma tristeza profunda por ter visto a irmã que veio visitá-la nesse final de semana com sua sobrinha que, a cuidadora principal. Fazia um tempo que não visitava a irmã com Alzheimer

e ficou impressionada com a magreza dela. Tinha uma úlcera de pressão enorme nas costas. Essa cena a deixou muito ruim. Quando questionada, novamente, sobre o seu auto-cuidado, relatou que pensou durante essa semana que necessitava ter um pouco de tempo para ela, mas não sabe como, devido o seu tempo ser tomado pelo cuidado com os cães. Do seu cotidiano, o que ela relatou foi:

Eu grito com os cachorros, grito sozinha porque eles fazem muita bagunça, mas essa semana, acho que aceitei mais a confusão deles e fiquei mais calma e inclusive eles também.

Com esse depoimento, foi perceptível alguma mudança no seu dia-a-dia, inclusive relatou que estava dormindo mais cedo pois os cachorros estavam mais calmos. Nesse dia, além do diálogo reflexivo, realizei o toque terapêutico, o relaxamento, a massagem nas costas e a hipnose. O chackra da testa estava bastante aquecido. Após, sentiu-se bem, disse que estava relaxada. A sua pressão arterial estava novamente elevada, 140x100mmHg, porém relatou que durante a semana havia controlado e estava boa, mas não trouxe o registro do controle como solicitado. Percebia certo enigma nessa mulher, ela não queria falar sobre si, somente sobre o cuidado com os cachorros. Essa era sua vida.

Na **terceira consulta**, chegou abatida, triste, pois havia perdido a irmã, pois a mesma viera a falecer. Falou menos ainda nesse dia, permaneceu com os braços e pernas cruzados, relatando frio, pois havia colocado pouca roupa. Não tinha hábito de calçar meias. Conversamos um pouco sobre o processo de morte e sobre os sentimentos aliados a essa situação. Apesar de ter acontecido essa situação de perda essa semana, questionei sobre o seu dia-a-dia e percebi que ela se mostrou até entusiasmada para falar de uma mudança de atitude naquela semana:

Eu fui visitar o meu vizinho que estava doente, nunca havia visitado. Estou me sentindo mais calma, estou dormindo melhor.

Ao ser cuestionada sobre os objetivos, disse que não tinha nenhum, achava que já tinha vivido tudo que tinha para viver. Nossa, anestesiada com a vida! Se para atingirmos os objetivos que almejamos necessitamos de uma motivação, porque é ela que nos mantém em direção à meta, o que fazer diante dessa cuidadora sem objetivos? O combustível que levará a mudanças no cotidiano e a motivação estavam adormecidos nessa cuidadora. Então, seria necessário harmonizá-la e fazê-la refletir sobre a sua evolução, enquanto ser, despertando-a e motivando-a em seus desejos e sonhos adormecidos. A sua pressão arterial permanecia

alterada, 150x110mmHg, porém sem dados para comparar, já que ela não verificou ao longo da semana alegando falta de tempo. Após o relaxamento, o toque terapêutico, a massagem e a hipnose, a pressão estava, 140x95mmHg. Ela relatou estar bem, que havia relaxado mais do que a semana anterior e sentindo-se mais leve. Os benefícios da meditação, do relaxamento, segundo Siegel (1989), têm o poder de reduzir o desgaste tanto físico quanto mental, contribuindo assim, para uma vida melhor e mais longa. Da mesma forma, Krieger (1997), ressalta que o toque terapêutico produz uma profunda e rápida reação de relaxamento. E segundo Bueno (2006), com a utilização da transe hipnótica é possível amplificar as respostas dos pacientes, ou seja, é possível, através da condução de um passeio na praia, proporcionar à cuidadora um estado de relaxamento intenso. Dessa forma, com a utilização dos padrões de expressão estética do cuidado transdimensional foi possível reduzir a tensão e aumentar o bem-estar. O chackra da testa estava bastante aquecido. Novamente refletimos sobre a importância de cuidados de controle com a pressão arterial, bem como uso de chás e de alimentos hipossódicos, além da importância de uma avaliação médica. Porém ela relatava que a pressão aumentava somente aqui no meu consultório. O diálogo reflexivo desse dia se estendeu para a importância dos nossos pensamentos, de observar os sinais que o corpo nos transmite, da importância de nos silenciarmos para ouvirmos o seu clamor (corpo).

De acordo com Ghiorzi (2004, p. 50), “as emoções vão se manifestar através do corpo pela expressão emotiva (gritos, lágrimas, gestos, mímicas), pelo afeto (prazer, sofrimento, agonia, desgosto, surpresa) e pelos sentimentos que se constroem sobre o afeto (alegria, tristeza, raiva, vergonha) e pelos aspectos representativos da ordem da imagen”. Enfim, o corpo é sentido e vivido de forma diversificada, segundo crenças e cultura de cada ser. Diante disso, os sinais que essa cuidadora emitirá irão traduzir como ela assume o seu cotidiano, a sua realidade. Portanto aí surge a importância dada à escuta sensível e à observação sensível em cada encontro.

Na **quarta consulta**, chegou com uma expressão de cansaço, sentindo-se indisposta. Apesar de estar bastante frio, estava com pouca roupa, sinais de resfriado: coriza, cefaléia, tosse, o que estava apresentando já há dois dias. A pressão arterial estava 160x120mmHg, na ausculta respiratória: ausência de ruídos adventícios, sem febre. Quando questionada sobre o seu dia-a-dia referia que estava bem, não falava mais nada. Quando conversava sobre os cachorros, daí, então, ela verbalizava bastante. Tinha um entusiasmo para falar deles, sentia-se motivada, feliz. Percebi que o seu mundo são os cachorros, esqueceu de quem é. De acordo com Salomé (1995), o silêncio distingue-se o “não-dito” e esse deixar de falar pode ser para evitar um possível conflito, um não-acordo que será vivido como insuportável. Como estava

intrigada com o seu mundo por não estar entendendo o que ela queria me dizer através do silêncio do seu ser e da sua motivação ao falar com os cães, nesse dia, solicitei que me pontuasse em uma escala de 0 a 10, o nível de satisfação com a sua vida após o cuidado que estava recebendo nas consultas de enfermagem. Então, ela disse: 7. Opa pensei, está observando mudanças, então, agora, ela terá que falar quais são. E ela então, relatou:

Ah! Eu fumava uns cinco a seis cigarros por dia, agora fumo menos, não sei quantos, mas é menos. Estou dormindo até demais. Os cachorros estão mais calmos. Eu ficava irritada quando não conseguia terminar um serviço e agora deixo para fazer depois quando dá.

Apesar de estar numa fuga constante em relação a si mesma e em relação à mudança de atitudes no seu dia-a-dia, começam a se perceber transformações no cotidiano. Relatou ter feito a meditação ensinada na consulta anterior e que se sentiu bem, tranquila. Como as suas respostas são pontuais! Nesse dia, bocejou muitas vezes, não realizou avaliação médica em relação à dor no braço e tampouco realizou as práticas de prevenção, alegando não ter tempo. Além do diálogo reflexivo, realizei o relaxamento, toque terapêutico e a massagem optamos por não realizar, devido ao intenso frio que estava nesse dia. Quanto à hipnose, conduzi-a para um passeio na praia e fiz alguns questionamentos: como estava o seu dia-a-dia dela? O que gostaria de fazer que ainda não fez? E por que não o fez? O que a impediu? Ao final, não quis compartilhar nenhum sinal ou pensamentos, sentimentos que obteve durante a terapia, somente disse:

Estou bem, me sinto leve.

Solicitei, então, que ela colocasse no papel o que pensava sobre si mesma, não o que os outros pensam, mas como ela se vê. Para mim, estava desafiante por demais cuidar de Copo de- leite. Entendia que o seu corpo era a arte de comunicar-se, de expressar como ela se comportava no mundo. No entanto, conseguia captar sinais no seu corpo (braços cruzados, bocejar, falar que estava tudo bem) que me faziam perceber os bloqueios que a mesma tinha de se expressar emocionalmente, porém não compreendia que bloqueios poderiam ser.

Para compreender melhor essa situação vivenciada com amor-perfeito recorri a Ghiorzi (2004), onde ela ressalta que numa relação terapêutica pode haver dificuldades de receber amor do outro e, então, a pessoa veste a máscara de proteção e sob ela mora o que ela não quer que o outro conheça, o que ela deseja guardar como segredo. Para reforçar esse achado, Silva (2007, p.153), ressalta que o cuidado transdimensional constitui-se, assim, em

“processo eminentemente participativo e reflexivo, em que o cuidado e o ser cuidado, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências, nas quais de forma original e única se autoconheçam e autotransformem”. Portanto, com Copo-de-leite, o autoconhecimento estava prejudicado pela sua participação restrita, bem como pela incapacidade de expressão.

Na **quinta consulta**, chegou com 30 minutos de atraso, alegando que havia fugido uma gata e não a tinha encontrado, por isso demorou. Chegou com uma expressão desagradável, assustada, angustiada e já começou falando:

Acho que vou desistir, quero ver contigo, porque eu sou enrolada, não tenho tempo, acho que não estou contribuindo com a tua pesquisa.

Então, deixei-a colocar essas situações que estava sentindo e disse para ela que como eu havia explicado no início do nosso cuidado, a mesma o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa. A decisão seria sua. No entanto, lhe esclareci novamente o objetivo da pesquisa e que eu não estava ali desenvolvendo um cuidado para ter esse ou aquele resultado, mas sim que desejava aplicar uma metodologia e analisar o resultado com cada pessoa. Tendo a consciência de que cada ser humano é único e singular e que os resultados poderiam ser diferentes ou não, poderia haver mudanças ou não. Então, ela disse que compreendeu e que iria continuar. Passada essa primeira fase turbulenta, questionei como ela estava se sentindo e a mesma então relatou ter passado muito mal essa semana, com muita tosse, dor torácica e inapetência. Então, verifiquei a sua pressão arterial; 150x120mmHg, ausculta pulmonar: estertores e roncos difusos, sem febre. Novamente não trouxe anotado o controle da pressão como solicitado, sendo que verificou, segundo ela, e estava a mínima 80, 90. Não trouxe anotado o que pensa sobre ela, alegando que estava muito ruim durante essa semana e não conseguiu fazer. Diante do quadro, identifiquei a necessidade de uma avaliação médica onde a encaminhei para a emergência do Hospital. Nesse dia, não foi possível realizar o toque terapêutico, nem a massagem e nem a transe hipnótica.

Na **sexta consulta**, chegou com uma expressão melhor do que ao encontro da semana anterior. Relatou que procurou a emergência do Hospital, fez RX do tórax, foi medicada, não sabia quais os medicamentos que havia tomado e nem o que ela tinha. Simplesmente disse que o médico receitou alguns medicamentos e ela tomou. Nesse dia, estava sentindo-se melhor. Em relação a sua pressão, não fazia controle, e nem tampouco consultava um médico para avaliar (no dia posterior à consulta marquei uma consulta médica no posto de saúde do

seu bairro e o médico prescreveu Captopril de 25 mg). Porém ela não havia tomado porque não sabia como tomar, disse que na receita não estava prescrito e também não voltou no posto para saber. Nossa, que estranho! Ela realmente não tem nenhum cuidado consigo mesma. Orientei-a que tomasse no mínimo duas vezes por dia e que procurasse o posto novamente para verificar a orientação médica sobre o uso do medicamento, bem como, dar a importância para o controle de sua pressão todos os dias para ver como se comporta diante daquela medicação. Ela novamente alegou a falta de tempo, pois durante essa semana recebeu mais 18 filhotes e ficou em função do cuidado deles. Nesse dia, durante o diálogo reflexivo, trouxe novamente a importância dela saber o que queria da sua vida, pois iria continuar com os mesmos resultados se fizesse as mesmas coisas no seu cotidiano. Foi possível, realizar o toque terapêutico e a transe hipnótica. Ela chegou a dormir, ressonou, coloquei no final o CD com a música “Cura-me Senhor”. Nesse dia, percebi que ela estava um pouco mais decidida a mudar de vida, sendo que conseguiu falar da presidente da associação dos animais, o que nunca havia comentado. Estava querendo desabafar. Disse que iria falar com ela porque não poderia ficar mais com tanto cães assim. Percebi, também, que estava cuidando mais dos seus pés, havia comprado um calçado fechado e meias para não se molhar quando cuidava dos cães na rua.

Estimular a busca de um viver mais saudável é um objetivo que possibilita ampliar as transformações dessas cuidadoras no seu cotidiano. Por esse motivo, o referencial teórico do cuidado transdimensional adotado nesse estudo favoreceu um novo padrão de consciência com libertação de confiança, segurança, coragem para seguir novos caminhos antes temidos de serem trilhados. Frente às dificuldades apresentadas nesse processo de cuidado com copo-de-leite, por sua mínima participação no processo reflexivo em cada encontro, entendo que apesar de serem evidenciadas poucas mortes e poucos renascimentos, esse processo aconteceu.

Na **sétima consulta**, Copo-de-leite chegou bastante atrapalhada, sorrindo mas um sorriso estranho. Fui recebê-la e ela nem me cumprimentou como de costume fazíamos com um abraço. Então, como já havia entrado no consultório, eu somente dei um tapinha nas costas e perguntei-lhe como estava. Ela rapidamente respondeu:

Tu sabes, né? Daquele jeito. É sempre as mesmas histórias, passei a semana em função dos cachorros, não fiz nada a mais a não ser cuidar deles. Estou com muitos filhotes e o cuidado é dobrado, troco a todo instante o jornal, coloco para mamar.

