

JOSEANI PICHININ PAINI

**DIÁLOGO VIVIDO COMO CUIDADO HUMANIZADO NO
PROCESSO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS - SC

SETEMBRO 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"
CONVÊNIO UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC

**DIÁLOGO VIVIDO COMO CUIDADO HUMANIZADO NO
PROCESSO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM**

JOSEANI PICHININ PAINI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

Orientadora Profa. Dra. Mercedes Trentini

FLORIANÓPOLIS - SC
SETEMBRO 2000

Florianópolis, 05 de Setembro de 2000.

**DIÁLOGO VIVIDO COMO CUIDADO HUMANIZADO NO
PROCESSO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM**

JOSEANI PICHININ PAINI

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

Mestre em Enfermagem

E aprovada em sua versão final em 05 de setembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Área de Concentração: (Assistência de Enfermagem)



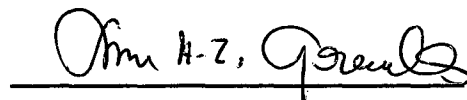
Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

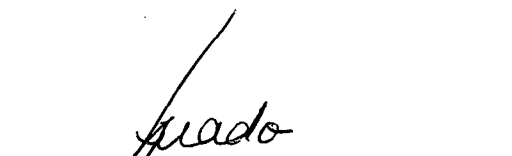
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Mercedes Trentini - Presidente



Dra. Lúcia T. Gonçalves - Membro



Dra. Marta Lenise do Prado - Membro



Dra. Cleusa Rios Martins - Suplente

Dedico este trabalho aos dois grandes amores de minha vida; Cleimar e Diego pelo apoio, carinho, força e amor que me dedicaram em todos os momentos desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao senhor meu Deus! Obrigada por poder ter tido a oportunidade de viver todos estes momentos de buscas e conhecimentos. É importante não esquecer que “muitos desanimam na caminhada em busca da perfeição porque julgam que é impossível atingi-la. De fato o é, se ficarmos olhando apenas para a miséria e para a fraqueza de cada um de nós” (Aquino, 1994).

Aos meus pais, Gervásio e Suely, obrigada pela força, amizade, dedicação e companheirismo, durante todas as etapas que até agora vivi, como também a demonstração diária da valorização de minha profissão para a vida.

As minhas irmãs e irmão; Gesse, Vera e Andreia que em todos os momentos estiveram presentes, auxiliando-me, dando força para seguir em frente. Diziam: “Josi, o tempo que Deus nos concede nesta vida é preciosíssimo, cada minuto de nossa existência terrena deve ser vivido sem pestanejar – aproveite”.

A minha orientadora Dra. Mercedes Trentini, obrigada; por ter me guiado com tanta sensibilidade, inteligência, sabedoria, capacidade, carinho, empenho, dedicação, paciência no decorrer deste trabalho. És uma pessoa especial, e graças aos seus estímulos, senti e comecei a acreditar no meu potencial, na minha capacidade. Sabe: “Existe no interior de cada ser um tesouro imenso de possibilidades, que durante a vida, vão se tornando gradualmente conhecidas e que estão sempre esperando uma ocasião propícia

para virem à luz e expressarem-se...” (Rúdio,1991). Muito obrigada por mostrar-me um pouquinho destes tesouros.

A Dra. Ingrid Elsen que participou com o grupo desta caminhada, e que muitos conhecimentos maravilhosos nos transmitiu.

À Dra. Marta Prado, à Dra. Cleusa Rios Martins, à Dra. Lúcia T. Gonçalves e a Doutoranda Maria Helena Lenardt, por aceitarem compor a banca e pelas valiosas contribuições na fase do projeto, pelo gestos de carinho e sensibilidade.

À Direção da URI – Campus de Erechim; Dra. Helena Confortin, Professor Júlio César Brondani, Bacharel Alcides Benincá, Prof. Ernesto Grégio; Prof. Altair Rosset , muito obrigada por toda a força, segurança, que me foi dado durante esta caminhada. Gostaria de dizer que: “Há sempre um momento na vida em que alguma capacidade existe em nós apenas como possibilidade e que se tornará poder pessoal se nós a praticarmos e tivermos apoio das pessoas que confiam na nossa capacidade” (Rúdio, 1991)

À Angela, Patrícia, Adriana e Elisângela, que muito me auxiliaram a encontrar o caminho do diálogo vivido no cuidar humanizado, vocês são e serão grandes pessoas e grandes profissionais.

RESUMO

Diálogo vivido como cuidado humanizado no processo educativo de enfermagem

Este trabalho trata de uma pesquisa convergente assistencial focalizando o diálogo vivido como cuidado humanizado no processo educativo de enfermagem, junto a acadêmicos de enfermagem da Universidade Regional Integrada – URI - Campus de Erechim e pacientes de uma Clínica Médica do Hospital de Caridade de Erechim. Teve o objetivo de mediar uma visão humanística no processo educativo de fundamentos de enfermagem no curso de graduação, tendo como referencial teórico a “Teoria da prática humanística de Paterson & Zderad”, onde a presença, o encontro, o relacionamento, o chamado e a resposta estiveram presentes durante todo o desenvolvimento do trabalho. O processo utilizado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad possui as seguintes fases: preparação para a enfermeira que é o conhecedor para conhecer; a enfermeira conhecendo o outro pela intuição; conhecimento científico que a enfermeira tem do outro; a enfermeira que, de modo complementar, sintetiza os outros conhecidos; a seqüência, no interior da enfermeira, dos vários ao único *paradoxal*. Analisando os dados, podemos considerar que o trabalho mediou uma visão humanística no processo educativo de fundamentos de enfermagem no curso de graduação, através da introdução de novos meios para o cuidar, como também uma visão diferente do que é um diálogo vivido como cuidado humanizado para os acadêmicos de enfermagem, supervisora e, principalmente, para os pacientes que, juntamente com o grupo, vivenciaram este cuidar.

ABSTRACT

Dialogue Experienced as Humanized Care in the Nursing Educative Process

This work is a converging assistencial research that focuses on the dialogue experienced as humanized care in the nursing educative process with the Universidade Regional Integrada – URI – Campus Erechim and the Caridade Hospital Medica Clinic Patients from Erechim. The objective was to mediate a humanistic view in the educative process of nursing principles in the graduation course, having as theoretical referencial the “Paterson and Zderad s Humanistic Practice Theory”, where the presence, the encounter, the relation ship, the call and the answer, were present during all the work development. In Paterson and Zderad s Humanistic Theory, the process contains the following steps: The Nurse Preparation that is the connoisseur to know; the nurse knowing the other by intuition; the scientific knowledge that the nurse has about the other; the nurse that, in a complementary way, synthetizes the other knowns, the sequence, in the nurse inner vision of the various to na unique paradoxical. Analysing the data, we can consider that this work mediated a humanistic view in the educative process or nursing principles in the graduation course through the introduction of new ways to the care and also a different view to what is a dialogue experienced as humanized care to the nursing academicians, supervisor and mainly to the patients that together with the group lived this humanized diligence.

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUÇÃO.....	10
1 - OBJETIVO.....	15
1.1 - Objetivo geral.....	15
1.2 - Objetivos específicos.....	15
2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
2.1 - A vivência do cuidado.....	16
2.2 - A vivência do diálogo.....	23
2.3 - O processo educativo no cuidar como diálogo vivido.....	28
3 - INTRODUÇÃO À TEORIA DA PRÁTICA HUMANÍSTICA DE PATERSON & ZDERAD.....	33
4 - MARCO CONCEITUAL.....	41
4.1 - Pressupostos.....	42
4.2 - Conceitos.....	43
5 - METODOLOGIA.....	59
5.1 - O contexto do estudo.....	59
5.2 - A entrada no campo.....	64
5.3 - Os participantes.....	64
5.4 - O desenho do estudo.....	66
6 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	68
6.1 - Implementação das fases do processo.....	69

7 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	82
7.1 - Preparação para a enfermeira que é o conhecedor para conhecer.....	82
7.2 - A enfermeira conhecendo o outro pela intuição	86
7.3 - Conhecimento científico que a enfermeira tem do outro	93
7.4 - A enfermeira que, de modo complementar, sintetiza os outros conhecidos	100
7.5 - A seqüência, no interior da enfermeira, dos vários ao único paradoxal.....	106
7.5.1 - <i>A Enfermagem e o Cuidar</i>	107
7.5.2 - <i>A Enfermagem e o diálogo vivido</i>	109
7.5.3 - <i>A Enfermagem e o cuidar humanizado como diálogo vivido no processo educativo de enfermagem</i>	111
REFLEXÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

INTRODUÇÃO

“...Um monge zem passou dez anos meditando em sua caverna, procurando descobrir o caminho da verdade. Certa tarde, enquanto orava, um macaco se aproximou.

O monge tentou concentrar-se. O macaco, porém, aproximou-se de mansinho e pegou a sandália do monge.

“Macaco danado!”, disse o ermitão “Por que veio perturbar as minhas orações?”

“Estou com fome”, disse o macaco.

“Vá embora! Você atrapalha a minha comunicação com Deus!”

*“Como pretende isso, se não consegue comunicar-se com os mais humildes, como eu?”, perguntou o macaco.
E o monge, envergonhado pediu desculpas” (Silva, 1996, p. 26).*

O diálogo que mantemos tem a marca de nossa personalidade: conforme somos inteligentes ou obtusos, rígidos ou flexíveis, confiantes ou temerosos, verazes ou fingidos, esperançosos ou desiludidos, assim também, de certa maneira, será o tom de nosso diálogo, de nosso trabalho (Rúdio, 1991).

Desde criança, sempre gostei muito de me relacionar com as pessoas, quer seja conversando ou tocando piano, que foi uma das formas mais bonitas que achei para dialogar. Numa ocasião, quando criança, minha mãe foi buscar meu boletim na escola e tinha uma observação que até hoje guardo com muito carinho: “Parabéns, você é uma aluna muito estudiosa, muito capaz, mas atrapalha muito as aulas com conversas...”.

Era incrível, não conseguia ver as pessoas isoladas num canto, tristes, precisava conversar com elas, dialogar, se não conseguisse pelo menos me

inter-relacionar com elas. Mas o tempo foi passando e esta minha forma de ser continuava, claro, com menos expressividade, mas continuava.

Segundo Rúdio (1991), para qualquer ser humano, o relacionamento pode se apresentar sob duas faces: uma que traz benefícios e vantagens e a outra que apresenta ameaças e prejuízos; saber aproveitar o que a primeira oferece e conseguir enfrentar, defender-se e vencer o desafio que a segunda faz, depende de uma sabedoria, com a qual não se nasce, mas é adquirida pela experiência, pela reflexão e pelo treino.

Foi o que tentei fazer, enfrentar, defender-me e vencer os desafios, acredito que em parte tenha conseguido, isto é, existem algumas pessoas que gostam de observar, quietas, sem conversar, outras não gostam de dialogar, e nós precisamos respeitá-las; mas mesmo assim, muitas vezes, quando observo as pessoas, procuro manter uma relação dialógica, se não consigo, tento compreendê-las nas suas expressões, mas sei, que de uma maneira ou de outra, se elas quiserem, é obvio, vou conseguir me relacionar e iniciar uma relação dialógica, pois não existe nada de mais belo do que aprender com os outros conhecimentos que estão interiorizados à espera de um conhecedor.

Em agosto de 1986 terminei a graduação em Enfermagem e Obstetrícia, na Universidade Federal de Santa Maria, iniciando após alguns dias minhas atividades como profissional Enfermeira, docente e coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de 1º e 2º Graus da URI, Campus de Erechim (Escola inserida na Universidade de Erechim), hoje denominada Escola de Educação Básica da URI - Campus de Erechim.

Nesta época, como docente nas disciplinas de Introdução à Enfermagem, Enfermagem Materno-Infantil e supervisora de estágio, convivia constantemente com enfermeiros e equipe de enfermagem dos hospitais e desde aí, tentava modificar alguns cuidados que prestávamos aos pacientes, mas muitas vezes eu não era compreendida pelos profissionais, não entendiam porque eu não realizava as técnicas tal qual preconizavam os livros de técnicas de enfermagem. Havia

uma técnica que dizia que após arrumar a cama deveria colocar a fronha no travesseiro e a dobra da fronha deveria ficar para o lado da porta. Isto me incomodava muito, pois não era isso que eu pensava, imaginava o cuidar.

O tempo foi passando e surgiu o interesse, pela Universidade de Erechim, em ter o curso de graduação em enfermagem nesta instituição, pela necessidade constante de orientação à população, real carência de profissionais habilitados nas regiões norte/noroeste do Estado, pela existência de uma clientela que demandara o curso nos anos seqüentes e também pela existência de uma estrutura organizacional para o atendimento de saúde à população.

Após a autorização, o curso de enfermagem teve início em março de 1997, com cinquenta vagas anuais, funcionamento diurno. Minha participação desde o início, foi como docente nas disciplinas de Introdução e Fundamentos de Enfermagem, onde, com os acadêmicos, começamos a trabalhar com algumas formas de cuidar diferentes das que estavam nos livros ou que presenciávamos, isto é, nós cuidávamos em conjunto, um auxiliando o outro, criando, produzindo um cuidado, onde todos eram co-partícipes dos resultados.

Ao surgir a oportunidade de ingressar no mestrado em Assistência de Enfermagem, no início fiquei um pouco insegura, pois meu pai, que sempre me deu muito apoio nos meus estudos, estava muito doente, e eu achei que não iria conseguir passar na prova.

Mas tudo deu certo, consegui entrar no mestrado em Assistência de Enfermagem pela UFSC/UNC/URI/CAPES-FUNCITEC, e aí iniciou o meu crescimento pessoal e profissional; estava muito claro para mim que, a partir daí, o meu caminho era o cuidar através do diálogo.

Ao cursar a disciplina Teorias de Enfermagem, encontrei uma teórica que, em algumas situações, pensava como eu e que poderia ajudar-me neste diálogo vivido como cuidado humanizado, que era a teoria denominada por Paterson & Zderad de "Teoria da Prática Humanista de Enfermagem", uma teoria da prática, porque elas acreditam que a teoria de uma ciência da

enfermagem desenvolve-se a partir de experiências vividas pela enfermeira e pelos enfermeiros, na prática de enfermagem, Praeger & Hogarth apud George (1993).

Precisei também procurar uma literatura complementar que me ajudasse a compreender a teoria, que foi a de Hycner (1995), filósofo que enfoca a psicoterapia dialógica, o “entre”, os elementos nas relações Eu-Tu e Eu-Isso de Martin Buber, visto que ele foi o filósofo em que Paterson & Zderad basearam-se toda sua teoria.

Para Paterson & Zderad apud George (1993), a enfermagem é um diálogo vivido (ou vivenciado) uma experiência intersubjetiva na qual ocorre um verdadeiro partilhar, estando envolvidos ao encontrar-se (enfermeira/acadêmicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem/acadêmicos de enfermagem, enfermeira/acadêmicos e pacientes), ao relacionar-se (estar com o outro), o estar presente (estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco), a chamada e a resposta (transacionais, seqüenciais e simultâneas).

Ao optar por uma prática assistencial sobre o diálogo vivido como cuidado humanizado, um processo educativo, projetei esta prática com os alunos da disciplina de Fundamentos de Enfermagem II, na expectativa de um cuidado diferente, pois não estava satisfeita com a forma como os pacientes eram cuidados, por isso decidi realizar este estudo, acreditando que se reunirmos esforços por um objetivo comum, se realizarmos ações que dependam de atitudes individuais, exigindo que cada um aceite a interdependência do outro, imposta pelo próprio processo, formando-se um espírito de equipe, libertando-se de idéias, respeitando a idéia do outro quer seja colega, professor ou paciente, mantendo um compromisso diário com aquele que vamos cuidar, isto é, nos permitindo e permitindo ao outro a presença diária, o encontro participativo, o relacionamento individual ou em conjunto, o chamado e a resposta em todos os momentos da ação do grupo (enfermeira/acadêmicos de enfermagem; acadêmicos/acadêmicos; enfermeira/acadêmicos/pacientes), muitas formas de cuidar podem ser

modificadas, deixando de lado o fazer pelo fazer, mantendo um compromisso com o grupo e principalmente com aquele que vamos cuidar.

O cuidado implica numa relação interpessoal irrepetível, constituída de atitudes humanas nem sempre previsíveis, que não devem ser pré - estabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo; além disso, seus resultados nem sempre correspondem ao esperado, mesmo quanto aos princípios básicos.

As intervenções de enfermagem de ordem técnica são importantes, não podemos de maneira nenhuma deixá-las de lado, mas podemos, sim, aliá-las a um conjunto significativo de inventos e adaptações num processo educativo, deixando fluir a motivação, o encontro, a busca de alternativas para conhecer melhor onde estamos atuando, o diálogo num exercício criativo de ensinar e aprender, de pensar em reconstrução, no EU-TU, EU-ISSO, na reciprocidade, no comprometimento, na responsabilidade.

Quando o ensinar-aprender é incorporado como expressão da dimensão educativa de enfermagem, na promoção da saúde, esta possibilidade sinaliza anunciando mais presentemente que *a gente é rascunho de pássaro que não acabaram de fazer*; então o compromisso fraterno da busca infinita desse acabamento inatingível é a própria trilha do ser-mais, do vir-a-ser (Trentini e Dias, 1997).

1 - OBJETIVO

1.1 - Objetivo geral

- Mediar uma visão humanística no processo educativo da disciplina de Fundamentos de Enfermagem no curso de graduação.

1.2 - Objetivos específicos

- Refletir com alunos de graduação sobre a Teoria da “prática humanística da enfermagem”.
- Acompanhar a vivência da Teoria da prática humanística pelos alunos em uma unidade hospitalar de clínica médica.
- Avaliar a articulação da Teoria da prática humanística com a prática assistencial implementada.

2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 - A vivência do cuidado

A enfermagem vem sendo construída ao longo de sua trajetória, principalmente nas duas últimas décadas, à luz de uma base humanista de atenção, buscando significado na existência do ser humano. A relação de cuidar, de cuidado na enfermagem, sempre existiu, de forma muito íntima, com outra designação, mas sempre existiu. É através do cuidado com a pessoa, com a vida, com enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, uma vez que a essência da enfermagem se constrói a partir da relação pessoa - pessoa (Paganini,1998).

Lendo a história da evolução humana no cuidar, podemos observar que o cuidado sempre permeou o ser humano, na sua forma de viver, de se relacionar, de prestar atividades de conforto, limpeza de feridas, administração de poções; mas precisavam demonstrar ao mesmo tempo que prestavam o cuidado, a humildade, paciência, docilidade e obediência (Waldow,1999).

O cuidar começa a tomar forma e adquirir realmente o status de uma ocupação distinta, com o nascimento da enfermagem e da formalização do seu ensino feito por Florence Nightingale. Anteriormente o cuidar era desenvolvido através dos “treinamentos de pessoas” para desempenhar atividades de conforto, administração de medicações, limpeza de unidades, cozinha e lavanderia (Waldow,1999).

Com Florence houve a preocupação com o “cuidar”, só que não havia explicitações dos princípios e conceitos sobre o cuidado humano, portanto, a enfermagem usava o que lhe parecia mais conveniente e favorável, de acordo com seus valores culturais e com o que profissionalmente era esperado na prestação do cuidado, permanecendo obscura a natureza do cuidado. O uso do conhecimento médico com o termo cuidado de enfermagem, parecia legitimar a enfermagem. Mas à medida que o tempo foi passando, este cuidar foi crescendo, graças a várias teóricas, foi se fortalecendo; começou haver a socialização da teoria com a prática, e a essência da enfermagem cada vez mais foi sendo o cuidado ao ser humano (Waldow, 1995).

A primeira contribuição para uma teoria do cuidado surgiu com Madeleine Leininger que, num modelo transcultural de enfermagem (Modelo do Sol Nascente), engloba a idéia do cuidar humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas no Universo, identificando também diferenças nas formas de as pessoas expressarem e se comportarem em relação ao cuidar, e que pareciam estar ligadas a padrões culturais. Para o desenvolvimento de sua teoria, Leininger usou como crenças básicas que cuidar/cuidado é a essência de enfermagem e o seu foco principal, dominante e unificador (Waldow, 1995).

À medida que a enfermagem crescia no Brasil, as formas de cuidados modificavam, isto é, devido à formação universitária, as enfermeiras começaram a afastar-se de sua relação com o paciente e o cuidado direto ao paciente passou a ser prestado por técnicos, auxiliares e principalmente por atendentes de enfermagem, como também a forma de o cuidado ser ensinado e desenvolvido na prática era com ênfase na técnica, ou seja, intervenções, administrações de enfermagem, através de uma prescrição médica com o objetivo de tratamento de uma enfermidade.

A prática profissional de Enfermagem no Brasil caracteriza-se em três fases de desenvolvimento, segundo Almeida, citada por Waldow (1999) em conexão com o cuidado: A primeira fase é constituída pelas técnicas de enfermagem que consistem na descrição do procedimento de enfermagem a ser

executado passo a passo, com o seu devido material utilizado; técnicas estas, comumente conhecidas como cuidados de enfermagem. No ensino, os livros de fundamentos de enfermagem e os manuais de técnicas de enfermagem passam a ser verdadeiras bíblias para o estudo de enfermagem, onde a habilidade manual, capacidade de memorização, postura e a mecânica corporal nas realizações das técnicas eram aspectos imprescindíveis, além do capricho, organização e perfeição. O objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado ao paciente, mas sim na maneira de ser executada a tarefa.

A segunda fase que ocorreu por volta da década de 50, caracterizou-se pela introdução dos princípios científicos que, segundo Almeida, apud Waldow (1999), eram guias norteadores de toda a enfermagem, fazendo com que as técnicas de enfermagem ou os “cuidados de enfermagem” tivessem um respaldo científico, procurando essa cientificidade na aproximação com o saber da medicina. O ensino, nas escolas de enfermagem, continua priorizando o conhecimento médio, dando uma ênfase nas teorias administrativas (ações de planejamento, organização, supervisão do cuidado administrativo...).

A terceira fase do cuidado ocorreu em meados das décadas de 60-70, fase de desenvolvimento da enfermagem denominada **teorias da enfermagem**, onde algumas lideranças da enfermagem mundial tentam sair do modelo existente e construir um corpo de modelo para além da conceptualização. A enfermagem agora busca o status de ciência e, com isso, sua autenticidade. Considerando a possibilidade de ser efetuado o cuidado direto pela enfermeira, as ações do processo de enfermagem são planejadas; este sofisticou-se passando a utilizar-se de recursos da informática Almeida apud Waldow(1999).

A fase atual da enfermagem é justamente a de discutir e questionar o seu conhecimento, as influências político-sociais e econômicas, a história da enfermagem e das práticas de cuidar e sua inter-relação com a categoria gênero (Waldow, 1999).

A necessidade de cuidar, nos dias de hoje, é maior do que nunca; o

cuidar é uma forma de ser visto sob uma perspectiva ontológica; não é apenas um privilégio ou característica da enfermagem; é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o nosso desenvolvimento e realização como seres humanos. A enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno como um conceito que abrange todos os atributos que a tornam uma disciplina humana e de ajuda (Roach, 1993).

Muitos trabalhos vêm sendo elaborados, mostrando um cuidado diferente, ou seja, um cuidado onde a criatividade, sensibilidade, a arte, humanidade, a valorização do ser humano na sua forma de estar-aí, estejam sempre presentes. Este ato de cuidar, para Watson (1988), exige um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual. Não é somente uma emoção, preocupação, atitudes, boas intenções, ele inclui valores, desejos, compromisso com o cuidado, conhecimento, ações e conseqüências.

Leininger (1984) descreve o cuidado como foco único e domínio central da enfermagem e é a contribuição especial da enfermagem para a sociedade, distinguindo este cuidado em profissional (que é aquele prestado pela enfermeira) e o não profissional (realizado pela família, amigos e outras pessoas da comunidade).

Watson (1985) descreve o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade; promove humanismo, saúde e qualidade. As intervenções relacionadas ao processo de cuidado humano requerem intenção, desejo, relacionamento e ações, com uma preocupação concreta com o espiritual, a consciência, a interação, auto-estima, auto-respeito e a autocura.

Paterson & Zderad (1979) descrevem o cuidado como o fenômeno da enfermagem que ocorre no mundo das vivências reais, trata-se sempre de um evento interhumano, isto é, cada vez que se realiza o ato de cuidar, os seres humanos se relacionam em uma situação compartilhada; cada um participa na situação de acordo com o seu modo de agir, dito como alguém que alimenta e

como alguém que é alimentado, já que um dá, na mesma proporção recebe, é o ato de nutrir o ser cuidado e o cuidador, é o compartilhar de sensibilidade, carinho, atenção, afeto, profissionalismo; é uma troca entre os seres humanos que vivem em comum inter-relacionamento.

Arruda & Silva (1994), no texto "cuidando e confortando", descrevem o cuidado como uma alternativa para encontrar juntamente com o ser humano em qualquer etapa de seu ciclo vital e linha de desenvolvimento formas inovadoras de cuidar/confortar, que lhe possibilitem desenvolver suas próprias potencialidades, enfrentar os desafios no processo saúde-doença e alcançar o máximo de bem-estar pelo exercício do autocuidado.

Silva (1997) descreve um cuidado diferenciado, o cuidado transdimensional, com o qual busca expandir capacidades e potencialidades humanas para o amor e a sabedoria no cuidado do *self*, do outro e de todas as coisas vivas, amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde -doença, tendo como ênfase a vida e suas mais diversificadas formas de expressão. É uma perspectiva de integração e transformação, prioriza a valorização do ser, a intuição, imaginação.

Zagonel (1996) descreve o cuidado como a essência da enfermagem, através dele se estabelece a inter-relação humanística; reconhece a presença do outro, é troca, doação, suporte e preocupação; é um fazer voltado para o respeito, dignidade e valorização do ser humano a partir do momento em que o enfermeiro atua na compreensão das experiências vividas pelo ser humano; o ser e o fazer, nesta relação estão intimamente relacionados.

Paganini (1998) descreve e analisa o cuidado sob as diferentes perspectivas humanitárias, faz referência às diferentes correntes do humanismo; salienta, como enfoque principal e central, o ser humano, e que muitas diferenças de concepção estão relacionadas aos conflitos sobre origem, natureza e destino do ser humano.

O cuidado como objeto de trabalho para a enfermagem traz sentimentos,

perspectivas e formas humanizadoras de cuidar, de visualizar, de sentir, de expressar este cuidar. Para Arruda e Nunes (1998) inclui sentimentos de amizade, gratidão, afeto, presença afetuosa dos familiares, ter apreciação por parte das pessoas, dar e receber amor, ter ajuda, receber força, carinho, consolo, incentivo e encorajamento, solidariedade, atenção, ter apoio, poder contar com alguém, ter amigos, família, amor da família, dos amigos estar bem com as pessoas, gostar dos profissionais da saúde, ser bem tratada.

Paganini (1998) sente que o cuidado realizado pelo enfermeiro está ainda na forma invisível, fragmentada, necessitando de um impulso no sentido de repensar a sua prática profissional. Percebe, ao mesmo tempo, que a enfermagem se dirige a um novo paradigma de atuação, voltada a uma forma mais humanizada, buscando abranger o ser como sujeito do cuidado em sua totalidade, sem desconsiderar sua singularidade; para ela, o cuidado é realizado enquanto existe a vida e diante da proximidade da morte, em qualquer das situações.

