

ROSANI MANFRIN MUNIZ

**O CUIDADO AO ADULTO JOVEM COM DOENÇA CRÔNICA:
UM DIÁLOGO VIVIDO**

Pelotas, outubro de 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC
UFPel – FURG – URCAMP

**O CUIDADO AO ADULTO JOVEM COM DOENÇA CRÔNICA:
UM DIÁLOGO VIVIDO**

ROSANI MANFRIN MUNIZ

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

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria da Glória Santana

Pelotas, outubro de 2000

M963c Muniz, Rosani Manfrin

O cuidado ao adulto jovem com doença crônica : um
diálogo vivido / Rosani Manfrin Muniz . – Pelotas :
Universidade Federal de Pelotas, 2000.
138f.

Dissert. (Mestrado- Enfermagem) – Universidade Federal
de Santa Catarina, 2000.

1. Enfermagem – doença crônica 2. Adulto jovem – doen-
ça 3. Doença crônica I. Santana, Maria da Glória (Orient.)
II. Título.

CDD: 610.736

Ficha catalográfica: Bibliotecária Suzana C. B. Medeiros CRB-10/629

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO

O CUIDADO AO ADULTO JOVEM COM DOENÇA CRÔNICA: um diálogo vivido

ROSANI MANFRIN MUNIZ

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

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

e aprovada em 04 de outubro de 2000, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso de Pós Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

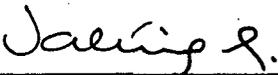


Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora do Programa

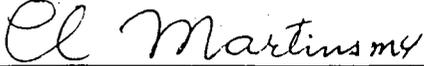
BANCA EXAMINADORA



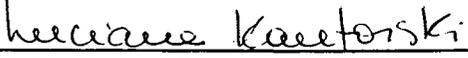
Dr^a Maria da Glória Santana
Presidente



Dr^a Valéria Lerch Lunardi
Membro



Dr^a Cleusa Rios Martins
Membro



Dr^a Luciane Prado Kantorski
Suplente

*Dedico este trabalho a todos seres humanos
adulto jovens, que são portadores de doença
crônica, para que possam resignificar o seu
vivido, buscando um sentido para a melhoria da
sua qualidade de vida.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por me dar a vida e estar sempre ao meu lado nesta caminhada...

Aos meus pais, **Angelo e Irene** (*in memoriam*), pelo amor e carinho. Dedico a eles este estudo...

Ao meu amado marido **Jonas**, meu companheiro e melhor amigo. Minha gratidão pela sua compreensão durante minhas ausências e o incentivo constante para findar esta caminhada...

À Dr^a. **Maria da Glória Santana**, minha orientadora, por me incentivar e ajudar-me na concretização de mais um objetivo em minha vida. Obrigado pela oportunidade de compartilhar conhecimento, pelo respeito e pela liberdade de expressão e ação constantes no decorrer deste trabalho...

À querida amiga **Marilú**, um carinho especial por você, que partiu comigo em busca deste sonho, compartilhando todas as fases deste processo de crescimento, foi difícil, mas conseguimos...

Aos meus duplamente colegas (FEO e Mestrado), **Emília, Francisca e Sílvia**, pelos momentos divididos na construção desta caminhada, pelo apoio, incentivo e a certeza que todas chegaremos ao final...

Aos meus colegas de mestrado, pela convivência construtiva que tivemos, novas amizades, pelas experiências compartilhadas, o meu carinho...

À coordenadora do mestrado, Dr^a. **Luciane Prado Kantorski**, por sua dedicação neste projeto, objetividade nas negociações, e por sua amizade, que tornaram possível o caminhar de todas nós...

À Dr^a. **Valéria Lunardi**, à Dr^a. **Cleusa R. Martins** e à doutoranda **Hedi C. de Siqueira**, por aceitarem compor a banca e pelas valiosas contribuições, incentivo e carinho, sempre presentes durante esta caminhada...

Aos professores do curso de mestrado, que compartilharam experiências e conhecimentos, e pelos momentos de construção coletiva...

À amiga **Hedi**, que com sua compreensão, dedicação e amizade, contribuiu significativamente na construção deste trabalho, minha eterna gratidão...

Ao Departamento de Enfermagem da FEO/UFPel, pela oportunidade concedida, meu agradecimento...

Aos colegas da FEO/UFPel, por sua compreensão e colaboração nos momentos de ausência, que direta ou indiretamente contribuíram significativamente para a construção deste trabalho...

Aos funcionários do Mestrado, **Renato e Alexandre**, obrigado pelo apoio técnico-administrativo...

E finalmente, à **Azaléia e Flor de Liz**, sujeitos deste caminhar. A experiência vivida por nós, estará sempre presente na minha vida...

RESUMO

O trabalho relata uma experiência vivida por uma enfermeira e o Ser adulto jovem portador de doença crônica durante a prática assistencial. Teve como objetivo conhecer o seu cotidiano e perceber as possibilidades e limitações para o próprio cuidado a partir de uma abordagem humanística. O referencial teórico-metodológico foi construído com base na experiência profissional da autora, como enfermeira clínica e fundamentado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad. A implementação deste referencial foi realizado junto a duas mulheres jovens portadoras de doença crônica que vivenciam o processo do adoecer no domicílio. O método possibilitou uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e conceituação que originou a descrição da experiência estudada. O referencial teórico utilizado favoreceu a compreensão do ser humano na sua singularidade, à medida que se aprendeu a ouvir o que não verbalizavam, e ver o que não se mostrava a primeira vista, buscando na essência destes seres o que não conseguiram expressar. Esta experiência fortaleceu as situações humanas no cenário vivido a partir da relação EU-TU, pois esta relação é um movimento em direção ao outro, oferecendo uma presença autêntica que significa o *estar com* o outro.

ABSTRACT

TAKING CARE OF A YOUNGSTER WITH DISEASE: A LIVED DIALOG

The paper reports an experience lived by a nurse and an adult young being carrying a chronic disease during the assistance practice. Knowing his everyday life and noting possibilities and limitations to his own care, from a humanistic approach, was the scope. The theoretical-methodological reference has been made up based on the author's professional experience as a clinical nurse and had a foundation on Paterson's and Zderad's Humanistic Theory. The implement of this reference has been performed with two young woman carrying a chronic disease who live the process of getting sick at home. The method has allowed an intuitive comprehension, an analytical test, a synthesis and a conceptualization which have given rise to the description of the experience studied. The theoretical reference used has favored comprehending the human being in its singularity, while we have learned to listen to things not made verbalized and seeing what has not been shown at first sight pursuing in the inner part of these beings things they could not ever express. This experience has strengthened human situation in a scenario lived from ME-YOU relationship, since such relationship is a movement towards each other offering an authentic presence which means *being* together.