Como percebi que a sua agitação se deu em função de não ter conseguido tomar novas atitudes e mudar o seu comportamento na busca de um viver mais saudável, pensei que deveria insistir um pouco mais para que olhasse para si mesma e conseguisse enxergar o que tem feito com a sua vida. Então, perguntei como havia se comportado a sua pressão arterial durante essa semana anterior e ela então respondeu:

Ah! Eu não fui nenhuma vez no posto, não deu tempo.

Quanto aos medicamentos prescritos pelo médico do posto de saúde estava tomando, porém não havia voltado ao posto de saúde como havíamos combinado para verificar os horários prescritos. A sua PA estava 155x105mmHg, ainda alta e sem controle durante a semana. Ai que sufoco! Bem, eu ficava com as minhas mãos atadas, pois o processo de morte e renascimento acontecia de uma forma muito lenta, no entanto ela estava necessitando de cuidados básicos, porém não estava dando a devida importância para o seu ser. Avaliada quanto à questão pulmonar e quanto ao resfriado: sem ruídos adventícios e sem sinais de resfriado. Durante o nosso diálogo reflexivo, abordei novamente a importância de olhar para si mesma, do cuidado consigo, bem como alertando para os malefícios de uma pressão alterada e não controlada. Nesse dia, resolvi mostrar o que poderia acontecer com ela. Sei que fui um tanto dramática, mas era necessário, ela não “acordava” para a sua real condição de saúde. Ao questionar sobre os objetivos solicitados na consulta anterior para que refletisse, ela respondeu que não havia dado tempo para pensar. Diante disso, eu tomei a decisão de trabalhar os objetivos dela aqui mesmo no consultório e naquele dia. Deixei-a sentada na poltrona e realizei uns exercícios respiratórios facilitando, assim, o relaxamento e fui conduzindo-a a pensar sobre a sua vida. Nesse momento, fiz várias perguntas para sua reflexão: O que você quer da vida? Quais as evidências que você terá no futuro para saber aquilo que queria? O que você vai ouvir, ver e sentir quando atingir isso que quer? O que você vai ganhar quando atingir esse objetivo? E o que você vai perder quando atingir esse objetivo? Que recursos pessoais você tem para atingir esse objetivo? E os que não possui? Você quer manter esse(s) objetivo(s)? Ao realizar esses questionamentos, percebi que a sua cabeça balançava, ela bocejava muito, cochilava.... Nesse dia, não realizei o toque terapêutico e a hipnose. Ficamos no diálogo reflexivo, insistindo na importância de ter objetivos bem traçados e definidos. Solicitei que trouxesse por escrito aquilo que havia refletido durante os meus questionamentos nesse encontro. Saiu afirmando que durante essa semana iria controlar a sua pressão no posto de saúde. Quanto as suas mudanças em relação ao desenvolvimento do

cuidado transdimensional, era possível observar que apesar do empenho no cuidado com os cães, sentia-se mais calma.

Na **oitava consulta**, chegou com uma expressão agradável, sorrindo, aparentando mais disposição e também estava melhor vestida. Percebi que os braços não estavam cruzados, como de costume, porém ainda bocejava, embora um pouco menos do que outros dias. No início, me cumprimentou e fez questão de entregar anotado o controle da sua pressão arterial realizado pelo posto de saúde. Segundo as anotações, havia uma variação de 60 a 100mmHG da diastólica nos dias subseqüentes a nossa consulta. Nesse dia, estava com a pressão arterial; 165x110mmHg. Disse que estava disposta a mudar o seu dia-a-dia, inclusive relatou que foi a uma reunião da associação dos cães e disse:

Eu disse para eles que agora chega! Não vou mais pegar os cães abandonados que eles me mandam. Preciso cuidar de mim.

Nesse dia, percebi que estava decidida a tomar algumas decisões. Não sabia se ela estava em condições de mudar e perseverar com as novas atitudes, porém já me sentia um pouco aliviada, pois ela havia conseguido escrever os seus objetivos, sendo que, quando iniciamos as consultas, ela disse que não tinha objetivo nenhum para a sua vida. Ao refletirmos sobre os seus objetivos, percebi que estes estavam somente no plano físico, sem nenhum objetivo no plano mental e espiritual. Assim, os objetivos que havia construído foram: pedalar na ergométrica de 10 a 15 min e caminhadas de 1 hora diariamente; reduzir em 80% o número de caes e realizar o preventivo de colo uterino e ultrassom mamário.

Ao avaliar o processo de comportamento, percebi pelas suas afirmações cotidianas a conotação de regras e ou limites de comportamento de necessidade, pois ela dizia anteriormente a esse encontro:

Eu tenho que cuidar dos cachorros, não tem outro jeito, não tem outra solução.

O seu metamodelo era de generalizações, então o desafio foi fazer-la enxergar o que aconteceria se ela não cuidasse deles. Perguntei: O que aconteceria com os cães caso ela ficasse doente e impossibilitada de cuidá-los? Quem cuidaria? Ela respondeu que seria o pessoal da associação. Diante disso, acredito que pude expandir o seu modelo de mundo, pois ela estava encontrando somente uma saída e a partir dessa reflexão conseguiu encontrar uma outra solução para a sua real situação. Compartilhamos, nesse dia, o que de fato havia

modificado no seu dia-a-dia e como estava se sentindo após o desenvolvimento do cuidado transdimensional. Relatou que estava dormindo melhor, fumando menos do que o habitual, inclusive não conseguindo ir até o final do cigarro. Conseguiu definir os seus objetivos, pois anteriormente não tinha nenhum. Teve coragem de relatar numa reunião da associação dos cães a sua decisão de não pegar mais cães em sua casa. Estava disposta a realizar os exames preventivos em atraso, sentia-se mais calma e inclusive não estava gritando com os cães como fazia. E, assim, após esse compartilhar nos despedimos e me coloquei a sua disposição.

Talvez, Copo-de-leite necessitasse de um pouco mais de tempo para que o processo de cuidado transdimensional a mobilizasse a tomar novos rumos no seu cotidiano, levando-a a viver a realidade com alegria, ou mesmo, modificando-a, conforme as suas necessidades. Tendo em vista que o estudo deveria ir até a oitava consulta como previsto, ficou em aberto essa questão: Será que se tivéssemos mais tempo nesse processo de cuidar, copo-de-leite obteria melhores resultados na busca de um viver mais saudável?

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

Neste capítulo, serão descritas o que a pesquisadora pôde extrair a partir do desenvolvimento do cuidado transdimensional com quatro familiares, cuidadoras de idosos com Alzheimer, durante as consultas de enfermagem, por um período de dois meses, em oito encontros de interação terapêutica.

Durante a pesquisa, constataram-se vários fatores que possibilitaram às cuidadoras motivarem-se na busca de novos caminhos que as levassem a viverem mais tranquilas, em paz consigo mesmas. Porém, por horas, angustiava perceber os sofrimentos diários das mesmas, devido à carga diária tão pesada, sofrida e angustiante diante do cuidado do idoso com Alzheimer. Assim, foram idas e vindas, demonstrando conquistas no cotidiano, bem como grandes desafios a serem vencidos.

Apresenta-se a seguir os aspectos relevantes do cotidiano das cuidadoras que emergiram ao longo do processo de cuidar transdimensionalmente: a) categoria 1, denominada **Insatisfação com a vida**, composta das subcategorias: “ sinais de cansaço, indisposição, tristeza”; ”dificuldade na construção dos objetivos” e ”o descuido de si em detrimento do cuidado do outro ”; b) categoria 2, denominada **A condição solitária de cuidar do idoso demenciado**, composta da subcategoria: ” mágoas, ressentimentos e sentimento de

culpa”; c) categoria 3, denominada **Desconsideração da importância das práticas preventivas de saúde**, composta das subcategorias: “ausência de práticas preventivas de saúde” e “ausência de atividades para o equilíbrio do corpo, mente e espírito”.

5.2.1 Insatisfação com a vida

Ser cuidadora de idoso com Alzheimer é uma tarefa árdua e solitária devido às inúmeras atividades que a situação requer. A dependência de uma pessoa idosa demenciada gera um impacto na vida desse cuidador, levando-o a uma desmotivação no seu cotidiano, com períodos de tristeza e angústia por não compreender a real situação Caovilla (2002). Além das várias demandas, o ser cuidador se percebe sozinho com o idoso que perdeu a memória porque normalmente a família não auxilia nesse cuidado. Então, o cuidador se vê diante de situações complexas, pois não consegue compreender de fato o que está acontecendo com uma pessoa tão próxima que ora fala algo e ora fala e repete outras coisas, por vezes, sem significados para aquele momento.

Nesse cuidar solitário, não compreendido e não compartilhado, surgem os porquês de estar vivenciando essa realidade sofrida, angustiante e triste por cuidar do seu ente querido com perda de memória e, por não conseguir enxergar uma forma de sair ou aliviar essa tensão do dia-a-dia. Ficou evidente, nos relatos, que as cuidadoras amavam os idosos cuidados e cuidavam deles com muito afeto e atenção, porém a sobrecarga e a falta de tempo para si mesmas fazia com que achassem a vida difícil de ser vivida.

5.2.1.1 Sinais de cansaço, indisposição, tristeza

Com a notícia de um diagnóstico de Alzheimer de uma pessoa próxima, ocorre uma transformação repentina, pois sabemos que mesmo a cuidadora poder já estar vivenciando as dificuldades de cuidar do seu ente querido no seu cotidiano, o conhecimento de que as situações podem ser agravadas com o passar do tempo pelo prognóstico da doença a assustam. Os sentimentos de impotência afloram e juntam-se a sobrecarga diária do ato de cuidar, o que gera assim, mal-estar, cansaço e indisposição para as atividades que antes conseguiam realizar com mais facilidade. O pensar sobre o cuidar se torna rotineiro, deixando sua vida pessoal de

lado em detrimento do outro. Como os pensamentos se tornam exaustivos, a mente da cuidadora passa a enxergar somente os problemas e desafios não encontrando nenhuma saída para a situação. Dia a dia, isso vai provocando desgastes não somente de ordem física, como também emocionais.

Entende-se que a sobrecarga de um cuidador é enorme, porém o que de fato faz com que as pessoas estejam cansadas e sem disposição para as mínimas atividades, são as preocupações. Sendo que, quando repetimos na nossa mente as imagens da qual vivenciamos, estamos reproduzindo novamente no nosso ser como se aquilo estivesse acontecendo naquele exato momento. Isso se dá pelo fato da nossa mente não distinguir o real do imaginário. Nessa perspectiva, compreendemos porque o cansaço não se dá exatamente pelas atividades que vivenciamos no dia-a-dia, mas, sobretudo, pelas nossas preocupações. Esses sinais são visíveis no cotidiano das cuidadoras. As falas demonstram a sobrecarga com o processo de cuidar, bem como a insatisfação do processo de viver.

Às vezes eu durmo bem, mas tem noites que não. Eu acordo quando o pai começa a se coçar, ele cisma e não pára (Tulipa).

Acordo várias vezes à noite. Tenho preocupação, porque já achei ela caída no banheiro (Rosa).

Eu gostaria de estar fazendo mais pelos meus pais, sinto que o que faço é pouco, mas sinto-me cansada e triste (Amor-perfeito).

No final de semana quando vou para a casa dos meus pais, eu não consigo dormir direito. Preocupo-me e levanto várias vezes para ver como eles estão (Amor-perfeito).

Eu estava sem ânimo, sem disposição nenhuma, acho que foi pelo tempo que fiquei com meu pai internado 35 dias direto com ele porque a minha irmã ficou só dois instantes com ele para mim fazer umas voltas (Tulipa).

Diante da enorme demanda que a situação impõe, percebe-se a luta diária que essas cuidadoras enfrentam. A partir desses relatos e outros, pode-se constatar que a insatisfação com o processo de viver se dá, na maioria das vezes, pela incompreensão da realidade, pela sobrecarga de trabalho, pela solidão no ato de cuidar. Assim em cada consulta procurou-se dinamizar o processo de cuidado com momentos de relaxamento para que pudessem recarregar as baterias para o cuidado com o idoso. Logo essa preocupação de cuidado com esse ser em sofrimento, o desenvolvimento do processo do cuidado transdimensional foi provocando modificações no seu cotidiano. Modificações essas que deram motivação ao profissional para continuar com mais alegria e confiança esse processo de cuidar. Seguem,

então, as falas das cuidadoras que comprovam esse cenário:

Me senti mais disposta depois desse nosso primeiro encontro, inclusive deixei o meu pai um pouquinho com a minha vizinha e fui na praia com meu marido (Tulipa).

Nesse final de semana que fui cuidar de meus pais eu consegui dar conta de tudo que eu tinha para fazer e me senti satisfeita por isso. Eu consegui até dormir melhor (Amor-perfeito).

Como é bom ter uma pessoa para falar, alguém que pode escutar a gente. Isso parece um sonho (Rosa).

Eu me sinto mais disposta. O meu marido percebeu isso, estou mais calma com as pessoas lá em casa, não tem mais briga. O meu marido está ficando mais em casa agora porque ele saía toda as tardes (Rosa).