Patricio (1997) fala que todo o ser humano precisa de cuidados de promoção e de tratamento de saúde, a enfermagem é a profissão do cuidar do outro ser humano integralmente em seu processo saúde-doença, mesmo antes de nascer, crescer, desenvolver, transcender, morrer. No processo de trabalho da enfermagem o cuidado é o produto mediador no processo de transformação das situações de saúde-doença dos seres humanos, ou seja, é o próprio sujeito-consciência na sua concretude corporal, na interação indivíduo-coletivo, quem transforma suas limitações sem possibilidades de bem viver.

Paterson & Zderar (1979) falam que a movimentação do cuidar, apesar de ser vista como familiar entre os membros da equipe assistencial de enfermagem, não o é para o cliente; cada atividade realizada pelo pessoal de enfermagem é repleta de novidades e significados; o uso de procedimentos, equipamentos, enfermagem, tecnologias como veículos, possibilita a valorização da presença, do encontro, do chamado e da resposta entre enfermeiro e cliente, num desvelar deste ser, reconhecendo e tentando compreender essas expressões.

Para Barbosa (1995), a utilização destes meios para o cuidar será também uma forma de humanização como diálogo, quando aliarmos condutas que vão ao encontro do paciente, preservando sua autonomia, sua identidade, fazendo com que o paciente participe do seu plano de cuidado. Para ela, "Assistência Humanizada" quer dizer a busca por um assistir onde fossem levados em consideração os aspectos do ser humano, que vão muito além do atendimento focalizado exclusivamente no risco biológico de perder a vida, é ir além do assistir, é ver o cliente, pensá-lo como um ser que tem uma história de vida, que atribui significado as suas experiências vivenciadas. O paciente tem sua individualidade e na medida do possível, juntamente com este, devemos respeitar esta individualidade, porque isto não só é profissionalismo mas também preservação do ser humano como pessoa.

Também, muitas atitudes realizadas pelo cuidador podem trazer sentimentos de tristeza, desamor, despreocupação, de não visualizar o cuidado, de não sentir a expressão do cuidar.

Para crescermos dentro de nossa profissão, precisamos desvendar as suas peculiaridades, pensar sobre como cuidamos, sobre quem cuidamos, refletir sobre todas as implicações desse cuidado; necessitamos desenvolver nossa consciência crítica, aprofundar a análise dos problemas, a postura indagadora que se satisfaz apenas com a argumentação consistente, o reconhecimento de que a realidade é mutável. A passagem da consciência ingênua para a consciência crítica se faz através da reflexão, e o resultado seria a transformação do cuidado rotineiro em cuidado individualizado (Silva, 1999).

Pensamos no cuidado como água revolta onde nós quase nos afogamos e, nas proximidades de uma das margens deste rio estaria o cuidado rotineiro e na outra o cuidado individualizado. Precisamos escrever para construir uma ponte de palavras para atravessar este rio, para que não nos afogemos por aí, no meio das rotinas (idem, p. 22).

2.2 – A vivência do diálogo

O termo “diálogo” refere-se a uma interação mais específica entre pessoas, onde há um desejo de encontrar genuinamente o outro. Este diálogo pode ser inteiramente não-verbal - um diálogo “silencioso”: “(...) os olhares que os estranhos trocam entre si ao se cruzarem em uma rua movimentada, sem nem mesmo alterar o passo; alguns desses olhares, embora desprovidos de intenção, ainda assim, revelam um ao outro duas naturezas dialógicas(...)” (Buber, citado por Hycner, 1995, p. 68). A interação aqui, não é comunicada verbalmente, mas sim, a abertura e intenção com que uma pessoa se encontra a outra e a resposta recíproca dessas pessoas. É claro que nem toda a comunicação verbal é um diálogo genuíno (idem).

O diálogo “genuíno”, não importando se falado ou silencioso, é quando cada um dos participantes realmente tem em mente o outro ou os outros, em seu ser presente e único e se volta para eles com a intenção de estabelecer uma relação mútua e viva entre ambos; essa pessoa única é particular, é considerada como o *foco exclusivo de sua atenção* e isso é retribuído pela outra pessoa. Neste diálogo, o *self* do paciente reconhece e aprecia a singularidade do *self* da enfermeira e, extrapolando, também o *self* dos outros, sendo esta a base para qualquer diálogo genuíno: a disponibilidade do paciente para experimentar relações verdadeira com os outros (Hycner, 1995).

A relação Eu-Isso, onde o diálogo técnico é uma forma, é provocado exclusivamente pela necessidade do entendimento objetivo, mais do que na pessoa, não havendo nada de errado nisso, desde que não seja a única forma de uma pessoa interagir com as outras. De certo modo, o outro é somente um meio para um fim.

Segundo Paterson & Zderad (1979), por diálogo entende-se o enfermeiro/acadêmicos de enfermagem/cliente relacionando-se de modo criativo, sendo a enfermagem um diálogo vivido. O diálogo da enfermagem é vivido através das ações de enfermagem; essas ações podem ter significado diferente para o acadêmico/cliente e enfermeiro (por exemplo, tocar e ser

tocado, dialogar e ouvir este diálogo), podendo as ações de enfermagem agir como ocasiões ou catalisadores para as mudanças no diálogo, abrindo-o ou desviando-o em uma direção para um nível verbal, como exemplificado no caso de dar um banho em um cliente para estimulá-lo a discutir sobre sua imagem corporal ou seu medo de deformação. Neste diálogo, segundo as autoras, está envolvido o **encontro** (momento em que os seres humanos se reúnem, caracterizado pela expectativa implícita de que o enfermeiro prestará ajuda se o cliente necessitar), **a relação** (processo de tratar com o outro, significando estar com ele), **a presença** (a qualidade de estar aberto, receptivo pronto e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco) e os **chamamentos e resposta** (são transacionais, seqüenciais e simultâneos, ocorrem de forma verbal ou não verbal, referem-se à capacidade do enfermeiro de relacionar-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida simultaneamente).

Para Manzolli (1983), é visando ao relacionamento humano que os enfermeiros procuram dialogar com os acadêmicos de enfermagem, com os pacientes, familiares, comunidades, equipe de saúde; é também através do relacionamento que procuram desenvolver métodos de trabalho em grupo, em equipe, que propiciem um melhor atendimento para si mesmos e para os outros, auxiliando com isso a saída destes acadêmicos da sala de aula, levando-os a relacionar a união da teoria com a prática nas unidades hospitalares, unidades básicas de saúde.

Segundo Faria (1998) objeto de trabalho, para os profissionais de saúde, é o cuidar do paciente, diferente do objeto de trabalho no processo de produção de bens materiais. Ao ser transformado em objeto manipulável, fecha-se para o paciente a possibilidade de tomar decisões sobre seu corpo, seu espírito, expropriado que é de sua humanidade e de sua identidade; cortam-se as vias da intercompreensibilidade e interdialogicidade, evidenciando-se como um monólogo poderoso que constrange o paciente, a família, impondo-lhes, muitas vezes, uma prescrição para a vida como um todo: o que deve fazer, comer, como cuidar-se, como adoecer, enfim, como morrer. O diálogo existe para este fim, isto é, deixar que o paciente seja o sujeito do trabalho de enfermagem, o Eu-Tu (sujeito-sujeito),

onde suas expressões sejam valorizadas em cada ato individual ou coletivo, modificando hábitos, condutas e principalmente influenciando escolhas.

De acordo com Stefanelli (1993), tudo o que emana da enfermeira/acadêmico de enfermagem, tudo o que eles expressam e fazem é diálogo, o diálogo terapêutico que contribui para a excelência da prática de enfermagem, criando oportunidades de aprendizagem para o grupo, podendo despertar sentimentos de confiança, entre enfermeiro/acadêmicos e paciente, o que permitirá a eles experimentarem a sensação de segurança e satisfação. Assim o diálogo tem que ser visto dentro do contexto do relacionamento onde ele ocorre, como e quando deve ser planejado para cada interação e adequado a cada situação e a cada paciente em particular.

Para Miranda (1997), a função terapêutica do diálogo é estabelecida quando o paciente compartilha com o enfermeiro/acadêmico de enfermagem; permitindo a estes conhecerem seus pensamentos e sentimentos, acerca de sua doença, de si mesmo, de um problema específico, do stress por que ele possa estar passando. Com o diálogo, a enfermeira/acadêmicos e pacientes se tornam participantes do processo em que estão envolvidos, passam a entender a relevância dos atendimentos que estão prestando e recebendo e suas conseqüências; para eles, a relação enfermeiro/acadêmico/cliente deve ser um encontro real de pessoas, para viverem, experimentarem e estabelecerem mutuamente o diálogo em uma situação significativa, sendo desnecessário enfatizar a importância do respeito ao cliente no que toca, principalmente, à sua dignidade (Miranda, 1997).

Vários trabalhos vêm propondo, ao longo do tempo, formas de se comunicar e de dialogar, mostrando a importância destas formas no cuidar em enfermagem. Farias (1998) lembra que ao cuidar o paciente, lidamos com seres humanos, portanto é necessário que desenvolvamos habilidades no sentido de compreender como estas pessoas percebem a si mesmas e a situação na qual se encontram. É importante que exteriorizem suas crenças, seus valores. O indivíduo que está na posição de ser cuidado precisa verbalizar os seus sentimentos, seus anseios, medos, preocupações, através das mais

variadas maneiras de expressão humana, e a enfermagem precisa entender estas expressões para poder haver o encontro.

Barbosa (1995) refere que a enfermagem, ao buscar o desenvolvimento de maneiras facilitadoras de diálogo, pode criar oportunidades para que ocorram encontros mais genuínos, como também, melhorando a qualidade da assistência, já que favorece o desvelamento do outro, no caso, o paciente; e que se o diálogo não for reconhecido, nem vivenciado, o paciente não se mostra, também fazendo com que muitos dos seus sentimentos e idéias não sejam valorizados. Assim, perde-se a oportunidade de uma melhor compreensão da experiência do paciente, já que ao exercitar a intersubjetividade, o diálogo, o relacionamento interpessoal e o encontro tornam-se possíveis.

Carvalho (1991) se propôs a verificar o intercâmbio verbal enfermeiro-paciente, numa situação de punção venosa, verificando que os enfermeiros do hospital em que estudou perdiam muitas oportunidades de relacionamentos verbais mais efetivos com o paciente enquanto realizavam tal técnica. Apresentavam-se bastante diretivos, emitindo predominância de comportamento verbal denominado de mando, os conteúdos de interação eram dirigidos mais para assuntos relativos principalmente ao estado de saúde do paciente.

Barbosa (1995) diz que o diálogo, em suas mais variadas formas, tem não apenas o potencial de estimular, mas também o de inibir a dialogicidade enfermeiro-paciente, influenciando a qualidade do encontro. Muitas vezes, se deixarmos o paciente verbalizar seus sentimentos através das expressões ou mesmo do silêncio, poderemos conseguir grandes resultados no chamamento e na resposta.

Um aspecto importante no diálogo é o sentimento, já que conhecer o sentimento da outra pessoa em relação a uma determinada situação faz com que o diálogo possa ser alterado a fim de melhorar o relacionamento (Sawada,1998). Para conhecer estes sentimentos, é preciso que a enfermagem vá até o paciente, preste atenção nele como um todo, na sua

fisionomia, na sua expressão, que toque e sinta sua temperatura, sua ansiedade, que o deixe verbalizar seus sentimentos, preocupações, alegrias.

Talvez, algumas situações ocorram sem intenção da enfermagem, mas o cliente é levado a pensar, fazer e receber cuidados como a enfermagem quer, esquecendo do "ser humano" que ele é. O paciente não pode pensar, falar, tem que ficar "quietinho" e não raciocinar, pois senão ele pode prejudicar a assistência que ora está sendo prestada. Esta assistência ocorre de indivíduo para indivíduo, e em diferentes situações, por isso conforme diz Paterson & Zderad (1979), precisa existir entre o enfermeiro e o paciente um chamado e uma resposta.

Segundo Faria (1998), a história das relações no processo de comunicação na saúde, tem indicado que há temor para uma expressão de si mesmo. O paciente, geralmente, é considerado pela equipe de enfermagem como portador de ignorância, isto é, ele nada sabe e, portanto, deve receber os cuidados a ele prestados, sem reclamar, interferindo diretamente nas relações interpessoais, assumindo a posição que se espera dele: o paciente, o ser passivo e dependente que se submeterá aos tratamentos que lhe serão determinados. Por outro lado, esse ser passivo e dependente espera que o profissional resolva todos os seus problemas de saúde o mais rapidamente possível, com o menor custo e sem desconforto. Ambas as expectativas, a do profissional e a do cliente, assim descritas, incluem um componente mágico: se tivermos, de um lado, um paciente suficientemente cooperativo e, do outro, um profissional competente, disso resultará a saúde de forma imediata (Sundeen, apud Silva 1994).

Mas acredito que, para que exista esta cooperação por parte do paciente é preciso que ele participe do seu tratamento, que auxilie na sua estada dentro do hospital, que seja presente na sua recuperação. O paciente é parte integrante do cuidado da enfermagem e do seu próprio cuidado e a enfermagem deve participar com sua presença neste cuidado, e não somente delegar este cuidado.

Stefanelli, referindo-se à importância do diálogo na enfermagem, reforça que a enfermeira tem que conhecer como se dá o processo de diálogo, e todos os elementos a ele pertinentes, como utilizá-lo na sua prática para que o paciente o considere um elemento de ajuda, um outro ser humano, capaz e eficiente, com que ele pode interagir, partilhar suas idéias, seus anseios, seu sofrimento e necessidade de ajuda (Stefanelli apud Magalhães, 1994, p. 200).

Para ser uma presença genuína e um diálogo autêntico entre as pessoas, tem que existir dentro desta a convicção de que a felicidade é valiosa e produz uma mudança na situação (Paterson & Zderad, 1979).

O corpo é expressão, é fala, é linguagem. A linguagem, traço distintivo do ser humano, possibilita ao corpo a capacidade de tornar-se social, de estabelecer relações e de assumir diferentes papéis. A compreensão da linguagem é essencial para compreender a realidade. A linguagem corporal, a expressividade humana, é capaz de objetivar-se, ou seja, de manifestar-se nas suas ações que depois de realizadas, passam a fazer parte do mundo comum. A linguagem me permite, enquanto corpo, a sincronização do meu pensar e a atualização de qualquer coisa; em qualquer momento, ela constrói todo o simbolismo presente nos rituais de cuidado no meu viver social, permite-me ainda, dialogar com o outro, com o meu presente, e falar do passado e projetar-me no futuro. A linguagem ocorre nos processos interativos, nas situações de encontro, em que a fala e o discurso da enfermeira e do cliente iniciam o processo de relacionamento interpessoal e de comunicação (Polak, 1997).

2.3 - O processo educativo no cuidar como diálogo vivido

As teorias educacionais tradicionais focalizam a aquisição de habilidades através de uma teorização fundamentada no modelo tecnológico; entretanto, nas duas últimas décadas, teorias políticas e sociais, incorporadas a uma nova sociologia da educação, trouxeram perspectivas teóricas alternativas a serem aplicadas na transmissão e aquisição de conhecimentos (Pereira, 1992).

Em educação, o desenvolvimento do pensamento crítico vem sendo

apontado como uma nova tendência; na enfermagem vem-se fazendo sentir tal abordagem, através de uma maior conscientização, quanto à necessidade de serem desenvolvidas estratégias que auxiliem os acadêmicos de enfermagem a pensarem criticamente, a vivenciarem a união teórico-prática, dentro de uma nova visão quanto ao processo ensino-aprendizagem, com o objetivo de transformar o processo de ensino, a partir da reflexão quanto às questões da prática profissional, buscando entendimento e respostas quanto ao que é experienciado pelos professores e alunos no contexto da profissão (Pereira, 1992).

No processo educativo, a abordagem humanista dá ênfase às relações interpessoais e ao crescimento que delas resulta, centrada no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, em seus processos de construção e organização pessoal da realidade e em sua capacidade de atuar como uma pessoa integrada; o professor, em si, não transmite conteúdo, dá assistência, sendo um facilitador da aprendizagem. O conteúdo advém das próprias experiências dos alunos; a atividade é considerada um processo natural que se realiza através da interação com o meio. O professor não ensina, apenas cria condições para que os alunos aprendam (Mizukami, 1986).

Neste trabalho, o processo educativo é um processo que se construiu numa interação entre enfermeira educadora x educandos x pacientes, onde a dialogicidade, a essência da educação esteve sempre presente, aliando em todos os momentos a teoria com a prática no processo educativo de cuidar.

Para existir educação autêntica é preciso superar a relação vertical educador-educando e instaurar a relação dialógica que supõe troca, não imposição; desta maneira, o educador já não é mais o que apenas educa, mas quem, enquanto educa, é educado, em diálogo como o educando que ao ser educado, também educa (Aranha, 1979). *“o verdadeiro mestre responde à singularidade”* (Buber apud Hycner, 1995, p. 63).

A busca de uma enfermeira/acadêmico de enfermagem não só competente tecnicamente, mas crítico e politizado, parece requerer o

estabelecimento de relações mais horizontais, menos autoritárias em todo o processo de formação. Não se alcança a formação de uma nova enfermeira com o mesmo processo de formação, agindo do mesmo modo, para alcançar mudanças, também é preciso atuar de forma diferente (Lunardi e Borba, 1998).

Rezende, mencionado por Monticelli (1994), diz que o processo educativo é utilizado em saúde visando a mudanças de comportamento. Ensinar, há muito deixou de ser simplesmente transmissão de informações, e aprendizagem é o resultado do processo educativo. Aprender significa mudar comportamentos através de informações e experiências.

Educar com a visão do ser humano, para Patricio (1997), significa, também, processo afetivo, energético, ou seja, um processo transpessoal de interações humanas, fundamentado nas trocas entre os seres humanos envolvidos: seus sentimentos - de alegria e de tristeza, de amor e ódio, de motivação ou não -, suas energias. Essas categorias da vida também guiam suas ações no cotidiano, participando no processo de mediação com a realidade, incluindo seu próprio corpo; para ela, somente através do diálogo e da ética podem ser feitas as verdadeiras reconstruções individuais ou em grupo.

O ensino de habilidades em comunicação/diálogo deve ser feito ao longo de todo o curso de graduação e não ser de responsabilidade exclusiva de uma disciplina ou período; deve-se inserir diversas experiências práticas, além de destacar formalmente as situações interacionais havidas, os comportamentos dos elementos envolvidos e as conseqüências da interação para ambos (Carvalho et alii, 1997).

Bachion, mencionado por Carvalho et alii (1997), fala sobre a incoerência entre o ensino e a prática (alertando para o uso restrito de técnicas que dão abertura à compreensão e à auto-exploração e, portanto, promovem mudanças) e a atribuição de relevância secundária à comunicação, ao diálogo. Destaca a existência de atitudes negativas dos acadêmicos quanto ao ensino da comunicação, a dificuldade de se julgar quando o diálogo é eficiente ou não e, sobretudo, ensinar estudantes a utilizarem habilidades de diálogo

consistente e de forma efetiva tem sido um problema para os educadores de enfermagem. O aluno torna-se ansioso quando não consegue manter um encontro, presença, relacionamento com o paciente, dificultando o desenvolvimento de suas habilidades no cuidar.

Quando o paciente chega ao hospital, existe inicialmente uma situação relacional desequilibrada; não há nem poderia haver mutualidade total entre enfermeira x acadêmico x pacientes, o autor diz: *“Há diferença essencial entre o seu papel e o dele nessa situação óbvia; ele vem para ser ajudado por você. Você não está para ser ajudado por ele. E não somente isso: você é capaz em certa medida de ajudá-lo”* (Buber apud Hycner, 1995, p. 64). Essa unilateralidade e a humildade que advém do reconhecimento, pelo cliente, dessa situação desequilibrada, podem ser essenciais para a ocorrência da cura genuína (idem).

Segundo Maia (1998), o cuidado como diálogo precisa ser visto como foco central da disciplina de enfermagem, permeando o cotidiano dos atos e/ou práticas de cuidar individuais/coletivas em diferentes contextos.

Para Jesus e Cunha (1998), parece oportuno sugerir aos professores de enfermagem a implementação de ações que visem diminuir as dificuldades dos alunos no relacionamento com os pacientes, tais como oferecer-lhes oportunidades para o desenvolvimento de habilidades de comunicação/diálogo antes que ingressem no ambiente hospitalar, assim como o incentivo à prática dos conceitos teóricos de diálogo, sob supervisão dos docentes durante as atividades de estágio curricular.

Polak (1997) propõe que a enfermeira e o paciente devam ser vistos na união do ser e da ação, no compartilhar da realidade concreta, nas práticas desenvolvidas no contexto hospitalar, nas unidades de saúde, nas fábricas, na comunidade ou nas salas de aula. É nesse fazer que a enfermeira/acadêmicos de enfermagem e paciente selecionam conteúdos, mostram-se e expressam a sua afetividade, compartilhando o cerne do conhecimento da enfermagem, mediado pela realidade social; e é aí que se inicia o diálogo entre

enfermeira/acadêmicos/cliente/família e instituição, em face do mundo-vida de cada um.

3 - INTRODUÇÃO À TEORIA DA PRÁTICA HUMANÍSTICA DE PATERSON & ZDERAD

A Teoria proposta por Paterson & Zderad é uma teoria da prática, baseada na filosofia do existencialismo; torna-se, portanto, uma perspectiva filosófica que se deriva do encontro existencial da enfermeira, no mundo do atendimento à saúde (Praeger & Hogarth apud Barbosa, 1995).

Os indivíduos, no existencialismo, enfrentam possibilidades de escolha, estas determinam a direção e o significado da vida de cada um. O existencialismo é uma abordagem filosófica para a compreensão da vida; foi uma reação às filosofias dominantes do positivismo e do determinismo (Praeger & Hogarth apud George 1993, p. 243).

O existencialismo se ocupa da dimensão do SER do homem; sendo o existir a dimensão primária, tudo se dá nessa existência e não no seu pensamento (racionalmente). O desvelar e compreender o SER enquanto existência no mundo é onde se encontra a terra do diálogo (Marinho, 2000).

Segundo Corey apud George (1993), há inúmeras proposições que podem ser inferidas do pensamento existencial e que possuem relevância para as profissões que propiciam auxílio. Corey diz que o existencialismo identifica os indivíduos como: a) tendo a capacidade de autopercepção; b) tendo liberdade e responsabilidade; c) lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo que em relação com outros; d) estando envolvidos numa

busca de sentido para a vida; e) tendo que vivenciar ansiedade ou medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e, finalmente; f) estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida; g) conseqüentemente, vivemos num mundo de inúmeras possibilidades, e a responsabilidade de fazer o máximo desta experiência encontra-se dentro de cada um de nós. Como uma filosofia, o existencialismo é particularmente aplicável à enfermagem, no âmbito da estrutura da saúde holística, devido à ênfase na autodeterminação, livre escolha e auto-responsabilidade.

A fenomenologia é entendida como o estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular, é comumente considerada como tendo influência significativa sobre o desenvolvimento do existencialismo, porque requer uma análise da situação humana a partir da experiência própria do indivíduo (Paterson & Zderad, 1979).

As raízes das experiências fenomenológicas, que são preocupação da enfermagem humanística, encontram-se no pensamento existencial. Quando combinado o humanismo, numa abordagem existencial-fenomenológica-humanista, se refere a uma reverência, à vida, que valoriza a necessidade de interação humana, para que se determine o significado que vem da maneira peculiar que o indivíduo tem de vivenciar o mundo. Em outras palavras, quando estamos, em última análise, sós, na escolha dos caminhos que a nossa experiência irá tomar, podemos encontrar significados no partilhar de nossas experiências com outros que também estão enfrentando as escolhas incertas do cotidiano (Paterson & Zderad, 1988).

As correntes fenomenológicas e existenciais se inter-relacionam na enfermagem humanística. Ao ter uma visão existencial da enfermagem como diálogo vivo, determinar-se-ão os fenômenos a conscientizar, assim como as experiências, os valores, estudos e descrições. Reciprocamente, quando um descobre e luta para descrever e desenvolver os fenômenos da enfermagem, o diálogo vivo da enfermeira se aperfeiçoar continuamente; implica aprender para chegar a ser consciente das percepções espontâneas, ou, em outras palavras, pôr-se em contato com as próprias sensações e sentimentos (Paterson &

Zderad, 1979).

É vista, também, a fenomenologia, como um modo de compreender a prática de enfermagem, ao considerar que, como a enfermagem ocorre no mundo real da prática, e como tal perspectiva envolve a consideração de intenções e significados, o método de pesquisa é escolhido para compreender a prática de enfermagem, ou seja, enfermeiras, acadêmicos, pacientes, nos cenários da prática cotidiana. A autora traça alguns paralelos entre a fenomenologia e a enfermagem, ao afirmar que ambas consideram que os fenômenos de interesse estão intimamente relacionados com as experiências subjetivas, e as pessoas são vistas como seres subjetivos, sendo as experiências objetivas e subjetivas significativas em termos do contexto em que se encontram, também estando preocupadas com a interpretação das experiências das pessoas na vida diária (Taylor apud Barbosa, 1995).

É defendida a fenomenologia, como uma das mais valiosas abordagens filosóficas de investigação na descoberta de significados e descrição da experiência, reforçando que o estudo da experiência vivida de enfermeira, acadêmicos, pacientes, aprofunda a compreensão do fenômeno da arte de enfermagem (Appleton apud Barbosa, 1995).

Com a fenomenologia, método que o existencialismo adotou, foi descoberto que a busca incessante é pela intuição da essência do fenômeno, seja, seu sentido e significado para o próprio indivíduo; se assim é, onde mais poderíamos pretender alcançar o intuito que não fosse no diálogo autêntico, onde o outro fosse visto e aceito por si mesmo e a busca não fosse ele mesmo como tal (Marinho, 2000).

Etimologicamente, diálogo significa conversação entre duas pessoas, troca, familiaridade. Duas ou mais pessoas que se disponham ao diálogo buscam tornar-se mais conhecidas uma da outra, mais próximas, cientes e sabedoras de algo particular do outro, enfim, conscientes daquele indivíduo que compartilha um universo composto de mundos particulares, peculiares e diferentes do seu, de suas experiências e vivências; é um procedimento que

vai buscar o tempo todo que o SER, o INDIVÍDUO, o HOMEM, se mostre como é com suas escolhas e conseqüentemente como verdade. Objetiva sua tomada de consciência, seus sentidos e significados próprios, suas emoções, pretensões (Marinho, 2000).

O diálogo refere-se ao fato de que nos tornamos, e somos, seres humanos, porque estamos em relação com outros seres humanos e temos a capacidade e o desejo de estabelecer relacionamentos significativos com os outros, ao mesmo tempo respeitando a singularidade do outro e a nossa. Isto, segundo Hycner (1995, p. 68), *“refere-se que todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa: transcendemos o senso de identidade que normalmente conhecemos é o ponto de contato além das nossas identidades individuais (...)*.