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO MINHA VIVÊNCIA	9
1.1	Da Vivência Profissional aos Objetivos	9
1.1.1	Objetivo Geral	12
1.1.2	Objetivos Específicos	12
2	APRESENTANDO A TEMÁTICA	13
2.1	O Cuidar/Cuidado: Alguns Aspectos	13
2.2	O Processo Saúde-Doença	22
2.3	Contextualizando a Doença Crônica	23
3	BUSCANDO UM MARCO REFERENCIAL	29
3.1	Entrando no Mundo Humanista de Paterson e Zderad	29
3.2	Construindo o Marco Conceitual	35
3.2.1	Pressupostos	36
3.2.2	Conceitos do Marco	37
4	CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
4.1	Caracterização do Estudo	41
4.2	Sujeitos	42
4.2.1	Critérios para Seleção dos Sujeitos do Estudo	42
4.2.2	Seleção dos Sujeitos	43
4.2.3	Apresentando os Sujeitos	44
4.3	Temporalidade e Espaço do Estudo	47
4.4	Pontuando os Encontros	49
4.5	Apresentando a Análise dos Dados	61
5	APLICANDO E ANALISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	63
5.1	Conhecendo-me para Conhecer o Outro	63
5.2	Conhecendo Intuitivamente o Outro	65
5.3	Conhecendo o Outro Através do Emergir dos Dados	72
5.4	Uma Síntese das Realidades Conhecidas	106
5.5	Refletindo sobre os Paradoxos Vividos	111

5.6	Concepção Gráfica dos Conceitos do Estudo.....	118
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
	ANEXOS	135

1 CONTEXTUALIZANDO MINHA VIVÊNCIA

“O homem só adoece na totalidade. Mesmo se a doença for localizada, o Ser humano expressa: eu estou doente.” (Renato del Santi)

1.1 Da Vivência Profissional aos Objetivos

Ao longo da minha trajetória profissional, como enfermeira assistencial, em uma unidade de internação de uma instituição hospitalar, deparei-me, várias vezes, com inquietações acerca do cuidado de enfermagem prestado a pessoas portadoras de doença crônica, convivendo com seu sofrimento, suas dificuldades em manter o tratamento. Sentia-me impotente, à medida que pouco ou nada podia fazer para amenizar seu sofrimento, mas sabia que, possivelmente, poderia contribuir com orientações que pudessem ajudá-las a refletir e conviver com a sua doença.

Percebi que estas orientações, no entanto, estavam calcadas em técnicas e/ou procedimentos que poderiam ser utilizados, para seguir o tratamento e amenizar os sintomas decorrentes desta cronicidade. Identificava-as como sendo resultado da minha formação da graduação, causando-me certo desconforto, quanto à forma mecanicista como estas orientações eram passadas ao cliente sob meus cuidados. Sentia faltar algo que pudesse tornar mais humano este contato. Percebia que o cliente necessitava muito mais de meu apoio e incentivo pessoal do que das orientações técnicas que passava. Intuitivamente comecei a me interessar mais por eles. Porém, uma barreira que parecia vir da minha formação, sob a influência do

modelo biomédico, mecanicista e reducionista, impedia relacionar-me em maior profundidade com ele, numa maneira de *estar com* tentando compreendê-lo e, junto a ele, elaborar formas de cuidado que fossem mais eficientes e eficazes para prevenir situações agudas da patologia.

Incomodava-me o fato de o cliente não se cuidar e reinternar com grande frequência. Não só pela sua reinternação em si, mas por não compreender os motivos que o levavam a agir dessa maneira. Parecia haver falta de cuidado de si ou será que este fato tinha alguma relação com o agir dos profissionais da saúde? Até que ponto estimulamos este tipo de ocorrência? Lima (1990), em seu estudo, relata as transformações do processo de trabalho de enfermagem na assistência ao ser humano. Enfatiza que, apesar de o modelo clínico de saúde continuar sendo o vigente, não é só o corpo biológico mas sim a pessoa doente em toda a sua especificidade, com os determinantes familiares, ambientais, emocionais e culturais que parece despertar a atenção de muitos profissionais da saúde.

Esta situação provocava em mim um forte desconforto, muitas vezes reagindo internamente com este ser-cliente que vinha em busca de cuidados de saúde. Este desconforto levou-me a refletir sobre como este tipo de reação poderia servir de impedimento para que eu pudesse ouvi-lo, senti-lo e compreendê-lo como um ser que necessita dos meus cuidados. Parecia que minha forma de cuidar permanecia atrás da técnica, ofuscada por um agir normatizado, transformando o cuidar em um ato frio e distante do ser, uma forma de cuidar fragmentada, que vê na cura ou prevenção da doença a forma de fazer e realizar os cuidados de saúde, no qual o ser humano é visto como um corpo, que deve ser cuidado e que deve seguir a risca a prescrição médica, as normas e rotinas da instituição hospitalar, sem o direito de se expressar ou questionar este atendimento. Achava eu que estava exercendo o meu papel como Enfermeira, realizando todos os cuidados que este ser humano estivesse necessitando, ainda que, mesmo sem clareza da questão, continuava intimamente não sentindo satisfação com a maneira do meu procedimento. Estava em busca de algo mais, tanto para o ser cuidado como para mim, cuidadora do ser.

Por ocasião do meu ingresso no mestrado, e através de leituras mais intensas de várias questões sobre o ser humano, sua história, natureza, abordagem teórica e filosófica da Enfermagem, percebia um horizonte além da existência de um novo paradigma que se contrapunha àquele por mim já conhecido e no que estava inserida. Isto estimulou-me a rever o meu fazer na enfermagem, um fazer que parecia distanciado da proposta humanística do assistir. Acreditava estar realizando os cuidados necessários para o *bem estar* do ser-cliente, no entanto sem questionar se, para ele, essa era a melhor forma, se era também este o seu querer.

A partir de então, comecei a sentir transformação na minha forma de sentir o outro, conseqüentemente estas mudanças repercutiram no meu cuidar. Um cuidado em que o outro participasse junto comigo, se beneficiando simultaneamente. Um cuidado transcendendo a técnica, mais interessado no ser e humanizado.

O interesse em realizar o estudo sobre o ser humano adulto jovem portador de doença crônica, materializou-se no decorrer do curso de mestrado. A opção por esta temática teve sua origem ao longo do meu caminhar profissional, conforme relatei anteriormente, e pelo fato de deparar-me com pacientes ainda jovens, num estado mais avançado da doença crônica. Inquietava-me saber como este ser humano se cuidava, como, quando e de que forma recebia orientações preventivas para as complicações da patologia da qual era portador.