Durante essa semana me senti mais calma, dormi mais cedo às 23 horas, antes dormia as duas horas da manhã. Briguei menos com os cachorros e eles até ficaram mais calmos também (Copo-de-leite).

Fica, então, evidente que quando se utiliza a razão e a emoção para cuidar do outro através de uma escuta sensível, uma observação sensível, a ponto de saber que aquela pessoa em interação traz consigo uma história de vida, enquanto cuidadores se é capaz de auxiliar o outro a encontrar a sua própria cura, pois pode-se despertar nesse ser o seu comprometimento com a sua evolução humana. Nessa perspectiva, Santos (2007) relata que quando os familiares recebem do serviço de saúde uma assistência efetiva, um acolhimento de forma digna isso poderá contribuir para que os familiares não se sintam solitários e, assim, possam desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para lidar com a real situação.

As experiências com as cuidadoras se mostraram valiosas. O referencial teórico do cuidado transdimensional favoreceu às participantes desse estudo expressarem os medos e sentimentos contidos no seu interior e, dessa forma, experimentarem o bem-estar, a alegria, e a tranquilidade no seu viver cotidiano. Houve também relatos de mudanças nas pessoas próximas a elas, tendo em vista, que o marido de Rosa estava mais caseiro, ficando ao seu lado e até os cachorros de Copo-de-leite estavam mais calmos. Isso se justifica pelo fato, segundo Silva (2007), que para os seres cuidadores que desenvolveram formas multissensoriais de percepção, o cuidado estende-se para além das noções de espaço e tempo. Desse modo, pode-se considerar que toda transcendência pessoal é acompanhada de transformações no seu convívio.

5.2.1.2 Dificuldades na construção dos objetivos

Durante o processo de cuidar ficou evidente a falta de sonhos das cuidadoras, de saber o que queriam para as suas vidas. Estavam tão anestesiadas que achavam que não poderiam desejar ou querer algo a mais do que já tinham recebido ou então, do que poderiam conquistar para um viver mais saudável. A impressão que passavam era de que tinham esquecido de quem eram, o que foram, em detrimento do cuidado com o outro. Esse foi um grande desafio do processo de cuidar, sendo que temos conhecimento que quando não sabemos para onde queremos ir, a certeza é de que jamais chegaremos...Um certo ditado recompõe essa frase anterior: “Não existe vento favorável para quem não sabe o que quer”. As falas a seguir demonstram esse estado anestésico:

Eu não sei o que quero, não sonho mais, acho que já fiz tudo o que já tinha que fazer, não almejo mais nada (Copo- de- leite).

Eu não consegui colocar no papel os meus objetivos e nem sei bem ao certo o que eu quero, eu tive uma semana cheia, tantas coisas para organizar, não tive tempo (Amor-perfeito).

Eu tinha perdido o direito de sonhar, de saber do que eu gostava de fazer, do que me fazia bem (Tulipa).

Eu já planejei tantas coisas na vida e não consegui cumprir, então não quero mais planejar. Eu tinha planos de trabalhar fora, mas não posso. Queria ter cinco filhos e fiquei só com dois (Rosa).

Emerge a importância de ter harmonizado inicialmente o Ser da cuidadora no processo de cuidado transdimensional para que ela pudesse começar a sonhar, desejando ou querendo novas alternativas em busca de um viver mais saudável. A construção dos objetivos era uma proposta desse cuidado, então, desde o início no nosso diálogo reflexivo, em alguns momentos partilhava-se sobre a importância de saber o que esperar da vida, os sonhos e desejos. Para tanto, não foi fácil a construção destes, sendo que uma cuidadora não conseguiu colocar, por escrito, de fato o que desejava, até o término dos encontros. Porém, houve relatos de cuidadoras que voltaram a ser motivadas a pensar sobre si mesmas, a esperar mais da sua vida do que aquilo que vinham tendo. Seguem as falas:

Eu até já pensei em ver o preço da hidroginástica para mim fazer, já que as caminhadas cansam muito as minhas pernas e o meu tornozelo dói muito pelo meu peso (Tulipa).

Eu não consegui colocar no papel os meus objetivos, mas eu tenho um sonho de construir um residencial para viver futuramente nessa comunidade,

quero voltar a fazer hidroginástica e poder viajar (Amor-perfeito).

Eu quero realizar o meu preventivo e meu ultra-som, caminhar todos os dias e reduzir em 80% a quantidades de cachorros para mim cuidar (Copo-de-leite).

Eu já tenho uma consulta marcada para o oculista. Quero começar a ler porque eu gosto de ler e também quero voltar a estudar (Rosa).

Deixa-se a mente pronta para atingir um novo rumo quando se aponta a direção que se quer ir. É preciso saber para onde se está indo e aonde se quer chegar. A maioria das pessoas deprimidas não possui objetivos em sua vida, seja porque perdeu os seus objetivos ou não sabe como criá-los. Caso consiga criá-los, não sabe como alcançá-los. Por isso, a importância de serem específicos, desafiadores, de estarem no positivo e no presente, que atinjam todas as áreas da vida e que estejam orientados no tempo e no espaço, ou seja, quando eu irei atingí-lo. (BUENO, 2006).

Esse padrão de expressão estética do cuidado transdimensional- criar objetivos-, vem da Programação Neurolinguística (PNL). Na PNL, essa ferramenta é utilizada no primeiro encontro para elaborar a estratégia do cliente, possibilitando, assim, a direção no processo terapêutico. Tendo em vista que as cuidadoras estavam desarmonizadas energeticamente, essa pergunta não foi realizada no início desse cuidado e, sim discutido e refletido sobre a importância de tê-los. Entretanto, os objetivos foram construídos ao longo do sexto ou sétimo encontro durante as consultas de enfermagem, sendo que esta construção se deu na casa das cuidadoras com orientação e esclarecimentos prévios. Assim, quando se consegue saber qual o objetivo das pessoas que se cuida, está-se pesquisando o estado desejado - futuro. Então parte-se do estado atual em que a pessoa se encontra, avaliando os recursos tanto internos quanto externos, necessários para atingir o estado desejado. Após essa avaliação, auxilia-se a pessoa a criar um caminho que irá conduzi-la ao estado desejado.

De acordo com Dilts (1993), quando se ajuda a pessoa a estabelecer seu objetivo, está-se iniciando o processo de mudança, porque o cérebro é um mecanismo de cibernética. Isso significa dizer que quando a cuidadora toma consciência daquilo que ela quer, ou seja, para onde ela quer chegar, o seu cérebro irá organizar o seu comportamento para atingir o que ela deseja. O cérebro funciona através de ordens específicas, por isso a importância dos objetivos serem específicos.

Esse movimento de criar os objetivos pelas cuidadoras como proposta desse estudo, foi atingido. Porém, não se tem dados que comprovem que elas estão no caminho para atingí-

los ou que já estejam no estado desejado. Logo, esse padrão de expressão estética do cuidado transdimensional foi aplicado com resultados favoráveis, exceto por uma cuidadora que não conseguiu colocar no papel os seus objetivos. Tendo em vista essa limitação por não se ter dados que comprovem a continuidade, ou mesmo, saber se as cuidadoras atingiram os objetivos propostos, sugere-se que em outros estudos utilizando esta mesma metodologia possa haver mais tempo para o cuidado.

5.2.1.3 O descuido de si em detrimento do cuidado do outro

O difícil manejo de lidar com as mudanças bruscas de comportamento da pessoa com Alzheimer leva a cuidadora a permanecer sempre atenta às possibilidades de quedas, de fuga, de ferir-se com algum objeto, enfim de situações inesperadas. Assim, sob pressão diária a tendência do cuidador é de estar com os seus pensamentos sempre voltados para o pior. Diante desse contexto, há um desgaste físico, psíquico e emocional gerando dificuldades de pensar em outras coisas a não ser o cuidar.

Percebeu-se nas cuidadoras desta pesquisa a ausência de tempo para o cuidado consigo mesmas. Em virtude de inúmeras atividades e das preocupações constantes no seu dia-a-dia, esqueceram detalhes no cuidado com o corpo, como o cuidado com a sua aparência, enfim, com o seu ser. As respostas em relação ao cuidado de si se tornaram repetitivas: "Não tenho tempo". Diante da "falta de tempo", muitas situações foram acontecendo no seu cotidiano que demonstraram o descuido do seu ser.

Desse modo, o que temos observado no dia-a-dia do cuidador de idosos com Alzheimer é a preocupação excessiva com o outro, esquecendo-se até de que ele mesmo existe Caovilla (2002). Nesse mesmo sentido de esquecimento, Radunz (1999) em sua tese de doutorado com enfermeiros em uma unidade oncológica, confirma que no exercício do cuidado, o enfermeiro está exposto ao risco da co-dependência, isto é, cuidar do outro esquecendo as suas próprias necessidades. Nesse contexto de esquecimento de quem são, normalmente as doenças se sobressaem, em virtude da desarmonia do seu ser Ghiorzi (2004). Da mesma forma, Radunz (1999) relata que cuidar de si é a premissa para evitar o burnout (síndrome de exaustão, desgaste físico e emocional associado ao trabalho profissional). Sendo que, o estresse laboral pode levar ao burnout, afetando assim, o sistema imunológico e dessa forma facilitar o aparecimento de doenças oportunistas. Diante dessa situação, o ser cuidado poderá receber um atendimento com qualidade desfavorável. Isso tem gerado inúmeras

preocupações por parte dos profissionais da saúde, visto que estes têm se sensibilizado para formar grupos de ajuda mútua no intuito de esclarecer a importância de buscar alternativas para o cuidado. Nessa busca, os profissionais têm alertado a família sobre a importância do compartilhamento desse cuidado, pois na maioria das famílias, o cuidar fica sob a responsabilidade de uma única pessoa. Freitas (2000), coloca que quando as pessoas têm a liberdade de pensar sobre si mesmas e agir de acordo com as circunstâncias apresentadas, elas estão se autoconhecendo e também se autotransformando, pois no momento em que ocorre a ação reflexiva é possível tomar decisões e estar atento ao que é melhor para si. Dessa forma, o descuido de si se justifica pela fala das seguintes cuidadoras:

Tenho tido dor de cabeça seguido, acho que até é por causa da falta de vista, mas ainda não procurei o médico porque eu não tenho tempo [...]Cuido da minha mãe há dois anos e seis meses e nesse tempo a minha mãe ficou uns três domingos na casa da minha irmã para mim descansar [...]Eu só trabalho em casa e cuido da minha mãe. Em um ano, eu fui um baile [...]Eu tenho vontade de fazer amor com meu marido, mas eu não consigo ter prazer como eu tinha (Rosa).

Ontem eu chorei, falei para minha irmã que eu não tenho tempo para mim, fico só cuidando do pai, mas a minha irmã nem me deu atenção [...]O meu pai não está comendo, estou preocupada, acho que estou perdendo ele porque já vi tantas pessoas morrer. Ele está parecendo com sintomas da morte [...]Eu não saio para lugar nenhum, não tenho com quem deixar o meu pai [...]Eu já estava fragilizada com a situação do meu pai, agora então com a perda dele, há, eu não sei se suportaria se não tivesse essa terapia (Tulipa).

Faz um tempo, não sei quanto faz que não visito a minha irmã que tem Alzheimer, não tenho tempo [...]Eu saio uma vez por mês para ir na reunião do Grupo ,vou na reunião da associação dos animais e vou no supermercado todos os dias comprar comida para os meus bichinhos, não tenho tempo para mais nada[...]Eu não visito amigos, tenho uma rotina na minha vida. Faz um ano que parei de fazer hidroginástica (Copo- de- leite).

A minha casa está muito desorganizada, tenho muitos papéis muita coisa para colocar fora, mas não tenho tempo para arrumar [...]Eu me sinto um pouco relaxada, mas ainda estou com um pé aqui e outro nas coisas que tenho que fazer[...]Eu tenho internet, mas nem posso usar. Às vezes compro as coisas e nem uso (Amor-perfeito).

Essa perspectiva de cuidar sem esperança de melhoras tem levado pessoas a inúmeras condições desfavoráveis no seu contexto familiar, gerando, desgastes pessoais, podendo sobrevir até separações entre marido e mulher ou entre amigos e parentes mais próximos, por não saberem lidar com os sofrimentos e desafios diários. Essa afirmativa pode ser

exemplificada pelo depoimento de uma familiar de idoso com Alzheimer. Segundo essa cuidadora/enfermeira Ghiozi (1997), relata que o caos se instalou porque seus familiares não entendiam a doença e pior do que não entender, revidavam a sua agressão. Dessa forma, essa autora/cuidadora/ enfermeira nos coloca que teve que buscar auxílio junto a pessoas que conheciam mais sobre a doença e sobretudo parar para pensar e discutir sobre as frustrações, sobre o sentimento de impotência diante dessa realidade para que as luzes começassem a surgir.