Para Buber (1977) todo o viver verdadeiro é encontro. O dialógico não é algo que ocorre *dentro* de uma pessoa, mas sim, uma experiência *“misteriosa”* que ocorre na esfera *“entre uma pessoa e outra – contanto que ambas estejam abertas para isso”*. *“(...) o dialógico é a disposição, após todos os esforços individuais, de submeter-se ao entre – de reconhecer que um encontro genuíno só pode ocorrer pela graça.”*. *“O TU encontra-me pela graça – não é encontrado pela busca”*. *“Algo acontece entre nós. Há um momento de encontro. Cada um de nós é tocado por algo além do nosso self, por essa outra pessoa. É simultaneamente um momento de união como de separação. Posteriormente nenhum de nós é exatamente o mesmo que era há um instante”*.

O homem vem a ser mais, devido a sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, desde a materialista até o espiritual, e que esta relação se dá nas formas **“EU-TU”**, relação ontológica, esteio para a existência dialógica; uma relação entre o sujeito e o outro sujeito; e o **“EU-ISSO”** instaura o vínculo, o lugar, o suporte da experimentação, do conhecimento, da utilização; é a relação entre o sujeito e as coisas; para ele, ambas são o reflexo das atitudes primárias que o ser humano pode assumir ao se relacionar com os outros e com o mundo em geral (Buber, 1977).

A relação **“EU-TU”** é uma atitude de genuíno interesse pela pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa; é uma união dos seres onde é reconhecida a singularidade de cada ser; é o esteio para a existência dialógica. Esta relação, que engloba o encontro, possibilita um encontro dialógico sempre novo; começa quando voltamos o nosso *“ser”* para o de nosso parceiro. Podemos apenas nos preparar para esta possibilidade do encontro **EU-TU**, é algo atual, não podemos forçar sua ocorrência. Buber distingue, para esta relação, quatro aspectos essenciais e indispensáveis que são: **a reciprocidade** (critério de maior valor; existência de uma dupla ação mútua, face a face, entre os parceiros; relação esta de grande valor existencial, é o encontro dialógico, a relação inter-humana); **a presença** (é o momento, o instante da reciprocidade; é o presentificar e ser presentificado); **a imediatez** (nenhum meio se interpõe na relação entre os parceiros, é imediata, direta; nenhum esquema conceitual ou idéia prevista, nenhuma imagem, nem fins, nem antecipações, não me relaciono com os outros através de tal função social); **a responsabilidade** (a verdadeira responsabilidade se encontra onde há possibilidade de resposta, se tornando a responsabilidade, o nome ético da reciprocidade, uma vez que a resposta autêntica se realiza em encontros inter-humanos). O momento **EU-TU** não pode ser mantido para sempre, temos que aprender a aceitar *“(...) o encanto de sua chegada e a nostalgia solene de sua partida (...)”* O evento de união de um ser com o outro ser, é denominado por Buber como a *“mediação”* (Buber apud Hycner, 1995, p. 24).

O **“EU-ISSO”**, para Buber (1977), é a capacidade que o homem tem de conhecer e estabelecer relações; é o homem refletindo sobre suas relações **“EU-TU”** anteriores. Ao refletir sobre estas relações ele as considera como *“objetos”* a serem conhecidos, como **“ISSO”**. A relação **“EU-ISSO”** é um aspecto necessário na vida humana, permite ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento científico; é utilizado, primariamente, como um meio para o fim. Para Buber, a grande melancolia de nosso destino é que cada **TU**, em nosso mundo, precisa tornar-se um **ISSO**.

A vida humana consiste de ambos os relacionamentos, **EU-TU** e **EU-**

ISSO, toda troca humana tem essas duas dimensões, muitas vezes simultaneamente. O diálogo genuíno, em última análise, somente pode emergir, se duas pessoas estiverem disponíveis para ir além da atitude **EU-ISSO**, e valorizarem, aceitarem e apreciarem verdadeiramente a alteridade da outra pessoa, isto significa estar disponível para conhecer e entrar na esfera do entre (**EU-NÓS**) (Buber apud Hycner, 1995).

O **“EU-NÓS”** é a relação que possibilita o fenômeno da comunidade e da contribuição singular do ser humano, é a esfera da qual todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa. É o ponto de contato, além das nossas identidades individuais. Segundo Buber (1977), o homem adquire identidade através de suas relações com a família, com os outros e com a comunidade, definida como duas ou mais pessoas (professor, acadêmicos, pacientes, família e outros profissionais da saúde) que atuam no cuidado de enfermagem. Nesta perspectiva, Buber fala do pensamento humano como um diálogo de **“TUS”** internalizados (idem).

As características do relacionamento inter-humano são explicadas por Hycner (1995, p. 21). A primeira é o relacionamento EU-TU que começa quando voltamos nosso “ser” para o de nosso parceiro, é o diálogo intuitivo, quando o ser humano se relaciona com os outros e com o mundo em geral. Podemos apenas nos preparar para a possibilidade do encontro EU-TU; não podemos “forçar” sua ocorrência. A relação EU-TU é uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa. O ser-mais, ocorre nesta relação EU-TU.

Para Buber (1977) é através da palavra que o homem se introduz na existência, não sendo o homem que conduz a palavra, mas sim a palavra que o mantém no ser. A palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem, é um ato do homem através do qual se faz homem e se situa no mundo com os outros.

É o encontro face a face, ou seja, no entre nós dois, que vai se dar o diálogo; podemos falar um com o outro estando um ao lado ou atrás do outro,

mas dialogar predispõe estar de frente, olho no olho, despojado, entregue, verdadeiro, autêntico, enfim genuíno; o importante é que olhem para aquele que se coloca na nossa frente para o diálogo, como uma existência original, que tem uma história para contar, que tem uma emoção para expressar, que tem um ser para revelar; com isso, Marinho (2000) quer enfatizar que é inconcebível a possibilidade de diálogo sem acreditar naquilo que o indivíduo tem de mais original, ele mesmo, sem estar sempre atento para o que o outro tem para me dizer com o objetivo de compreender o que ele me diz.

“(...) eu faço algo, tento algo, desejo algo e empenho todo meu pensar existente nesse fazer. Então, em um dado momento, defronto-me com um muro, com uma fronteira, com um limite que não posso ignorar. Isso também se aplica ao que me interessa mais do que qualquer coisa: o diálogo humano efetivo (...)” (Buber apud Hycner, 1995).

Segundo Hycner (1995), a dimensão do inter-humano manifesta-se no evento relacionai – o diálogo entre as pessoas. Para ele, o diálogo surge como uma forma ampla e global de compreender a existência humana, refere-se ao fato de que nos tornamos e somos seres humanos, porque estamos em relação com os outros seres humanos e temos a capacidade e o desejo de estabelecer relacionamentos significativos com os outros, respeitando ao mesmo tempo a singularidade do outro e a nossa. O relacionamento entre pessoas é o ponto central da nossa existência e não um aspecto secundário.

Desde 1960, Loretta T. Zderad e Josephine Paterson acreditavam que a enfermagem constituía-se em uma experiência existencial. Fortemente influenciadas pelas idéias de Husserl, Marcel, Buber e Nietzsche, apresentaram a teoria da *“prática humanística de enfermagem”*, desenvolvida através de experiências vividas pelas enfermeiras e enfermos na prática de enfermagem.

A teoria é resultante de anos de experiências em enfermagem clínica, na reflexão e exploração das experiências, tal como elas foram vividas, com clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais que prestam cuidados (Praeger & Hogarth apud Barbosa, 1990).

Em 1960, Paterson & Zderad iniciaram um diálogo entre elas e com um grupo de enfermeiras que finalizavam seus estudos ou que estavam prestando serviço aos hospitais, com a finalidade de refletir, explorar e questionar suas experiências na enfermagem e outras áreas. Nestes estudos, chegaram a valorizar e apreciar o significado que as situações de enfermagem têm para o ser humano, aumentando constantemente o sentido da responsabilidade na participação produtiva da enfermagem, com início na busca de uma nova metodologia para o modo de cuidar. Elas participaram de mais cinco grupos subsequentes, com o curso intitulado "*Enfermagem Humanística*", onde aprendiam, revisavam e esclareciam os conceitos. Numa época em que se expressava a preocupação da sobrevivência da enfermagem como profissão, a enfermeira humanística oferecia uma nota de otimismo (Paterson & Zderad, 1979).

Para Paterson & Zderad, as enfermeiras tinham o privilégio de estar com pessoas que experimentavam a diversidade de significados do ser humano, como homens e coisas, no tempo e no espaço de todas as idades, desde o nascimento até a morte. As enfermeiras não só tinham a oportunidade de experimentar e buscar juntamente com os pacientes o significado da vida, do sofrimento e da morte, como também o processo de poder humanizar-se e ajudar os outros a serem mais humanos.

Em 1967-1968, iniciaram um método para conceituar criativamente os construtos da enfermagem, e, na dissertação de doutorado de Paterson (1968), foi onde ela conceituou o método empregado, conceituação esta considerada por elas rudimentar e que foi evoluindo gradualmente (Paterson & Zderad, 1979).

A "*Enfermagem Humanística*" desenvolveu-se a partir de vários questionamentos sobre como as enfermeiras interagiam e como poderiam desenvolver seus conhecimentos para a ação de enfermagem, sendo descrita por Paterson & Zderad (1988, p.17), como um "tipo de prática de enfermagem e de sua fundamentação teórica". Criada cuidadosamente para designar uma obra teórica, que se propunha a reafirmar e iluminar esta responsabilidade

como inerente e fundamental a toda a enfermagem artístico-científica (Paterson & Zderad, 1979).

A partir de 1970, Paterson & Zderad dedicaram-se a aprofundar os escritos fenomenológicos e decidiram que o processo de estudo da enfermagem seria um método fenomenológico, e o início deste método se deu quando elas começaram a ler, pela primeira vez, literaturas existencialistas. O método surgiu da realidade da “coisa em si”, submetida a estudos, neste caso à prática da enfermagem clínica (Paterson & Zderad, 1988).

4 - MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual que adoto neste trabalho, entendo ser a própria teoria de Paterson & Zderad, com alguns suportes de Martin Buber e de minha experiência profissional junto aos acadêmicos e pacientes.

- O processo de enfermagem realizado foi o da Teoria Humanística de Paterson & Zaderad, aliando teoria, método e prática em todo o seu desenvolvimento. O meu modo de chamar e responder, de interagir com acadêmicos e pacientes, certamente se encontra implícito durante todo o processo de enfermagem realizado na minha prática assistencial na Clínica Médica.

4.1 – Pressupostos

- O ponto básico na humanização é o diálogo entre enfermeiro, acadêmicos de enfermagem e pacientes, baseado no respeito das individualidades de cada ser humano; no relacionar-se, no encontro, na presença, no chamado e na resposta.
- A humanização através do diálogo do enfermeiro e acadêmicos de enfermagem é um elemento fundamental para guiar todo cuidado prestado ao paciente, família, quer seja de forma verbal ou não verbal.
- É visando ao diálogo humano que os enfermeiros e acadêmicos, procuram se relacionar com o paciente, seus familiares, comunidade, equipe de saúde; é, também, através do diálogo que procuram desenvolver métodos

de trabalho em grupo, em equipe, que propiciem um melhor entendimento para si mesmo e para os outros (Manzolini, 1983).

- A vivência de uma assistência humanizada através do diálogo vivido nos leva a expressões e manifestações de afeto e carinho para com o paciente.
- A prática do cuidado prestado pelo enfermeiro e acadêmicos de enfermagem é um diálogo vivido diariamente com os seres humanos que necessitam de um diálogo interpessoal.
- Todos os atos de enfermagem influenciam na qualidade de vida e na morte das pessoas. A meta da enfermagem é um bem-estar e estar-melhor para enfermeiro, acadêmicos de enfermagem e pacientes, enquanto experienciam o processo de fazer escolhas responsáveis (Paterson & Zderad, 1979).
- A enfermagem é em si mesma, uma forma particular de diálogo humano, um diálogo vivo, isto é, uma relação intersubjetiva (Paterson & Zderad, 1988).
- Para viver enfermagem, não basta somente termos conhecimentos técnico-científicos, é preciso, também, um diálogo humano intersubjetivo com acadêmicos, equipe de enfermagem, paciente, seus familiares.

4.2 - Conceitos

A idéia central da enfermagem humanística, segundo Paterson & Zderad (1979), é o diálogo nos aspectos teóricos e práticos. Assim como o significado da enfermagem humanística se encontra no ato intersubjetivo existencial, no diálogo que vive a enfermeira e o paciente no mundo real, a teoria de enfermagem humanística se forma na interação dialogal das experiências articuladas compartilhadas pelas enfermeiras que abstraem e conceituam.

Tanto na teoria humanística como no uso comum, o termo "diálogo" implica comunicação, pois é entendida num sentido muito mais geral. Nesta

teoria, seu emprego não está restrito à ação de enviar e receber mensagens verbais e não verbais; se conceitua como comunicação em termos de chamados e respostas, portanto a enfermagem não é um encontro meramente fortuito, mas sim, um encontro em que há um chamado e uma resposta com fins determinados; é deste ponto de vista que se considera a enfermagem como um tipo especial de diálogo vivo (Paterson & Zderad, 1979).

Diálogo

O diálogo para Paterson & Zderad (1988) trata-se da enfermeira e do paciente relacionando-se de modo criativo, de uma forma particular de relação intersubjetiva. Envolvidos nesse diálogo estão o **encontrar-se, o relacionar-se, o estar presente, uma chamada e uma resposta.**

O Encontro é o reunir de seres humanos. Caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira/acadêmico de enfermagem e um paciente a ser atendido. A enfermeira, juntamente com os acadêmicos, experimentam cada encontro como algo próprio, como um indivíduo singular, como um ser aqui e agora, um corpo que responde às circunstâncias; neste encontro existe numa situação própria da enfermagem (o paciente); que pode ser esperado, planejado por um ou ambos e pode ser inesperado para um e para ambos, influenciando no diálogo (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermeira/acadêmicos de enfermagem/paciente, experimentam cada encontro, como algo próprio, como um indivíduo singular, que não tem uma data nem uma hora para acontecer, acontece e é neste momento que ocorre o abrir-se para o diálogo.

O relacionar-se refere-se ao processo da enfermeira/acadêmicos de enfermagem/paciente; somos capazes de relacionarmo-nos como sujeito com o objeto e, também, como sujeito com o sujeito, isso é o que distingue a situação humana, é que os seres humanos podem dialogar com a realidade, têm a capacidade para relacionarem-se interiormente, conhecerem-se a si mesmos e a seus mundos. Ambos os tipos de relações são fundamentais para

a existência humana genuína; é uma resposta humana a uma pessoa que necessita de ajuda, e o ato da enfermagem, é necessariamente, uma transação intersubjetiva. A outra forma de relacionar-se é o abrir-se aos seres humanos; a possibilidade de diálogo intersubjetivo existe, quando as pessoas se encontram entre si, como seres humanos. Já que ambos são sujeitos com capacidade para relacionarem-se interiormente, podem estar abertos, acessíveis, sinceros e conhecedores um do outro.

A presença é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco. No mundo da enfermagem, como nos mundos em geral, os encontros humanos podem ir desde o trivial até o extremamente significativo; em um dia de trabalho, a enfermeira pode experimentar muitos níveis de intersubjetividade com os acadêmicos de enfermagem e estes com o paciente; desde o nível primeiro, de ser considerada como uma função ou de ser tratada como um objeto, até o outro extremo de ser reconhecida como uma presença ou como um TU no diálogo genuíno. As atividades da enfermagem colocam a enfermeira, acadêmicos de enfermagem e pacientes em uma proximidade física estreita, pois isto é mesmo uma garantia estreita da intersubjetividade genuína, onde um homem se relaciona com a outra pessoa como uma "presença".

O chamado e a resposta é o caráter dialogal da enfermagem; são transacionais, seqüenciais e simultâneas, onde enfermeiras/acadêmicos e pacientes chamam e respondem um ao outro, isto se dá tanto verbalmente como não-verbalmente. É através dos atos de enfermagem que o diálogo é vivido. A enfermagem é um chamado e uma resposta que tem um propósito determinado, isto é, relacionar-se com alguma classe particular de ajuda no domínio da saúde da enfermagem; o paciente chama o acadêmico de enfermagem, o enfermeiro, com esperança de receber e ver satisfeitas suas necessidades de ajuda; a enfermeira responde ao paciente com a intenção de ajudá-lo, de atendê-lo – o chamado e a resposta, no diálogo da enfermagem, desenvolvem-se em ambas as direções, que são transacionais, tanto o paciente quanto a enfermagem chamam e respondem (Paterson & Zderad, 1979).

Neste sentido, segundo Oliveira (1998), a solicitação do paciente pode ser um chamamento por ajuda e, ao mesmo tempo, uma resposta à disponibilidade da enfermeira e acadêmico de enfermagem. Por outro lado, o modo como o acadêmico de enfermagem responde ao chamado do paciente é, por si mesmo, um chamamento por um tipo particular de resposta, um chamamento pela participação do diálogo vivido. É através dos atos da enfermeira com os acadêmicos e dos acadêmicos com o paciente que é vivido o cuidado humanizado como diálogo.

A interpretação dos chamados dos acadêmicos de enfermagem/pacientes, assim como as respostas, estão influenciados pela finalidade da prática da enfermagem e seus valores. A enfermagem é um chamado vivo a uma resposta reflexiva de cada forma de comunicação humana (Paterson & Zderad, 1988).

A relação dialógica enfermeira/acadêmicos de enfermagem/paciente tem características especiais, que não estão presentes em outros tipos de transações. A vulnerabilidade do acadêmico e do paciente é reconhecida; a sinceridade da enfermeira é uma sinceridade para uma pessoa com necessidade e sua disponibilidade é um modo de ajuda. A enfermeira está acessível ao acadêmico e ao paciente e esta acessibilidade é uma qualidade que caracteriza o diálogo da enfermagem humanística (Santos, 1998).

O diálogo da enfermeira se caracteriza pelo traço singular de ocorrer mediante os atos de enfermagem, se experimenta no fazer com os acadêmicos (as atividades de cuidado próprias da enfermagem), desde os atos mais simples e básicos, de alimentar o paciente até o ato mais drástico de reanimá-lo. O diálogo vivido é o ato em si, e tem um significado próprio para cada pessoa que pode diferir, como por exemplo, falar e escutar, alimentar e ser alimentado, banhar e ser banhado, onde, neste banho, pode ocorrer uma discussão sobre sua imagem corporal, seus temores, suas deformidades (Paterson & Zderad, 1988).

No diálogo da enfermagem, o paciente participa com toda sua variedade de relações inter-humanas. A forma como a enfermeira e o

acadêmico de enfermagem experimentam suas relações com a família e com outras pessoas que os cercam, com grupos de pacientes, está influenciada pela forma atual com que os pacientes estabelecem suas relações interpessoais. Esta forma atual reflete seu passado, por exemplo, hábitos de respostas aprendidos sobre sua doença, e seu futuro, seu interesse acerca das mudanças previstas em suas relações interpessoais devido aos efeitos da sua enfermidade. Em alguns casos, a conduta intersubjetiva do enfermeiro define o centro do diálogo como terreno das grandes necessidades do paciente para conseguir o seu bem-estar e estar-melhor (Paterson & Zderad, 1979).

O acadêmico de enfermagem é o ser que, juntamente com a enfermeira, acha-se comprometido com a promoção da saúde e recuperação do paciente. Busca, através da humanização como diálogo vivido, uma assistência onde ambos possam vivenciar e compartilhar com o paciente experiências, reconhecendo suas singularidades e construindo, mutuamente, o diálogo na intersubjetividade.

O paciente é aquele ser singular que tem uma grande necessidade da relação e do estabelecimento do diálogo. É um ser que tendo seu “bem-estar” afetado, vivencia a experiência da internação, do risco de poder perder sua própria vida. É através da relação consigo mesmo, com o acadêmico de enfermagem, com a enfermeira, que ele conseguirá o seu “bem-estar”, “estar-melhor”.

A autoconsciência, sensibilidade, auto aceitação e realização das potencialidades, nos permite compartilhar com os outros, de modo que eles possam entrar em relação conosco, para confrontar a realidade (Paterson & Zderad, 1979).

A psicoterapia dialógica, como a psicoterapia do inter-humano, é baseada na relação pessoa-pessoa – o inter-humano. A abordagem dialógica exige uma mudança radical de paradigma dos modelos psicológicos do *self* isolado ou da abordagem sistêmica para a esfera do “inter-humano”. A dimensão do inter-humano manifesta –se no evento relacional – o diálogo

entre pessoas. O diálogo surge, para o autor, como uma forma ampla e global de compreender a existência humana; e nos tornamos e somos seres humanos, porque estamos em relação com os outros seres humanos, temos a capacidade e o desejo de estabelecer relacionamentos significativos com o outro. É, para o autor, o relacionamento entre pessoas, o ponto central da nossa existência (Hycner, 1995).

Neste trabalho, o **diálogo vivido** é um partilhar de conhecimentos, experiências, vivências, onde a enfermeira/acadêmicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem/paciente, se relacionam de modo criativo, num tipo particular de encontro, onde tanto o enfermeiro/professor como o acadêmico de enfermagem tem uma meta ou expectativa em mente, a prestação de cuidados de enfermagem, se o paciente necessitar. Mas, segundo Paterson & Zderad (1979), é importante lembrar que cada encontro entre enfermeira/acadêmico, acadêmicos/paciente difere, pois cada participante, vai a este encontro como o indivíduo singular que é, com suas próprias expectativas e capacidades para dar e receber ajuda.

A relação dialógica mencionada por Buber (1974), quando ele diz que somos tocados por algo além de nós, este trabalho se dá através da relação do diálogo humano entre a enfermeira, acadêmicos e destes com os pacientes, é o EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS. Acredito que só colocando-nos como EU na relação do diálogo como cuidado humanizado poderá haver a possibilidade do encontro, do relacionar-se, do chamado e da resposta.

É o vir-a-ser, através do diálogo entre enfermeira e acadêmicos e após com o paciente, entre seres íntegros e diferenciados. Este diálogo, segundo Buber, é o desdobramento do inter-humano que se dá no face a face e na aceitação mútua, porém esta relação não acontece sem dificuldades, é preciso estar preparado para vivenciá-la.

A relação dialógica do enfermeiro e acadêmico de enfermagem é o "estar com o outro" é a antecipação do encontro, a singularidade da enfermeira, acadêmico e paciente. No diálogo, segundo Paterson & Zderad (1979), estão

envolvidos os seres humanos (enfermeira/acadêmicos; acadêmicos/pacientes) reunidos (ser e acontecer) em uma transação intersubjetiva (estar com e fazer com) com um propósito definido (alimentar o bem-estar e o estar-melhor) que se dá no tempo e no espaço (tal como o estimam e vivem enfermeira, acadêmicos e pacientes), isto é, o evento vivo, experimentado pelos participantes, no mundo da vida diária da enfermagem. As descrições da relação dialógica devem vir de nossas experiências próprias e reais da enfermagem, isto significa que devemos desenvolver hábitos de autoconsciência da experiência, da recordação e da reflexão. É por isto que devemos lutar com nossa própria linguagem, encontrando as palavras apropriadas em nosso vocabulário; orientados física e tecnologicamente, incluindo, quem sabe, novas terminologias, que nos permitam dialogar a essência e a qualidade da experiência da intersubjetividade (Paterson & Zderad, 1979).

A intersubjetividade só pode acontecer quando os participantes mantêm uma relação dialógica, envolvidos e receptivos ao encontro mostrando presença, tanto objetiva quanto subjetivamente, onde enfermeira/acadêmicos, acadêmicos/pacientes ao mesmo tempo que chamam, estão respondendo simultaneamente ao cuidado humanizado prestado, em outras palavras... *“o ato vivo e humano da enfermagem está confirmado por seu objetivo, o qual influi nas características e no processo do diálogo da enfermagem (...)”*

Ser Humano

O ser humano é um ser individual necessariamente relacionado com outros seres, no tempo e no espaço. Caracteriza-se como capaz, aberto a opções e à autopercepção, como valor e manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através das relações com os outros que o ser humano vem a ser. Isto, em contrapartida, permite que a individualidade única de cada ser se realize (Paterson & Zderad, 1979).

Distinguem-se os seres humanos de outros seres, pela capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior, pela capacidade de auto-reflexão. Interação através do corpo com o mundo dos seres humanos e coisas, afetam

e são afetados por ele. Através do mundo objetivo desenvolvem um mundo privado pessoal e único (Paterson & Zderad citados por Meleis, 1985).

Os seres humanos podem relacionar-se como sujeito e objeto (como conhecedor da coisa conhecida) e como sujeito a sujeito, isto é, como pessoa a pessoa. Ambos os tipos de relações são essenciais para a existência humana genuína; e o que distingue a situação humana é que os seres humanos têm a capacidade para as relações interiores, para conhecer-se a si mesmos e a seus mundos (Paterson & Zderad, 1979).

Buber (1977) observa que o homem vem a ser mais, devido a sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, desde a materialista até a espiritual, e que esta relação se dá nas formas "EU-TU", "EU-ISSO" e "EU-NÓS" (entre); para ele, ambas são o reflexo das atitudes primárias que o ser humano pode assumir ao se relacionar com os outros e com o mundo em geral.

O ser humano é considerado, por Paterson & Zderad, como um ser individual, que possui características especiais de relacionar-se através da relação EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS, no tempo e no espaço. Desta forma, como cada homem sente que possui obrigações para com os outros homens por seu nascimento, desenvolvimento, a interdependência é inerente à situação humana (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Neste trabalho, os seres humanos envolvidos foram a enfermeira/professora, os acadêmicos de enfermagem, os pacientes e seus familiares que são seres individuais, singulares, autênticos, com características próprias, desenvolvendo entre si uma estreita relação de cuidado humanizado como diálogo vivido, onde se influenciam constantemente e reciprocamente; são possuidores de um mundo interior, vivendo num mundo de pessoas e coisas. A relação entre a enfermeira e o acadêmico de enfermagem manifestou-se de maneira singular, na busca do vir-a-ser, do estar-melhor, estabelecendo-se um verdadeiro diálogo vivido, após, ambos, manifestaram-se da mesma forma com o paciente internado na clínica médica C.

O acadêmico de enfermagem vivenciou o cuidado humanizado, através do diálogo, com o enfermeiro, paciente, familiares e profissionais da saúde que participaram dele. A relação entre eles se manifestou de maneira singular, na busca do vir-a-ser, do estar-melhor, estabelecendo-se entre acadêmico, enfermeira e paciente, um “fazer” com o outro, pois ambos são seres humanos, seu “fazer com” significa “estar com” (Paterson & Zderad, 1979).

Enfermagem

A enfermagem, para Paterson & Zderad (1988), é uma experiência que se vive entre os seres humanos. Cada circunstância da enfermagem evoca e influencia reciprocamente as expressões e manifestações da capacidade dos seres humanos para a existência e sua condição para com ela; na enfermeira, isto implica na responsabilidade por sua própria condição de ser.