O presente trabalho tem sua origem a partir da prática assistencial realizada, nos meses de junho e julho de 1999, sobre o cuidado de enfermagem ao Ser Humano adulto jovem portador de doença crônica, com base no referencial teórico da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. Teve como propósito buscar a compreensão da experiência vivenciada pelo cliente portador de doença crônica e sua família e, a partir desta experiência vivida pela enfermeira, promover o desenvolvimento do potencial humano para o estar melhor em sua condição crônica de saúde.

Percebi, durante o caminhar da prática, e após, quando da elaboração do relatório, que estas pessoas não se percebiam como doentes, atribuindo a sua

situação crônica vivida a fatores externos, como problemas familiares, doença dos filhos, enfim, uma causa externa para o seu problema de saúde. Não pareciam se reconhecer como doentes, embora verbalizando não gostar de “estar doente”. Partindo destas reflexões, que me causaram perplexidade, pois não conseguia identificar o significado relativo a doença crônica para estes seres, já que elas não se percebem como tal, e a partir desta constatação, elaborei a questão norteadora: *De que maneira o adulto jovem, portador de doença crônica, realiza o cuidado de si?*

Para responder a esta questão, tracei os seguintes *Objetivos*:

1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer o cotidiano do ao adulto jovem portador de doença crônica, as possibilidades e limitações para o seu cuidado, fundamentada no referencial teórico humanista de Paterson e Zderad.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar, no ser adulto jovem portador de doença crônica, quais as possibilidades e limitações para cuidar de si, presentes no seu cotidiano.

Averiguar os possíveis enfrentamentos utilizados, pelo ser adulto jovem portador de doença crônica, para conviver com suas limitações.

Analisar o processo vivido pela enfermeira numa relação/proposta de cuidado humanizado.

2 APRESENTANDO A TEMÁTICA

“A força de ser pessoa significa a capacidade de acolher a vida assim como ela é, em suas virtudes e em seu entusiasmo intrínseco, mas também em sua finitude e em sua mortalidade.

A força de ser pessoa traduz a capacidade de conviver, de crescer e de humanizar-se com estas dimensões de vida, de doença e de morte”
(Leonardo Boff).

Neste capítulo, vou ao encontro das literaturas em busca de subsídios para dar sustentação a este estudo. Primeiramente, apresentarei alguns aspectos sobre o cuidar/cuidado para perceber as variadas formas como este ocorre no cotidiano dos seres humanos, e assim poder reconhecê-lo neste estudo. Após, lanço um olhar sobre o processo saúde doença e na seqüência sobre a doença crônica, uma vez que este estudo não tem o propósito de trabalhar com os aspectos patológicos em si, mas a sua repercussão no cotidiano do adulto jovem portador de doença crônica. Para isto, revi alguns estudos sobre a temática.

2.1 O Cuidar/Cuidado: Alguns Aspecto

Ao pensar o cuidar/cuidado, procurei na literatura a que tive acesso sobre a temática, e constatei que o cuidado tem merecido atenção de estudiosos não só da enfermagem, mas também da psicologia e da filosofia, através de pesquisas sob a prática do cuidar na busca de compreender seu significado.

Cuidar/cuidado, expressão conjugada que busca falar da ação de quem cuida, verbo cuidar, bem como do resultado desta ação. Percebo, nesta expressão, o cuidador e aquele que recebe o cuidado, ligação de ação e intenção de pensamento e atitude de ação e resultado. Cuidar /cuidado parece traduzir a simbiose da intenção e do gesto. É como se os dois andassem de mãos juntas numa busca única do ser, do outro beneficiado pelo cuidado (Santana, 1998).

A palavra cuidado tem sua origem do latim *cura* (coera), e deriva também de *cogitare-cogitatus*, com o mesmo sentido de cura, isto é, cogitar, pensar, mostrar interesse, atitude de cuidado, de desvelo, preocupação e de inquietação pela pessoa das relações afetivas ou algum objeto de estimação. O cuidado acontece somente quando a existência de alguém é importante para nós (Boff, 1999).

Este último autor nos faz refletir sobre nossa cumplicidade ao nos rotularmos como profissionais do cuidado, pois precisamos estabelecer um vínculo com aquele que cuidamos; precisamos estar presente com o outro durante a prestação do nosso cuidado. Devemos *estar com* o outro neste gesto de cuidado, demonstrando um interesse legítimo, autêntico por ele, pois é desta forma que, ao cuidarmos do outro, estaremos também cuidando de nós.

Desde os tempos mais remotos, o cuidado tem sido praticado, em todos os âmbitos da vida do ser humano quando este nasce, cresce, adoce e morre, ele necessita de cuidados. Para Collière (1989), a partir do surgimento de uma vida, já há necessidade de cuidados, porque é preciso “tomar conta” (grifo da autora) da vida, para que ela permaneça. Entendo tomar conta, como as várias formas de cuidado que realizamos durante a nossa vida que promovam o desenvolvimento e a permanência da vida de outro ser e de nós mesmos. Neste sentido, a enfermeira parece identificar-se com o outro, o humano, o sensível. Parece carregar em si a inerência deste gesto. No outro está o nosso objeto de trabalho, nosso estímulo e a busca de ser esta enfermeira. Cuidar do outro é cuidar da vida. Cuidar da vida é cuidar de si.

Figueiredo et al (1998) cita que o cuidado nasce no espaço privado, na família, no qual a mulher é a primeira pessoa a cuidar do filho, do marido, dos parentes, dos vizinhos, e passa sua experiência para suas filhas, que disseminam seus conhecimentos de cuidar pelas comunidades.

Assim, a questão do gênero feminino no processo de cuidar fica estabelecida, e as mesmas autoras citam o cuidado como sendo uma marca histórico-social, pois as mulheres possuem sensibilidade, compaixão, compreensão, amor, aconchego e uma forma própria de ajudar a todos que dela necessitarem.

Historicamente, a enfermagem surge como profissão institucionalizada a partir de Florence Nightingale no final do século XIX, e conforme o preceito da autora, a mulher pelo seu instinto natural para cuidar dos seus familiares, amigos, vizinhos, bem como do ambiente no qual vive, caracteriza, desta forma, a questão do gênero para o cuidar na enfermagem, que conforme Fonseca (1996) constitui 90% da sua força de trabalho. No entanto, somente a partir da década de 80, enfermeiras americanas começam estudos sobre o cuidar/cuidado. Um dos primeiros foi o trabalho de Madeleine Leininger, sobre os cuidados realizados por pessoas em diversas culturas, surgindo a sua Teoria Transcultural do Cuidado, e desperta o interesse da enfermagem acerca deste tema (Crossetti, Arruda e Waldow, 1998).