Diante desse cenário de conflitos e incertezas é que o Referencial Teórico de Silva (2007) requer entusiasmo, imaginação, criatividade, sensibilidade, coragem, desprendimento, auto-entrega, autoconfiança, força interior e, acima de tudo, compromisso e responsabilidade, contribuiu a cada cuidadora, desse estudo, a busca de um viver mais saudável. O cuidado transdimensional tem como foco o processo de morte-renascimento e esses conceitos são considerados um movimento de força dinâmica e criativa no processo de ser humano. Assim, ele é compreendido como um sistema de forças vitais: imanência e transcendência. Dessa forma, eles são opostos e se complementam entre si, pois nesse processo ocorrem mudanças de hábitos, condicionamentos, percepções e vão surgindo novos padrões de ser e estar no mundo, dando um sentido de liberdade, de querer viver melhor. O que se percebeu foram essas mudanças acontecendo no viver cotidiano de cada cuidadora, mesmo sendo mudanças pequenas e isoladas, o processo de morte-renascimento ocorria. Isso talvez tenha acontecido devido ao resgate a sua sensibilidade, do conhecimento de si mesmas o que lhes proporcionou renovação, ou seja, fez com que elas tivessem consciência de buscar novas formas de viver melhor.

Nessa perspectiva do cuidado de si como condição para cuidar do outro em decorrência da necessidade de autoconhecimento e comprometimento com o ser cuidado, Estima (2000) diz que, nessa interação, o ser cuidador e o ser cuidado constroem, através do diálogo reflexivo, atitudes de respeito, solidariedade, amor e dignidade e, dessa forma, transformam o seu viver. Nessa linha de pensamento, Freitas (2000), leva a compreender que o conhecimento de si é premissa básica para praticar o cuidado em nosso próprio benefício e de outras pessoas. Radunz (1999) defende a idéia que para cuidar de si se faz necessário o constante exercício da afetividade, ou seja, ter relacionamentos de forma amistosa, cordial e agradável permitindo assim, a expressão dos sentimentos. Seguem as falas que retratam melhor essa percepção:

Essa semana, eu fui ao meu vizinho, ele estava doente, eu sabia que ele estava doente, mas fazia muito tempo que eu não saía da minha casa para

perguntar como ele estava [...]Eu consegui fazer a meditação no meu quarto, senti que consegui relaxar e fiquei mais calma[...]Eu ficava irritada quando não terminava o serviço. Agora não me irrita, quando dá eu faço[...]Eu comprei um calçado fechado para trabalhar na rua e um quentinho para ficar dentro de casa. Eu acabo molhando os meus pés e tinha os pés frios. Agora estou colocando meias (Copo-de-leite).

No domingo, saí de casa, fui na casa de meu irmão. Fazia uns cinco meses que não visitava ele. Estava tão bom, cheguei de noite em casa [...]O meu marido faz questão que eu venha aqui na consulta. Ele diz que eu estou mais disposta, mais alegre. Agora eu saí com ele porque fazia mais ou menos um ano que eu não saí mais com ele. Nós continuamos a fazer as caminhadas juntos (Rosa).

Eu gostei muito do CD de relaxamento, só que tive que procurar o manual do aparelho porque eu tinha comprado fazia um tempo e nem tinha usado ainda. Consegui dormir tão bem que nem acordei de noite para urinar como de costume[...]Eu retirei essa semana, umas roupas e calçados que estavam sem usar e doei para uma pessoa que perdeu as suas coisas na enchente. Comecei a organizar as minhas gavetas, tirei um monte de papel que estavam guardados há muitos anos[...]Voltei até fazer tricô e crochê que há tanto tempo não fazia mais. Tinha um casaco que eu tinha feito há muito tempo atrás e não tinha botão, agora coloquei (Amor-perfeito).

Chega de eu não pensar mais em mim. Só para tu ver: eu pinteí o meu cabelo, fiz retoque. Antes eu nem estava aí para mim[...]O meu marido disse que eu estou dormindo muito. Eu disse para ele é o descanso dos justos. Tenho que colocar as coisas lá em casa em ordem, mais vou colocando devagar, sem pressa (Tulipa).

No decorrer do processo de cuidado, através das consultas de enfermagem, as cuidadoras descobriram que havia possibilidade de viver o seu cotidiano diferente do que elas vinham vivenciando, elas se alertaram para trilhar um novo caminho, o qual lhes proporcionou disposição, alegria de viver e motivação para retornar a fazer coisas no seu dia-a-dia, antes adormecido.

Dessa forma, o diálogo reflexivo, participativo e a utilização dos padrões de expressão estética do Cuidado Transdimensional de Silva (1997), desenvolvido com as cuidadoras que têm como foco a vida em todas as suas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência, aconteceu nesse estudo e, conseqüentemente, com uma melhor qualidade de vida dessas cuidadoras. Silva (2007, p. 17) ressalva, que “diante das imensas desigualdades e sofrimentos existentes no mundo, a vida em si torna-se a dimensão mais importante de nossa atenção”. Dentro dessa perspectiva, o cuidado de si se traduziu em atitudes de compromisso e transformação pessoal, na busca de transformação de suas realidades, incluindo-se, também, a possibilidade de conviver melhor com as pessoas ao nosso

redor. Nesse sentido, Bandeira (2006, p. 282), diz que “manter a saúde psicológica do cuidador implica maiores possibilidades de estabilização do paciente frente à doença”. E isso foi perceptível no cuidado diário desenvolvido por elas com o seu ente querido.

5.2.2 A condição solitária de cuidar do idoso demenciado

Diante do cuidar solitário do idoso com Alzheimer, muitos sentimentos vieram à tona com demonstração de fragilidade apresentada pelos sinais de desânimo, tristeza, ressentimentos de situações do passado e do presente. Entende-se que a falta de perdão produz alterações no corpo da pessoa em questão, retratando mal-estar e dificuldade de encontrar saída para os seus problemas. Isso se dá pelo modo de enxergar com nebulosidade, e escuridão a sua realidade. Ou seja, a forma de enxergar a realidade vivenciada no seu cotidiano é modificada, pois, quando vemos algo, sabemos que não depende exclusivamente dos órgãos do sentido, mas, sobretudo, dos filtros neurológicos (nossas crenças, nossa cultura) Bueno (2006). E, se não temos bem resolvido com nós mesmos essa questão de cuidar sozinhos, enquanto os outros familiares não auxiliam, surgem sinais no corpo que retratam esse olhar.

Segundo Estima (2000), nem sempre as pessoas conseguem exprimir em palavras, o que sentem ou pensam, mas, sobretudo, revelam através de gestos, tom de voz, expressão facial ou outras formas de expressão não-verbal. Da mesma forma, Ponty (1999) relata que o corpo é eminentemente um espaço expressivo. Nesse sentido e, sobretudo, com essa preocupação desse olhar atento, sensível, empático para as cuidadoras é que Silva (2007) propõe o Cuidado Transdimensional voltado para o “todo” desse ser que está sob os nossos cuidados. Da mesma forma Silva (2007, p. 42) alerta que “a sobrevivência da enfermagem, como a de outras disciplinas e profissões, está também diretamente relacionada a uma perspectiva integrada de ações”. De modo contrário, quando não desenvolvemos o olhar amoroso, atento tanto para as expressões verbais quanto silenciosas, as relações entre aquele que cuida e aquele que é cuidado se dão predominantemente de forma vertical.

Estima (2000) ressalva que a maneira ativa de ouvir é dar atenção às pessoas, mostrar-lhes que estamos dispostas a ouvir o que querem nos dizer. Nessa linha de pensamento, Freitas (2000), relata que quando compartilhamos amorosidade e sensibilidade tornamos mais

real e profundo o nosso cuidado e estaremos contribuindo tanto para nosso crescimento pessoal quanto das pessoas que estão sob nossos cuidados.

Para tanto, o Referencial Teórico de Silva (2007) permitiu olhar para essas cuidadoras, conseguindo compreender as suas reais necessidades. É claro que isso não foi tarefa fácil. Em alguns momentos, bastante embaraçosos, exigindo da profissional, enquanto cuidadora, fixar o olhar ainda mais na teoria e, sobretudo, na busca do cuidado consigo mesma.

Diante dessa dimensão do cuidar é que Silva (2007), alerta que para desenvolver esse cuidado requer necessariamente aos cuidadores, novas habilidades e capacidades, extrapolando, assim, as capacidades racionais e intelectuais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multissensoriais de percepção.

5.2.2.1 Mágoas, ressentimentos e sentimentos de culpa

Na correria do dia-a-dia das cuidadoras, percebemos o quanto o seu coração foi se ferindo e se fechando inconscientemente. Assim, diante das dificuldades cotidianas no ato de cuidar de um idoso demenciado, é fácil se deixar dominar por sentimentos como intolerância, raiva, inveja, medo. A atitude, segundo Estima (2000), de deixar-se alimentar por esses sentimentos tende a prejudicar o crescimento tanto pessoal quanto profissional. Essas feridas abertas, por vezes sangrando e clamando por socorro, foram percebidas ao longo desse cuidado desenvolvido com as cuidadoras. Talvez essas cuidadoras escondessem essas feridas porque não queriam reconhecer ou mesmo admitir estar sofrendo por essas ou outras situações. Assim, mantém-se a aparência de estar tudo bem para não se admitir as fraquezas e limitações frente à situação vivenciada. Tem-se medo de compartilhar os sentimentos e dores e, então, o coração magoado, triste, machucado vive em busca de elogios, da aprovação dos outros. De fato, o corpo traduz a forma como a pessoa se percebe no mundo e como ela consegue reagir a essa realidade.

Assim, durante o desenvolvimento do cuidado transdimensional, ficaram perceptíveis muitos sinais que o corpo emitia, indicando que algo estava errado. Às vezes, havia uma incongruência nas informações, tais como: Copo-de-leite relatava que a sua pressão arterial era normal, no entanto, sempre que se verificava a mesma, ela estava bastante alterada. Além disso, não seguia as recomendações de procurar uma avaliação médica, tampouco, aferir a pressão arterial no posto de saúde, trazendo as anotações para poder ser avaliada. Algumas

alterações corporais foram percebidas por sinais e sintomas relatados pelas mesmas, e outras, foram observadas pelas expressões corporais, gestos e tons de voz de que algo não estava indo bem. Diante desse contexto, foi necessário por parte do profissional intensificar o olhar e as percepções, para que se pudesse extrair o que estava omitido, na tentativa de trazer a reflexão e elucidar as informações necessárias para um viver mais saudável. Por vezes, não foi nada fácil. Como por exemplo, Copo-de-leite ficava com os braços fechados, bocejava, era pontual nas suas respostas. Havia um mundo que ela não queria revelar. Tornou-se incomunicável. Será que para não sofrer? Talvez estivesse se protegendo com uma máscara de bem-estar? Ficaram muitas questões sem serem compreendidas. Isso pode ser explicitado através das falas das cuidadoras:

Eu queria fazer mais pelos meus pais, mas não estou conseguindo. Me sinto sem forças [Nesse momento, ela encheu os seus olhos de lágrimas e chorou] [...]Eu tenho três irmãos homens e nenhum ajuda a cuidar de meus pais, nem financeiramente, é tudo comigo[...]Quando as coisas parecem que vão ficar melhores, vem uma bomba e deixa a gente ruim. Eu estou me sentindo mal porque eu paguei uma pessoa para limpar o pátio do meu pai e ele brigou muito comigo, aí fiquei chateada, triste e magoada[...]Quando cheguei aqui parecia que a minha cabeça estava enorme, grande. Agora, me sinto leve, a minha cabeça voltou ao normal (Amor-perfeito).

Tenho 12 irmãos, mas nenhum quis cuidar da mãe. Faz um ano que a minha irmã me magoou muito. Ela disse que eu tinha que cuidar da nossa mãe por amor e não por dinheiro, na ocasião eu não falei nada, mas senti muito, fiquei ruim durante uns dois meses [...]Eu quero te contar porque eu chorei no encontro da semana passada. E que eu lembrei da briga com a minha vizinha, acho que ainda tenho ressentimento no meu coração [...]Eu costumo sonhar à noite e tenho pesadelos. Acho que é porque durmo preocupada. Tenho dor de cabeça freqüente, dores nas mãos, nas pernas, nos joelhos. Têm noite que tenho que levantar e fazer massagem nos braços [...]Eu tenho labirintite 1 vez por mês e me bota na cama uns três dias. Quando me sinto ruim, tomo Vertizam (Rosa).

Eu estou me sentindo muito mal, não sei se poderia ter feito mais coisas pelo meu pai quando estava vivo. No seu velório, não teve nenhuma reza, os meus irmãos não rezaram nada e também acho que não precisava porque eles nunca estavam aqui para visitar o pai. Eles também nem foram na missa de sétimo dia[...]Será que “tu” errada de ter impedido a minha irmã de ver o pai naquela situação mal? Eu quis poupar ela porque ela é doente, mas estou me sentindo ruim por isso (Tulipa).

Não estou entendendo porque a minha pressão está alta. Eu verifico na farmácia e está sempre 12 x 8 (Copo-de-leite).

Ficou evidente, no relato das cuidadoras, os sentimentos e medos contidos pela

dificuldade de compreender a realidade do idoso a ser cuidado e da falta de solidariedade por parte de seus familiares em compartilhar esse cuidado, retratando mágoas, ressentimentos, dores no corpo e no peito, cefaléia, dormências nas mãos e braços, dores nos joelhos. Essa incapacidade de expressão emocional ao longo do tempo gerou sinais no corpo que levaram-nas a sentir mais debilitadas e com dificuldades de enfrentar o seu cotidiano. De acordo com Ghiorzi (2004), o corpo é a chave das emoções, dos sentimentos, das atitudes e dos comportamentos. Dessa forma, é como se fosse uma tela de cinema e nessa tela cada gesto, cada parte do corpo assume um significado. Significado esse que retrata a sua história de vida. E como cuidar desse coração ferido, machucado?