A enfermagem humanística, segundo Paterson & Zderad (1979), é mais que uma relação unilateral, sujeito-objeto, tecnicamente competente e caritativa, guiada por uma enfermeira em benefício do outro. A enfermagem é uma relação transacional, que ocorre entre enfermeiro/acadêmicos de enfermagem/pacientes.

A enfermagem humanística ou fenomenológica coloca-se como uma teoria da prática de enfermagem que é baseada na filosofia existencial, procurando o significado da enfermagem no ato existencial e valorizando a experiência como o meio de desenvolver nova teoria através da descrição fenomenológica da arte-ciência de enfermagem; é a enfermagem vista dentro de seu contexto humano (Kleimann, 1986 apud Barbosa, 1995).

A enfermagem humanística é diálogo em seus dois aspectos, o teórico e o prático. Assim como o significado da enfermagem humanística se encontra no ato intersubjetivo existencial, no diálogo que vive a enfermeira e o paciente no mundo real, a teoria da enfermagem humanística se forma na interação dialógica das experiências articuladas, compartilhadas pelas enfermeiras (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermagem é uma resposta humana decidida livremente e, portanto, não pode ser assinada e programada, é profissional e possui uma meta fixa. "O Cuidado ao ser Humano" se embasa em uma ciência-arte suscetível de ser explicada (Paterson & Zderad, 1988).

A enfermagem deve estar aberta às oportunidades onde o paciente pode exercer sua liberdade de decisão sobre os limites da prática prudente e segura, devendo constantemente valorizar as capacidades e necessidades do paciente, fomentando sua participação máxima em seu próprio programa de recuperação, alimentando o potencial humano do paciente para eleições responsáveis e apoiando o processo por ele experimentado (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermagem é uma transação intersubjetiva, na qual os participantes, a enfermeira, acadêmicos de enfermagem e paciente, participam necessariamente nos acontecimentos; neste sentido, são interdependentes. Entretanto ambos são sujeitos, isto quer dizer, cada um é dono de seus atos humanos e de respostas humanas para o outro; neste sentido, são independentes. O caráter transacional intersubjetivo da enfermagem não pode passar despercebido quando se vive o fenômeno, seja na situação da enfermeira, acadêmicos ou pacientes (Paterson & Zderad, 1988).

A "coisa em si" da enfermagem é o "ato de enfermagem", a relação transacional e intersubjetiva, a experiência do diálogo vivido entre pessoas, onde o conforto e o cuidado estimulam a revelação mútua. O termo transação é utilizado com o sentido de conhecimento e compreensão do indivíduo sobre a sua parte em uma interação bidirecional. O termo intersubjetivo refere-se ao que é compartilhado entre dois ou mais seres humanos (Paterson & Zderad, 1979).

Acha-se a enfermagem preocupada com o estar peculiar do ser humano e com sua luta na busca de vir-a-ser. A enfermagem focaliza o todo e olha além das categorizações das partes (Paterson & Zderad, 1979).

Para Paterson & Zderad, a enfermagem é uma resposta de cuidado, quando um ser humano (paciente) necessita de um certo tipo de ajuda e o outro (acadêmico de enfermagem) a proporciona, através da relação inter-humana intencionalmente voltada para o *bem-estar* e o *estar-melhor*. A enfermagem implica num encontro especial de seres humanos (enfermeira/acadêmicos; acadêmicos/pacientes). Este ocorre como resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. A enfermagem tem como meta zelar pelo *bem-estar* e pelo *estar-melhor* (Praeger & Hogarth, apud George, 1993).

A enfermagem implica num diálogo do “**estar com**” ou um “**estar aí**”, que é na realidade um tipo de fazer, e que implica a presença ativa da enfermagem, onde o “estar com” ou “estar aí” em seu sentido mais amplo, requer fixar a atenção no paciente, estar atento a uma abertura aqui e agora da situação compartilhada entre enfermeira e acadêmicos de enfermagem.

Cada enfermeira é uma forma de diálogo vivo entre os seres (acadêmicos e pacientes) e suas situações humanas, estabelecendo uma relação genuína com o paciente (EU -TU), suas capacidades reais para o cuidado, sua destreza no trabalho, fazem ressaltar as possibilidades do bem-estar e do estar-melhor, do conforto, do crescimento, da educação ao paciente, do mesmo modo que a capacidade e destreza do pintor ou do poeta em criar uma pintura, um poema (Paterson & Zderad, 1979).

Neste trabalho, a enfermeira, juntamente com os acadêmicos de enfermagem, acham-se comprometidos com a proteção, promoção e recuperação da saúde do paciente, no seu estado peculiar, no seu vir-a-ser. Buscam, através da humanização como diálogo vivido, um cuidado onde ambos possam vivenciar e compartilhar com o paciente, experiências, reconhecendo suas singularidades e construindo mutuamente o diálogo na intersubjetividade.

Paciente

O paciente é aquele ser singular que tem uma grande necessidade da relação e do estabelecimento do diálogo; é um ser que tendo seu "bem-estar" afetado, vivencia a experiência da internação, do risco de poder perder sua própria vida. É através da relação consigo mesmo, com os acadêmicos, com a enfermeira, que ele conseguirá o seu "bem-estar" ou "estar-melhor".

Saúde

É entendida, a saúde, como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e morte, descrita como mais que a ausência de doença. Os indivíduos possuem o potencial para o bem-estar, mas também para cada vez estarem melhores. A saúde é vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento. Quando nos relacionamos verdadeiramente com o outro, vivenciamos saúde. A saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta às experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional (Paterson & Zderad, 1979).

A saúde é um processo de encontrar sentido na vida, é vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento; nos tornamos mais (estar melhor) através das relações uns com os outros. O estar melhor refere-se ao indivíduo em contínuo processo para tornar-se mais, enquanto o bem-estar implica em estado de estabilidade. (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Para Paterson & Zderad (1979), a saúde é avaliada como necessária para a sobrevivência e com freqüência, se propõe como meta da enfermagem de "restabelecer", "sustentar e "promover" a saúde.

O estreito conceito de saúde, considerado como ausência de enfermidade, leva a enfermagem a não centrar-se unicamente no bem-estar de uma pessoa, senão no seu existir mais pleno, ajudando-a a ser o mais humana possível em um momento particular da vida do ser humano (Paterson &

Zderad, 1979).

Neste estudo, a enfermeira e os acadêmicos de enfermagem desenvolveram o processo de dialogar, de estar envolvido, da presença genuína com eles e com cada membro do grupo. Em todos os momentos procuraram o "estar-melhor", a relação autêntica, a certeza dentro de cada membro do grupo de que a presença valiosa é que produz mudanças na situação do cuidado de enfermagem, proporcionando após, com o paciente, o cuidado humanizado através do diálogo vivido.

As pessoas vivem realmente em dois mundos diferentes, o mundo interior, também descrito como realidade "influenciada ou oculta" e o mundo objetivo de pessoas e coisas, o ambiente externo. Sinceridade e aceitação do mundo interior do outro são essenciais para uma verdadeira interação entre as pessoas. A transação enfermeira/acadêmico de enfermagem/paciente ocorre dentro de um meio intra e interdisciplinar no complexo sistema do cuidado de saúde. As transações são sujeitas a influências de um pessoal que está constantemente mudando papéis e funções (Paterson e Zderad, 1988).

Ambiente

Um ambiente de enfermagem que se desenvolva num mundo real de objetos da vida cotidiana de todos os tipos de aparatos clínicos pode influenciar nas transações enfermeira-acadêmicos de enfermagem-pacientes, e para eles sua influência varia e pode ser experimentada de modo diferente, assim como as relações têm diferentes significados para eles, podendo, assim, servir para alentar ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem. Nesta relação, ambos participam e vivem seu tempo conforme seu sofrimento, sua solidão, separação, dor, espera, desenvolvendo o diálogo da enfermagem no tempo cronológico, pois tanto a enfermeira quanto o acadêmico de enfermagem e o paciente vivem do ponto de vista do seu próprio tempo interior. Os minutos, as horas cronológicas são vividas de modos diferentes por cada um, devido as suas diferentes formas de ser na situação compartilhada (Paterson & Zderad, 1979).

O ambiente físico pode servir para facilitar ou impedir o diálogo da enfermagem, portanto, quando uma pessoa se encontra em um ambiente novo, pode sentir a incomodidade de não pertencer a ele. Quando se trata de um ambiente desconhecido, isto é verdade tanto para a enfermeira como para o acadêmico de enfermagem e paciente, sendo o diálogo da enfermeira, portanto, estimulado pela consciência que a enfermeira tem no solo de sua própria experiência, o espaço e o tempo.

Neste estudo, o tempo, o espaço, os objetos, serviram para facilitar o verdadeiro diálogo intersubjetivo entre enfermeiro/acadêmicos/pacientes, que se caracterizou por uma sincronia, onde vivenciaram a harmonia, o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo, dirigido aos chamamentos e respostas. A enfermeira e os acadêmicos, cada um participou da situação de enfermagem, de acordo com seu modo de ser.

Segundo Paterson & Zderad (1979), uma metodologia de enfermagem verdadeiramente humanística tem que produzir frutos, ou seja, ser uma expressão real do conhecimento da enfermeira e uma valorização da enfermagem, como uma oportunidade para o desenvolvimento do ser humano.

Entendo o diálogo vivido de Paterson & Zderad como um processo educativo que se dá pelo relacionamento de modo criativo, que ocorre na prática diária da enfermagem e, deste modo, a enfermagem pode ser vista como um diálogo vivido.

Educação

Neste trabalho, educação, para mim, é um diálogo vivido entre enfermeira/acadêmicos de enfermagem, e entre os clientes. Dentro dos encontros entre a enfermagem, acadêmicos, pacientes, familiares, comunidade, vêm as respostas, as dúvidas, a mediação, isto é, um processo educativo de enfermagem.

A prática de enfermagem inclui educação e, portanto, o processo educativo pode ser visto como diálogo vivido entre enfermeira e educando, seja ele estudante ou usuário da saúde (Paterson & Zderad, 1979):

O ser humano está em constante processo de aprendizagem, ora como “aprendente” e ora como “ensinante”. Este processo é dinâmico, uma vez que as situações vividas é que possibilitam a concretização do mesmo. A enfermeira deve possuir sensibilidade para conduzir este processo ou deixar-se conduzir, a partir do reconhecimento do saber dos outros seres humanos (Santos, 1998).

Segundo Alves (1984) apud Oliveira (1998), no mundo em que habitamos o educador é pouco importante, pois o que interessa é um “crédito” cultural que o aluno adquire numa determinada disciplina, não interessando, para fins institucionais quem a ministra. A pessoa passa a ser definida pela sua produção, a identidade é engolida pela função. A pessoa praticamente desaparece, reduzindo-se a um ponto imaginário, em que várias funções são amarradas. Torna-se então necessário mudar este cenário. Para esta mudança, o vir-a-ser, o chamado e a resposta, o EU-TU, EU-ISSO, EU-NÓS é evocado em busca do educador, o ser que habita um mundo em que a interioridade faz uma diferença, em que as pessoas se definem por suas visões, paixões e esperanças, reflexões e o agir de seus sujeitos.

A teoria e a metodologia, na enfermagem, constituem uma mistura única; a teoria não pode existir sem a prática da enfermagem, que se deriva das situações de vida humana, uma vez que depende da experiência da enfermagem e da reflexão sobre essa experiência. Essa prática de enfermagem e sua metodologia é uma mistura única de arte e ciência, que exerce papéis decisivos na enfermagem humanista (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

O enfermeiro aqui é um ser que está em constante processo de aprendizagem, com o acadêmico, ora como “professor” e ora como “aluno”. É um processo dinâmico uma relação intersubjetiva, uma vez que as situações vividas é que possibilitarão o processo educativo dos mesmos.

Cada enfermeiro(a) tem potencialidades para pensar, refletir, aprender, reaprender, analisar, dialogar. Estas potencialidades podem estar latentes no

indivíduo. Ao serem despertadas, através do processo educativo, podem passar ao campo da construção de conhecimentos, de saber e da ação, transformando-se em atividades de desenvolvimento individual e social (Siqueira, 1998), tornando o acadêmico de enfermagem um ser capaz, aberto ao diálogo, a opções, com valor e como a manifestação única do seu passado, presente e futuro (Paterson & Zderad, 1979).

Tanto a enfermeira quanto o acadêmico de enfermagem têm a mesma meta, isto é, o bem-estar e o estar-melhor, mas ao mesmo tempo, possuem modos diferentes de ser na situação compartilhada. O propósito deles, segundo Paterson & Zderad, é o de nutrir e o de ser nutrido. A diferença em suas perspectivas ao dirigirem-se para o encontro se reflete na classe e no grau de abertura de um para com o outro.

As autoras referem que a metodologia para o estudo da enfermagem humanística se desenvolveu a partir de suas próprias práticas, como enfermeiras. A lógica do método e a do processo de enfermagem são uma e a mesma coisa. Não é o método de outra disciplina superposto à enfermagem. É um método que responde a pergunta: Como pode uma enfermeira, sendo um ser humano subjetivo-objetivo conhecer-se a si mesma e a outros, estabelecer comparações e sintetizar completamente estas intermediações conhecidas (Paterson & Zderad, 1979).

Neste trabalho a enfermeira/professora, juntamente com os acadêmicos, em todos os momentos do processo educativo, realizaram atividades para “estar com” ou “estar aí”, entre eles, e mais tarde com o paciente em situações diariamente compartilhadas. O partilhar de experiências enfermeira/acadêmico/paciente, requer sinceridade, disponibilidade, singularidade, autenticidade, potencial humano, e isto se dá no encontro (esperado ou planejado), na presença, no relacionamento, no chamado e na resposta, de que a enfermeira/acadêmico de enfermagem se valem (Paterson & Zderad, 1988).

5 - METODOLOGIA

Neste capítulo, apresento a metodologia do estudo em questão, o qual se caracteriza como uma prática educativa assistencial reflexiva, a partir de uma relação dialógica descrita por Paterson & Zderad, onde a relação EU – TU; EU-ISSO nos acompanhou em todos os momentos deste estudo.

5.1 - O contexto do estudo

Este estudo se desenvolveu na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das missões (URI), no Campus de Erechim, juntamente com o Hospital de Caridade da Cidade de Erechim, Rio Grande do Sul, conveniado com esta Universidade.

■ Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

URI – Campus De Erechim

A URI teve como ponto de partida para sua existência a criação de cursos de extensão pelas Universidades de Passo Fundo e Santa Maria, nas regiões que compõem o Alto Uruguai. A URI tem sua história marcada pela constante transformação e crescimento em nome de um fator essencial à sobrevivência de qualquer busca pelo conhecimento: a existência de uma demanda local que ansiava por um centro de ensino superior.

Nos anos setenta, a própria comunidade beneficiada pelos Cursos de Extensão anteriormente oferecidos, começou a colher os frutos de seu trabalho e a agir em parceria com o Estado; reciclando professores no que diz respeito a legislação educacional, então em vigor, a lei 5692/71. Do primeiro passo independente das extensões surgem as Fundações, entre elas a FAPES, mantenedoras de entidades de ensino superior.

Com um maior campo de atuação, aumentam também as responsabilidades, as reflexões sobre o trabalho realizado; melhora-se o corpo docente e com ele o nível de ensino das licenciaturas — carro chefe dos centros de ensino superior do Alto Uruguai — bem como dos outros cursos implantados para suprir a demanda local, tais como Engenharia de Operação – Habilitação em Engenharia de Operação Civil e em Engenharia de Operação Mecânica, entre outros. Aos poucos vai se estruturando uma Secretaria Geral que atendia aos aspectos mais formais do controle acadêmico.

O contato direto entre as fundações, as ações realizadas em conjunto, como a estruturação do Centro de Cultura Missioneira e a criação do Museu do Alto Uruguai, revelam não apenas a disposição para se atender a demanda acadêmica apresentada pela região, mas antes, é fator que revela uma realidade: o crescimento da atuação dessas instituições na Região do Alto Uruguai e o importante papel que estas vinham tendo no seu desenvolvimento, a partir dos trabalhos realizados com o olhar sobre a realidade local.

Vai se tecendo então a idéia da criação de uma instituição forte, fundamentada na história de união entre as fundações que gerenciavam os cursos superiores já instalados em Erechim, Santiago, Santo Ângelo e Frederico Westphalen. Parte-se então para a elaboração de um Regimento Unificado que, após aprovado, deu início a todo processo de criação de uma universidade multicampi, voltada sempre para o desenvolvimento do contexto econômico-geográfico cultural no qual estava inserida.

Trâmites legais aprovados, criou-se a URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, uma instituição que abriga em seu

conjunto de atividades o ensino, a pesquisa e a extensão, caracterizando-se por ser **comunitária**, pois tem sua origem marcada na resposta aos desejos, necessidades e expectativas da população local, a qual ainda indica os caminhos a serem seguidos pela comunidade acadêmica; **democrática**, pois não defende ou pertence a pessoas ou grupos que participam de sua gestão; **associativa e cooperativa**, pois ao realizar operações em parceria tem sempre em mente atender as necessidades locais e ao bem comum.

Ocupando uma área de 39.099 km² a URI abrange cerca de 17,8% do território do Rio Grande do Sul, trabalha direta ou indiretamente com cerca de 1.280.000 habitantes — 14% da população do Estado. Sua importância, portanto, fica evidenciada ao constataremos o número de pessoas que a instituição pode e consegue atingir com seus trabalhos, sejam eles de ensino, pesquisa ou extensão. Ainda vale ressaltar que em tempos atuais a URI coloca-se como um fator de extrema importância para tentar sanar um problema típico do Brasil: ativar o crescimento do setor agroindustrial — vocação nacional por natureza — ainda incipiente em terras locais.

A Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões é, portanto, uma Instituição de Ensino Superior, mantida pela Fundação Regional Integrada, constituída sob a forma *multicampi*. Cada campus é uma sede acadêmica com direção própria, constituindo uma administração descentralizada, atuando em quatro campus e duas extensões:

- Campus de Erechim
- Campus de Santo Ângelo
- Campus de Frederico Westphalen
- Campus de Santiago
- Extensão de Cerro Largo
- Extensão de São Luiz Gonzaga

■ Hospital de Caridade de Erechim

É um hospital de ensino, que atende várias especialidades; apresenta 110 leitos, um corpo clínico de 88 médicos, equipe de enfermagem formada por 20 atendentes, 55 auxiliares, 40 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiros, 1 nutricionista, 4 fisioterapeutas entre outros profissionais. A maioria dos clientes atendidos são de convênios.

Do Serviço de Enfermagem deste hospital, faz parte o cuidado direto ao paciente, um órgão integrante da divisão técnica, que está subordinada diretamente ao diretor administrativo. Chefiado por uma enfermeira, preferentemente com pós-graduação em administração hospitalar e ou com experiência mínima de cinco anos a nível profissionalizante, com autonomia profissional, é composto pela seguinte estrutura: Departamento de Enfermagem; Unidade de Enfermagem Ambulatorial; Unidade de Enfermagem em Internação Pediátrica; Clínica Médica, Cardiológica, mista, Cirúrgica, Obstétrica, Berçário, Centro Obstétrico; Unidade de Enfermagem na Recuperação Pós-Cirúrgica e em Tratamento Intensivo.

À Unidade de Internação Clínica cabe a responsabilidade do cuidado de enfermagem, e este será exercido por um profissional habilitado em enfermagem, subordinado à coordenadora de enfermagem.

A unidade de clínica médica está situada no segundo andar deste hospital, pode-se chegar até ela através do Pronto-Socorro ou da maternidade. Na sua entrada pela lateral direita temos uma sala de espera com três poltronas para pacientes, familiares e acompanhantes; ao lado temos a copa, posto de enfermagem, sala de expurgo e os quartos; na lateral esquerda encontram-se um posto para prescrição, aprazamento, uma rouparia, sala de lanches, enfermarias e quartos. No final do corredor, à esquerda, temos oito apartamentos e à direita a hemodiálise.

Nesta unidade são internados pacientes com patologias diversas, provenientes de Erechim, região do Alto Uruguai que é composta por 34

municípios; também, pacientes provenientes de outros Estados. Esta clínica possui 25 leitos, sendo duas enfermarias com quatro leitos, quatro quartos semi-privativos, 5 quartos privativos e oito apartamentos.

A unidade, em sua integralidade, é pintada em tons pastel; as portas rosa-escuro e os marcos das portas são rosa-claro. O posto de Enfermagem é revestido de azulejo branco, nele estão um armário branco com gavetas, onde são guardados os medicamentos dos pacientes, material para curativos, soluções e outros, uma pia, uma mesa para aprazamentos, um computador, um aparelho de som, algumas cadeiras. Todas as salas recebem iluminação natural, com amplas janelas; os quartos privativos e apartamentos possuem televisão fixa no alto da parede; e os apartamentos que dão de frente para a rua possuem uma sacada onde os paciente podem tomar sol e até sentar para tomar chimarrão, que é uma bebida tipicamente gaúcha, com suas famílias.

Quanto aos recursos humanos, a equipe do “cuidar em enfermagem” desta unidade compõe-se de: uma enfermeira, um auxiliar administrativo, duas auxiliares de serviços gerais, três atendentes de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem e três técnicas em enfermagem. Esta equipe está ligada a uma Coordenação Geral de Enfermagem, que é uma enfermeira, docente da Escola de Educação Básica da URI - Campus de Erechim, Pós-Graduada em Enfermagem Hospitalar.

A distribuição de horários de trabalho é de seis horas (matutino e vespertino) e doze horas (noturno). Permanece por turno na unidade, um enfermeiro, três técnicos ou auxiliares de enfermagem, atendendo em média 25 pacientes por dia.

Por tratar-se de um hospital privado, conveniado com a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI - Campus de Erechim, recebe alunos do curso de Enfermagem, Ciências Biológicas, Farmácia, Pedagogia e outros, tanto em nível médio, graduação, como pós-graduação, preocupando-se sempre para que estas atividades de ensino revertam no sentido de proporcionar um melhor cuidado ao paciente.

A escolha do local para o desenvolvimento da prática assistencial foi motivada pelo fato de nele desenvolver atividades de ensino e extensão, e existir um bom relacionamento com a equipe administrativa, de enfermagem e outros profissionais integrantes da equipe interdisciplinar. É importante ressaltar, neste trabalho, que durante todo o processo de elaboração, implementação, discussão e análise dos resultados, houve um compromisso com os aspectos éticos do estudo; aos mesmos, foi assegurada a liberdade de aceitação ou recusa na participação do projeto, bem como de desistência em qualquer fase do desenvolvimento do trabalho; outro sim, foi assegurado o anonimato dos participantes.

5.2 - A entrada no campo

O primeiro encontro se deu com uma conversa com o administrador do hospital, na qual falei sobre o estudo que gostaria de realizar naquela instituição, juntamente com os acadêmicos e pacientes, solicitando autorização para a sua efetivação. Este, com o maior empenho e boa vontade, permitiu a realização, inclusive incentivando-nos a posteriormente realizar o estudo em outras unidades.

Conversei, em seguida, com a enfermeira supervisora da clínica médica C, a quem apresentei o projeto assistencial, pedindo sua colaboração e obtendo, também, algumas informações sobre aquela unidade. A receptividade da equipe de enfermagem e multidisciplinar desta clínica foi muito boa, o que de imediato nos tornou possível a continuação das etapas do processo deste estudo.

5.3 - Os participantes

Os sujeitos participantes deste estudo foram os acadêmicos do quarto semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim e os pacientes internados no Hospital de Caridade, na Unidade de Clínica Médica C.

Para a seleção dos acadêmicos participantes deste estudo, os critérios incluíram serem matriculados no 4º semestre letivo do curso, realizarem a disciplina de Fundamentos de Enfermagem II e que aceitassem espontaneamente participar do estudo. A escolha deste semestre se deu em função de os alunos já terem cursado algumas disciplinas básicas e, principalmente, a disciplina de Fundamentos de Enfermagem I onde eles adquirem conhecimento técnico-científico do cuidar em enfermagem e uma visão de como o enfermeiro pode estar com o paciente de uma maneira humana.

Para este estudo, foram definidos dois grupos: um grupo de três e um de quatro acadêmicos, totalizando sete acadêmicos, cujas idades variaram de 20 a 26 anos. O estado civil destes alunos eram seis solteiras, sustentadas pelas famílias e uma casada. Somente uma aluna morava em Erechim e as demais eram procedentes de outras cidades da região do Alto Uruguai. Uma das acadêmicas possuía experiência na área de enfermagem, como auxiliar.

Após uma reunião com a Coordenadora do Curso de Enfermagem, onde estavam todos os supervisores de estágio, foi realizado o convite por mim, aos acadêmicos que eu supervisionaria, para no final da reunião participarem de um encontro, onde falaria sobre a minha proposta de trabalho, expondo também que, se alguém não quisesse participar, não haveria problema, tanto que um dos alunos não participou. Os demais aceitaram participar, inclusive se dispondo a vir em outros horários que não o de estágio para trabalharmos.

Para obtenção e registro dos dados, busquei estar com o grupo (enfermeira/acadêmicos de enfermagem/pacientes) na presença, no encontro, no relacionamento, no chamado e na resposta, utilizando um gravador, onde os participantes tiveram total liberdade de se expressar; em algumas situações, tais como quando apresentavam trabalhos escritos, ou encenações, eles anotavam em um diário de campo e após gravavam, sendo em seguida, transcritos na íntegra os dados, de todas as experiências vivenciadas pelo grupo no mundo do diálogo vivido, como cuidado humanizado e organizado para a análise dos resultados, onde foram separadas as falas de acordo com as fases do processo.

5.4 - O desenho do estudo

Este se caracteriza como uma pesquisa convergente-assistencial, método proposto por Trentini e Paim (1999). A principal característica deste método, segundo as autoras, é que mantém durante o processo uma estreita relação com a situação social com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na situação da prática.

Este estudo se identifica com este método, pois tem a finalidade de introduzir mudanças no ensino de modo a facilitar a articulação da teoria e a prática no campo de estágio; mudanças no cuidado de Enfermagem pela introdução de um aprendizado de cuidado humanístico aos futuros profissionais de enfermagem.

A pesquisa convergente-assistencial sustenta outros critérios tais como:

- O tema de pesquisa deverá emergir da necessidade da prática do contexto a ser pesquisado.
- As necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática, sejam eles profissionais ou usuários.
- Será desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos mesmos profissionais que desenvolvem atividades práticas naquele contexto.
- Inclui atividades de cunho coletivo.
- Inclui atividades de assistência/cuidado e/ou ensino-aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia como ato de assistir ou ensinar.
- Não se propõe a generalizações. Estabelece uma inter-retroação com a prática assistencial e/ou ensino.

■ Pesquisador/Moderador Principal

- Assume papel de provedor de assistência/cuidado e/ou ensino durante o processo de coleta de informações.
- Segue normas do rigor científico em relação à obtenção, registro e análise das informações, mas ao mesmo tempo deverá agir conforme as exigências da prática.
- Agrega os principais envolvidos (profissionais e/ou usuários) na prática para compor a equipe de pesquisa.
- Há representatividade dos dados, o que difere da representatividade do número de sujeitos (Trentini e Paim, 1999).