Para uma melhor compreensão da temática, faço o seguinte questionamento: o que, é então cuidar?

Para Collière (1989, p.29) “... *manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação.*” Pode ser também “... *velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.*”

Morse et al (1990), em investigação e proposição teórica realizadas, cita os seguintes conceitos epistemológicos sobre o cuidar: o cuidar como uma

característica humana, imperativo moral, como afeto, como interação interpessoal e como intervenção terapêutica.

Já Leininger (1991) propõe o cuidar como a essência da enfermagem; Watson (1988), o cuidar como imperativo ideal é moral; e Roach (1993) sugere o cuidar como um modo de ser da enfermagem.

Waldow (1999, p.127), *“buscou entender o cuidar como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”*. O cuidado, para ela, passa a ser o fenômeno resultante do processo de cuidar. Desta forma, o processo de cuidar representa a forma como ocorre (ou deveria ocorrer) o cuidar entre cuidadora e o ser cuidado.

Assim, continua a autora, o cuidar envolve uma ação interativa verdadeira, alicerçada em valores e conhecimentos do ser que cuida para com o ser que é cuidado e que passa também a ser cuidador. Esta experiência resulta em uma situação de cuidado, em que o ser – recipiente do cuidado – participa (quando possível) ajudando-se. Desta forma, ele passa a cuidar de si, responsável em certa medida, total ou parcialmente pelo seu próprio cuidado.

Para Boff (1999, p.33), *“cuidar é mais que um ato; é uma atitude que abrange um momento de atenção, zelo e de desvelo. Uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.*

Partindo destas reflexões e pensando o cuidar como uma prática cotidiana do ser humano, pergunto: o que pode ser considerado uma prática de cuidado?

Collière (1989, p.29) chamou atenção sobre as práticas correntes, que seriam as práticas alimentares, de vestuário, habitação, sexuais...que favorecem o modo de vida, costumes. Estas práticas são construídas de acordo com a maneira

“...como os homens e as mulheres apreendem e utilizam o ambiente que os cerca, daí a infinita diversidade das práticas que, elas próprias, ao perpetuarem-se de maneira durável, geram

rituais e crenças. Esta orientação dos cuidados, baseadas em tudo o que contribui para assegurar a manutenção e continuidade da vida, nasceu daquilo que Edgar Morin chama a physis, isto é, a ciência da natureza”.

Waldow (1999), citando Collière considera o fato de que, por muito tempo, as práticas de cuidar, relacionadas às atividades da mulher, estavam ligadas à vida, isto é, tomar conta. Cuidar representando um conjunto de atividades para manter as funções vitais como: comer, beber, amamentar, vestir, educar. E essas atividades se organizam em torno de dois pólos: nascimento e morte.

Para isto, Waldow continua, a cuidadora utiliza o próprio corpo, o que expressa, comunica cuidado, não apenas no ato de gerar a vida e mantê-la, mas através do toque. Além disso, o corpo comunica sentimento através do olhar, da postura e da expressão facial (aceitação, empatia ou rejeição), acalmando, aliviando e confortando. Na verdade, cuidamos também quando nos fazemos presentes, através da linguagem não verbal, numa forma de nos comunicarmos sem palavras, apenas por um gesto, um toque, um olhar ou mesmo na ausência, quando nela podemos recordar o cuidado compartilhado.

Waldow (1999, p.111) afirma que o cuidado:

“... implica numa relação interpessoal irrepitível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo. Além disso, seus resultados nem sempre correspondem ao esperado – mesmo quando os princípios básicos de abordagem e manejo das situações são correta e completamente aplicados – podendo ser influenciados por fatores tanto tradicionais quanto emocionais, inerentes aos indivíduos envolvidos.”

Muitas vezes, durante minha trajetória profissional, elaborei cuidados de enfermagem ao cliente hospitalizado e, no momento da execução, deparava-me com situações específicas, como exemplo, a higiene corporal para o turno da manhã, quando o cliente realizava esta rotina à noite. Ao realizar a disciplina de Prática Assistencial do mestrado (Muniz, 1999), houve alguns encontros em que elaborei,

junto com a cliente adulto jovem portadora de doença crônica, o plano de cuidados para o próximo encontro, e ao chegar em seu domicílio, encontrava-a sob condições adversas, enfrentando problemas de saúde familiar. Neste momento, usando da percepção e compreensão, procurei ser solidária com seu momento existencial, ouvindo-a e orientando-a para um viver melhor.

Bettinelli (1998, p.49) afirma que *“a solidariedade na prestação do cuidado é uma luta diária contra a indiferença, contra o humanismo insensível e fechado, que são atitudes encontradas no ser humano e nas suas relações sociais.*

O autor considera que o cuidado solidário será fortalecido quando a enfermagem souber agir e possuir habilidade de contornar os conflitos, conhecer e reconhecer as diferenças existentes entre as pessoas, e respeitando, na medida do possível, as vontades, os desejos, valores, hábitos e costumes do ser humano.

Para Bettinelli (1998, p.44), este cuidado

“... está intimamente ligado ao processo de interação e de relação pessoa a pessoa. A partir do encontro se dará o enfrentamento das situações, que provocaram ou poderão provocar o desequilíbrio nas condições de saúde e de vida do ser humano. O cuidado será resultante da percepção/intuição/sensibilidade e da forma como o profissional/paciente valorizam a vida. Neste processo de interação, troca, solidariedade, partilha de experiências e para garantir equilíbrio e harmonia no sobreviver com mais qualidade. As respostas dadas às necessidades visualizadas/sentidas/percebidas/manifestadas não podem ser rígidas, hierarquizadas, mas flexíveis e maleáveis, valendo-se da intuição e da sensibilidade, como meios de reconduzir o ser humano a um viver melhor.”

Waldow (1999, p. 55) denominou como *Cuidado Humano* esta forma de cuidar, que respeita o ser humano, suas concepções, modo de vida e direito a escolhas. Para ela, *“Cuidado Humano envolve ética, princípios e valores que deveriam fazer parte não só do ensino, mas do cotidiano do meio acadêmico e, da prática profissional...não pode ser prescrito, não segue receitas. Ele é sentido, vivido, exercitado.”*

Desta forma, no cuidado humano existe um compromisso, uma responsabilidade em que estamos no mundo, não fazendo somente aquilo que nos satisfaz, mas ajudando a construir uma sociedade com base em princípios morais.