De acordo com Estima (2000), o cuidado para ser autêntico significa não somente tomar conta do outro, sobretudo o cuidar favorece a autonomia e a libertação do ser com um diálogo efetivo e constante, estimulando a participação do ser cuidado para o cuidado consigo mesmo. Não foi tarefa fácil. No entanto, através do diálogo reflexivo nos encontros durante as consultas de enfermagem, foi possível partilhar com as cuidadoras que a cura de nossas feridas é um processo. Que o perdão não é um sentimento, mas uma decisão, sendo necessário deslocar a nossa compreensão do perdão do campo das emoções, que não se tem controle, e, chegar ao campo da vontade, que é dominada pela razão e não pela emoção. Portanto é fruto de decisão. Decidir não se deixar dominar pelos sentimentos que causaram a dor, as feridas impressas coração. Tem-se a consciência que é um processo, dessa forma, não pode acontecer de uma hora para outra, necessita ser gotejado, dia-a-dia.

Desse modo, a prática do cuidado transdimensional de Silva (2007), desenvolvida neste estudo, privilegiou o centro espiritual dessas cuidadoras em sofrimento, com vistas a novos padrões de expressão da consciência e de interação com pessoas do seu convívio, com a natureza e com o Universo. Portanto, as falas que seguem, retratam o início desse processo:

Na sexta-feira, quando eu sai daqui, eu fui pedir perdão para a minha irmã mais nova, porque eu não deixei ela ver o pai ainda vivo e ai, nos abraçamos e choramos juntas[...]Eu tinha uma dor latejante na barriga, do lado direito e no peito era como se fosse dois grampos arrancando o peito e agora não tenho mais [...]A minha garganta estava arranhando na última consulta e eu sai daqui e não senti mais nada[...]Eu estava com o intestino preso antes de começar as consultas e agora está funcionando todos os dias (Tulipa).

Eu estou decidida a compreender o que a minha irmã me fez e inclusive perdoar a minha vizinha, quero tirar isso do meu coração porque acho que isso faz mal mesmo [...]Eu acho que estou bem porque eu estou dormindo bem, não acordo mais de noite pela dor que tinha nas mãos, braço. O meu joelho não doeu mais, melhorou muito a minha vida [...]Eu estava com uma

dor de cabeça forte quando vim a semana passada e sai daqui boa, sem nada (Rosa).

O meu pai, a empregada e os meus irmãos estão me percebendo com mais coragem. Os meus irmãos, sempre acharam que eu fazia pouco, agora eles estão achando que eu estou fazendo o melhor, tudo o que eu posso. Eles estão sentindo que a barra é pesada, coisa que eles não enxergavam antes, só criticavam [...]Eu me sinto mais disposta, não tenho tido dores de cabeça e ate consegui dormir melhor nesse final de semana que cuidei dos meus pais (Amor- perfeito).

Diante dessa constatação, não se pretende tomar como generalização e dizer que as cuidadoras curaram esse coração ferido e machucado pelas mágoas e ressentimentos tidos ao longo do processo de cuidar. Seria pretensioso e nada palpável. Porém, observou-se um movimento interno abrindo-se para rever essas mágoas e ressentimentos, bem como uma ação concreta por uma cuidadora que se mobilizou para pedir perdão para a sua irmã. Nesse sentido, o cuidado transdimensional emerge do amor e da sabedoria como fontes alimentadoras desse cuidado.

Sabemos que o amor e a sabedoria são potencialidades de cada ser, porém, na medida em que essas cuidadoras buscaram uma melhor conscientização do seu ser, estes foram expressos, motivando-as a se revisitarem enquanto cuidadoras e seres sendo cuidado. Cabe, portanto, considerar que a partir do desenvolvimento do cuidado transdimensional com familiar cuidadora de idoso com Alzheimer, modificações foram acontecendo. Estas, por sua vez, levaram a cuidadora a avançar em direção a novos horizontes, experimentando o alívio, o bem-estar, a força interior, a disposição para as atividades domésticas, bem como, a disposição para cuidar do ente querido.

Sendo assim, o cuidado transdimensional de Silva (2007), emergiu como um processo facilitador do processo de morte e renascimento, expandindo as capacidades das cuidadoras a entrarem em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria sendo suas próprias cuidadoras desse processo.

5.2.3 Desconsideração da importância das práticas preventivas de saúde

As cuidadoras se encontravam mergulhadas no sofrimento diário do idoso com

Alzheimer. Nesse mergulhar, esqueceram sua vida pessoal, o lazer, o cuidado com o espírito, o cuidado com a sua saúde. Enfim, abandonaram-se em detrimento do outro. E isso pôde ser percebido pelas respostas repetidas: “não tenho tempo”. Em duas cuidadoras, era evidente o esquecimento de si pela sobrecarga de tarefas a realizar com o cuidado com o idoso e com as atividades com a casa. Porém, com duas cuidadoras não principais o esquecimento de si poderia estar associado à grande preocupação com a realidade, não encontrando saída e nem possibilidade de melhora, como também poderia estar associado a uma fuga de si mesmas por não quererem entrar em contato com uma realidade tão sofrida, desgastante e desafiante. Fica evidente nas falas das cuidadoras esse esquecimento do cuidado consigo mesmas.

5.2.3.1 Ausência de práticas preventivas de saúde

É sabido que toda mulher deve realizar anualmente exames de preventivo de colo uterino e, após os 40 anos de idade, realizar mamografia, mesmo não apresentando nenhum sintoma que evidencie essa necessidade. Os exames de colesterol, triglicérides e glicemia também são aconselhados. Além disso, a importância de realizar o auto-exame de mama mensalmente. Também, relata-se aqui, a importância da ingestão de água para o nosso corpo, dos exercícios físicos regulares e de uma alimentação balanceada.

Diante desse conhecimento, pôde-se perceber que as práticas preventivas de colo uterino e mamografia não aconteciam para todas as cuidadoras como deveria, exceto por uma cuidadora, que fazia controle anualmente. Dessa forma, o conhecimento que temos da importância do cuidado de si como condição para cuidar do outro não estava acontecendo entre as cuidadoras de idosos com Alzheimer.

Sob essa preocupação, Santos (2007, p. 116), ressalva que a “valorização e potencialização do processo de cuidar conduzido pelas famílias oferecem uma contrapartida de o profissional de saúde trabalhar em parceria, reduzindo a vulnerabilidade tanto dos idosos quanto dos seus familiares cuidadores, que se encontram sob estresse físico e mental”. Nesse sentido, cabe ao profissional da saúde o estímulo e o fortalecimento das cuidadoras para o cuidado de si, com vistas a um cuidado mais autêntico, solidário, sensível, amoroso e criativo com seu ente querido. Essa ausência do cuidado pode ser comprovada pelas seguintes falas das cuidadoras:

Eu nunca fiz exames de colesterol, açúcar no sangue, eletro do coração[...]. Eu gosto de ler, mas acho que tenho falta de vista, mas nunca fui no oculista, procuro sempre para a mãe e esqueço de mim[...]. Há um tempo

atrás eu tava com uma dor no peito, principalmente quando ficava nervosa,. Vou pegar uma ficha no posto, mas acho que é angustia de tantos problemas (Rosa).

Eu não pratico nada de exercícios agora, eu fazia hidroginástica, mas faz um ano que não fui mais[...]. Faz uns três anos que eu não faço preventivo de colo uterino e mamografia[...]. Eu tenho uma dor no braço direito, principalmente quando eu ergo para estender roupas, mas nunca fui no médico para ver o que é (Copo-de-leite).

Eu ando de bicicleta, as caminhadas cansam muito a minha perna, pelo peso [...]. Eu me sinto pesada, com dor na barriga do lado direito, de vez em quando lateja, me sinto sem vontade de fazer nada (Tulipa).

Diante desses depoimentos, a ausência de práticas preventivas ficou evidente. Em todas as consultas de enfermagem era enfatizado a importância de tais práticas, não como uma imposição de ordens a serem cumpridas, mas acontecendo o compartilhar das informações de uma forma horizontal, buscando fazer com que compreendesse a sua importância na busca de um viver mais saudável. Assim, nesse compartilhar a cuidadora ficava livre para fazer as suas escolhas, sendo que, a preocupação sempre era no sentido dela compreender e não somente ter conhecimento da importância das mesmas. Ficou então, evidente que algumas cuidadoras conseguiram dar um salto na suas mudanças de atitudes e comportamentos. Com outras, porém, o processo aconteceu mais lentamente. Isso pode ser mais bem exemplificado através das falas:

Eu consegui uma consulta para o oculista para o dia 07/12, depois quero começar a ler e estou pensando até voltar a estudar[...]. Vou tomando mais água, pois antes não tomava quase nada[...]. Estou caminhando todos os dias com o meu marido e tirei a janta, já perdi dois quilos (Rosa).

Eu fiz exame de colesterol e está alto, então vou começar as caminhadas, quero caminhar três vezes na semana (Tulipa).

Eu não realizei preventivo esse ano ainda, mas faço todos os anos uma vez por ano e também faço mamografia uma vez por ano para controlar os nódulos benignos que tenho (Amor-perfeito).

Através das consultas de enfermagem, tornou-se evidente que o exercício constante de refletir sobre o ser de cada cuidadora frente as suas dificuldades, sofrimentos e insatisfações, proporcionou a elas o autoconhecimento com possibilidade para a autotransformação. Isso se deu pelo fato delas estarem face a face consigo mesmas e assim terem oportunidade de tomar

decisões e julgar o que seria melhor para si. Foi possível observar que as cuidadoras conseguiram sair daquele medo imobilizante que entorpecia as suas realizações e a possibilidade de ser uma pessoa mais completa com um viver mais saudável.

Contudo, cabe destacar que mesmo não conseguindo atingir as metas propostas no cuidado, não podemos considerar a sua efetividade como nula ou pequena, tendo em vista que aquilo que foi adquirido não se perde, fica registrado para que em outro momento ocorra a transcendência para novos estágios de expressão do ser Silva (2007). Nesse sentido, não devemos esperar do cuidado desenvolvido com as cuidadoras de idosos com Alzheimer somente resultados positivos ou negativos, mas considerá-lo uma experiência plena de significados que é necessária para a evolução dos seres humanos.

5.2.3.2 Ausência de atividades para o equilíbrio do corpo mente e espírito

O esquecimento de si levou as cuidadoras a desequilíbrios no seu ser, evidenciados pela ausência de práticas envolvendo a sua integralidade e pelo desgaste na qual se encontravam. Durante esse cuidado, foi possível perceber que estas não tinham o conhecimento de que o corpo necessita ser alimentado saudavelmente não só por alimentos e bebidas nutritivas, mas, sobretudo, necessitamos alimentar o espírito e a mente. Elas atribuíam os desgastes físico, psíquico e emocional à sobrecarga do cuidar de uma pessoa com Alzheimer. Fica evidente essa constatação através das falas:

Eu fazia hidroginástica três vezes por semana, mas agora parei, achei a água muito gelada e não voltei mais. Sei que preciso fazer, mas estou esperando esquentar[...]Faz uns três anos que eu não viajo para descansar, só fui em Aparecida o ano passado. Não vou a casa de amigos[...]Já faz uns três anos que eu não participo da missa, só assisto a missa na TV (Amor-perfeito).

Sou católica, mas faz muito tempo que não vou à missa (Tulipa).

Gosto da praia, mas estou sem tempo de ir [...]Eu não fiz o controle da pressão, não tive tempo, deixaram mais 18 filhotes essa semana[...]Eu ia na missa lá em Porto Alegre, já faz uns oito anos, mas depois que eles começaram a misturar política com religião, eu não fui mais (Copo-de-leite).

Eu não faço nenhuma atividade física, não tenho tempo para cuidar de mim. Cuido da minha mãe e da casa (Rosa).

A partir do momento em que acontecia o diálogo reflexivo e o desenvolvimento dos

padrões de expressão estética do cuidado transdimensional, algumas cuidadoras tomaram a decisão de mudar os seus hábitos cotidianos, experimentando o sucesso. Outras tiveram dificuldade de tomar essa decisão, tal como Copo-de-leite e Amor-perfeito.

O ato de cuidar de um idoso demenciado, de se envolver emocionalmente com o ente querido fizeram as cuidadoras se tornarem frágeis: pela sobrecarga de trabalho, e possibilidade de também adoecerem. Durante todo o transcorrer desse estudo, a profissional, consubstanciada pelo referencial teórico de Silva (1997), dispôs-se a cuidar dessas participantes com um olhar atento e amoroso, com vistas a busca de um viver mais saudável. Entretanto, esse novo olhar exigiu a participação e reflexão dos seres envolvidos para que novos horizontes pudessem surgir. Tendo conhecimento de que as cuidadoras estavam passando por um profundo desequilíbrio entre mente corpo espírito isso pôde ser evidenciado pelos sinais, sintomas, desarmonia energética e insatisfação de viver - essa participação e reflexão, por vezes, ficaram comprometidas. Desse modo, nesse processo de cuidar transdimensionalmente privilegiou-se o diálogo permanente, no intuito de ajudar as cuidadoras de idosos com Alzheimer a entender e experimentar de forma harmônica o processo de morte-renascimento em suas vidas. Fica evidente, através das falas das cuidadoras a seguir, que esse cuidado proporcionou-lhes, segundo Silva (2007), expandirem as suas capacidades de expressão por terem entrado em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria e serem os seus próprios cuidadores.