No meu entender, este estudo preenche os critérios acima descritos, porque:

a) o tema da pesquisa surgiu de minhas inquietações, frustrações e descontentamento com o modelo que vinha sendo reproduzido na prática, o que me impeliu a procurar uma nova abordagem para ensinar e cuidar;

b) o estudo foi desenvolvido no mesmo espaço físico e temporal das atividades de ensino da disciplina Fundamentos de Enfermagem;

c) incluiu atividades de cunho coletivo, pois foi conduzido com grupos de acadêmicos;

d) este estudo incluiu atividades de ensino, cuidado e pesquisa. O ensino se caracterizou pelas reflexões e diálogo do grupo sobre a teoria e sua implementação, o cuidado pelo diálogo vivido intragrupo e deste com os clientes e a pesquisa se configurou no registro, análise e discussão das informações obtidas durante a prática de ensino e do cuidado;

e) os resultados deste estudo não podem ser generalizados, porque não seguiram o rigor da generalização. Todavia, nada impede que a experiência possa ser transferida para outros cenários semelhantes (Trentini e Paim, 1999).

6 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A metodologia para vivenciar o processo de enfermagem foi baseada na teoria humanística de Paterson & Zderad, desenvolvendo-se juntamente com a enfermeira, os acadêmicos de enfermagem e, posteriormente, com os pacientes; vivenciado a todo o instante o diálogo vivido, possibilitando, com isso, a promoção do ser humano através da intersubjetividade, para compreender a experiência de vida e poder auxiliar o indivíduo a decidir sobre sua trajetória no mundo e com o mundo, para atingir o bem estar e o “mais ser”, ou seja, sua humanização (Barbosa, 1995).

O método responde a pergunta: Como pode uma enfermeira, sendo um ser humano subjetivo-objetivo, conhecer-se a si mesma e ao outro, estabelecer comparações e sintetizar completamente estas intermediações conhecidas (Paterson & Zderad, 1979).

A lógica do método e a do processo de enfermagem são uma e a mesma coisa; não é o método de outra disciplina superposto à enfermagem, mas sim, é um método que responde a pergunta: Como pode uma enfermeira, acadêmico de enfermagem, sendo um ser humano subjetivo-objetivo conhecer-se a si mesmo e a outros, estabelecer comparações e sintetizar completamente estas intermediações conhecidas (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermagem, sua prática e teoria, não seria completa sem uma metodologia onde enfermeira/acadêmicos de enfermagem compartilhassem

subjetiva–objetivamente, analítica e intuitivamente, pois do conhecimento subjetivo ou da experiência pessoal do fenômeno se requer uma análise rigorosa de toda a realidade vivenciada pelos participantes. Este estar no fenômeno (conhecimento subjetivo, intuitivo e vivencial) e observá-lo (análise objetiva) ao mesmo tempo causa uma síntese criativa, uma conceituação da descrição do fenômeno vivido dia a dia. Especificando mais, o método acarreta uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e uma descrição, mas estas etapas não ocorrem como se fossem passos distintos, no fluxo da experiência, algumas parecem, às vezes, ocorrer simultaneamente ou em oscilações (Oliveira, 1998).

O processo utilizado na prática assistencial foi o da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, que possui as seguintes fases, segundo Praeger & Hogarth apud George (1993): Preparação para a enfermeira que é o conhecedor para conhecer; a enfermeira conhecendo o outro pela intuição; conhecimento científico que a enfermeira tem do outro; a enfermeira que, de modo complementar, sintetiza os outros conhecidos; a seqüência, no interior da enfermeira, dos vários ao único paradoxal.

6.1 - Implementação das fases do processo

A primeira fase denominada - ***Preparação para a enfermeira que é o conhecedor para conhecer***, ocorreu praticamente durante todo o processo, envolveu a capacidade da enfermeira/acadêmicos de enfermagem de, subjetivamente, vivenciarem o outro. A vivência dos acontecimentos da vida, a luta interna e externa que “EU”, “NÓS” vivemos para clarear o meu/nosso modo de dialogar com os pacientes nos serviços de saúde, o ser e o fazer vivido. É a preparação da mente e do corpo para conhecer o campo da clínica, através da literatura, observando, analisando, refletindo sobre ela, comparando-a com o que se conhece na prática da enfermagem, enriquecendo a compreensão que os participantes têm das experiências humanas, como o amor, alegria, solidão, sofrimento, esquecimento e morte (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Envolveu de início a mim, como supervisora, tendo que estudar muito a teoria Humanística de Paterson & Zderad, seus conceitos, sua metodologia, como também, procurar entender melhor a filosofia do diálogo de Martin Buber sobre a relação Eu-Tu e Eu-Isso e a intersubjetividade, aspectos abordados na teoria de Paterson & Zderad. Este estudo me fez ver mais amplamente e com mais profundidade como se manifestam as relações intersubjetivas do ser humano com ele mesmo e com os outros seres no campo do cuidado de enfermagem humanizado, como diálogo vivido.

Não foi uma tarefa fácil, pois precisei ler, reler, reaprender, reeducar o encontro, o relacionar-se, o estar presente, o chamado, a resposta, enfim, o diálogo, quer seja verbal ou não verbal, dando ênfase para o ouvir, sentir, ver, tocar, interagir, ir ao encontro um do outro (relação EU-TU), relação intersubjetiva, buscando com isso um cuidar onde a articulação da teoria com a prática estivesse presente no dia-a-dia das atividades profissionais do enfermeiro.

Muitas vezes, senti vontade de “comandar”, “realizar”, “direcionar” as atividades, ao mesmo tempo que compartilhava com os acadêmicos os mesmo me auxiliavam, não prejudicando assim a relação intersubjetiva.

Os acadêmicos de enfermagem, também, passaram por este processo de leitura, de aprender, ler, reler a teoria, os seus conceitos, o diálogo, a interação, o processo educativo, a articulação da teoria com a prática através do diálogo vivido, o encontro a presença, o chamado e a resposta, tarefas estas que não foram muito árduas, mas à medida que o tempo passava, mais conhecimentos surgiam, e os acadêmicos, juntamente com a supervisora, mostravam-se abertos, receptivos, prontos e disponíveis aos novos conhecimentos.

Na literatura os autores compartilham seus pensamentos como homens e apresentam seus distintos modos em que os homens podem perceber e relacionar-se com seus mundos. Os acadêmicos, após lerem e relerem a teoria, os conceitos, os pressupostos, relerem, relacionaram-se, juntamente com a enfermeira, no mundo da enfermagem humanística, no diálogo como cuidar.

O encontro entre enfermeira/acadêmicos de enfermagem se deu nas reuniões próprias da situação de enfermagem, cada um chegando com sentimentos, motivados pela antecipação do evento, tais com medo, ansiedade, esperança, alegria, expectativa, impaciência, hostilidade, responsabilidade.

A enfermeira e o acadêmico de enfermagem são dois indivíduos singulares que se reúnem com um propósito, cada um vai ao encontro com tudo o que é, tudo o que não é em um momento, num determinado lugar. Cada um vai a ele como um ser humano singular que é; cada um é um ser específico em um corpo específico, por meio do qual influencia no outro e no mundo e através do qual é influenciado por eles. A enfermeira se vale de seus olhos, ouvidos, nariz, mãos, seu corpo e deste modo se reúne aqui e agora com o acadêmico de enfermagem, que se valeu de seu corpo, do mesmo modo, no aqui e no agora (Paterson & Zderad, 1979).

Nos encontros o grupo tinha a mesma meta, o bem-estar e o estar-melhor, com maneiras diferentes de ser, na situação compartilhada; o propósito dela, é o de nutrir e o deles é der ser nutrido; esta diferença na perspectiva do grupo que se dirige ao encontro, se reflete na classe e no grau de abertura de um para com o outro (Paterson & Zderad, 1988).

No relacionar-se ocorreu o abrir-se dos seres humanos envolvidos. A possibilidade de diálogo existe, quando queremos que duas pessoas (supervisor e acadêmico) se encontrem entre si como seres humanos; já que ambos são sujeitos com capacidades para relacionarem-se interiormente, podendo estar abertos, acessíveis e conhecedores um do outro, desde o interior de si mesmos. A relação intersubjetiva, também, é necessária para a relação humana, por isto é que uma pessoa desenvolve seu potencial humano, tornando-se um indivíduo singular, mediante sua relação com os outros homens (Paterson & Zderad, 1979).

No relacionamento, um está com o outro. É aqui que se estabelece a relação **EU-TU** descrita por Buber, onde enfermeira e acadêmicos, um vai em direção ao outro, numa presença autêntica. Ocorre também a relação **EU-NÓS**,

que é a relação estabelecida com os pacientes, familiares, comunidade, objeto. No relacionamento sujeito-objeto, é possível para a enfermeira obter algum conhecimento acerca das pessoas envolvidas, mediante a relação intersubjetiva, isto é, a relação sujeito-sujeito, portanto ambas as relações são essenciais para o processo da enfermagem clínica, ambos são elementos integrantes da enfermagem humanística.

O chamado e a resposta para ambos não são unicamente seqüenciais, como também simultâneos; a forma como a enfermeira responde ao chamado do acadêmico é, em si mesmo, um chamado a uma classe especial de resposta por parte dele, um chamado a sua participação no diálogo (Paterson & Zderad, 1979).

Nesta fase, a enfermeira inicia a preparação do conhecedor para conhecer, ou seja, o início da introdução dos temas pré-escolhidos pela supervisora/acadêmicos, de diferentes formas, tais como leituras, cartazes, apresentações de trabalhos, encenações, mímicas, facilitando assim, discussões e o emergir de vivências do grupo.

No total foram realizados doze encontros, com uma média de duração de uma a duas horas cada encontro, no horário dos estágios, dependendo da motivação e necessidade de cada acadêmico. Cinco encontros foram realizados entre a enfermeira e os acadêmicos na URI – Campus de Erechim e sete encontros entre enfermeiro/acadêmicos e pacientes, no Hospital de Caridade, envolvendo o cuidado de enfermagem, o encontro, o relacionamento, presença, chamado e resposta.

O grupo formado pelos acadêmicos de enfermagem e supervisora é, segundo Trentini (2000), um grupo de convivência à partir das necessidades comuns reveladas por várias pessoas, que se propõem a participar do grupo, que vêm com suas próprias expectativas, que, se configuram como metas individuais; as metas do grupo não consistem da soma das metas individuais; mas, ao contrário, são o produto da interação de todos os participantes, inclusive do organizador.

Nesta fase foram realizados encontros para leituras em conjunto da Teoria Humanística de Paterson & Zderad, que anteriormente havia sido entregue para os acadêmicos. Foram vistos os conceitos de diálogo, interação, vir-a-ser, encontro, presença, relacionamento, chamado e a resposta. Leitura e discussão de um texto sobre cuidado, um espaço de criação, de Nunes (1999) e após foi aberto um espaço para criação dos alunos sobre o diálogo no cuidar.

Os acadêmicos e a enfermeira iniciaram um estudo da teoria e sua implementação na prática, sobre um cuidado que os acadêmicos poderiam prestar ao paciente de forma diferente e que seria a “alimentação, o nutrir do paciente”, após expuseram com encenações, o que sentiam, pensavam e imaginavam em relação a este estudo. Muitas idéias começaram a surgir em suas cabeças, o interesse tornou-se maior, e a vivência do grupo estava fluindo; neste momento, pude perceber que entre supervisora e os acadêmicos começou a surgir a disponibilidade dos encontros, do relacionamento, do chamado e da resposta.

Trabalhamos as várias maneiras de nos comunicar, trazendo experiências e situações vivenciadas pelos acadêmicos com apresentações em grupo.

As atividades da enfermeira a colocam em uma proximidade física estreita com os acadêmicos, pois isto é em si mesmo a garantia da intersubjetividade genuína, onde a enfermeira se relaciona com os acadêmicos como uma “presença”, reciprocidade e não como um objeto, uma função ou um caso (Paterson & Zderad, 1979).

Os registros foram feitos em gravação, permitindo assim rever e analisar os acontecimentos de cada encontro.

A Segunda Fase denominada **a enfermeira conhecendo o outro pela intuição** (caracteriza-se por um “entrar” do cliente na situação humana, o encontro empático, o início da relação Eu-Tu, através da qual a enfermeira compreende a experiência do outro; é o fundir-se do “self” com o espírito

rítmico do outro, ver o mundo através dos olhos do outro) (Oliveira, 1988). Esta fase é possível pela dilatação da imaginação, permeada pela mobilidade e ritmo do outro (Leopardi, 1999).

Nesta fase foram realizadas técnicas para se conhecer e conhecer o estudo em questão. Foi realizada uma técnica sobre diálogo, em que os alunos deveriam ficar vinte minutos em silêncio, sem falar absolutamente nada, após estes vinte minutos, deveriam falar como se sentiram sem poder se comunicar verbalmente e quais os métodos que utilizaram para se comunicar. Após vinte minutos, os alunos descreveram o que sentiram ao ficarem calados: a insegurança, inquietude, ansiedade, medo de passar despercebido, curiosidade em relação à possibilidade de não ser entendido, colocando-se também, em todas estas situações no lugar do paciente e relatando o que o paciente poderia sentir.

Outra técnica utilizada foi “O que você faria se...” Foi entregue a cada participante do grupo um cuidado prestado ao paciente, onde o diálogo e o cuidado não estavam muito coerentes com aquilo que até aquele momento, se revelava sobre cuidado como diálogo vivido. Após a leitura do bilhete, cada acadêmico deveria refletir, analisar, compreender e dar significado àquela situação, através de uma dramatização. A construção foi muito valiosa, pois depoimentos, comportamentos, sentimentos exteriorizados, foram mostrados em cada dramatização, descobrindo novas abordagens para o vir-a-ser na intersubjetividade.

Outro momento importante foi quando, após a leitura do texto “cuidado: um espaço de criação”, os acadêmicos resolveram, depois de discutir acerca do texto, criar novas maneiras de cuidar em um banho de leito (com todos os ingredientes da técnica do banho e mais uma massagem de conforto); uma sondagem vesical (onde o paciente seria educado quanto à higiene, orientado quanto aos seus órgãos genitais e auxiliado para ser menos traumatizante); administração de medicações (diminuindo a dor); a realização de curativos (de que maneira poderíamos realizá-los encorajando a auto-estima, diminuindo a dor e orientando para a educação em saúde, quando o paciente saísse do

hospital).

Após os estágios, realizávamos algumas técnicas de relaxamento, para posterior discussão. Sentia que os acadêmicos voltavam algumas vezes ansiosos com o que havia acontecido, outras vezes, imensamente felizes, que não conseguiam conversar, e aí a técnica os deixava mais calmos, para continuarmos nosso trabalho.

O relacionamento, que é o processo em que a enfermeira *está com o outro, isto é, a relação sujeito-sujeito, sujeito-objeto, esteve sempre presente entre a enfermeira/supervisora e os acadêmicos*, as pessoas mostravam-se abertas, receptivas às relações humanas, ocorria uma vivência genuína entre os participantes (Paterson & Zderad, 1979).

A chamada e a resposta: a enfermeira, juntamente com os acadêmicos, chamam e respondem um ao outro tanto verbal quanto não-verbalmente. É o diálogo vivido, através dos atos, levando em consideração a situação em que ele se dá, o mundo real de outros seres humanos, uma estrutura de tempo e espaço (Paterson & Zderad, 1988).

A terceira fase denominada - **conhecimento científico que a enfermeira tem do outro** - Este é o momento da comparação, reflexão, análise, classificação, interpretação, categorização, da busca de temas nas relações e entre as partes. Nesta fase estabelece-se a relação **"EU-ISSO"** de Buber, na qual é permitido ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento. Inicia-se em tese, nesta fase, o compartilhar de conhecimentos a partir de temas que emergem da experiência vivenciada; num processo de diálogo e troca, a enfermeira ensina e aprende (Oliveira, 1988).

Esta etapa consistiu no acompanhamento da implementação da teoria na prática, isto é, o supervisor, juntamente com os acadêmicos, entram no campo hospitalar, clínica Médica C, onde os sujeitos do nosso trabalho serão os pacientes. Para a seleção destes pacientes, foram escolhidos os internados naquela unidade, sendo que os critérios para a escolha - os que aceitaram

participar do estudo.

Esta fase se deu com a entrada dos acadêmicos no hospital, na unidade de clínica médica; envolveu o encontro da enfermeira, acadêmicos de enfermagem e o paciente, a relação “Eu-Tu”, “ Eu-Nós” que anteriormente era somente entre o professor e os acadêmicos passou a ser também com o paciente; de início ambos estavam extremamente ansiosos para encontrar e presenciar o paciente.

Estar aberto à experiência do outro, o cuidar fluindo de acordo com o que eu quero realizar. O cuidado integral ao paciente pela primeira vez; o tocar, ouvir, olhar, o expressar a linguagem verbal, corporal, emocional, facial, pessoal, postural, é o chamamento, as respostas, é o “chegar junto”, sem rotulações, preconceitos, conhecimentos prévios, julgamentos, enfim, sem influenciar na percepção da situação do paciente. É o desenvolvimento da abordagem humanística do diálogo no processo de cuidar (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Assim como planejamos o nosso dia-a-dia de trabalho, as atividades que pretendemos desenvolver em um espaço de tempo, ou como pretendemos encaminhar a superação de dificuldades que podemos enfrentar, a prática de ensinar, de atuar como docente/acadêmico também requer um planejamento prévio (Lunardi e Borba, 1998).

Este planejamento prévio foi realizado pelo grupo durante todos os encontros e principalmente para este dia: os acadêmicos, juntamente com a enfermeira, chegaram à unidade pela manhã e foram conhecer os pacientes da unidade, dialogaram com os pacientes, observaram as rotinas daquela unidade, conheceram a equipe multiprofissional que atua com o paciente, enfim, observaram como é o dia-a-dia de uma unidade.

À medida que iam transcorrendo os estágios, já podíamos observar algumas mudanças nos acadêmicos e nos pacientes: no lidar, no conversar, na espera, as mudanças já estavam sendo visíveis. O paciente já não era mais um

“bonequinho” com que poderiam fazer tudo o que eles imaginavam para o seu bem-estar; o paciente, em determinadas situações, estava se queixando, reclamando, chamando, perguntando e até mesmo exigindo um bom cuidado; começaram a observar que realmente precisava existir a relação intersubjetiva, e que, dependendo da situação, o cuidado deveria ser modificado, não era uma regra fixa, não poderia ser o mesmo para todos os pacientes, iria depender da situação.

Os acadêmicos chegavam até o paciente e prestavam o cuidado integral, durante toda a manhã, isto é, um “simples diálogo” de manhã bem cedo, incentivando para que o paciente tivesse um bom-dia, que isto o ajudaria na sua saúde, que tomassem seu remédio, para que servia o remédio prescrito, no que iria ajudá-lo, ao mesmo tempo, orientavam de que maneira deveria ser tomado no hospital e em casa, por que sempre no horário recomendado, isto é, ao mesmo tempo que o aluno prestava o cuidado de enfermagem, realizava a educação em saúde. Numa passagem de sonda vesical, por exemplo, o aluno orientava sobre o que seria realizado, para quê, a importância de o paciente auxiliar na passagem da sonda, isto através de um cartaz, onde mostrávamos os órgãos genitais, onde iria a sonda, qual o cuidado que se deveria ter e ao mesmo tempo era dada orientação em relação à patologia do paciente, higiene e cuidados específicos no hospital e em casa, enfatizando a importância da auto-ajuda e da participação dos familiares. Após a alta, na medida do possível, marcávamos consultas nos postos de saúde e realizávamos visitas domiciliares onde orientávamos os cuidados mediante o que víamos no ambiente onde o paciente vivia. Presenciávamos, supervisora e acadêmicos os princípios de Paterson & Zderad: o “bem-estar”, o “estar-melhor”, o potencial humano, a transação intersubjetiva, o ser e o fazer, o compromisso autêntico com o paciente, a presença, o relacionamento, o encontro, e a cada instante o chamado e a resposta por parte dos pacientes. A riqueza inesgotável do universo das experiências vivenciadas pela enfermeira e acadêmicos pode ser explorada em qualquer direção, com liberdade, imaginação e criatividade, permitindo uma grande variedade de pontos de vista e de prestações de cuidados (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermeira e acadêmicos de enfermagem a cada dia se tornavam mais sensíveis à realidade da situação do cuidado de enfermagem ao paciente no seu sentido existencial, implicando isto numa confirmação da transação intersubjetiva com todas as capacidades humanas que incluem uma resposta à realidade experimentada (Paterson & Zderad, 1988).

A quarta fase denominada - **a enfermeira que, de modo complementar, sintetiza os outros conhecidos** - Nesta fase, a enfermeira examina os dados e as experiências do acadêmico de enfermagem, dos pacientes, à luz do conhecimento científico e subjetivo e, então, compara com as outras realidades conhecidas, contrasta as situações de enfermagem para se chegar a uma visão ampliada. Utiliza-se aqui, não apenas a experiência pessoal, mas também os fundamentos teóricos da educação e da prática (Oliveira, 1988). Pode reconhecer diferenças em realidades similares e semelhanças em realidades diferentes. É um processo que implica em representações mútuas e na iluminação de uma realidade por outra, de modo que se possa identificar um diagnóstico da situação (Leopardi, 1999).

Esta fase foi a reflexão sobre a prática em cima da teoria, que se deu todos os dias após os estágios, e em algumas situações na Universidade, onde conversávamos, dialogávamos, inter-relacionávamos as vivências de cada membro do grupo, no seu dia-a-dia.

Reuníamos-nos todas as manhãs, antes de irmos para a clínica e após os estágios, ou quando necessário, para realizarmos estudos, reflexões, avaliações, auto-avaliações sobre o cuidado humanizado como diálogo vivido, que estávamos prestando ao nosso paciente; qual a contribuição que prestávamos para o desenvolvimento de novos diálogos, se estávamos disponíveis no encontro, no relacionamento, no chamado e na resposta.

Trabalhávamos, de início, como os acadêmicos estavam se sentindo dentro do hospital, dentro da unidade, cuidando de um paciente pela primeira vez; neste momento eles expressavam suas alegrias, seus chamados, as respostas que receberam, ao mesmo tempo, externavam suas angústias,

sofrimentos. Trabalhamos com cada componente do grupo, auxiliando e tentando resolver cada uma de suas preocupações, como também estimulando-nos e nos elogiando quando conseguíamos o diálogo na intersubjetividade.

Conversávamos também sobre, como eles estavam enxergando o cuidar, agora, sem idealizações, rotulações, imaginações, bem “pé no chão”, vivenciando o cuidado. Como eles estavam se relacionando com o paciente, as melhoras, ou piores no cuidado, as dificuldades para a prestação de alguns cuidados, a importância da equipe multidisciplinar e de se trabalhar com ela, as dificuldades que em algumas situações tivemos que vivenciar a aplicação dos conceitos de Paterson & Zderad e o diálogo, como sentiam a disponibilidade na relação com os pacientes.

Foi nestes momentos que os acadêmicos de enfermagem e o supervisor, à luz do conhecimento científico e subjetivo, comparavam as realidades vividas, com as outras realidades conhecidas, contrastavam as situações de enfermagem para chegarmos a uma visão ampliada sobre o cuidado como diálogo vivido (Paterson & Zderad, 1988).

Nunca, em nenhum momento, conseguimos sair do estágio sem conversarmos, porque os acadêmicos e o supervisor sentiam a necessidade de discutir, conversar sobre a implementação da teoria na prática, de suas dúvidas, o que poderia ser melhorado, aperfeiçoado, implementado.

A quinta fase denominada - **a sequência, no interior da enfermeira, dos vários ao único paradoxal** (que compreende a fase de conclusão que é mais ampla que as classificações, refletindo a experiência do cliente, bem como a compreensão inicial da enfermeira sobre a situação, tendo esta conclusão um significado para ambos).

Tendo assimilado a experiência do outro como uma totalidade coerente, a enfermeira, acadêmicos de enfermagem e pacientes, afirmam suas compreensões pelas proposições de condutas terapêuticas que objetivam o

estar melhor desse outro, como uma presença significativa no processo. Tais condutas não serão sempre e, necessariamente, “fazeres” técnicos, mas, também, e concomitantemente, uma presença ativa na situação de Enfermagem (Leopardi, 1999).

Na verdade, todos os momentos em que nos encontrávamos; a reflexão e discussão em cima do envolvimento, da vivência dos acadêmicos com o paciente eram intensas, eles expressavam seus cuidados de enfermagem com o paciente a todo o instante.

No grupo, uma vez que as múltiplas realidades e verdades conhecidas são parte das enfermeiras, acadêmicos de enfermagem, a nova verdade é, realmente, uma expressão daquele que conhece, em termos abstratos ou conceituais, além dos dados individuais (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

O grupo formulou conceitos sobre cuidado, diálogo, humanização, a partir da observação, do raciocínio, informações, conhecimentos obtidos durante todo o trabalho realizado.

Após a síntese das idéias, dados, experiências, chega-se a conclusões que são mais amplas do que as classificações e que reflete a experiência do paciente, bem como a compreensão inicial da situação, de modo intuitivo, pela enfermeira e acadêmicos de enfermagem. A conclusão ou verdade é realmente, a formação de conceitos, tal como pretendiam Paterson & Zderad e não a formação de um diagnóstico ou problemas do paciente (Praeger & Hogarth apud George, 1993).

Segundo Oliveira (1998), cuidar, procurando compreender o cuidado, numa relação dialógica, onde os sujeitos envolvidos são participantes do processo, trás novas cores ao cenário conhecido, buscando romper os limites, para assim criar um novo cenário, que seja mais positivo e atraente, tanto para os pacientes quanto para os acadêmicos, como também para a equipe de saúde e professora.

É importante salientar que, em todas as fases do processo, respeitaram-se os aspectos éticos com as pessoas envolvidas, procedendo-se de maneira que todos se envolvessem com vontade e não por obrigação; foi colocado na apresentação do projeto que eles poderiam ou não aceitar, que se em qualquer situação quisessem desistir, poderiam fazê-lo, sem qualquer prejuízo para a disciplina. O anonimato no projeto seria garantido. Informei que gostaria de gravar as reuniões, os trabalhos, a interação com o paciente, o diálogo, se eles me autorizassem. Tudo foi realizado em conjunto com a aprovação prévia de todos os participantes.

7 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

A análise e discussão das informações diz respeito, segundo Paterson & Zderad (1979), à visão articulada da experiência de cada componente do grupo, que passa a ser expressa num todo coerente; é um processo de refinamento do que anteriormente foi captado de modo intuitivo pelos acadêmicos de enfermagem, e enfermeira, lutando com as realidades conhecidas e dando um salto intuitivo na direção da verdade, formando assim um novo construto hipotético. Os resultados serão apresentados, seguindo as fases do processo descrito na metodologia.

7.1 - Preparação para a enfermeira que é o conhecedor para conhecer

O grupo, nesta fase, procurou desenvolver o seu auto-conhecimento, que conforme Paterson & Zderad é uma prática básica para que a enfermeira e o acadêmico de enfermagem constituam a própria trajetória de cuidar o paciente.

É a reflexão interna de clarear as situações, quando abordar enfermeira/acadêmico de enfermagem/paciente; é lutar, verdadeiramente, para manter democraticamente abertos os olhos ao mundo do cuidar em enfermagem. É um processo contínuo onde o auto-conhecimento prepara a mente para conhecer o campo do cuidado clínico (Paterson & Zderad, 1979).