Assim sendo, Waldow (1999, p. 129) considerou como objetivos do cuidar:

“...aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar e fazer. A cura pode ocorrer ou não, assim como a morte. O cuidado é imprescindível em todas as situações de enfermidades, incapacidade e durante o processo de morrer. Na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado humano também é imprescindível, tanto como uma forma de viver e se relacionar.”

A enfermagem, ao prestar cuidados, deve estar, também, atenta para as situações vividas no cotidiano do ser que é cuidado, suas crenças, atitudes, valores que poderão influenciar, de alguma maneira, o cuidado de si. No entanto, para que o profissional de enfermagem consiga perceber estas situações, é necessário um preparo, um mergulho para o autoconhecimento como ser profissional, mas também como ser histórico e social, para que ele consiga perceber-se conhecer-se e assim, estar, aberto para as situações existenciais do ser que cuida.

Sob este aspecto, Paterson e Zderad (1979) consideram a enfermagem humanística como um ato de cuidar em seu aspecto mais simples e geral. Implica uma resposta humana valorizando o potencial humano, proporcionando o bem estar e o estar melhor, durante sua existência plena. O cuidado de enfermagem humanística é a forma de estar com, uma presença viva, requer estar atenta a uma situação, captar os sinais, estar aberta às possibilidades no aqui e agora, compartilhando. A enfermagem humanística exige um compromisso existencial, isto é, uma presença viva da enfermeira. Este compromisso pode ser pessoal ou profissional. Pessoal quando é um ato vivo que emana desta enfermeira que é singular. É uma resposta deliberada a uma necessidade do momento, e que, portanto, não pode ser programada. Quando profissional, possui um objetivo, com base na arte-ciência que pode ser explicada, e suscetível a mudanças do momento.

Segundo as autoras acima citadas, o processo de cuidar é perceber no outro um ser singular, com conhecimentos, crenças, valores e que realiza atos/ações de cuidar/cuidado que devem ser valorizados. É compreender o ser humano na sua totalidade, e estar aberto às situações vividas e experiências que possam ser compartilhadas, nas quais a enfermeira e paciente possam trocar conhecimentos e construir juntos novas formas de cuidar. Isto só poderá ocorrer através do diálogo vivo, em que o ser enfermeira e o ser paciente são presenças vivas, através da relação intersubjetiva¹ sujeito-sujeito, estabelecendo tanto uma troca de conhecimentos na busca do desenvolvimento do potencial humano para o bem estar e estar melhor de ambos, quanto novas formas de cuidar que promovam uma qualidade de vida, dando significado próprio às situações vividas.

Boff (1999) em seu livro “Saber Cuidar”, faz uma analogia sobre o cuidado. Ele o considera como uma relação sujeito-sujeito, pois esta relação não é de domínio, mas de com-vivência², de inter-ação³ e comunhão⁴.

Para ele são necessárias algumas formas de cuidar, como:

- Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com elas.

- Cuidar do outro é zelar para que a ação do diálogo eu-tu seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amor.

- Cuidar do nosso corpo na saúde e na doença implica cuidar da vida, cuidar do conjunto das relações com a realidade que passa pela higiene, alimentação, pelo

¹ Intersubjetiva/Intersubjetivo: termo usado na filosofia contemporânea para designar: 1º o que se refere às relações entre os vários sujeitos humanos como quando se diz “Experiência I”; 2º O que é válido para um sujeito qualquer, como quando se diz “Conceito I” ou “Verificação I” (Abbagnano, 1998 p. 580)

² Com-vivência/convivência: do latim *conviventia* ato ou efeito de conviver, relações íntimas, familiaridade, convívio. Trato diário (Ferreira, 1995).

³ Inter-ação: (de inter+ação) s.f. 1. Ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais pessoas, ação recíproca. 2. Ação mútua entre duas partículas ou dois corpos. 3. Força que duas partículas exercem uma sobre a outra, quando estão suficientemente próximas (Ferreira, 1995).

⁴ Comunhão: do latim *communione*. S.f. 1. Ato ou efeito de comungar. 2. Participação em comum em crenças, interesses ou idéias. Conjunto daqueles que comungam os mesmos ideais, crenças ou opiniões; comunidade (Ferreira, 1995).

ar que respiramos, forma como nos vestimos, pela maneira como organizamos nossa casa e nos situamos no mundo. Significa, ainda, a busca de assimilação criativa de tudo o que possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Cuidar do corpo de alguém é contribuir para sua vida. É através do corpo que se mostra a fragilidade humana. A vida corporal é mortal. A aceitação da mortalidade da vida nos faz entender de forma diferente a saúde e a doença.

Entendo que no adulto jovem, portador de doença crônica, o “estar doente” faz com que ele reflita a totalidade de sua existência e a sua própria mortalidade, na qual a sua vida adoece em suas várias dimensões, como Boff (1999) tão bem descreveu: em relação a si (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde, no seu domicílio, num hospital), em relação com o sentido global da vida, (inquietações, poucas respostas para compreender o porquê da situação que está enfrentando e daí o seu questionamento quase permanente: Por que eu fiquei doente?).

Sendo assim, perceber, no adulto jovem portador de doença crônica, seus enfrentamentos no cotidiano, certamente irá auxiliar a construção do conhecimento de como ele realiza o próprio cuidado. Com este conhecimento, a enfermagem, como profissão de cuidado essencial, Leininger (1985); Boff (1999) ou de gente que cuida de gente Horta (1971), poderá estabelecer uma relação autêntica de ajuda, de conforto, envolvimento, preocupação. Poderá estar presente, ter compaixão, consideração, ser solidário (Bettinelli, 1998), expressar sentimentos, compreender, demonstrar habilidade técnica e conhecimento científico. Poderá ainda ter segurança, valorizar o outro, saber ouvir e, principalmente, respeitar o outro como um ser na sua multidimensionalidade.

2.2 O Processo Saúde-Doença

A prática da Enfermagem, embasada nas concepções de saúde e doença, possui como referencial uma sustentação no saber humano. A este saber, no entanto se faz necessária a complementaridade de várias áreas do saber científico, principalmente com relação às questões de saúde.

Ao fazer uma análise do conceito de saúde da OMS, Rezende (1989) o define como uma idéia dinâmica, *“um contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive, sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser modificado.”* Considera a saúde como uma posição ativa e dialética do homem frente as constantes situações de conflitos entre ele e o ambiente.

Já Laurell (1982) define a doença sob dois aspectos: o médico-clínico, pois *“doença é um processo biológico do indivíduo”*; e o ecológico, pois *“doença é um resultado do desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente”*.