Eu, domingo saí de casa. Cheguei de noite. Fomos na casa do meu irmão. Fazia uns cinco meses que eu não ia, estava bem bom[...]O meu marido começou fazer chinelos em casa, ele não saiu mais de casa como fazia, a gente está entendendo-se melhor, ele está querendo ficar mais em casa (Rosa).

Estou fumando menos, não sei o quanto e nem consigo fumar ate o final. Vou fazer a carteirinha da Amesc e vou realizar os exames preventivos, eu já tenho consulta marcada para o cardiologista dia 08/07 (Copo-de-leite).

Comecei a fazer a massagem nas pernas para a circulação e senti que melhorei bastante [...]Fui à missa ontem à tarde e fui ao louvor na quinta feira. Acho que o que mais me desgastou, não foi a correria do dia-a-dia para cuidar dos meus pais, mas o afastamento da igreja[...]Eu coloquei o CD de relaxamento e de cura interior no domingo, inclusive quero que tu faça uma cópia para mim. Ele fez eu refletir sobre a minha vida, mexeu comigo (Amor-perfeito).

O meu coracao parece que abriu, apesar de estar gorda, eu me sinto mais bonita [...]Eu fiz exame de colesterol e está alto, então vou começar as caminhadas, quero caminhar três vezes na semana(Tulipa).

Essa forma de cuidado, com foco no processo morte-renascimento, segundo Silva (2007), produziu uma nova dimensão do processo de viver dessas cuidadoras, trazendo em si novos padrões de comportamento, de atitudes. Enfim, novos propósitos em suas vidas. Para tanto, a preocupação constante desse referencial teórico é fazer de cada encontro um encontro relativo, singular e original, envolvendo o ser cuidador e o ser cuidado, com os mais diversificados padrões e ritmos de expressão da consciência. Dessa forma, o próprio ser cuidador é parte integrante do cuidado, assim a capacidade de expressão da consciência é fundamental para a qualidade desse cuidado. Desse modo, Silva (2007), ressalva que para obter qualidade no desenvolvimento do cuidado transdimensional necessita emergir do cuidador um propósito que tem como base o amor, sentimento que se desenvolve à medida em que o ser cuidador busca uma crescente dinamização, complexificação e conscientização. De fato, esse sentimento de amor pelo próximo, de dar o seu melhor em favor do ser cuidado “impregna e magnetiza todo o ser do cuidado e exterioriza-se no ambiente, tornando seu campo superenergizado”. (SILVA, 2007, p. 114). Nesse sentido, esse sentimento de amor abriria o nosso coração e converteria em atitudes de honestidade, interesse, respeito pelo outro, prática da justiça, da solidariedade, da busca constante da prática do bem. E, segundo Leo (2006), a vida espiritual é o grande caminho de liberação desse pedacinho de nosso coração e daí a constante preocupação da pesquisadora em alimentar o seu espírito. Nessa linha de pensamento, Freitas (2000, p. 100) leva-nos a compreender que “a fé num Ser Superior, Deus, Providência, Natureza, Força interior ou qualquer nome que o designemos é um bálsamo que contribui para a harmonia e equilíbrio interno”.

Dentro dessa compreensão, a autora acima nos confirma que requer dos seres envolvidos nessa tarefa complexa de cuidar, um significado profundo de entrega, despojamento e reciprocidade, não podendo ser desenvolvido de maneira superficial e sem compromissos éticos. Desse modo, cabe destacar que a participação e a capacidade de expressão de cada cuidadora nesse processo de cuidar foram determinantes, visto que, foi perceptível que quando conseguiram interagir e expressar os seus silêncios, os não-ditos, foi determinante para o ritmo e a potencialidade do cuidado desenvolvido.

Esse movimento, segundo Silva (2007), não pode ser considerado somente no plano individual, pois toda transcendência pessoal é acompanhada de transformações no plano coletivo. Nesse sentido, o cuidado transdimensional desenvolvido com cuidadoras de idosos com Alzheimer assumiu essa transcendência no convívio familiar. E isso foi evidenciado quando as cuidadoras relataram que o seu idoso estava mais calmo, dormindo melhor. Havia também uma compreensão melhor do esposo de uma cuidadora; para outra, essa compreensão

se estendia para os seus irmãos. Para uma delas, foi possível perceber os seus cães mais calmos. Enfim, foram uma série de eventos citados pelas mesmas que denotaram essa transcendência no cuidado desenvolvido.

Diante do exposto, o cuidado transdimensional desenvolvido com as cuidadoras de idosos com Alzheimer proporcionou uma evolução tanto do ser cuidador quanto do ser cuidado, tendo em vista que esse cuidado emergiu da convergência estética e amorosa dos seres envolvidos no cuidado, sendo que, ao mesmo tempo em que doam amor e sabedoria, recebem-nos.

Desse modo, nesse processo de cuidado procurou-se restituir e resgatar o sentido de reverência e de respeito para com a própria vida. Com base nessa convivência, constatou-se a possibilidade das cuidadoras exteriorizarem sentimentos e medos contidos e compartilhar desse dia-a-dia tão sofrido e às vezes tão esquecido pelos familiares e pelas pessoas envolvidas nesse processo. Permitiu, também, explorar o conhecimento de si, de suas relações com o outro e com o meio ambiente que as cerca, motivando-as a tornarem seus próprios agentes de mudança e transformação na busca de um viver mais saudável. Podemos, então, considerar que o processo de morte-renascimento foi fundamental para o estabelecimento de um novo mundo, uma nova forma de estar no mundo, um viver mais saudável.

Dessa forma, em decorrência do processo de cuidado emergiram essas categorias apresentadas acima. Nesse sentido, essas categorias, situação do cotidiano de cada cuidadora, representaram o diagnóstico de enfermagem o qual possibilitou a direção ao cuidado transdimensional desenvolvido com cuidadora familiar de idoso com Alzheimer.

6 AVALIANDO O PROCESSO DE CUIDADO BASEADO NA TEORIA DO CUIDADO TRANSDIMENSIONAL

Quando o pescador de Cafarnaum conseguiu aquela pesca tão abundante, que quase rompia as redes, não se apoderou de todos os peixes para ele, mas compartilhou seu êxito com seus amigos que estavam na outra margem. O milagre consiste em que a barca dos outros pescadores se encheu até a borda, sem que a de Pedro tivesse menos peixe. (Lc 5,1-7).

Nesse capítulo, reflete-se e avalia-se o processo de cuidado transdimensional desenvolvido em consultas de enfermagem junto a quatro familiares cuidadoras de seus parentes idosos com Alzheimer e cujo foco do cuidado se deu no processo morte-renascimento diário e utilização dos padrões de expressão estética e de significado. A adoção refletida do referencial teórico-metodológico aconteceu em todos os momentos da realização do processo de cuidado, sob a preocupação constante de ir e vir, com vistas a não se perder no caminho, tampouco chegar ao final com resultados diferentes dos propostos e não ter como modificá-los. Diante dessa preocupação, os conceitos, os pressupostos e os objetivos foram constantemente revisitados, no intuito de guiar o processo e oportunizar a construção de uma nova realidade, através das experiências vividas com as cuidadoras na consulta de enfermagem, com foco no processo morte-renascimento. Desse modo, ficou perceptível a cada encontro a necessidade que as participantes tinham de buscar um novo caminho para que o seu viver sofresse modificações na intenção de um viver mais saudável. Assim, intuitivamente, acontecia o compartilhar no sentido de encontrar saídas ou formas de enfrentar a situação apresentada, oportunizando cada vez mais o envolvimento entre o ser cuidado. Em se tratando da intuição (voz interior) não é fácil explicar, porém reflete a sabedoria do ser por direcionar o caminho mais apropriado e segundo Silva (2007), é imprescindível no processo de viver e cuidar. Isso significa dizer que essa abertura para escutar a voz interior exige de nós profissionais, flexibilidade e confiança para valorizar: as percepções, as idéias e as imagens. É importante ressaltar que a cada encontro era feita uma avaliação do processo de cuidado para que se pudesse evidenciar os benefícios desse cuidado para um viver mais saudável de cada cuidadora, tendo assim a possibilidade de retomar alguns caminhos, caso necessitasse (Apêndice 3). Portanto, os padrões de significado do cuidado

transdimensional favoreciam cada vez mais o processo de morte-renascimento que são: cuidado como parceria, cuidado como experiência interior, cuidado como prática-indeterminada, cuidado como busca da unidade e cuidado como prática não-espacial atemporal. E os padrões estéticos do cuidado transdimensional: oração, música, toque terapêutico, meditação e alguns pressupostos da Programação Neurolinguística (criar objetivos, transe hipnótica, raport, ancoragem e metamodelo).

O cuidado como **Parceria** acontecia em todos os momentos de encontro entre a enfermeira/pesquisadora e a participante, cuidadora /familiar, visto que a parceria entre esses dois seres envolvidos no processo de cuidado não foi pela doença, mas, sobretudo, na busca de uma nova expressão de consciência na intenção de um viver mais saudável. Dessa parceria, que surgiu da necessidade de a profissional ajudar a cuidadora a descobrir o seu melhor, a buscar um caminho que lhe conduzisse à felicidade, a um viver mais saudável. Os encontros aconteciam de forma singular, única, respeitando as crenças e a história de cada uma. O amor foi a base fundamental para respeitar, compreender e aceitar essa cuidadora como ela era. Com base nesse amor, em todos os momentos o diálogo acontecia e a minha intenção não era de moldá-la e sim facilitar o seu processo morte-renascimento.

O cuidado como **Experiência Interior** surgia em cada encontro pela possibilidade da cuidadora/enfermeira e ela cuidadora/familiar exteriorizarem sentimentos, emoções, imagens e cores, principalmente durante o desenvolvimento do toque terapêutico e da transe hipnótica. É claro, que essa experiência interior, ou voz interior, era manifestada também durante o diálogo reflexivo e participativo. Essa manifestação fazia com que as ações de cuidado fluíssem de uma forma harmônica, tranquila, espontânea, sendo aos poucos transformados em momentos ricos de conhecimento sobre o viver mais saudável. Assim, nesse compartilhar dessa voz interior, os seres envolvidos no processo de cuidado, podem assumir compromissos de mudança, de atitudes, de comportamentos, com vistas a um viver mais saudável, sem que essa prática seja imposta, rígida, de maneira vertical.

O cuidado como **prática-indeterminada** permitiu que o processo de cuidado em construção fosse constantemente renovado, possibilitando, assim, a transformação dos seres envolvidos pela novidade e pela motivação dessa expectativa do que estava por vir. Isso porque a cada encontro tinha-se a preocupação de torná-lo único, singular, não-repetitivo. Nesse sentido, apesar de ter uma metodologia proposta a seguir, essa não foi desenvolvida de maneira rígida, impositiva e sim num processo dinâmico e criativo. Conseqüentemente, o processo de cuidar transdimensionalmente com uma prática imprevisível fez com que as cuidadoras sentissem prazer de vir às consultas de enfermagem motivadas a experimentarem

sentimentos, emoções e sensações já vivenciadas com possibilidade de uma nova dimensão, visto que, nas suas falas ficavam evidentes essas modificações de sensações vivenciadas a cada encontro.

O cuidado como **Busca da Unidade** se deu pela interiorização, ou seja, valorizar a nossa sensibilidade, as nossas percepções e a voz interior pelo forte desejo de servir esse ser que estava sob os nossos cuidados. Nessa predisposição de ajudar o outro, temos a oportunidade de sintonizar com o outro ser que necessita de ajuda, é como se tivéssemos a oportunidade de atravessar paredes. Para tanto, segundo Silva (2007), necessitamos ativar o complexo-vontade-pensamento-sentimento que se dá pelo amor ao outro e pelo profundo compromisso com seu bem-estar. Imbuídas por esse compromisso, não foram raras às vezes que se antecipou o cuidado com o outro nas suas necessidades. E isso pôde ser evidenciado quando aconteceram algumas situações como em um encontro com Amor-perfeito, durante o diálogo reflexivo, sentiu-se um forte desejo de compartilhar com ela sobre a importância de não deixar guardadas coisas das quais não se estava usando e, sem conhecimento que ela tinha esse hábito de comprar e não usar. Diante dessa conversa, ela tomou a iniciativa de organizar o seu armário e retirar roupas e calçados para doar para uma pessoa que havia perdido seus pertences na enchente. Foi possível, também, observar essa sintonia, quando Tulipa chega ao quarto encontro, relatando sobre as suas percepções em relação à possibilidade de perda do pai. Em outro momento com Rosa, após o toque terapêutico ocorreu um forte desejo de massagear as suas pernas e depois, quando se compartilhava sobre as sensações, ela disse que parecia que a pesquisadora havia adivinhado em virtude dela ter chegado com uma forte dor nas pernas. Dessa forma, outros episódios foram acontecendo parecendo ser coincidência. No entanto, é preciso interpretar esses fatos como uma conspiração da unidade. Como mencionado anteriormente, o ambiente foi favorável para que a sintonia com o próprio ser e o outro ocorresse.