Como primeiro passo, o grupo, teve que ler, reler, refletir sobre a teoria da "prática humanista da enfermagem", de Paterson & Zderad, como também

conhecer seleções de obras literárias ligadas a autores existencialistas, tais como, Buber, Hycner, Heidegger, que auxiliassem e estimulassem os critérios do grupo nas apresentações, representações, descrições da natureza do homem. Os autores, segundo Paterson & Zderad (1988), compartilham seus pensamentos como seres humanos e apresentam os distintos modos em que o homem pode perceber e relacionar-se com seus mundos que, para nós, é o mundo do cuidar, como diálogo vivido no processo educativo de enfermagem, conforme descrição abaixo: *“Após ter lido a teoria, senti necessidade de entendê-la melhor e de como poderia se adaptar o cuidado como diálogo vivido, fora dos livros, na prática; a nossa profissão precisa disso, mas não fazer por fazer, por isso, quero aprender juntamente com o grupo, esta relação intersubjetiva que diz Paterson & Zderad, este chamado e resposta, a presença, o relacionamento e aplicá-los na prática (...)”*

Esta metodologia humana busca uma condição de ser no investigador, a enfermeira/acadêmicos de enfermagem precisam preparar suas mentes para conhecer o campo onde vão atuar. Um destes campos é ler obras literárias, dramáticas; analisá-las, refletir sobre elas e compará-las com o que já se conhece, neste caso a teoria e sua prática no cuidar como diálogo de enfermagem (Paterson & Zderad, 1979).

Conforme citação da acadêmica, podemos observar a ansiedade em entender a teoria e seus caminhos, como também, realizar o processo educativo, unindo a teoria com a prática; é preciso pensar, raciocinar, nada está pronto, tudo tem que ser refletido, analisado, para podermos prestar um cuidado onde o SER “(...) é aquele que vai receber os cuidados humanizados através do diálogo vivido”.

À medida que o grupo se encontrava, começávamos a sentir que precisávamos deixar de lado vários conceitos que tínhamos e mantínhamos nas nossas mentes, sobre o cuidar; e tentar transpor o mundo tecnicista das normas e rotinas. Russel, na sua frase metafórica, citada por Paterson & Zderad diz: *“(...) janelas sempre abertas para o mundo (...)”* descreve o estado da mente que se busca, como também diz: *“Através das próprias janelas um*

vê não somente alegria e beleza do mundo, como também sua dor, crueldade, feiúra; e tanto um como o outro valem a pena ver, e não devem examinar o inferno antes para ter o direito de falar do paraíso (...)” (1979, p. 119).

É preciso transpor este mundo e ver mais à frente, relacionando com o outro e sintetizando intuitivamente o conhecimento; clareando mais o modo de abordar os pacientes, para manter democraticamente abertas as “janelas ao mundo”.

- Quero aprender, juntamente com os meus colegas, a ter o primeiro contato com o paciente, através da transação intersubjetiva, de Paterson & Zderad, pois sei que este contato é muito importante, tanto para mim, quanto para o paciente.

Evidenciamos com este depoimento a necessidade da aplicação da teoria de Paterson & Zderad, para poder conhecer e entender melhor alguns dos elementos estruturais da enfermagem humanística, visualizando de forma prática o cuidar como diálogo, o “deixar ser-o-que-é”, isto é, segundo as autoras, uma interação comumente significativa, eficiente e capaz de deixar uma impressão duradoura, compartilhando com o grupo o estar existencial e o genuinamente presente.

A união da teoria com a prática é a experiência viva, uma supõe uma força inicial inata no ser humano que o move a chegar a conhecer sua visão de mundo e a de outros (Paterson & Zderad, 1979).

A transação intersubjetiva (estar com e fazer com) é um evento inter-humano onde a enfermeira e o acadêmico de enfermagem cada vez que compartilham, quer na teoria ou na prática, o ato de cuidar dos seres humanos, se relacionam em uma situação compartilhada (Paterson & Zderad, 1988).

- O bom, Josi, é que nesse espaço de tempo, a gente conseguiu ver o quanto é importante refletir em equipe, analisar os assuntos, sem nada pronto, nós estamos em grupo, enriquecendo o nosso conhecimento.

A intenção da busca do auto-conhecimento neste processo, constitui uma condição do enfermeiro e acadêmicos de enfermagem na percepção de

que o grupo se conheça e aceite a si mesmo, implicando reciprocamente o “aceitar” e compreender o outro (Barbosa, 1995).

Alguns fatores são produtos das vivências relacionadas ao contexto curricular; outros são decorrentes das situações de vida das pessoas envolvidas no processo educacional, sendo que todos esses fatores irão influenciar a situação de ensino-aprendizagem (Pereira, 1992).

- Foi incrível, mas muitas vezes senti necessidade de dizer para minha colega que ela estava errada nos seus pensamentos, que não era aquilo, que deveria mudar, mas aí, ao ouvi-la novamente, entendia que eu estava tentando modificar o pensamento dela e seus conhecimentos e não somar com os meus...

Esta situação foi para o grupo de grande importância, pois todos nós, muitas vezes impomos nossa maneira de ser, de querer ser, sem questionamentos, sem reflexões.

O ato de fazer, planejar, deve ser entendido como a orientação de um processo em busca de novos caminhos, novas soluções, encaminhamentos e possibilidades para alcançar as mudanças e transformações pretendidas (Lunardi e Borba, 1998).

O modo humano de SER e controlar livremente o ser supõe um auto-mandato responsável, que somente se dá no espírito do próprio ser disciplinado (Paterson & Zderad, 1979).

No nosso dia-a-dia, não apenas o aspecto profissional nos nutre de uma gama de informações e experiências sensíveis a fim de alcançarmos o cuidado como diálogo vivido, na prática cotidiana há o costume rotineiro do cumprimento de tarefas, rotinas, geralmente de forma isolada, sem interação entre os profissionais que o assistem, não levando em consideração o momento existencial do acadêmico de enfermagem e do paciente, ainda que saibamos o quanto isso influencia o cuidar (Barbosa, 1995).

Para o grupo, esta busca do autoconhecimento não foi uma tarefa muito fácil, pois tivemos que tentar nos despir de muitos conceitos que estavam em

nossas mentes, para depois experimentar a relação intersubjetiva, do encontro, do chamado e da resposta. Com certeza, o autoconhecimento não é uma busca somente para este trabalho, mas sim, para o resto de nossas vidas como profissionais de enfermagem.

7.2 - A enfermeira conhecendo o outro pela intuição

Esta fase envolve, o encontro, relacionamento, presença, um chamado e uma resposta. No encontro, tanto a enfermeira quanto os acadêmicos de enfermagem têm a capacidade de estar abertos ao diálogo, de modo que eles têm um certo controle sobre a qualidade de seus encontros, já que podem selecionar como e quando abrir-se ao diálogo. Sua abertura se vê influenciada por sua percepção do objetivo do encontro; suas percepções podem diferir com respeito à necessidade precisa do tipo de ajuda a dar (Paterson & Zderad, 1979).

Para oferecer uma presença genuína ao grupo, realizamos uma técnica em grupo onde devíamos ficar vinte minutos sem falar nada, e nos expressaríamos, nos encontraríamos da forma como desejávamos e como percebíamos a necessidade do encontro.

- Eu procurei me encontrar com o grupo, através das formas não-verbais, como, por exemplo, ao me aproximar da minha colega coloco a mão no seu ombro, fico perto mostrando, talvez, maior grau de intimidade, se eu ficar longe, talvez para ela queira dizer que estou mais distante, dialoguei com o olhar, com os gestos, com o toque, com o sorriso, com as expressões faciais, através da escrita, através dos movimentos dos lábios, através dos movimentos do corpo, da minha postura.

Neste encontro o grupo valeu-se de outras formas não verbais para poder compartilhar seus momentos de silêncio. Alguns tratavam de compartilhar com seus companheiros novas formas de diálogo, outros não, queriam ficar em silêncio, muitas vezes demonstrando que não eram presenças genuínas naquela situação de enfermagem, refletindo o grau de abertura de um para com o outro.

Os relacionamentos que emergiram no processo intuitivo ocorreram

com a participação da enfermeira x acadêmico de enfermagem, onde ambos puderam vir a ser mais através da relação Eu-Tu. Relação esta que, para Buber, é uma relação de genuíno interesse pela pessoa com a qual estamos interagindo verdadeiramente como pessoa, valorizando a sua alteridade, ou seja, o reconhecimento da singularidade, sem que fique esquecida a relação e a humanidade, sendo que a pessoa é um fim em si mesma e não um meio para atingir um fim (Hycner, 1995).

- Estávamos sentadas em cinco cadeiras; três eram brancas e duas pretas: Para mim, isso significa que as cadeiras são diferentes, cada pessoa tem um jeito de ser, de pensar e de agir, ninguém é igual ao outro, isto precisamos observar; cada paciente tem uma forma de ser, relacionar e nós temos que interpretar esta forma de ele ser para conseguirmos um chamado e uma resposta. Para mim, uma cadeira é só uma cadeira, mas para ele, o paciente, pode ter um significado diferente; aquela cadeira tem uma história, uma vida, um amor, um diálogo; então, por trás de um paciente pode existir uma história e é importante sabermos como devemos chegar até ele.

A acadêmica reflete e compara as diferentes cadeiras com os diferentes modos de ver o paciente, e isto, para Paterson & Zderad (1979), é refletir por um momento naquele encontro com a enfermeira e acadêmicos, experimentando pessoalmente e mais uma vez com clareza que o diálogo da enfermagem envolve o estar com e o fazer com o paciente. *“O homem se torna Eu na relação com o Tu. O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos da relação se condensam e se dissimulam e é nesta alternância que a consciência do Eu se esclarece e aumenta cada vez mais”* (Buber, 1997, p. 32).

A relação com o Tu acontece no mundo em que o homem vive, nele acontece a relação intersubjetiva, na qual o sujeito se defronta com o outro e nesse defrontar-se há uma realidade com que dois sujeitos convivem. O homem se torna Eu na relação com o Tu, e esta relação deve ser espontânea e autêntica (Sidekum apud Santos, 1998). Em alguns momentos, o encontro, o relacionamento, não podem ser conduzidos ou programados ou até mesmo forçados, devem ocorrer normalmente, sendo que tanto o Eu quanto o Tu, devem mostrar-se disponíveis, era preciso ocorrer um chamado e uma resposta e a acadêmica foi buscando com o diálogo intersubjetivo o seu

espaço no grupo.

A enfermagem humanística propõe as formas humanas de existência nas situações da enfermagem. Abaixo estão relacionadas algumas vivências do grupo.

- Para mim, estes 20 minutos em silêncio valeram a pena, porque eu, ao invés de dialogar verbalmente, precisei achar maneiras de me expressar, mas para isso, desenvolvi oportunidades e, principalmente, o tempo necessário para esta atividade...Então me coloquei no lugar do paciente que está acamado, que não consegue ou não quer conversar e não tem possibilidade para o diálogo não verbal...é muito triste, muito difícil.

- Dialogamos através de gestos, das expressões, mas uma coisa me chamou atenção: foram os movimentos, na hora que puxamos as cadeiras, fez barulho, todos os colegas observaram este barulho, que era incômodo para o momento; às vezes o silêncio até para os pacientes é a melhor forma de diálogo. Muitas vezes, estamos num quarto fazendo barulho e o paciente quer um momento de silêncio, um momento de conforto, que você chegue perto dele, toque-o, observe o que ele necessita, mas em silêncio, ele não quer conversar contigo, ele não quer barulho, ele quer ficar quietinho.

- Muitas vezes eu não consigo dialogar, não converso, não tiro dúvidas, fico para mim, fico comigo. Esta técnica valeu a pena, porque me coloquei no lugar do paciente que está acamado, que não quer conversar e a enfermeira chega, pergunta, tenta o diálogo ou até mesmo induz ele dialogue; mas o paciente não quer, tem necessidade de ficar em silêncio; é uma maneira, talvez, de ele guardar seus sentimentos, então o saber esperar, o saber dar a oportunidade para aquela pessoa no momento em que ela quiser expor para a equipe de saúde o que está sentindo, o que quer, o que vai pedir, é preciso ter respeito e se colocar no lugar do paciente para poder entendê-lo e ao mesmo tempo dialogar de várias formas para realizarmos uma relação intersubjetiva.

- O diálogo não está só na conversa, mas num simples olhar do paciente, do nosso colega, você vai saber já do que ele está precisando, se você souber observar, analisar, refletir, tocar, você com certeza vai perceber, não é só na conversa, não. A forma verbal talvez seja uma forma que nós mais utilizamos, até porque não estávamos conhecendo outras, mas existem todas sim, dependendo da nossa interação com o paciente, com o colega que está ao nosso lado.

Os acadêmicos estavam presenciando o encontro, a presença, o

relacionamento, o chamado e a resposta, observaram que se relacionaram de várias formas, se colocaram no lugar do colega, futuramente do paciente, esperando suas respostas. Existem experiências humanas comuns, óbvias, que se as pessoas considerarem, se questionarem, pode ocorrer uma aceleração na habilidade da enfermagem de presenciar os acontecimentos (Paterson & Zderad, 1988).

As fontes para enriquecer nossos conhecimentos sobre o ser humano e sobre a situação humana são todas as formas de expressão que se consideram meios para manifestar e descrever as realidades do modo da enfermeira, do acadêmico de enfermagem (Paterson & Zderad, 1979).

É preciso refletir, analisar e mostrar presença, abertura, receptividade, disponibilidade para a pessoa que necessita de nosso cuidado, que está no mundo da enfermagem, no mundo em geral. O estar aberto ou acessível se manifesta em nós mesmos como seres “presentes”. As ações visíveis não necessariamente significam presença, pois podemos revelar direta e inequivocamente em uma olhada, um contato, um timbre de voz; na reciprocidade, o outro também é visto como presença, e a acessibilidade implica não somente estar à disposição do outro, como também estar com a totalidade de si mesmo (Paterson & Zderad, 1988).

Enquanto compartilhávamos a experiência de estar juntos, realizamos uma técnica onde cada acadêmico, após ter lido o texto “cuidado: um espaço de criação”, resolveu criar maneiras de cuidar, conforme registro a seguir:

- O banho de leito tecnicamente eu faria da forma como aprendi, aliando a teoria com a prática, realizando conforme o ambiente, mas podemos colocar ingredientes a mais neste banho de leito; proceder com o banho de leito, e à medida que você vai prestando este cuidado, realizar uma massagem. Todo o nosso organismo possui pontos, que são pontos de relaxamento, os pés, por exemplo, nós temos todos os pontos localizados neles, o dedo maior do pé é responsável para a pessoa sentir-se relaxada mentalmente, então você vai massagear o dedão do pé, a metade do pé, no centro do pé, é o ponto dos rins e das supra-renais, você vai massagear para a pessoa se sentir relaxada; a região cervical você vai apalpando. À medida que vai realizando o banho, utilizar suas mãos e seus dedos, você vai fazer com que o paciente se sinta

melhor, todas as musculaturas das costas relaxam, isto quer dizer que aquele paciente que está muitos dias acamado, que está em uma posição desconfortável, vai experimentar um relaxamento na musculatura, com isso ele vai sentir menos dor, vai sentir - se com mais energia, pois no momento em que você está tocando nele, massageando os pontos dele, você estará passando toda a sua energia para ele, você está passando a sua melhor energia.

Os valores da ciência podem-se distinguir facilmente na enfermagem e influem no caráter de sua investigação, educação e prática (Paterson & Zderad, 1979). A acadêmica utilizou a arte da massagem para auxiliar no banho e os resultados foram inovadores, fez a diferença.

As artes se valorizam também por seu efeito liberalizador, pois estimulam a criatividade imaginativa e ampliam a perspectiva que podemos ter da situação humana, do cuidado humano, do homem em seu mundo (Paterson & Zderad, 1988).

É a diferença qualitativa entre as várias diferenças de presença, a que desafia a enfermagem. A presença parece ter uma qualidade diferente de intimidade; não se experimenta como menos intensa ou menos profunda na relação enfermeira x acadêmicos de enfermagem, acadêmicos de enfermagem x pacientes, como algo influenciado por um sentido de responsabilidade ou respeito pelo que vemos como vulnerabilidade do paciente. Somos conscientes no sentido que, quando consideramos “nutriente” ou “terapeuticamente apropriado” em um momento determinado, num determinado procedimento, tanto a enfermeira como o acadêmico de enfermagem encontram em suas presenças um fluir mediado por “um filtro de tacto terapêutico” (Paterson & Zderad, 1979).

A enfermeira e acadêmicos de enfermagem envolvidos no encontro vivenciaram o *estar com e fazer com*; as técnicas realizadas nos auxiliaram no *estar com e no fazer com*, onde um olhar, um toque, um sorriso, a delicadeza, a atenção, o estar junto através do diálogo nos garantiu um certo grau de intersubjetividade. É o *estar-com* aquela pessoa que no caso, são a enfermeira e os acadêmicos, estabelecendo um diálogo de quem nada sabe, partindo de

um mar revolto e chegando muitas vezes onde o outro determina, mesmo que ele escolha ficar em mar aberto e não deseje a segurança de porto algum (Marinho, 2000).

- Iniciamos este trabalho muitas vezes com medo, não conseguíamos explicar que medo era este, a gente simplesmente sentia medo, e quando você menos espera, você está aí, estudando, criando, cuidando um do outro, mais tarde dos pacientes, e aí você pensa: Gente! Será que estou ajudando, construindo algo com esta pessoa que está na minha frente? Nosso conhecimento é ainda muito pequeno, estamos crescendo todos os dias um pouco, estamos formando o nosso conhecimento. O papel da nossa supervisora foi importantíssimo; ela nos dizia " Lembrem sempre, eu posso, eu posso sempre fazer o melhor, pelo melhor, posso dar o melhor de mim, posso crescer, criar, ter uma reflexão crítica do que faço, do que vejo, posso tudo, quando eu tiver certeza do meu auto – conhecimento. Se não tiverem certeza, não tenham vergonha, perguntem e tirem suas dúvidas".

A educação necessita se voltar para a busca de um modo mais saudável de aprender, fortemente vinculado aos aspectos positivos do comportamento humano, assim como felicidade, prazer, satisfação e alegria. O processo educativo precisa estar voltado prioritariamente para o crescimento pessoal das pessoas (do enfermeiro/acadêmicos de enfermagem), voltado também para o relacionamento interpessoal, desenvolvendo nos alunos as potencialidades necessárias para o autoconhecimento (Reibnitz, 1998).

Em todos os momentos houve relação intersubjetiva (relação do Eu-Tu, Eu-Entre, Eu-Nós), interação entre enfermeira x grupo de acadêmicos e entre o próprio grupo; realizavam seus estudos, seus cuidados, sempre um auxiliando ao outro quer nos trabalhos, apresentações, e no próprio cuidado com o paciente.

Nesta fase, foi possível presenciar que a enfermeira x acadêmicos de enfermagem puderam experienciar a relação intersubjetiva, no modo de ser, no ato de fazer. O SER e o FAZER estão inter-relacionados tão intrinsecamente que é difícil falar de um sem falar do outro; a presença e o efeito da presença de alguém pode sentir-se mais vividamente quando o grupo se expressa ou realiza ensenações do cuidar, conforme segue:

- Nesta sondagem vou iniciar dialogando com o paciente, perguntando o que ele sabe sobre sondagem vesical, se ele já ouviu falar, se já foi sondado alguma vez, se ele possui uma idéia sobre o que é isso; explico tudo à medida que ele responde e conversa e a partir daí vou explicar tudo o que será feito. Através de um álbum seriado, com gravuras e explicações, vou mostrando as etapas da sondagem vesical, e também vou explicar o porquê desta sondagem vesical e no que ela vai ser útil, e ao mesmo tempo, utilizo este momento para realizar uma educação em saúde, para quando ele der alta. Após, pergunto ao paciente se ele tem alguma dúvida e quais as expectativas dele quanto ao procedimento, sempre observando e procurando entender a situação dele, sempre observando o seu o olhar, sua posição, se ele está calmo ou não, a partir daí vou iniciar o procedimento, pedindo a sua ajuda; sempre perguntando como ele está se sentindo, se ele está bem, observando o todo do meu paciente, aí eu começo o procedimento, realizo a sondagem vesical e, no final, pergunto como ele se sentiu e o que poderia ser melhorado.

- Tudo isso parece besteira, por isso você entra e faz sempre da mesma maneira, não consegue criar nada de diferente, faz tudo da mesma maneira e aí eu pergunto por que não colocar o que eu acho que é bom, há muitas coisas para serem feitas e nós ficamos nos limitando a copiar dos outros e vocês sabem que existem coisas muito melhores do que isso que eu estou fazendo. Se você não conhece, você não faz, você só vai saber se o diferente vai dar certo, vai funcionar, se você tentar fazer... é preciso mudar este fazer por fazer.

É fundamental para a formação crítica do aluno, que se desperte a criação, a curiosidade, sendo que esta precisa ser estimulada entre supervisor /acadêmicos, para que, como sujeitos de sua formação, ao lado de outros sujeitos que atuam com ele, possam gerar a produção/criação de novos conhecimentos. É preciso propiciar ao grupo, engajadas na sua formação, possibilidades de pensar criticamente sua prática; provocar a transformação da curiosidade epistemológica, promovendo a compreensão do que deveria ser praticado (Reibnitz, 1998).

Após a apresentação deste espaço de criação entre o grupo, propiciamos um diálogo sobre a viabilidade desta técnica na prática, e como utilizá-la, no dia-a-dia, lembrando que é preciso ter criatividade para ver possibilidades diferentes de cuidar o paciente, como também para que este, veja estas possibilidades na enfermeira/acadêmicos (por exemplo,

possibilidade de ajuda, de educação, saúde, prevenção, conforto, apoio) e a resposta para o que se está realizando será instantânea.

7.3 - Conhecimento científico que a enfermeira tem do outro

É uma etapa em que ocorre a vivência da relação dialógica, é o estabelecimento da relação "EU-ISSO", de Buber, onde é permitido à enfermeira e acadêmicos de enfermagem interpretar, categorizar e acrescentar os conhecimentos; é vivenciar o outro intuitivamente e absolutamente, conceituando depois as experiências e expressando-as segundo seu potencial humano (Paterson & Zderad, 1988).

Nesta fase a enfermeira e os acadêmicos de enfermagem vão compartilhar suas vivências juntamente com o paciente, na clínica médica, onde emerge diariamente o cuidado humanizado, o diálogo, a relação intersubjetiva e a necessidade de constante autoconhecimento, auto-avaliação.

Bergson apud Paterson & Zderad (1979), considera que o homem conhece de modo incompleto, quando permanece fora da coisa que pretende conhecer, quando, falando metaforicamente: "a rodeia e a observa".

De início, quando os acadêmicos entraram no hospital, começaram a observar como se davam as rotinas naquela unidade, como era o cuidar, o diálogo com os pacientes e como eles estavam vivenciando este cuidar.

- Entrei no quarto de uma senhora S.; acho que nunca mais vou esquecer o nome dela, ela estava no início um pouco retraída, eu também, estava com dificuldade de dialogar; senti que não podia ficar assim, porque não haveria diálogo, relacionamento entre nós; comecei a perguntar sobre sua família, fui perguntando por que ela estava aí, verifiquei sua pressão, sempre olhando nos seus olhos, pegando na sua mão, transmitindo-lhe confiança; ela continuava um pouco retraída, mas no momento em que eu perguntei de seus filhos, ela sorriu e nosso diálogo passou a ser mais tranquilo.

O fenômeno da enfermagem ocorre no modo das vivências reais, no ato de cuidar verbalmente ou não verbalmente ou através de outros atos, uma olhada silenciosa ou uma presença física pode estar implicando certo grau de

intersubjetividade que garanta o reconhecimento; não podemos nos angustiar, precisamos, sim, vivenciar aquele momento, tentando mostrar para aquele ser a importância daquele momento, daquele encontro (Paterson & Zderad, 1979).

A relação Eu-Tu descrita por Buber dá ênfase ao conhecimento da singularidade de cada ser, oferecendo presença autêntica ao outro e possibilitando a presença autêntica com o seu próprio Eu, mantendo a própria capacidade de questionar, fazendo com que não se restringisse à simples realização das técnicas, mas o importante é a relação Eu-Tu (Paterson & Zderad, 1988). A acadêmica preocupou-se com esta relação, foi uma relação sujeito-sujeito, onde um se envolveu com o outro, conscientes da singularidade do outro, oferecendo-lhe presença genuína.

A acadêmica, neste primeiro encontro com o paciente, presenciou a presença, o relacionamento, a relação intersubjetiva, o diálogo genuíno, e segundo Pereira (1992), ao identificarmos, através da reflexão, o cotidiano, é importante que consideremos o contexto no qual as atividades humanas se processam; as pessoas agem conforme suas crenças, seus valores, seu contexto cultural e histórico, os quais podem ser considerados produtos sociais, bem como decorrentes das experiências pessoais de cada um.

Neste caso, o diálogo, o relacionamento, emergiu quando a acadêmica perguntou dos filhos, suas crenças, seus valores, seu contexto familiar, fluindo a presença com mais facilidade.

Vimos a importância da família na relação acadêmicos x pacientes, no momento em que foi falado com a paciente sobre seus filhos; então o diálogo, o relacionamento ocorreu com mais facilidade. Para ser uma força qualificada, o acadêmico de enfermagem deve abrir seu ser às infinitas possibilidades inovadoras e às alternativas não ensaiadas que estão ao seu alcance para prestar um cuidado humanizado com diálogo vivido (Paterson & Zderad, 1979)

Segundo Oliveira (1998), num processo dialógico de troca, a enfermeira x acadêmicos de enfermagem e pacientes ensinam e aprendem; este

compartilhar é vivenciado sempre que necessário na relação individual ou grupal, conforme situações abaixo;

- Entrei no quarto de manhã bem cedo e a paciente não me olhou e só perguntou: "Quando eu vou para casa, quero cuidar das minhas galinhas..."; gente, que coisa mais linda, descobri que eu sou, sempre fui apaixonada pelas pessoas, mas naquele momento eu fiquei mais apaixonada também pelo cuidar.

Segundo Paterson & Zderad (1988), o ser humano interage através do corpo com o mundo dos seres humanos e coisas; afeta o mundo e é afetado pelo mundo; conforme relato acima, a paciente não pensava em outra coisa, senão no ir para casa, no seu mundo, no seu espaço; poder voltar a sua vida normal, ter atividades normais, entre elas, cuidar de suas galinhas. Buber (1977) descreve que a vida do ser humano não se limita somente às atividades que têm algo por objeto. O homem percebe alguma coisa, experimenta alguma coisa, representa alguma coisa, quer alguma coisa, sente alguma coisa e pensa alguma coisa.

A relação Eu-Tu, Eu-Isso, é obtida e ambas são essenciais para a existência humana genuína; a capacidade para relacionar-se com o outro como objeto é fundamental para o avanço da humanidade, é uma forma de Ser Humano (Paterson & Zderad, 1979).