Para esta autora, a natureza social da doença não é verificada através do caso clínico, mas através da característica própria do adoecer e morrer entre os grupos sociais. Isto é, o caráter histórico da doença e sua articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença são configurados à medida que surgem as necessidades das classes dominantes, representadas pelas necessidades da sociedade, condicionando, assim, o conceito de saúde e doença naquele período histórico e portanto social.

Esta assertiva pode ser comprovada quando observamos as campanhas nacionais enfocando a prevenção do câncer de mama, o tabagismo na adolescência, a diabetes juvenil entre outros. Penso que estas campanhas visam a redução do gastos públicos com o tratamento, uma vez que promovem a prevenção da doença e não a manutenção da saúde, embora essa pareça estar implícita. Ao lançar um olhar para as pessoas portadora de doença crônica, percebo que, apesar da existência de

programas de saúde para o atendimento destes indivíduos, os programas visam a doença e não a promoção da saúde, de melhor qualidade de vida.

Sabe-se que o processo saúde-doença está inserido no contexto sócio-político-econômico e cultural da saúde. Se formos verificar as causas e predisposições das doenças crônicas, encontramos, além das genéticas, as relacionadas com os baixos salários, a instabilidade econômica, o desemprego, a insegurança e estresse. Estas pessoas, certamente, estão mais dispostas a alguma doença crônica, principalmente as decorrentes do estresse, como as do aparelho cardiovascular, a hipertensão e outras cardiopatias que podem ser fatais.

2.3 Contextualizando a Doença Crônica

As doenças crônicas possuem algumas diferenças em relação às doenças infecciosas. Conforme Silva (1990), estas diferenças ocorrem através de quatro dimensões, quais sejam: a *primeira* refere-se à existência de causas comuns a ambas, como os fatores genéticos, nutricionais, psicológicos e sociais; a *segunda* dimensão é o tempo de duração: as doenças infecciosas são geralmente agudas e de curta duração, e as doenças crônicas têm período indefinido e geralmente são permanentes; a *terceira* é a identidade, que se refere à percepção que o indivíduo tem acerca da doença: a infecciosa possui vários agentes causadores com, quase sempre, sintomatologia clara. A doença crônica, na maioria das vezes, não é muito evidente em sua sintomatologia, dificultando o diagnóstico e, quando o mesmo ocorre, a doença já se encontra em estágio avançado; e, finalmente, a *quarta* dimensão é denominada de resultado, pois, com tratamento adequado, a maioria das doenças infecciosas é curada, contrariamente às doenças crônicas que permanecem pelo resto da vida, embora em constante tratamento.

Um estudo sobre doenças crônicas, realizado no Chile por Cabrera et al (1994), utilizou a Classificação Internacional de Enfermidades (CIE), que agrupa as

diferentes condições de morbidade em 17 grupos de causas, segundo os critérios epidemiológicos. Entre eles, estão: doenças epidêmicas; doenças de constituições gerais, doenças ordenadas por localização; doenças do desenvolvimento e traumatismos.

Quanto aos grupos referidos anteriormente, os autores revelam que os principais grupos de doenças crônicas são: as doenças cardiovasculares, Diabetes, cirrose hepática, doenças pulmonares crônicas, doença renal crônica, doenças mentais e tumores malignos (Cabrera *et al*, 1994).

Trentini *et al* (1990), num estudo sobre doenças crônicas e as mudanças no estilo de vida destes pacientes, detectou que, dos 45 entrevistados, 57,8% apresentavam problemas cardiovasculares; 24,4% possuíam Diabetes e 17,8% apresentavam problemas respiratórios. As mudanças no seu estilo de vida enfrentadas por estes pacientes foram: *novas incumbências*, que seriam as tarefas de fazer regime de tratamento, conhecer a doença e aprender a lidar com os incômodos físicos; *perdas* que podem ocorrer nas relações sociais, financeiras, capacidade física, atividade de lazer e no prazer de beber e fumar; e por último *ameaças*, que podem atingir a aparência individual, a vida e a preservação da esperança.

A Comissão Nacional das Doenças Crônicas dos Estados Unidos, em 1956, elaborou a seguinte definição para doenças crônicas, segundo Silva (1990, p. 11):

" Todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação e talvez requeiram um longo período de supervisão, observação ou cuidado".

Os autores citados, além de definir a doença crônica, enfocam os desafios/enfrentamentos que estas acarretam ao Ser⁵, já que a maioria dos pacientes

⁵ Este Ser entendido como um Ser Humano, consciente, um Ser mais e melhor em sua existência. Segundo Ferreira (1995) Ser é: Ter existência real, existir, haver, achar-se, encontrar-se em um dado momento; estar. O que existe ou o que supomos existir; ente. Homem, indivíduo, pessoa criatura. A natureza íntima de uma pessoa, sua essência.

não possui preparo para lidar com esta situação de cronicidade que vivenciam. Nunes (1982) revela que a maioria das pessoas portadoras de doenças crônicas recebe informações a respeito da doença de forma inadequada, incapacitando-se para assumir o seu autocuidado ou, até mesmo, para elaborar formas de enfrentá-las.

O interesse por estudar o Ser Humano adulto jovem portador de doença crônica, surgiu durante minha vida profissional, no contexto hospitalar. Por oito anos atuando como enfermeira assistencial, vivenciei um grande número de casos de doenças crônicas afetando, na grande maioria, pacientes com idade superior a 50 anos, mas também com grande incidência em pacientes jovens.

Neste período, percebi que havia alguns problemas comuns àqueles indivíduos, como os relacionados com o regime de tratamento e com as restrições impostas por sua condição, tais como a alteração da sua capacidade de trabalhar e/ou executar as atividades cotidianas.

Percebi, também que, nos serviços que atendem o Ser Humano portador de doença crônica, tanto em regime de internação como de atendimento externo, isto é, no posto de saúde e/ou ambulatório, não existe uma especificidade quanto ao atendimento do adulto jovem. Este ocorre, de forma sistematizada, semelhante ao dispensado ao idoso, no qual as ações curativas são predominantes, em relação às preventivas. Desta forma, parece ocorrer um despreparo da equipe de saúde, para o cuidado destes pacientes jovens, no que se refere à prevenção de complicações de sua cronicidade, ficando os mesmos propensos a morte prematura, devido a problemas cardiovasculares e/ou renais.