O cuidado como **prática não espacial e atemporal** é evidenciada nesse processo de cuidar ao se utilizar o padrão de expressão estética: **a oração**. Isso implica dizer que o cuidado transcendia o tempo e o espaço, visto que a cuidadora não estava sendo cuidada somente naquele tempo e espaço determinados para o cuidado. Essa experiência foi possível, através das orações realizadas a distância, todos os dias, pela cuidadora/enfermeira à cuidadora/familiar. A intenção era de potencializar a possibilidade de expressão de consciência de cada cuidadora na busca de novos caminhos que lhes conduzissem a um viver mais saudável.

Nessa perspectiva, os padrões de expressão estética do cuidado transdimensional

expandiram as experiências com os padrões de significado favorecendo, assim, o processo de morte-renascimento pela oportunidade de ser instrumentos capazes de fazer com que o ser cuidado entrasse em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria. Não se pretende destacar cada padrão direcionando os resultados obtidos, visto que esses padrões são somente uma parte do processo mais amplo: o cuidado transdimensional se está analisando-o em conjunto, sem a pretensão de analisá-lo isoladamente. Assim, optou-se por detalhá-lo para efeitos didáticos, sem a pretensão, de fragmentá-los.

Desse modo, nesse processo de cuidado através da **oração** ou prece intercessória levou a transcender o tempo e o espaço e ampliar a compreensão da cuidadora sobre o seu cotidiano, bem como as formas de percepção de caminhos possíveis de serem trilhados. Segundo Silva (2007), experimentos com pessoas mostraram que a oração afeta positivamente a pressão arterial e isso foi possível evidenciar nos diferentes valores de pressão arterial aferidos no início e no término do encontro com as cuidadoras. Embora a oração não tenha sido realizada com a presença da cuidadora, o ambiente estava impregnado de energia positiva pelas orações ali realizadas antes do encontro.

Em relação à **meditação**, prática ensinada às cuidadoras para realizarem em suas casas, produziu relaxamento proporcionando-lhes um bem-estar e melhora da auto-estima. Para confirmar essa percepção, Ribeiro(2004) ressalva a importância de silenciar a máquina mental, ou seja, a meditação faz com que a pessoa abra-se para a comunicação interna e secreta dentro de cada um e, assim, estabelece a paz e a tranquilidade, além dos ganhos fisiológicos do aparelho cardiovascular.

Através do **toque terapêutico**, segundo estudos de Silva (2007), Krieger (1997), Gordon (2007), Gerber (1988) tem se mostrado benéfico e altamente confiável na redução da dor, produzindo também relaxamento e potencializando o processo de cura. Dessa forma, foi perceptível a cada encontro a manifestação da redução de dores, as possibilidades de dormir melhor e a sensação de paz e tranquilidade.

Outro recurso utilizado foi à **música**, um estímulo sonoro que teve a possibilidade de auxiliar a cuidadora a entrar em contato consigo mesma aumentando a interação entre ela e o seu ambiente, promovendo, serenidade e tranquilidade.

Em relação aos pressupostos da Programação Neurolinguística (PNL) foram acrescentados aos padrões de expressão estética do cuidado transdimensional: criação de objetivos, transe hipnótica, ancoragem, modelagem e metamodelo, os quais descrevo a seguir.

Como havia a intenção de fazer com que cada cuidadora pudesse **criar os seus objetivos** de vida, seria necessário que elas escolhessem o caminho para ser percorrido na

busca de um viver mais saudável. Embora não sendo uma tarefa fácil fazê-las compreender a importância dos mesmos, devido ao fato de estarem desmotivadas, insatisfeitas e sem esperança de um viver melhor, essa experiência foi vivenciada nesse estudo. No entanto, não foi possível avaliar se realmente conseguiram alcançar ou ao menos estarem no caminho dos planos delimitados em decorrência de terem sido construídos, os seus objetivos, no penúltimo e último encontros. Mesmo que o intuito desse estudo seria fazer com que elas criassem os seus objetivos (e atingimos o proposto), não menos importante seria a possibilidade de conhecer se haviam-no atingido. Fica então, para futuros estudos a sugestão de aprofundar essa questão.

Outro recurso da PNL; a **transe hipnótica**, tinha como meta amplificar as respostas das cuidadoras pela possibilidade de distrair a sua mente e fazer com que elas evocassem experiências dos seus mundos. A avaliação foi efetiva. Era evidente, após cada hipnose, a manifestação de sensações de paz, tranquilidade, além da possibilidade de externar um profundo desejo de mudança de atitudes, de comportamentos e de sentimentos em relação a sua realidade.

A **ancoragem**, um recurso de estímulo sensorial, foi desenvolvida pela preocupação constante com o preparo do ambiente: música, fonte de água, paredes em tom de azul celeste, iluminação e ventilação adequada, além das orações previamente feitas pela enfermeira com a intenção de proporcionar à cuidadora paz, tranquilidade e alegria ao ser acolhida nesse local.

Através do **rappport**, outro recurso da PNL, foi possível estabelecer um estado de afinidade com as cuidadoras despertando-lhes o desejo e a confiança de falar sobre fatos antes jamais comunicados. Nesse espaço de confiança e segurança, os medos, os desejos, os anseios, os temores e as mágoas foram tomando significado pela possibilidade de se conhecerem e, assim, todos esses sentimentos foram sendo transformados em possibilidade de mudança de suas realidades.

A **modelagem**, outro recurso da PNL, permitiu observar durante o diálogo reflexivo e participativo avaliar como estavam os pensamentos/acoes das cuidadoras e os resultados no seu cotidiano. Dessa forma, foi possível fazê-las compreender que os resultados dependiam de suas acoes, do seu comportamento e das atitudes do seu dia-a-dia. Sendo assim, caso estivessem insatisfeitas com os resultados seria necessário modificar o encadeamento dos pensamentos/acoes/comportamentos/atitudes. E isso foi possível pela constante reflexao fazendo-as buscar novos caminhos, caso contrário teriam os mesmos resultados.

Por fim, o **metamodelo**, utilizado na PNL como um instrumento para avaliar se a

comunicação do ser cuidado apresenta distorções, generalizações ou omissões nas informações dadas. Assim, esse recurso foi utilizado para uma cuidadora o **Copo-de-leite**, visto que as suas respostas, a cada encontro, era de que “não havia outra saída a não ser cuidar dos cães”, padrão de comunicação considerado pela PNL, como de generalização. Desse modo, o desafio era fazê-la entender o que aconteceria se ela não cuidasse deles. E esses questionamentos foram feitos e fez com que ela percebesse que se caso ela viesse a faltar hoje (morresse) os caes seriam cuidados pela associação e nada aconteceria de errado. Isso significa dizer que ela ampliou o seu olhar. Diante disso, pude perceber que foi possível expandir o seu modelo de mundo, já que, tomou a decisão de ir à reunião da associação dos cães e comunicar a sua impossibilidade de ampará-los pela necessidade que estava apresentando de um cuidado consigo mesma.

Toda essa experiência vivenciada com as cuidadoras de idosos com Alzheimer foi possível, primeiramente pela disponibilidade das cuidadoras em participar desse estudo e, em grande parte, pela escolha do referencial teórico direcionando todas as ações desenvolvidas com um olhar para o todo. Desse modo, o cuidado transdimensional com foco no processo morte-renascimento oportunizou a cada cuidadora uma melhor compreensão de si e de sua realidade, ampliando o seu olhar, motivando - as na busca de renascimentos e mortes diárias no seu viver cotidiano. Assim, acredita-se que nesse processo de cuidado pelo permanente diálogo reflexivo e participativo e pela possibilidade que tiveram de entrar em contato com as suas potencialidades de amor e sabedoria, é possível que sejam os seus próprios cuidadores daqui para diante. Assim, esse processo de cuidar não se findará aqui, pela possibilidade de novas dimensões do viver se descortinando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quem pretende viver bem, deve apoiar aqueles que estão por perto. E aqueles que optam por ser feliz têm de contribuir para que seus irmãos e amigos encontrem a felicidade, porque a fortuna de cada um está hipotecada ao bem-estar daqueles que são próximos.
(José H. Prado Flores, 2008)

Ao chegar nessa etapa para realizar as considerações finais acerca do processo de cuidado desenvolvido com familiar cuidadora de idosos com Alzheimer, com base na teoria do cuidado transdimensional, reporta-se novamente aos objetivos traçados inicialmente.

Desse modo, tratou-se, no capítulo anterior, do reflexo do processo de cuidado transdimensional à partir dos padrões de significado e de expressão estética do referencial teórico adotado. Nesse sentido, acredita-se ser importante destacar que a estrutura do cuidado transdimensional vem ao encontro dos propósitos de vida da pesquisadora, pois a mesma acredita ser isso necessário para se ter uma vida plena de significados. Dessa forma, durante a convivência com as cuidadoras, foi possível estabelecer vínculos afetivos, de confiança mútua e respeito, proporcionando, assim, um ambiente favorável para o diálogo reflexivo e participativo. Aliado a isso, pensa que não apenas incorporou o seu ser num referencial teórico para que pudesse produzir conhecimento a partir dessa abordagem, mas, sobretudo, compreender que vêm numa constante superação das suas limitações refletida no processo evolutivo do seu ser. Desse modo, entende porque a escolha desse referencial lhe trouxe a confiança e a certeza de que muitas possibilidades de um viver mais saudável para essas cuidadoras poderiam acontecer a cada encontro, visto que o processo de ser e viver saudável retrata a capacidade desse ser compreender o processo da vida e no compromisso do morrer e renascer de maneira individual e coletiva. Esse paradigma representou uma feliz e harmoniosa sintonia entre os seres envolvidos desmistificando para a pesquisadora, a idéia de que o mestrado era assombrador, desgastante, dificultoso, pelo fato de ouvir essas experiências vivenciadas por outros colegas. Entretanto, não quer chegar nesse momento e falar que não houve dificuldades, dúvidas ao longo do caminho percorrido, visto que elas são necessárias para que nos motivem a dar o nosso melhor. Quero, sobretudo, deixar registrado que todos esses sentimentos de incertezas e de medo foram tão pequenos perto da vontade que tinha de dar o seu melhor para que as participantes desse estudo também pudessem vivenciar o prazer

e alegria de viver.

Quanto à percepção e à avaliação das cuidadoras a respeito da proposta metodológica desse estudo, ficou evidente, a cada consulta de enfermagem, a sua satisfação de fazer parte desse estudo. Durante esse processo de cuidado, foi possível que as cuidadoras refletissem sobre o seu modo de viver, a forma de enxergar a realidade apresentada e não somente isso, mas, sobretudo, o descortinar de um novo mundo. Desse modo, essa experiência fez com que as cuidadoras partissem para a ação, visto que o seu agir, o seu pensar e o seu falar sofreram modificações no decorrer desse processo. Aliado a isso, essas transformações influenciaram de uma maneira muito significativa o seu viver cotidiano, evidenciadas pelas sensações de bem-estar, de alegria, de diminuição ou extinção das dores antes referidas e, por fim, a possibilidade de construir objetivos para a vida. Contudo, essas transformações não ocorreram na mesma velocidade para todas, sendo em algumas evidenciada de uma forma mais ágil e, em outras mais lentas. Entretanto, entendemos que esse cuidado proporcionou uma reflexão sobre as decisões mais apropriadas para o momento e o caminho a ser seguido. Conseqüentemente, ficou perceptível a morte e o renascimento acontecendo a cada dia; de umas; de outras, esse processo acontecendo de maneira mais serena, mais lenta. Isso se deve ao fato, de que cada ser é único, singular e tem uma história de vida com seus medos, suas angústias, enfim, situações que nos limitam a ir a diante. Desse modo, o processo de morte-renascimento pode acontecer a partir de pequenos e isolados episódios no cotidiano dessas cuidadoras, sendo que os mesmos tendem a ser multiplicados e é isso que acredita-se que possa acontecer no dia-a-dia dessas cuidadoras a partir desse cuidado.

É notório que o processo de cuidado desenvolvido com familiar cuidadora de idoso com Alzheimer proporcionou uma influência positiva no seu crescimento pessoal, pela constante reflexão sobre o conhecimento de si mesma e pela possibilidade de trilhar um novo caminho antes não pensado e não praticado. Com base nesses resultados considerados favoráveis para um viver mais saudável, antes de finalizar o processo de cuidado as cuidadoras já manifestavam certo pesar pelo término dessa prática, mesmo sabendo da duração de oito semanas consecutivas. Dessa forma, a cada encontro, elas contavam quantas consultas faltavam para finalizar o cuidado, desejando mais tempo para serem cuidadas. Portanto, diante dessa solicitação e da necessidade que ainda sentia de serem cuidadas, foi estendido um pouco mais o cuidado além do tempo estabelecido para esse estudo. Contudo, é claro que os resultados apresentados nesse estudo são exatamente aqueles propostos na metodologia. As participantes, personagens centrais desse estudo que se nominaram por uma flor de preferência, mesmo não sabendo ao certo como seria o processo de cuidado e com a

sobrecarga de trabalho que vinham tendo, mostraram-se, desde o início, receptivas para o desenvolvimento do mesmo. Desse modo, o compromisso de cuidá-las aumentava a cada encontro que entrava em contato com os seus sofrimentos, seus medos, suas dores e com o seu forte desejo de encontrar uma saída para essa situação desgastante na qual se encontravam.