- Fomos realizar hoje de manhã um banho de leito com nossa supervisora. Chegamos no quarto da paciente, ela mostrava-se deprimida, chorosa, toda encolhida num canto da cama; não tomava líquidos, não se alimentava; no final do banho de leito, juntamente com uma massagem de conforto e com orientação durante todo o banho; ela sentou-se na cama, começou a balbuciar algumas palavras, com dificuldade; tomou suco conosco e pedia repetidamente; sentar, sentar, sentar, mostrando a cadeira de balanço.

À medida que as acadêmicas realizavam o banho eu explicava, segurando sempre a mão da paciente, (processo educativo), que aquele banho era para melhorar, que iria lhe dar mais conforto, que era para ela nos auxiliar no banho, levantar as pernas, os braços e ela tentava nos auxiliar, inclusive em alguns momentos ela tentava virar-se e levantar os membros sozinha. Foi

muito importante para o grupo, pois tudo o que havíamos estudado sobre o cuidado como diálogo, sobre o relacionamento, o chamado e a resposta estava aí, acontecendo, era incrível, estávamos vivenciando o que a acadêmica havia idealizado no seu “espaço de criação”, nos encontros iniciais do grupo.

A paciente, na sua maneira, vivenciou o cuidado de enfermagem prestado pela enfermeira e acadêmicas, demonstrando isso através da sua recuperação, contribuindo de forma positiva nas vivências do grupo; paciente e familiares presenciaram todo o cuidado prestado à paciente e sua forma de nos mostrar o quanto isto havia-lhe ajudado para sua recuperação.

Segundo Demo, citado por Reibnitz (1998), o estímulo e a criatividade auxiliam ao acadêmico de enfermagem (futuro profissional) a contestar, a ousar, a tentar, a questionar e até a ter a coragem de inovar; esta coragem de inovar, por sua vez, levará o acadêmico à crítica da realidade e a buscar concomitantemente, propostas dinâmicas de mudanças, para o enfrentamento de novos e constantes desafios. O profissional que questiona, que contra-argumenta, que busca o saber-fazer, tem maiores chances de transformar.

Os cuidados de enfermagem que, aos nossos olhos, parecem muitas vezes como rotineiros, como um banho de leito, mas que são indispensáveis para o *bem-estar* e o *estar-melhor* dos pacientes que vivenciam o processo do cuidar através do diálogo, são momentos que proporcionam a aproximação do grupo com o paciente, família, entre o grupo e o estabelecimento da relação Eu-Tu, Eu-Nós, Eu-Issos, mas para que isso ocorra, devemos estar abertos e disponíveis para o evento intersubjetivo (Santos, 1998).

As situações vivenciadas possibilitam a concretização dos cuidados realizados, todavia tanto a enfermeira quanto o acadêmico devem ter *sensibilidade* para conduzir este processo e permitir que o paciente escolha se quer ou não ser cuidado, reconhecendo a sua singularidade (Santos, 1998). Abaixo estão algumas colocações vivenciadas pelos acadêmicos, onde a relação Eu-Tu; Eu-Nós foi muito importante.

- Fomos dar um banho no paciente, hoje pela manhã e ele disse que não queria, pois

tinha medo de cair, explicamos que não o deixaríamos cair e iríamos auxiliá-lo, explicamos também porque era importante o banho para ele, naquele momento e que benefícios lhe traria. Antes ele quis tomar café e precisou ser auxiliado, pois não tinha força nas mãos, após eu e minha colega o levamos para o banho de chuveiro, foi um pouco difícil, ele era pesado, mas deu certo; levamos alguns tropeços, mas deu certo; no final ele sentiu-se melhor e já não tinha mais medo de cair, ele confiava em nós, pedia após que voltássemos no outro dia para novamente lhe dar o banho.

- Ficamos com o paciente enquanto ele permaneceu no hospital, era incrível, se compararmos como ele chegou e como ele saiu, podemos dizer que o ser-mais, o vir-a-ser, o chamado e a resposta, a presença, ocorreram em todos os momentos de nossa relação; o paciente, de revoltado - tornou-se mais forte, sentia medo de cair - já estava caminhando, não conseguia tomar café sozinho - tomava café e fazia os exercícios com as mãos (que nós o orientávamos), e num determinado momento ele começou a nos ensinar como deveríamos realizar os exercícios, foi o máximo, ele estava sentindo novamente o prazer da vida, do relacionamento, da amizade.

- Hoje o meu paciente, do qual há quatro dias estou cuidando, está conseguindo se alimentar sozinho, não está mais debilitado, está mais alegre, mais feliz, estou interagindo cada dia mais com ele, ele confia em mim, o nosso relacionamento através do diálogo está cada dia melhor, ontem ele estava meio distante, hoje ele está mais próximo, está mais seguro, parece que eu sou uma pessoa da sua família; só que fiquei triste, pois ele vai dar alta. Uma técnica de enfermagem disse: "Você teve sorte, porque ele deu alta", eu não vejo assim, eu queria que ele ficasse mais um pouco, para ficar mais forte e não ter que voltar mais tarde novamente para o hospital ... não faz mal, vou fazer visita domiciliar no "Lar" onde ele vive.

- Pena que conseguimos conversar somente duas vezes com o familiar, eles não vinham visitá-lo, não se interessavam por ele. Tentávamos orientar quanto aos cuidados de que ele precisava, e que acima de tudo necessitava de amor, atenção, proteção, pelo menos no final de sua vida, mas achamos que pouca coisa conseguimos. Como pode um ser humano ser jogado pelos familiares, sem ter a mínima atenção que merece... muitas vezes, não dá para entender os seres humanos.

Na sua existência, como ser humano, este paciente, estava presenciando a relação Eu-Isso em todos os momentos; onde ser tratado como "Ser Objeto" para ele, já era rotineiro, mas quando ele presenciou a relação Eu-Tu, por parte da enfermeira e acadêmicos de enfermagem, a resposta ao chamado foi a maior demonstração de que os valores subjacentes a nossa prática dão significado aos

chamados e às respostas (Paterson & Zderad, 1979).

A relação Eu-Isso, proposta por Paterson & Zderad, possui diferentes dimensões, ou seja, sujeito-objeto, na qual é possível obter-se algum conhecimento do sujeito (coleta de dados do prontuário, ou através de informantes), quando existe o relacionamento do ser humano com os objetos (materiais e equipamentos) e no relacionamento onde as pessoas são tratadas como objetos, ou apenas como uma mera função (Santos, 1998).

- Fui convidada pelos familiares, após ter cuidado a paciente neste projeto assistencial, para ir a casa da paciente prestar atendimento domiciliar; antes de ir, procurei no prontuário maiores informações sobre a paciente, conversei com familiares, para poder prestar este atendimento. Chegando lá, eu não estava de uniforme, somente de avental branco e ela disse: "eu não conheço você"; aí eu disse, conhece sim, lembra do hospital, cuidei da senhora, aquela que lhe deu um banho com massagens ela respondeu: "Ah tá, mas você é muito bonita".

Nesta descrição, a relação Eu-Isso como sujeito-objeto é obtida através do conhecimento do sujeito, onde foram procuradas através do prontuário do paciente, informações importantes para realizar o processo de enfermagem e principalmente a prescrição de enfermagem a domicílio.

Os termos Eu-Tu e Eu-Isso indicam a natureza recíproca de nossa orientação relacional; eles criam o contexto para a atitude com a qual os outros se aproximam de nós. A vida humana consiste de ambos os relacionamentos, Eu-Tu e Eu-Isso, toda troca humana tem essas duas dimensões, muitas vezes simultaneamente (Hycner, 1995).

Muitas vezes, segundo Marinho (2000), para podermos compreender o SER em suas dimensões e possibilidades, buscando aproximar o indivíduo e o seu projeto de ser daquilo que ele realmente é no mundo, compreendê-lo onde ele existe e se expressa, onde ele escolhe o que quer ou não quer ser, é preciso usar a relação Eu-Isso.

A acadêmica, para poder vivenciar o cuidar, precisou procurar instrumentos que a auxiliassem na sua relação intersubjetiva no domicílio da

paciente, onde aliou a teoria e a prática no processo educativo.

- Estava prestando cuidado a um paciente, quando ouvi: "Você pegou o 117?"; Por que não falar o nome? Por que não ser tratado pelo nome?... Parece um coitado, já está sendo jogado pelas palavras, pelo tratamento da enfermagem, é um objeto, um número.

A relação Eu-Isso pode ocorrer quando a outra pessoa é essencialmente um "objeto" para nós – utilizado primariamente como meio para um fim. Existem muitos mal-entendidos relacionados com a atitude Eu-Isso; ela é um aspecto *necessário* na vida humana. Não é a existência da atitude Eu-Isso que está "errada", mas sim a predominância esmagadora com que se manifesta na moderna sociedade tecnocrática (Hycner, 1995).

Para Buber, o EU é relacionai, assim, não se pode falar em EU, sem mundo, sem ISSO ou sem o TU. O EU se decide por uma ou por outra atitude, uma vez que é um fenômeno da relação homem-mundo. O TU se oferece ao encontro e o EU decide encontrá-lo. Se o outro for um objeto, o TU não é senão um ISSO, uma soma de qualidades, útil a um propósito realizável (Von Zuber apud Santos, 1998).

Esta relação foi vivenciada pelos acadêmicos em poucas situações, mas, mesmo assim, fez com que refletissem sobre a necessidade do diálogo com a equipe de enfermagem, o entrosamento do enfermeiro x acadêmicos x equipe x paciente. Buber (1977) diz: *"(...) se transformo o outro em uma 'coisa ou isso' a quem posso interpretar e impor minha versão para seu drama pessoal, então, não estarei dialogando, só falando de alguém para si mesmo – ao invés de dialogar com alguém sobre si mesmo (...)"*.

Em todos os momentos os acadêmicos de enfermagem envolveram-se no "estar com" e "fazer com", mesmo que muitas vezes a supervisora não estivesse presente para comentar estes resultados, pois não podia estar em todos os lugares ao mesmo tempo; mas após os trabalhos nos reuníamos para discussões entre o grupo, e aí podiam-se observar a vivência, a expressão do grupo no cuidar como diálogo. Segundo Santos (1998), o *estar com* implica

numa presença ativa da enfermeira, porém não se faz necessária a presença física, mas uma atenção voltada para o cuidado aos acadêmicos x paciente.

É humanamente impossível a enfermeira estar integralmente presente com todos os pacientes, mas a presença genuína é que dá o significado à enfermagem (Paterson & Zderad, 1998); devido a algumas situações e, também, para vivenciar o processo educativo é que nos finais dos estágios nos encontrávamos para discutir sobre o que havia ocorrido durante a manhã.

7.4 - A enfermeira que, de modo complementar, sintetiza os outros conhecidos

Ocorre a comparação e a síntese, o Eu do investigador assume a posição do objeto de conhecimento. Quem conhece, permite o diálogo entre as múltiplas realidades conhecidas, realidades estas que não se conhecem diretamente entre si. O que conhece interpreta, seleciona e classifica.

Todas as manhãs, após os estágio, íamos para o anfiteatro do Hospital de Caridade e examinávamos os dados, as experiências dos acadêmicos de enfermagem, dos pacientes, à luz do conhecimento científico. Lembrando que as etapas não ocorreram cada uma em uma fase, elas entrecruzaram-se, ocorreram simultaneamente ou ainda uma etapa iniciou antes do término da que a precedia. As fases ocorreram dependendo das necessidades de cuidados percebidas ou expressas pelos acadêmicos e pacientes.

Vivíamos nestes encontros a curiosidade, o interesse, o significado do ato de cuidar, de dialogar, de como se vive o evento da enfermagem, como se experimenta e como respondem a ele os participantes (Paterson & Zderad, 1988). Todos os acadêmicos quando retornavam do estágio, vinham com questões para discorrer, como também queriam saber se o que estava acontecendo com eles acontecia, também, com os outros. Refletíamos, buscando identificar aspectos novos no cuidar como diálogo vivido, onde pudéssemos atender o paciente com todo o respeito, zelo, dedicação que ele merecia.

O objeto humano de conhecimento, as diferenças descobertas nas realidades semelhantes não rivalizam, uma não nega a outra; cada uma pode ser verdadeira e estar presente “simultaneamente” (Paterson & Zderad, 1979).

- Eu me senti bem, feliz, hoje de manhã no estágio, porque estou aqui dentro, acho um clima bom, quando você se identifica, tudo se torna mais fácil, eu aqui me identifico, me senti bem, segura, em estar chegando no quarto, conversando com uma senhora chamada R., me apresentando, explicando por que estava aí, perguntando como ela estava se sentindo, o que ela tinha, verificando sua pressão, sempre olhando nos olhos, acariciando sua mão e tentando passar-lhe uma energia positiva, aquela com que eu estava. Perguntei quando ela iria dar alta, daí ela deu um sorriso, ficou feliz, e disse que iria embora na manhã seguinte. Fiquei um pouco preocupada quanto às medicações, percebi que não podia haver erros, tem que ir com calma, com cuidado, com observação, porque qualquer erro que você possa cometer, qualquer descuido, pode se prejudicar ou ser fatal para o paciente, e o nosso objetivo, aqui é, ao contrário, ajudar, é fazer com que ele melhore logo e que vá para casa.

- Eu me senti muito bem, desde que entrei no quarto e comecei a conversar com a D. A. Verifiquei sua pressão e a primeira coisa que ela me disse foi, “filha eu vou dar alta hoje”, apertei sua mão com carinho e disse queria sair, e ela mais do que depressa, perguntou se eu iria vê-la novamente, antes de ela dar alta, me senti importante, feliz, houve de imediato a relação intersubjetiva.

- Iniciei a manhã não muito feliz, estava insegura, intranquã, nervosa, com medo até de entrar no hospital, só que assim que eu entrei e fui para o quarto da paciente S., tudo mudou, ela estava assistindo ao Ratinho e aí iniciei meu diálogo sobre ele, nós conversamos, ela estava rindo, e aí eu ia saindo, ela me perguntou: “Você vai voltar a me cuidar né, estou te esperando...” Saí, no posto, anotei os sinais vitais e senti que foi muito importante este contato com o paciente, foi ótimo, eu acho que naquele momento eu vi assim, que desde criança eu sempre fui apaixonada pelas pessoas, e agora que eu entrei na enfermagem estou mais apaixonada, você tem que saber dialogar com o paciente, precisa haver tudo aquilo que nós estudamos; o encontro, a presença, o relacionamento, o chamado e a resposta.

O grupo após o estágio, mostrava-se disponível e interessado para a discussão do dia; todos compartilhavam suas experiências, trocavam informações, orientações e participavam de cada acontecimento, auxiliando um ao outro.

O diálogo genuíno somente pode emergir quando duas ou mais pessoas se disponham a ele, buscando tornar-se mais conhecidas umas das outras, mais próximas, cientes. Enfim, conscientes daquele indivíduo que compartilha um universo composto de mundos particulares, peculiares e diferentes do seu em suas experiências e vivências (Marinho, 2000). Isso requer a transcendência da nossa individualidade, significa estar disponível para conhecer e entrar na esfera do “entre” que, segundo Buber (1974), refere-se à esfera da qual todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa.

- Acho que para haver o chamado e a resposta de que tanto falamos, precisa haver mais comunicação, analisar o todo, receber o paciente apenas como um braço, está errado; quando estou puncionando uma veia eu preciso ver o paciente como um todo e não só a veia.

- Percebi, acho que porque eram os primeiros dias, quando eu ia realizar uma técnica, eu só enxergava a técnica e esquecia do paciente, não conversava, não olhava, era só a técnica.

- É isso que nós também queremos mudar, a técnica pela técnica, precisamos nos relacionar melhor, para que o paciente não perceba as inseguranças do dia-a-dia da enfermagem, ou então conversar e mostrar que somos humanos e que também temos inseguranças.

- O diálogo com o paciente foi muito bom; “agora vamos lavar isso, a senhora nos auxilia?”; “como está se sentindo...”; só que antes, fazíamos uma injeção, um curativo e olhávamos só ali, sem conseguir olhar para o paciente.

Os acadêmicos imaginavam entrar e já prestar o cuidado ao paciente, tudo parecia fácil, mas não foi isto que aconteceu, lidar com seres humanos não é lidar com objetos, não é teoria, é prática, é aliar o processo da teoria com a prática (processo educativo), é a inter-relação dos cuidados, é a relação Eu-Tu, Eu-Isso, Eu-Nós, deixando de lado o cuidar voltado somente para as técnicas.

O sujeito alerta (que no caso seria a enfermeira e os acadêmicos de enfermagem) a um aspecto presente e em uma só realidade pode questionar a

outra realidade baseado neste aspecto. Este aspecto pode estar presente em ambas as realidades, ainda que com maior evidência, mais em uma que na outra, ou pode estar completamente ausente em uma (Paterson & Zderad, 1979).

Os aspectos foram vivenciados no geral pelo grupo, todos eles sentiram felicidade em poder *estar com* o paciente, apesar da dificuldade em dialogar, em seguir as normas e rotinas da unidade, da equipe de enfermagem, da enfermeira da unidade.

- Se eu fosse enfermeira, iria tentar trazer a equipe de enfermagem para mim, para que nos tornássemos realmente uma equipe, começássemos a modificar algumas regras, procedimentos de enfermagem. Nada mais é tão rígido, devemos nos adaptar ao ambiente, ao paciente, à família; é preciso observar mais o paciente, prestar mais atenção no seu olhar, no seu jeito, no que ele quer dizer, pedir, perguntar.

- O enfermeiro tem que cativar a equipe, mas para isso, tem que mostrar conhecimento, levar seu funcionário a praticar seus conhecimentos; tem que dar o exemplo, porque o enfermeiro é o líder da equipe e é para nós futuros enfermeiros, para sermos líderes, temos que dar exemplo: "Vamos lá minha R., vamos realizar este procedimento juntas, vamos fazer juntas, vamos comigo, aí, aliando a teoria com a prática e ensino como deve ser realizado, assim fica melhor.

- O enfermeiro deve ser ousado, não deve ter medo de ousar, de ir, de fazer, de falar, de lutar, porque ele consegue, se ele tiver força de vontade e conhecimento técnico-científico.

Antes de o enfermeiro modificar uma equipe, ele precisa ver como ELE está no contexto, reavaliar seus procedimentos (dou atenção aos meus pacientes, funcionários, conheço as normas e rotinas da unidade, tento adaptar as necessidades do funcionário, do paciente, com o contexto social da unidade, participo de alguma passagem de plantão...) se auto-avaliar e ser avaliado, é preciso criar novas situações.

O grupo, após estar mais integrado no ambiente, começa a observar a enfermagem e o que poderia fazer para auxiliar no seu dia-a-dia e até modificar algumas posições do enfermeiro.

Segundo Watson apud Oliveira (1988), os enfermeiros que reconhecem e usam sua sensibilidade promovem autodesenvolvimento, auto-realização e são capazes de encorajar o mesmo crescimento em outro; a única maneira para desenvolver sensibilidade para o eu de alguém e do outro é reconhecer e sentir seus próprios sentimentos. Os acadêmicos, à medida que desenvolviam seus conhecimentos e vivenciavam o cuidar, estavam desenvolvendo, também, o seu autoconhecimento, auto-realização e sensibilidade através dos seus próprios sentimentos.

O conhecimento é feito para ser refletido, pensado, discutido e, se possível, incorporado na vida, para se ter elementos de reflexão ou de sabedoria (Santos, 1998).

- Cuidar é dialogar com o paciente sobre todas as coisas, o que sente, o que não sente, o que quer expressar o que não quer expressar, é o olhar, o toque, o diálogo, é o face a face, o olho a olho, é a sensibilidade de poder enxergar ou sentir tudo isso.

- Cuidar, para mim, tem um significado muito amplo; é poder ajudar quem não está bem fisicamente, psicologicamente, espiritualmente; este ajudar se dá de várias formas e vai depender de cada caso, de cada pessoa, pois cada um vai precisar de um cuidar diferente, dependendo de seu caso; portanto, o cuidar vai depender fundamentalmente do encontro que você tiver com a pessoa, da presença que você vai deixar, do relacionamento que vai manter e do chamado e a resposta que vai surgir entre ambos.

- Cuidar é poder olhar para o paciente e poder ter a sensibilidade de observar o que ele necessita, é passar a energia que nós temos para o paciente.

- Para mim, o cuidar passou a ser bem mais amplo, mais complexo, maior do que eu pensava que era; às vezes a gente imagina que cuidar é auxiliar o paciente a ir ao banheiro, é dar a medicação, é trocar cama, quando na verdade não é somente isso, é muito mais do que isso, para mim, cuidar é dedicação, é o estar com a pessoa que você está cuidando.

- Cuidar, para mim, é um ato de amor, de dedicação, ato de carinho com o ser humano, porque não é uma máquina que está na nossa frente, é um ser humano que está sensível, que precisa da nossa ajuda mas acima de tudo precisa do nosso amor, da nossa dedicação, da nossa vontade de ajudar, porque só assim vai sair um cuidar no verdadeiro sentido da palavra, cuidar é isso.

- Cuidar é ser racional, é mesmo estanto com muitos pacientes naquele momento, realizar o cuidado com calma é não deixar passar, é chamar o supervisor e dialogar, mostrando os riscos deste cuidar realizado.

As diferenças encontradas podem despertar ou trazer à consciência outros planos relacionados com os dados obtidos. O grupo começou a discorrer sobre o conceito de cuidar e sentiram necessidade de conceituar diálogo por acharem, através de suas vivências, que ambos, cuidar e diálogo, possuíam uma relação muito grande entre eles. Este processo dialético e oscilante ocorre ao longo da reflexão das realidades múltiplas.

Num grupo onde todos participam, expondo suas experiências, dúvidas, conceituações, estruturas, muitas realidades, conceitos podem surgir, e foi o que aconteceu no nosso grupo, nas reflexões.

- O diálogo não está só na conversa, mas num simples olhar do paciente, você vai saber o que ele está precisando, se você souber observar, tocar, com certeza você vai entender; não é só na conversa não, precisamos adquirir sensibilidade para isso..."

- Diálogo é muito amplo, pois existem as formas verbais, que talvez sejam as formas que nós mais vamos utilizar, mas existem também as formas não-verbais, que são os gestos, as expressões e tudo o que estiver acontecendo com o paciente e ao seu redor, que não pode ser falado; a forma como ele se deita, sua postura, sua fisionomia, sua aparência, seus gestos.

- O diálogo é o dia-a-dia que vai me mostrar, isto é, é o que vai prevalecer e dentro de um hospital é o verbal e às vezes o diálogo meio mecânico: "Como o senhor está? Passou bem a noite? Já foi ao banheiro? Já tomou banho?", e a porta de saída do quarto já meio entre-aberta, o corpo quase todo fora – Que diálogo... não é aquela coisa de tornar a pessoa especial, tratá-la como um SER, acho que é preciso reverter alguns conceitos e isto talvez seja o principal..."

- Diálogo é o ser aí, não importando quem é, de onde vem ou o que ele faz, é o ser que está aí e que você precisa ter sensibilidade para observar como ele quer dialogar para ter uma recuperação terapêutica apropriada, depende de nós da enfermagem e também de toda a equipe multiprofissional que atua com o paciente (higienização, nutrição, médicos, fisioterapeutas, entre outros...).

- Diálogo é a influência dos relacionamentos inter-humanos; é o encontro, a presença, o relacionamento, o chamado e a resposta no mundo do cuidado da enfermagem.

Esta fase de investigação é a fase em que a enfermeira e o acadêmico de enfermagem comparam e sintetizam as semelhanças e diferenças de situações parecidas, ocorridas no desenvolvimento do trabalho, chegando a uma visão ampliada. Estas situações onde semelhanças e diferenças ocorreram, deram-se no mundo do cuidado e do diálogo, ampliando a visão do grupo sobre seus conceitos.

7.5 - A seqüência, no interior da enfermeira, dos vários ao único paradoxal

Esta fase evolui do processo descritivo de um fenômeno vivido, trata-se da visão articulada da experiência que passa a ser expressa em um todo coerente, uma verdade além da síntese do todo. É a conclusão mais ampla que reflete a síntese do cliente e a compreensão da enfermeira e acadêmicos de enfermagem, tendo esta conclusão um significado para ambos (Praeger e Hogarth apud Barbosa, 1995).

Foi realizada uma leitura atenta das várias sínteses que surgiram durante todo o trabalho, foram lidas e relidas e após agrupadas conforme as proposições de unidades paradoxais. O grupo pode comparar a multiplicidade de pontos de vista que formam agora, parte consciente de todo o trabalho; o grupo corrige perspicazmente e expande seus próprios pontos de vista ao refletir e considerar as relações entre os pontos de vista múltiplos. Não se trata do tipo de correção certo-errado, mas sim, esta correção toma a forma de uma inclusão cada vez maior, ao estabelecer uma luta com a comunicação de idéias diferentes, o sujeito cognoscente dá um salto intuitivo e através destas idéias incluem mais, além delas, para chegar a uma compreensão maior. Poderá então conseguir uma concepção ou abstração que esteja inclusa e vá mais além das multiplicidades e contradições (Paterson & Zderad, 1979).

No lugar comum, cotidiano dos encontros do grupo,

enfermeira/acadêmicos de enfermagem buscam um conjunto organizado de conhecimentos diários, para o desenvolvimento teórico e efetivo da enfermagem humanística; é básica a necessidade de descrever os fenômenos, de expressá-los e conceituá-los. Em síntese, a prática da enfermagem, a nossa prática, implica necessariamente a conceitualização e exames dos valores inerentes á prática e o que a teoria tem que derivar-se da experiência vivida pelo grupo (Paterson & Zderad, 1988).

A descrição disciplinada, reflexiva e autêntica, colocou em evidência os temas comuns, significativos, relacionados com as situações de enfermagem; o acervo de experiências acumuladas pode ajudar a enfermeira e acadêmicos de enfermagem a aumentar em seus conhecimentos, suas disposições para explorar e compreender melhor suas vivências (Paterson & Zderad, 1979). Os temas comuns relacionados pelo grupo foram o cuidar e o diálogo vivido no processo educativo de enfermagem.

7.5.1 - A enfermagem e o cuidar

O ponto básico do cuidar é o diálogo e o relacionamento entre as pessoas, baseado no respeito das próprias individualidades, expressando-se dialogicamente, através das expressões de amor, tomando como veículo as técnicas , que só serão humanizadoras se houver o envolvimento profissional junto com o cliente (Oliveira, 1998).

O cuidar em todos os momentos permeou o nosso trabalho, mas de que maneira? Através da união da teoria com a prática, imbuído de um diálogo genuíno onde enfermeira/acadêmicos e pacientes colocaram seus conhecimentos adquiridos durante todo o processo do trabalho e realizaram um cuidar diferente, onde o diálogo estava presente na realidade do nosso dia-a-dia. Era preciso entender o significado da palavra cuidado para poder aplicá-la, mas este entender dependia de cada um de nós, de como nós pensávamos, de como imaginávamos prestar este cuidado.