Esta afirmativa decorre de uma experiência vivida por mim, ao supervisionar atividades práticas dos alunos do curso de graduação de enfermagem na unidade de terapia intensiva. Deparei-me com uma mulher jovem, 40 anos, com diagnóstico de diabetes descompensada, com nefropatia diabética e cegueira desde os 30 anos de

idade. Seu quadro era crítico, e eu, como profissional, me senti responsável⁶ pelas manifestações prematuras das complicações do diabetes que ela apresentava. Neste momento, questionei-me a respeito de quantas pessoas jovens portadoras de doença crônica encontravam-se sujeitas a estar num quadro semelhante, por desinformação ou por informação inadequada ou, quem sabe, pelas escolhas que fizeram no decorrer de sua vida.

Freitas e Mendes (1999) consideram que a enfermeira, ao assumir o cuidado de pessoas com doença crônica, deve perceber a situação real vivida por elas e pelas famílias, e considerar o processo de enfrentamento e adaptação pessoal, familiar e comunitária, valorizando as experiências relatadas por estas pessoas bem como os fatores culturais, religiosos, sociais e psicológicos nos cuidados de enfermagem a serem prestados. Referem ainda, que a falta de informações ou mesmo algumas intercorrências tornaram difícil a adaptação e a aceitação desta realidade.

As autoras entendem que a enfermagem deve reconhecer estas situações para a execução do cuidado, pois somente assim poderá se utilizar de estratégias e métodos de trabalho que poderão auxiliar nos cuidados a serem realizados e incentivar o desenvolvimento de atitudes positivas diante da situação vivida perante a doença crônica.

Alguns trabalhos realizados acerca da doença crônica abordam alguns aspectos como o de Silva (1990), ao tratar sobre os *Desafios e Enfrentamentos: um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde*, realizado em um hospital de ensino em Florianópolis. Com uma amostra de 45 pacientes, teve como resultados que existem para este grupo diferentes tipos de desafios decorrentes desta condição listados a seguir: ter que fazer regime de tratamento; lidar com desconfortos físicos, procurar conhecer sua doença, foram agrupados e denominados de *Novas Incumbências*; outros desafios como: perda da capacidade física, perda das atividades de lazer, perdas nos relacionamentos sociais,

⁶ Responsável: Que responde por atos próprios ou de outrem. Que responde legal ou moralmente pela vida, pelo bem-estar de alguém. Que tem noção exata de responsabilidade; que se responsabiliza pelos seus atos; que não é irresponsável (Ferreira, 1995.)

perdas financeiras, perda de prazeres como fumar e beber, perdas nos relacionamentos sexuais, no prazer de comer o que gosta. Outros desafios também considerados perdas mas denominados como ameaças foram: ter receio sobre sua vida, preocupar-se com a aparência. Para enfrentar estes desafios, segundo a autora, os indivíduos procederam de diferentes formas, porém às vezes utilizaram a mesma maneira para desafios diferentes.

Percebe-se, pelos dados, que independente dos desafios a serem enfrentados, cada pessoa agiu/reagiu conforme suas crenças, valores, condições sócio-econômicas e sua visão de mundo. O que demonstra que é indispensável que se valorize o conhecimento anterior, sua história e espaço no mundo do ser que está doente, ao mesmo tempo em que se conheça como vive e se relaciona com os outros, na sua comunidade. A compreensão do ser humano é de vital importância para que a enfermeira possa auxiliá-lo na realização dos cuidados. Orientações preventivas de complicações são importantes mas, provavelmente, só terão significado para o cliente se estas forem acompanhadas de uma reflexão sobre suas condições existenciais, se a enfermeira conhecer sua real situação e efetuar uma orientação embasada neste conhecimento.

A tese de Gonzalez (1993), *“A doença veio para ficar”*, estudo etnográfico sobre a vivência do ser diabético, teve como objetivo conhecer o universo cultural de uma clientela ambulatorial de portadores de diabete mellitus, vivenciando o fenômeno saúde-doença dentro de um contexto cultural. A autora conclui dizendo que a expressão *“a doença veio para ficar”* foi a forma como os clientes vivenciaram a doença no seu meio e os significados que atribuem à cura. Quanto às dimensões da maneira de pensar e sentir a doença, eles, metaforicamente, a designaram como doença perigosa, impossível, exasperante, que ataca e fica. Uma doença de natureza perigosa, que provoca sentimentos de tristeza, angústia, medo, finitude entre outros. Pela situação de cronicidade da doença, os clientes procuram diferentes tratamentos derivados da lógica percebida da causalidade da doença e dos

significados que para eles tem. Quando vivenciam sensações de dor e de sofrimento derivadas da evolução crônica, torna-se difícil o conviver com a doença e aceitá-la.

Visualizar a experiência de vivenciar o fenômeno saúde-doença do ser diabético, para a autora, é uma forma de como um processo limitante pode oferecer uma estratégia para prestação de cuidados humanizados para a enfermagem.

O estudo de Santana (1998), teve como cenário *O corpo Diabético: significados e subjetividade*. A autora aponta possibilidades de a doença ser um constitutivo do ser humano, não desarticulada da saúde, descreve formas de enfrentamentos da doença, concebidos como desvios, e oferece oportunidade para refletirmos como profissionais da saúde, sobre uma visão positiva da doença, e a estarmos mais atentos ao outro, no que se refere ao seu corpo, gestos, linguagem e cultura. Para isto aponta alguns questionamentos para reflexão sobre a possibilidade de o ser enfermeiro permitir que o indivíduo de quem cuida, seja partícipe de uma relação EU-TU, e não EU-ISSO, e que a história do cuidado ao ser humano diabético seja vivida por um de nós, numa via de mão dupla.

Partindo destas reflexões, desenvolvi este trabalho junto ao adulto jovem, portador de doença crônica, tendo como referencial a teoria de Enfermagem Humanista de Paterson e Zderad. A escolha deste referencial, que objetiva conhecer o significado do fenômeno vivido, por certo irá contribuir para que eu possa conhecer o cotidiano destes indivíduos e assim, possibilitará a construção compartilhada, entre a enfermeira e o cliente, de formas de cuidado que possam atendê-lo na sua especificidade. Haja visto que, alguns dos trabalhos referidos anteriormente, parece que às práticas de cuidados estão direcionadas para o enfrentamento e tratamento específico da doença, pois não são observados, pelos profissionais da saúde, a singularidade do ser humano que está sendo cuidado, nem observado as possibilidades e limitações do portador de doença crônica para a promoção das condições de saúde.

3 BUSCANDO UM MARCO REFERENCIAL

“A enfermagem humanística não é somente o fazer, mas é uma forma de estar com e fazer com o outro. A enfermagem humanística é sensível a realidade da situação no sentido existencial do Ser Enfermeira e do Ser Cliente” (Paterson e Zderad).