Importante também destacar que quando delimitou-se a área desse estudo: o Grupo de Ajuda Mútua (GAM), tinha-se a intenção de desenvolver esse cuidado com todas as cuidadoras do grupo, um total de seis participantes. Entretanto, uma participante desistiu da pesquisa e uma outra ficou impossibilitada de participar por ser cuidadora principal e única não tendo como deixar o seu ente querido. Desse modo, o processo de cuidado foi desenvolvido com quatro cuidadoras, tornando restritos os resultados encontrados. Contudo estes significaram um grande ganho para a assistência de enfermagem nessa área específica de cuidado dos cuidadores de idosos, requerendo continuidade de estudos dessa natureza.

Observando os resultados obtidos nesse estudo, pode-se firmar a importância de os profissionais da saúde admitirem que qualquer método ou abordagem assistencial ou cuidativa deve estar centrado na integralidade do ser humano, no respeito a sua singularidade, escutando, observando e cuidando sensivelmente. Desse modo, teremos mais condições de entender aquele de que cuidamos com toda sua história de vida, capacitando-nos a auxiliá-lo a encontrar a sua própria recuperação, e despertando-o para o comprometimento com a sua própria evolução. Essa visão de ser humano ajuda a promover a vida e a saúde no sentido amplo e exige dos profissionais da saúde uma postura integrada no desenvolvimento do processo libertador de consciência humana. Sendo assim, o cuidado transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir, pensar e desenvolver o cuidado, tendo a constante necessidade de abertura e flexibilidade para rever não somente esse saber, mas a nós mesmos, enquanto seres cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAz Diagnosticando Demência: o primeiro passo para ajudar. Informativo **ABRAz** Número Especial do dia Mundial de Alzheimer. São Paulo: ABRAz, 2001.

ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES L. H.T.; SCHNEIDER, P. Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer e Doenças Similares do HU/UFSC. **Revista Ciências da Saúde**, v.21, n.2, p.54-66, jul/dez. 2002.

ALVAREZ, Ângela Maria. **Tendo que cuidar**: a vivencia do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: [s,n], 2001.

ASSUNCAO, Rosane. **O cuidado no processo do ser e do viver de uma equipe do Programa de Saúde da Família**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BANDEIRA, Denise Ruschel; GONCALVES, Tonantizin Ribeiro; PAWLOWSKI, Josiane. Envelhecimento e dependência: impacto sobre familiares- cuidadores de portadores desíndrome demencial. In: PARENTE, Maria Alice de Matos Pimenta. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BANDLER, RICHARD. **Using your brain**—for a change. Neurolinguistic programming. Connirae: s/ed., 1982.

BELLAGUARDA, M.L.R. **Vida morrida, morte vivida**: uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BORGONOVO, K.D.S. **Vivenciando o cuidado transdimensional com trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BUENO, L. **Curso de Formação em Programação Neurolingüística**: Nível Practitioner. Florianópolis: Leonardo Bueno, 2006.

CALDAS, Célia Pereira. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhecimento**, v. 4, n. 8. 2002.

CALDEIRA, Ana Paula S.; RIBEIRO, Rita de Cássia H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. X-X. 2004.

CAMARANO, A.A. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidado:** uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAOVILLA, Vera Pedrosa; CANINEU, Paulo Renato. **Você não está sozinho.** Abraz, 2002.

CARVALHO, José A. Magno de; ANDRADE, Flávia C. Drummond. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: ENCUENTRO LATINO AMERICANO Y CARIBEÑO SOBRE LAS PERSONAS DE EDAD, 1999, Santiago. **Anais...** Santiago: CELADE, 2000. p. 81-102. (Seminarios y Conferencias - CEPAL, 2).

CARNEGIE, D. **Como evitar preocupações e começar a viver.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.

CELICH, Kátia Lílian Sedrez; BATISTELA, Maribel. Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 143-9. 2007.

DILTS, Robert B.; HALLBOM, Tim, SMITH, Suzy. **Crenças** - caminhos para a saúde e o bem-estar. 4. ed. Summus editorial, 1993.

DOSSEY, L. **A cura além do corpo.** São Paulo: Cultrix, 2001.

ESTIMA, Sonara Lúcia. **O processo de cuidado no desenvolvimento de capacidades intra/interpessoais de trabalhadores de enfermagem.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

FERNANDES, JD, Araujo FA, Fernandes J, Reis LS, Gusmao CCM, Santana N. Competência interpessoal nas práticas de saúde: o individual e o coletivo organizacional. **Texto Contexto Enferm**, v. 12, n. 2, p. 210-215, abr-jun. 2003.

FREITAS, K.S.S. **O cuidado no processo de ser e viver de educanda de enfermagem.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GERBER, Richard. **Medicina vibracional** – Uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 1988.

GHIORZI, Ângela da Rosa. Ela esta com Alzheimer! E agora? **Texto contexto Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 306-311, mai/ago. 1997.

_____. **Entre o dito e o não dito:** da percepção a expressão comunicacional. Florianópolis: NFR/UFSC, 2004.v.01.

GIACOMIN, Karla C.;UCHOA, Elisabeth; COSTA, Maria Fernanda F. Lima. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set-out. 2005.

GORDON, JS. **Manifesto da nova medicina: a cura através de terapias alternativas**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

GORDON, Richard. **O toque quântico: o poder de curar**. São Paulo: Madras, 2007.

HAY, L.L. **Você pode curar a sua vida**. São Paulo: Circulo do livro, 1984.

IBGE. **Estudos e pesquisas**. Informação demográfica e socioeconômica, n. 5. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. 369 p.

KRIEGER, D. **Toque terapêutico: Novos caminhos da cura transpessoal**. São Paulo: Cultrix, 1997.

KROEGER, Maria Inês Bez. **Fatores que influem no trabalho do terapeuta natural durante o atendimentos de trabalhadores com depressão**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

LEO, P. **Gotas de cura interior**. São Paulo: Canção Nova, 2006.

LUZARDO, A.R; GORINI, M.I.P.C; SILVA,A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma serie de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e Contexto Enferm** v. 15, n. 4. 2006.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.133-147.

NUNES, Ana Maria Pereira. **Vivenciando o Ser e o Estar sendo cuidado no Centro de Apoio ao Paciente com câncer**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

PELZER, Marlene Teda. **Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua**. 2005, 132 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis , 2005.

_____. A enfermagem e o idoso portador de demência tipo alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 4, p. 97-111, 2002.

PETERSEN, A; MACHADO, C.B.M; **Vivenciando o cuidado transdimensional a pessoas com câncer: o desafio do desafio do toque terapêutico**. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PORTO, C.C. **Semiologia médica** . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

RAMIN, C.S.A; CESARINO, C.B; RIBEIRO,R.C.H.M. et al. A música como elemento facilitador na interação docente – aluno. In: Simpósio Brasileiro de Enfermagem, 8, 2002, S.P. **Proceedings online**.... Escola de Enfermagem Rio Preto – USP. Disponível

em: http://www.proceedings.scielo.br.scielo.php?script=Sci_arttext&pid=MS0000052002002001388img =em&nrm=abn. Acesso em: 22 jan. 2009.

RADUNZ, Vera. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout.** 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 1999.

REDANTE, D; BACKES, D; SCHWARTZ, E. et al. Cuidando o idoso e a família. **Fam. Saúde desenv**, Curitiba, v.7, n.2, pg.158 -163, maio/ago. 2005.

RIBEIRO, N.C. **A semente da vitória.** Sao Paulo: Senac São Paulo, 2004.

SALOME, Jacques. **Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional.** Petrópolis: Vozes, 1995.

SANTOS, A.C.; MARTINI, J.G. **O Cuidado transdimensional através do reiki e dos florais de Bach, numa unidade básica de saúde.** 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; PELZER, Marlene Teda; RODRIGUES, Mônica Canilha Tortelli. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.

SIEGEL, Bernie. **Amor, medicina e milagres.** São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente.** Pelotas: Ed. Universitária. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -UFSC, 1997.

_____. **Cuidado transdimensional: um novo paradigma para a saúde.** São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

_____. A música no processo de cuidar de clientes com síndrome neurológica decorrente da Aids. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.46, n.2, p.107-16. 1993.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Feres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8. 2006.

SOUZA, E.B.M.; RICK E.R.;PREMOLI, R.C. Conhecendo o Familiar Cuidador de Idosos Doentes e/ ou Fragilizados – Contexto Araranguá. IN: 5ª JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA E 28ª JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM. Programa e Livro de Resumos... Florianópolis, ABEn-SC , 2004.

STAM, M. **Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulheres alcoolistas em família.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TORRES, G.G.;FRANCHINI, B. Enfermagem no Atendimento a Portadores de

Alzheimer. IN: 5ª JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA E 28ª JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM.

Programa e Livro de Resumos... Florianópolis, ABEn-SC , 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Esta pesquisa será realizada pela mestranda de Enfermagem-UFSC, Emilia Beatriz Machado de Souza, sob orientação dos professores: Dra Lucia H. Takase Gonçalves e Dr. Jonas Salomao Spricigo, no consultório da enfermeira, tendo como objetivo: Desenvolver e avaliar o processo de Cuidado Transdimensional com familiar cuidadora de pessoa com Doença de Alzheimer.

Para sua segurança, a seguir, apresentamos os princípios éticos que nortearão todo o processo da pesquisa:

- Explicitar à participante da pesquisa, os órgãos e pessoas responsáveis envolvidas.
- Esclarecer à participante, os objetivos do estudo e os procedimentos que serão utilizados em todo o processo da pesquisa.
- Garantir que a participante não será exposta a riscos de qualquer natureza, preservando sua integridade física, mental e emocional.
- Apresentar as finalidades da pesquisa, referentes à necessidade de produção científica sobre o tema em questão e possíveis contribuições do estudo para a vida, para a sociedade local/geral.
- Garantir o livre arbítrio na participação da pesquisa (para aderir e para desistir a qualquer momento do processo).
- Assegurar às participantes, confidencialidade de dados que não queiram que sejam publicados, incluindo imagens.
- Preservar a confidencialidade das participantes nos registros de pesquisa (podendo escolher um codinome para representá-las) e evitando publicar dados que possam identificá-las, bem como das pessoas citadas por elas. Seguir esse mesmo critério quando envolve grupos, associações, organizações, sejam públicas ou privadas.
- Respeitar a privacidade das participantes durante o processo, evitando exposição desnecessária ou situações que lhes possam causar constrangimentos.
- Respeitar seus valores sociais, morais, culturais, éticos e religiosos, bem como seus hábitos e costumes.
- Deixar endereço para contato, colocando à disposição das participantes, caso sintam necessidade de comunicação referente à pesquisa.
- Apresentar no fim do estudo, os resultados de modo compreensível, indicando as contribuições emergidas demonstrando sua importância em estudos nas universidades visando busca de melhor assistência das pessoas em serviços de saúde.

Após essas explicações, se você chegar a ter outras dúvidas no futuro, poderá entrar em contato pelo telefone abaixo para maiores informações..

Todos os dados serão relatados mantendo-se o sigilo e, para tanto, gostaríamos que você escolhesse, na legenda de flores abaixo, uma que seja o referencial de sua identificação.

Declaração pós - esclarecimento

Declaro que fui plenamente esclarecida sobre a pesquisa, bem como a adoção dos preceitos do cuidado transdimensional utilizando-se as técnicas de meditação, oração, toque terapêutico e Programação Neurolinguística (PNL) e assim, estou ciente de que a avaliação e a terapêutica apresentada no estudo, não apresentam nenhum grau de risco.

Por fim, concordo com a utilização das informações resultantes da pesquisa, bem como a divulgação pela comunidade científica, desde que preserve a minha identidade.

Data:-----

Assinatura da participante-----

Assinatura da pesquisadora de campo:-----

Pesquisadora : Emilia Beatriz Machado de Souza

Fone de contato: (48) 3524-5459

Nota: O presente TCLE, assinado em duas vias, uma ficará de posse da pesquisadora e outra entregue à própria participante.

Legenda: 1 –Cravo;2- Gerânio;3-copo de leite;4-rosa;5- amor perfeito; 6-tulipa; 7-jasmim;8- lírio perfumado, ou outra que você queira relacionar

APÊNDICE 2 - Roteiro para a Consulta de Enfermagem

1. Identificação pessoal:

- Nome
- Idade
- Profissão
- Escolaridade
- Expressão facial
- Tom de voz
- gestos

2. Histórico de cuidado:

- tempo de cuidado do idoso
- grau de parentesco com o idoso
- como é o relacionamento com o idoso
- as condições quanto ao grau de dependência do idoso cuidado
- satisfação de ser cuidador de idoso com D.A
- Como percebe as necessidades do idoso?

3 Práticas de Saúde:

- pratica alguma atividade física?
- Como é o seu sono?
- Apresenta sinais de insatisfação com a sua vida?
- Como está o relacionamento com o ambiente que vive?
- Tem disponibilidade de tempo para cuidar de si?
- Tem lazer?
- Se sente saudável?

APÊNDICE 3 - Instrumento de avaliação a cada consulta de enfermagem

1. Você percebeu mudanças no seu dia—dia (estilo de vida, pensamentos, sentimentos, e atitudes diferentes na sua forma de cuidar) após o desenvolvimento da CE através do CT?

2. Se sim, quais mudanças?

3. Quais as percepções de seus familiares/pessoas que convivem com você a partir do desenvolvimento da CE através do CT?

4. Como está o nível de satisfação com a sua vida e com o cuidado do idoso após o desenvolvimento desse cuidado?