Em todos os momentos em que o grupo esteve reunido, procuramos

ampliar as conversas sobre o cuidar e sua relação com o diálogo vivido no processo educativo da enfermagem, como também, a sua importância na assistência de enfermagem no que diz respeito à relação profissional entre enfermeira x acadêmicos e a relação de cuidar entre acadêmicos e pacientes. Procuramos sempre uma linguagem mais próxima das abstrações. Dialogamos, ouvimos um ao outro e na medida do possível tentamos em cada encontro unir a teoria com a prática como um processo educativo, onde eles abstraíam suas vivências para chegar ao conhecimento. Ao término do trabalho as definições de cuidar foram categorizadas em:

- 1) conversar com o paciente
- 2) o toque, sorriso
- 3) conforto espiritual e mental
- 4) diálogo
- 5) observação, percepção do outro
- 6) aproximação ao/do outro
- 7) atenção, carinho
- 8) avaliação do que o outro sente
- 9) passar força e energia
- 10) ato de amor ao próximo
- 11) o face a face, olho no olho
- 12) sensibilidade
- 13) o estar com
- 14) vontade
- 15) receptividade
- 16) competência
- 17) racionalidade
- 18) respeito
- 19) profissionalismo

Paterson & Zderad (1979) colocam que é necessário sintetizar complementarmente as mediações conhecidas, enfatizando que a fonte na qual se pode buscar essa resposta está na situação de enfermagem mesma, através da descrição que oferece subsídios para que possamos nos conhecer.

Também, deixando pistas para alcançar o conhecimento do outro. Isto compreende o esforço em aprender a ver, ouvir, apreender as sutis nuances de cada ser que estão presentes na assistência.

O cuidar, na enfermagem, pode ser entendido como o compartilhar entre seres íntegros e diferenciados, a enfermeira, o acadêmico de enfermagem e o paciente. Este “compartilhar” implica em certas atitudes básicas em relação ao outro, como: sensibilidade, confiança, diálogo, compreensão, valorização das potencialidades, intuição, cooperação, espontaneidade, estabelecimento de limites, ver e ouvir o outro, aceitação do outro, respeito, racionalidade, observação, receptividade, amor, dedicação, envolvimento que se manifestam nos momentos de encontro, presença e relacionamento, envolvendo chamados e respostas que são vivenciadas pela relação dialógica. É a partir desta relação que se estabelece o cuidado como diálogo vivido (Oliveira, 1998).

Para que exista o cuidado, a enfermeira, acadêmico e paciente precisam se colocar como Eu na relação. Colocando-se com o Eu há uma atitude de genuíno interesse pela pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente como pessoa; é voltar o nosso ser para o nosso parceiro; é vivenciar o encontro, presença, relacionamento e chamados e respostas e, portanto, ser capaz de sentir, observar, ver, ouvir.

7.5.2 - A enfermagem e o diálogo vivido

Através das palavras o homem tenta descrever significativamente os estados vivenciais de ser um ser-no-mundo (Paterson & Zderad, 1988).

No diálogo, segundo Hycner (1995), é necessário ter um enorme senso de segurança para arriscar o próprio *self* em contato com o outro. O princípio dialógico básico é de que existem *sempre* dois lados numa interação: cada pessoa pode impor limites para estabelecer até onde ela deseja ir no “*entre*”. *Em outras palavras: “Eu faço algo, tento algo, desejo algo e empenho todo meu pensar existente nesse fazer. Então, em um dado momento, defronto-me com um muro, com uma fronteira, com um limite que não posso ignorar. Isso*

também se aplica ao que me interessa mais do que qualquer coisa: o diálogo humano efetivo” (Buber apud Hycner, 1995).

É através da palavra que o homem se introduz na existência, não é o homem que conduz a palavra, mas é ela que o mantém no ser. A palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem, ela é um ato do homem através do qual ele se faz e se situa no mundo com os outros (Buber, 1982). Esta palavra não precisa necessariamente ser verbalizada, ela pode se apresentar através dos atos não-verbais, tentando, através disso, se situar no mundo com os homens, através do chamado e da resposta.

Isto muitas vezes foi presenciado pelos acadêmicos. Alguns pacientes sentiam necessidade do diálogo verbal, mas outros não queriam dialogar e precisávamos, com muita sensibilidade, observar o que eles nos queriam dizer, para tentar situá-los e nos situarmos no mundo dos outros e no nosso mundo.

As principais categorias segundo Buber (1982), da existência dialógica ou da vida em diálogo são: palavras, relação, diálogo, reciprocidade como ação totalizadora, subjetividade, pessoa, responsabilidade, decisão, liberdade inter-humana.

No diálogo entre pessoas (enfermeira/acadêmicos de enfermagem/paciente), manifesta-se a dimensão do inter-humano; assim, o significado do inter-humano é encontrado no diálogo entre duas pessoas, no *entre* que é vivido por ambos, que é maior do que a soma total dos dois indivíduos. Tanto o individual quanto a relação estão contidos na esfera do *entre*. O dialógico ocorre na esfera do *entre* e é marcado por duas polaridades, o Eu-Tu e o Eu-Isso (Hycner, 1995).

Durante nossa vivência, procuramos em conjunto, a partir da análise de cada encontro, aumentar significativamente as realidades dialógicas do mundo da enfermeira x acadêmicos de enfermagem e paciente, definindo diálogo, conforme categorizações abaixo:

- 1) um simples olhar

- 2) toque
- 3) sensibilidade
- 4) gestos, expressões
- 5) observação
- 6) formas de deitar, postura
- 7) fisionomia, aparência
- 8) ser aí
- 9) tornar a pessoa especial
- 10) relacionamento inter-humano
- 11) encontro, presença, relacionamento, chamado e resposta
- 12) formas verbais e não-verbais

No diálogo vivo, tanto o paciente quanto a enfermeira/acadêmicos de enfermagem estão chamando e respondendo a cada vez que prestamos o cuidado. O chamado do paciente é um pedido de ajuda e a resposta é a acessibilidade da enfermeira/acadêmico a um propósito de ajuda, por outro lado, a forma como responde a enfermeira ao chamado do paciente é, em si mesma, um chamado a uma classe especial de resposta por parte dele, um chamado a sua participação no diálogo (Paterson & Zderad, 1988).

O diálogo da enfermeira/acadêmicos se caracteriza pela singularidade de ocorrer, mediado pelos atos da enfermagem em si; o diálogo se experimenta no que a enfermeira faz com o paciente. O chamado e a resposta de ajuda se vivem nas transações enfermeira/acadêmicos e pacientes (as atividades próprias do cuidar em enfermagem) desde os atos mais simples e básicos de lavar e alimentar o paciente até o preparo do corpo após a morte.

7.5.3 - A enfermagem e o cuidar humanizado como diálogo vivido no processo educativo de enfermagem

As estratégias que favorecem o desenvolvimento do pensamento reflexivo são aquelas que guiam o processo cognitivo de modo mais amplo em direção ao questionamento das questões vividas no cotidiano, reflexão quanto

aos pressupostos que conduzem às ações, como as mesmas são interpretadas, como os argumentos são conduzidos e avaliados (Pereira, 1992).

O grupo em todos os momentos esteve em busca dos seus espaços, buscando com criatividade um cuidar como diálogo e em todos os momentos sentiu a satisfação destes espaços estarem sendo preenchidos a contento.

Os encontros eram encontros de diálogos, nos quais se processava a educação – a transformação, concebendo o processo de cuidar como diálogo uma “prática educativa”, caracterizando-se como momentos de “*troca de universos culturais, gerando transformação no grupo*” (Patrício, 1990).

Realmente, conforme Patrício (1990), foram momentos de troca, de discussões reflexões, onde a experiência, a vivência passa a ser expressa em um todo coerente uma verdade além da síntese do todo; *cuidar humanizado é dialogar no processo educativo de enfermagem; é necessariamente encontro, relacionamento, presença, chamado e resposta.*

REFLEXÕES FINAIS

“(...) a atitude mais fundamental que o educando pode e deve ter diante do processo educativo, ou melhor, diante da própria vida, é sentir a si mesmo como uma obra que não foi acabada e que recebeu, da existência, a responsabilidade primordial – pois não há outra mais importante na sua vida – que terminá-la, através do processo de auto-realização (...) (Rúdio, 1991, p. 69)”.

Todo processo educativo é fundamentalmente um processo de auto-educação; rigorosamente falando, ninguém educa ninguém; o que podemos fazer como educadores é *criar condições favoráveis para que o acadêmico realize, em si mesmo, a obra de sua própria educação, de seu próprio trabalho, de seu próprio cuidar*. Podemos talvez funcionar como um guia de montanhas – um recurso que ele pode utilizar em suas necessidades – estimulando-o a fazer os enfrentamentos exigidos, indicando o caminho que pareça melhor, mostrando-lhe os obstáculos que devem ser percebidos, vencidos, alcançados, valorizados, refletidos. Mas o acadêmico tem que fazer o caminho com seus próprios pés e não podemos andar em seu lugar; queiramos ou não, é andando por si mesmo que ele aprende a caminhar (Rúdio, 1991).

A trajetória seguida por mim e pelos acadêmicos de enfermagem neste trabalho: *Diálogo Vivido como Cuidado Humanizado: no processo educativo de enfermagem*, foi sempre de preocupação em realizar um estudo teórico prático

diferente, onde o diálogo como cuidado estivesse sempre presente, norteando nossos caminhos para o cuidar. Não foi muito fácil, pois me formei e sempre, em toda minha trajetória como enfermeira, atuei com o referencial teórico de Wanda Horta, a qual respeito muito, mas neste trabalho, como queria atuar com o diálogo vivido como cuidado humanizado, procurei subsídios teóricos que pudessem nortear na prática o diálogo, o cuidado humanizado. Nesse percurso, encontrei a teoria da “prática humanista de Paterson & Zderad”, que poderia me dar subsídio para formar meus conceitos de diálogo e cuidado humanizado dentro de um processo educativo.

Refletindo sobre minha trajetória ao realizar o projeto assistencial, observei que no início tudo parecia muito fácil, era ler, reler, estudar, realizar alguns escritos e pronto, tudo estava terminado. Mas não, o projeto começou a andar e eu sentia cada vez mais a necessidade de ler, de ter bibliografias atualizadas para poder desenvolver as atividades que me propunha realizar.

À medida que os estágios iniciaram e as etapas do processo de Paterson & Zderad, também, começavam a emergir no grupo, sentia, juntamente com os acadêmicos, a maravilhosa arte do autoconhecimento em grupo, da reflexão, discussão, da presença, do encontro, do relacionamento, do chamado e da resposta, a relação dialógica de que Paterson & Zderad tanto falam.

Num determinado momento, para que o trabalho pudesse ter continuidade, precisei buscar a filosofia do diálogo de Martin Buber; para poder entender melhor esta relação do Eu-Tu, Eu-Isso, intersubjetividade, enfim do diálogo como um todo, pois Paterson & Zderad, em todas as suas obras, referem amplamente este filósofo.

Durante todo o processo deste trabalho, atuei com um referencial que tem por base o diálogo vivido como cuidado humanizado, diálogo este que ocorre a partir de uma relação intersubjetiva entre sujeito-sujeito (Eu-Tu); sujeito-objeto (Eu-Isso) a relação inter-humana no cuidar, favorecendo uma compreensão humana melhor e maior. Aprender a ouvir o que geralmente não

é verbalizado, a enxergar o que não se mostra ao primeiro olhar, a perceber melhor o que cada paciente queria expressar, fortalecendo as atitudes humanas, reconhecendo as situações de enfermagem como experiências existenciais, que nos levam ao conhecimento da qualidade humana do ser (Oliveira, 1998).

Vivenciar a experiência, operacionalizar conceitos primeiramente com os acadêmicos e após dos acadêmicos com os pacientes, desenvolver mudanças no cuidar com o paciente, através do diálogo, do relacionar a objetividade com a subjetividade, do encontrar a sensibilidade na própria lógica do encontro, foi muito importante para os componentes do grupo, pois nos abriu largos horizontes – onde todos participavam e atuavam para um mesmo objetivo – o diálogo vivido no cuidar; como processo educativo de enfermagem.

Os acadêmicos sentiram, na prática, a importância da arte do relacionamento, da presença dos colegas, da enfermeira e do paciente, do encontro, que sem este não pode haver um relacionamento, do chamado e da resposta – o diálogo genuíno. Observaram também que sem estes elementos, não poderia haver um cuidado humanizado, pois sem dúvida é um sistema de trocas. Para Rúdio (1991), é importante aprender a arte do relacionamento para saber como enfrentar, como aproveitar os recursos que o ambiente oferece, como defender-se, como ser participante e solidário, como ajudar os outros. Enfim, que o relacionamento se torne um instrumento útil e eficaz de sua presença produtiva no mundo, como também a importância da arte.

Para o grupo, o relacionamento, a presença, o encontro, o chamado e a resposta se tornaram instrumentos do fazer diário, onde o diálogo em todos os momentos facilitou uma boa comunicação entre enfermeira x acadêmicos, acadêmicos x acadêmicos e após com o paciente, criando condições favoráveis para que construíssem suas soluções, de acordo com o sentir pessoal de cada um, fazendo com que o acadêmico, juntamente com a enfermeira, identificasse o cuidado e o diálogo, mais como sentimento e não tanto como um dever, uma norma, uma rotina, uma técnica, uma intervenção.

O diálogo como cuidado humanizado, para eles passou a ser o instrumento mais valioso para o cuidar, pois com ele os acadêmicos vivenciaram as facilidades de interagir com os que o rodeiam e principalmente com o paciente.

Por sua vez os pacientes em todos os momentos em que estivemos em contato direto, foram muito receptivos. Muitas vezes ouvimos deles as seguintes expressões:

- Te esperei muito ontem à tarde para você me cuidar, mesmo sabendo que você não viria, eu esperei.

- Ontem, sábado, eu sabia que vocês não estagiariam aqui, senti muita falta de vocês, das conversas, da maneira como vocês lidam comigo, gostaria que vocês estivessem sempre.

Estas e outras expressões foram de grande valia para o grupo, pois estava claro para nós que o nosso trabalho, que o nosso referencial teórico, havia nos ajudado a atingir o objetivo que idealizamos desde o início, isto é, mediar uma visão humanística no processo educativo no curso de graduação. Com certeza ocorreu esta mediação entre os acadêmicos e o reflexo imediato se deu nos pacientes, conforme citações acima.

O Curso de Graduação de Enfermagem da URI – Campus de Erechim, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, sempre procurou focalizar a formação de uma enfermeira(o) que não seja somente competente tecnicamente, mas também, crítica(o) e politizada(o); com participação no planejamento da disciplina, das aulas práticas e teóricas, procurando promover e desenvolver o conhecimento e o autoconhecimento da realidade de enfermagem, da saúde ao aluno, do contexto em que a profissão se insere, como recomenda (Reibnitz, 1998).

A minha participação no novo projeto político pedagógico do curso, me deu a oportunidade de reconhecer este conteúdo, merecendo uma carga horária e uma ementa condizente com a realidade daquilo que já praticávamos

no curso. Que o ensino ofereça oportunidades para que os alunos se expressem através de diários, jornais, artes, crônicas; tendo assim, oportunidade de desenvolver suas habilidades críticas, artísticas e de autoconhecimento; que seja incorporada às vivências da escola, a trajetória de vida, experiências anteriores dos alunos, a fim de favorecer a imaginação, intuição, experimentação e autoconhecimento das mesmas... que o ensino correlacione a teoria à realidade profissional.

É importante salientar que neste trabalho o grupo, não atuou dentro de uma linha reprodutora, com modelos prontos, foi um processo lento de reflexões, imaginando alternativas de ouvir, de trocar idéias, de questionar, de conscientização, de deixar de lado algumas incoerências entre o ensino e a prática, principalmente nas técnicas de enfermagem. Enfim, de situações cotidianas que podem e devem ser modificadas. E acredito que conseguimos, não sendo fácil, muitas vezes, um bom resultado, conforme desenvolvimento e relato do trabalho.

Sei que este trabalho não pode ficar fechado e imerso em palavras digitadas, vejo que é possível, hoje, e num futuro próximo, que:

- O curso de graduação continue com esta proposta e implementação, tentando cada dia mais, renovar, refletir, rever a correlação da teoria com a realidade profissional, onde os alunos dialoguem sobre a teoria e sua prática na atividade profissional.

- Seja levado este modelo de diálogo vivido como cuidado humanizado para todas as unidades deste hospital e quem sabe de outros; analisando, juntamente com os profissionais de enfermagem/equipe de professores, seus efeitos no cuidar ao paciente.

- Seja constituído um grupo na URI - Campus de Erechim do cuidar/dialógico, onde os profissionais possam participar e aos poucos tentar modificar este encontro, presença, relacionamento, chamado e resposta entre enfermeiro x acadêmicos de enfermagem e paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, Eloita P.N. e SILVA, Alcione L. Cuidando e confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 116-127, 1994.
- ARRUDA E NEVES, E., SILVA, A. I. da. Programa integrado de pesquisa cuidando e confortando: retrospectiva histórica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p.13-35, maio/ago. 1998.
- ARANHA, M.L. **Filosofia da educação**. São Paulo, 1989.
- BARBOSA, Sayonara de Fátima F. **Indo além do assistir** :cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado na unidade de terapia intensiva. Florianópolis, 1995, 180p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- BETINELLI, Luis Antônio. **Cuidado solidário**. Passo Fundo : Pe. Bertier, 1998. 172p.
- BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Tradução por Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo : Moraes, 1974, 170p.
- _____ **Eu e Tu** . 2. ed. São Paulo: Moraes, 1977.
- CAMPBELL, Alastair V. A bioética no século XXI. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n.3, p.171-174, maio/jun. 1998.
- CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanística para um "modo de fazer" o trabalho de enfermagem**. Pelotas : Universitária, 1998. 183p.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência** :resgatando Florence Nightingale, Goiânia: AB, 1997. 125p.

- CARVALHO, Emília Campos de. O conhecimento sobre comunicação em enfermagem na literatura internacional. **Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, set. /dez. 1991.
- CARVALHO, Emília Campos de, BACHION, Maria Márcia, LUCIANA, C.P. Almeida et al. O ensino de comunicação em enfermagem – um desafio. **latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 27-34, jul. 1997.
- CHAVES, Eliane Corrêa; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. **Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 173-179, ago. 1995.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira; ARRUDA, Eloita Neves; WALDOW, Vera Regina. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p.151-173, maio/ago. 1998.
- EPISTEMA, Tubarão. **Balizamento em educação** :rumos para um agir coerente. Publ. Cient., Tubarão, v.1, n. 2 e 4, p. 7 - 30, mar./fev. 1995.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas : Universitária/ UFPEL, 1996. 138p.
- FARIA, Eliana Maria. **Comunicação na saúde fim da assimetria?**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996. 185p.
- _____. Comunicação e informação: "instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde". **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 4, n.1, jan./jun., 1995.
- FERRAZ, Aidê Ferreira, ALVES, Marília, PEIXOTO, Marisa Ribeiro Bastos. Comunicação terapêutica na prática profissional e social do enfermeiro. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n. 172, p. 21-29, jan./dez. 1995.
- FIGUEIREDO, Nélia Almeida, SANTOS, Iraci, SOBRAL, Vera Regina Salles et al. Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 447-456, jul./set., 1998.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Tradução por Praeger & Hogarth. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993, p. 242-253.
- GRUDTNER, Dalva Irazy. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família** :uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) REPENSUL – Universidade Federal do Paraná.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa** :psicoterapia dialógica. São Paulo : Summus, 1995.

JESUS, Maria Cristina Pinto de, CUNHA, Mércia Heloísa Ferreira. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem. **Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1. p.15-25, jan. 1998.

KIRBY, Andy. **150 fogos de Treinamento**. Tradução e adaptação por José Henrique Lamensdorf. São Paulo : T&D, 1995.

LEOPARDI, Maria Tereza. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.

_____. **Teorias em enfermagem** :instrumentos para a prática. Florianópolis : NFR/UFSC, Papa- Livros, 1999. 228p.

LEININGER, M.M. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare, N.J. Part Two, 1984.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 87-91, jul. 1996.

LUNARDI, Valéria Lerch, BORBA, Marta Riegert. O pensar e o fazer da prática pedagógica: a busca de uma nova enfermeira. In: SAUPE, R. (org.) **Educação em enfermagem – da realidade construída à possibilidade em construção**. Série Enfermagem. Florianópolis: Repensul – UFSC, 1998, p.165-186.

MADEIRA, Lélia Maria, MATOS, Selme Siqueira, MAGALHÃES, Zídia Rocha. Ensino de comunicação no curso de graduação em enfermagem. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 199-214, ago. 1994.

MAIA, Ana Rosete Camargo. Elementos e Dimensões do Cuidado na Perspectiva de Clientes Ambulatoriais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, maio/ago.1998.

MANZOLLI, Maria Cecília. **Relacionamento em enfermagem** :aspectos psicológicos. São Paulo, 1983.

MELEIS, Afaf. **Theoretical nursing – development & progress**. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1985, p. 247-254, Josephine Paterson and Loretta Zderad.

- MIRANDA, Ana Claudia Sant Anna et alii. Expectativas dos clientes hospitalizados. **Brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 50, n. 2, p.183-196, abr./jun.1997.
- MIZUKAMI, Maria G. Nicoletti. **Ensino** :as abordagens do processo. São Paulo : EPU, 1986.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um ritmo de passagem** : abordagem cultural para o cuidado de enfermagem a mulheres e recém-nascidos. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- MUNARI, Denize Bouttelet. Processo Grupal em Enfermagem: Possibilidades de Limites. **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 37-52, jan./mar. 1997.
- MARINHO, Eduardo. **A Possibilidade Dialógica no Processo da Psicoterapia Existencial 2000**. Disponível na Internet. <http://.existencialismo.org.br/jornalexistencial/edudialogico.htm>. 11/02/00 07:39.
- NUNES, Dulce Maria. Cuidado, um espaço de criação. In: ARRUDA, E. N., GONÇALVES, L. H. T. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis : UFSC, 1999, p. 97-106.
- NUNES, Ana Maria Pereira, ARRUDA, Eloita Neves. Repensando "conforto" no processo de cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n.1, p. 139-149, jan/jun. 1995.
- OLIVEIRA, Maria Emilia de. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor** :uma Experiência Dialógica com Mães/Recém-Nascidos Pré-Termos. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta. **Enfermeira Humanística**. México : Limusa, 1979.
- _____. **Humanistic Nursing**. 2. ed. New York : National League for Nursing, 1988.
- PADILHA, Maria Itayra C.S. Análise crítica das causas de integração e/ou desintegração docente-assistencial na enfermagem. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 33-37, jan. 1991:

- PAGANINI, Maria Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado** :um marco de referência para a enfermagem em unidade crítica. Curitiba, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem).
- PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e eu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990, 282p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- POLAK, Ymiracy N. de Souza. **A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Pelotas : Universitária/ UFPel., 1997.
- PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto. Desenvolvendo o pensamento crítico nas questões do ensino e da prática da enfermagem. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 24-27, jan. 1992.
- REIBNITZ, K. S. Enfermagem: Espaço Curricular e Processo Criativo. In: SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem - da realidade construída à possibilidade em construção**. Série Enfermagem. Florianópolis: Repensul – UFSC, 1998, p. 189-218.
- ROACH, Sister M. Simone. **The human act of caring** :a blueprint for the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.
- RODRIGUES, Maria Azuma. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Escola de Enfermagem da USP**, v. 27, n. 1, p.15-24, abr. 1993.
- RODRIGUES, Adriano Duarte. **Comunicação e cultura** :a experiência cultural na era da informação. Lisboa : Presença, 1994.
- ROSSI, Maria José dos Santos. O Curar e o Cuidar – A História de uma Relação. **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n.1, p.16-21, jan./mar. 1991.
- RÚDIO, Franz Victor. **A compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis : Vozes, 1991.
- SALES, Catarina Aparecida. O cotidiano do enfermeiro e seu cuidado ao ser leucêmico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 308-319, mai./ago. 1998.
- SANTOS, Odaléa Maria Bruggemann dos. **A enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulheres e família durante o

processo do nascimento. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

SAUPE, Rosita. **Educação em enfermagem :da Realidade Construída à Possibilidade em Construção.** Florianópolis : UFSC, 1998.

SAWADA, Namie Okino, GALVÃO, Cristina Maria, MENDES, Isabel Amélia Costa et al. Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira. **Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 5-10, jan. 1998.

SILVA, Maria Júlia Paes da. O toque e a distância interpessoal entre Enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem. **Escola de Enfermagem da USP**, v. 25, n. 3, p. 309-318, dez. 1991.

_____. Percebendo os sentimentos de maneira não verbal. **Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p.128-132, set./dez.1991.

_____. O registro da prática da enfermagem: da realidade do cuidado rotineiro à utopia do cuidado individualizado. **Nursing**. São Paulo, v. 2, n.11, p.21-26, ab.1999.

SILVA, A I. da. O Saber NIGHTINGALIANO no Cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V.R, LOPES, M.J.M., MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar – A enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1995, p. 41-60.

SILVA, Alcione Leite. **Cuidado transdimencional :um paradigma emergente.** Pelotas : Universitária, 1997, 185p.

_____. Transcendendo o Feminino e Masculino: Uma relação estética para a consciência do cuidado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n.1, p.18-33, jan./jun. 1996.

SILVA, Marco Aurélio Dias da. **Quem ama não adocece.** São Paulo : Best Seller, 1994.

SORDI, Maria Regina Lemes, MAGALHÃES, Lígia Maria T., SAMPAIO, Sueli Fátima. O saber e o poder da escola a serviço da cidadania do enfermeiro: mentiras que parecem verdade. **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 49, p. 391-398, jul./set. 1996.

STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação enfermeira-paciente** :teoria, ensino e pesquisa. São Paulo, 1990. 139p.

_____. **Comunicação com o paciente-teoria e ensino**. Rio de Janeiro : Robe, 1993.

TAKAHASHI, Olga Chizue. O contato manual no relacionamento enfermeiro-paciente. **Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 21-22, jan./mar. 1985.

TEIXEIRA, Marina Borges, FORCELLA, Hideko Takeuchi, ROLIM, Marli Alves. Desenvolvimento do sentimento de confiança no Relacionamento enfermeira-paciente. **Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n.1, p.12-14. Jan./mar. 1985.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Pesquisa em Enfermagem uma modalidade convergente-assistencial. Série Enfermagem - REPENSUL. UFSC, Florianópolis, 1999.

_____. Ser – Mais - uma possibilidade de promover saúde pela prática educativa. **Aeta. Paulista de Enfermagem**, v. 10, n.1, jan./abr.1997.

VIZZOLTO, Salete Maria, SEGANFREDO, Cléa Ana, CASAGRANDE Araí Ana. **Dinamizando os Grupos**. Lunardelli.

WALDOW, Vera Regina. Educação para o cuidado. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p.108-112, jul.1993.

_____. **Cuidado humano** : O resgate necessário. 2 ed. Porto Alegre : Sagra Luzzatto,1999.

WATSON, J. **Nursing-The Philosophy and Science of Caring**. Boulder : Colorado, Associated University Press,1985.

_____. **Nursing** :human Science and Human Care - A Theory of Nursing. New York : National League for nursing, 1988.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n. 2, p. 70-74, jul./dez. 1996.

_____. Epistemologia do cuidado humano arte e ciência da enfermagem abstraída das ideias de Watson. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n.1, p. 64-85, jan./jun. 1996.