Apresento, neste momento, a proposta teórica elaborada para conhecer o adulto jovem com doença crônica vislumbrando um cuidado humanizado.

Primeiramente, apresentarei a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pois foi a base norteadora deste estudo. Após descreverei o marco conceitual, os pressupostos e os conceitos que nortearam a prática assistencial.

Gostaria de ressaltar que a escolha da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, para a realização deste estudo, vem ao encontro das minhas crenças e atitudes no fazer enfermagem durante a trajetória profissional e muito tem contribuído na compreensão do ser humano por mim cuidado hoje. Isto tem reflexo, também, no meu ser pessoal.

3.1 Entrando no Mundo Humanista de Paterson e Zderad

A abordagem teórico-metodológica que adotei como referência para a prática assistencial, é proposta pelas teóricas de enfermagem Paterson e Zderad. Trata-se de uma teoria para a prática a partir de experiências vividas pela Enfermeira e cliente,

com base na enfermagem fenomenológica. A fenomenologia, segundo Praeger & Hogarth (1993), é considerada o estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular.

A teoria humanística dá origem à enfermagem humanística ou enfermagem fenomenológica na forma concebida por Paterson e Zderad (1979). Ela evoluiu a partir da motivação de que a enfermagem constitui-se de uma experiência existencial, pois o conceito de enfermagem humanística deriva da psicologia humanística. Esta teve sua origem a partir de pensadores como Husserl, Marcel, Buber e Nietzsche, surgida entre a enfermagem freudiana e a comportamentalista. Essa nova corrente filosófica concebia a psicologia freudiana como limitada, enquanto que a psicologia comportamentalista era vista como mecanicista.

Esse movimento teve seu espaço em fins do século XIX, surgindo no século XX uma nova forma de pensar a experiência humana. A enfermagem humanística é resultante de várias experiências em enfermagem clínica, reflexão e exploração das experiências na forma como foram vivenciadas com clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e profissionais que prestam cuidado (Praeger e Hogarth, 1993).

A enfermagem humanista se preocupa com a experiência dos indivíduos como fenômenos de suas vidas, as quais têm possibilitado a existência de escolhas permanentemente, de modo que são responsáveis por suas vidas e seu desenvolvimento. Para Leopardi (1998), o ato de cuidar fornece subsídios para o desenvolvimento do Ser Humano.

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é entendida como um diálogo vivo que requer o envolvimento enfermeiro/cliente, sendo o cuidado a "característica essencial da enfermagem". A enfermagem surge como resposta aos males da condição humana em determinadas situações: quando um Ser Humano necessita de ajuda o outro a proporciona. O significado da enfermagem como ato humano está no ato em si. No entanto, a enfermagem humanística ou

fenomenológica só pode ocorrer através do compromisso autêntico do enfermeiro de estar com o cliente e de agir com ele.

Os elementos da estrutura do marco referencial para a enfermagem humanista, conforme Paterson e Zderad (1979), permitem, para a enfermagem, explorar, com liberdade, uma grande variedade de pontos de vista com imaginação e criatividade. São eles:

Homens encarnados (Ser Humano e enfermeira/enfermagem) que se encontram (Ser e vir a Ser), numa transação Intersubjetiva (estar com e fazer com), voltados para uma meta (zelar pelo bem estar e estar melhor), acontecendo no tempo e no espaço (assim medido e vivenciado pelo cliente e enfermeira) num mundo de homens e coisas.

Para a utilização desta estrutura como teoria da prática da enfermagem, Paterson e Zderad (1979) sugerem três conceitos que, juntos, formam a base da enfermagem humanista: *o diálogo, a comunidade e enfermagem fenomenológica.*

- Diálogo vivido

O diálogo vivido é a relação entre a enfermeira e o cliente de modo criativo. É vivido através das ações de enfermagem, com significados diferentes para o cliente e a enfermeira (cuidar e ser cuidado), podendo as ações de enfermagem serem catalisadoras ou ocasiões para as mudanças no diálogo, abrindo-o ou desviando-o para uma questão a ser abordada. Envolvidos neste diálogo, estão o encontrar-se, o relacionar-se, o estar presente e os chamamentos e respostas.

O encontro é o momento em que os Seres Humanos se reúnem. Caracteriza-se pela expectativa da troca, do dar e receber. Pode ser planejado ou inesperado, podendo influenciar e ser influenciado pelos sentimentos, significados de cada um, pois, no sentido existencial, cada um é produto de sua própria escolha, é sua própria história.

A relação é a forma de lidar com o outro, estar com o outro. Os Seres Humanos se relacionam de duas formas: sujeito-objeto e sujeito-sujeito. A relação sujeito-objeto é a forma de nos relacionarmos com os objetos ou em situações de ver o outro como um objeto/patologia. Na relação sujeito-sujeito, nos conhecemos e conhecemos o outro como indivíduo singular, inteiro, com existência e vida. Nesta relação com os Seres Humanos, desenvolvemos o potencial humano.

Tanto a relação sujeito-objeto como sujeito-sujeito são essenciais para a existência humana (Paterson e Zderad, 1979). Entretanto, penso como essencial para o cuidado de enfermagem, a relação sujeito-sujeito. Nessa relação, o homem é visto como alguém que pensa, tem escolhas e identidade. Esse tipo de relação, em que está presente a subjetividade, é característica de um pensar humanístico e fenomenológico.

A presença da enfermeira, que não se limita em seu aspecto físico, é a qualidade de estar aberta, receptiva, pronta e disponível para a outra pessoa de modo recíproco, com o intuito de apreender o momento existencial do outro. Será percebida pelo cliente como um Ser Humano preocupado com uma maior compreensão da experiência do ser do cliente, proporcionando um diálogo autêntico, presença viva.

Os chamamentos e respostas referem-se à capacidade das enfermeiras de relacionar-se com os aspectos subjetivos e objetivos das situações vividas, simultaneamente. Enfermeira e cliente chamam e respondem um ao outro; quando o cliente chama necessitando de cuidados, a enfermeira responde provendo os cuidados solicitados. Podem acontecer de forma verbal ou não-verbal. Esta comunicação pode ser transacional, seqüencial e simultânea. Barbosa (1995) alerta para a enfermagem estar atenta ao prestar os cuidados e reconhecer-se como chamamento e respostas intencionais.

- Comunidade

Paterson e Zderad (1979) entendem que é na comunidade que acontecem as relações, o diálogo. Elas acreditam que é através das relações em comunidade que o ser humano torna-se mais e melhor, pois influencia e é influenciado pelas relações do ambiente no qual vive. As pessoas se tornam diferentes do que eram a partir da relação em comunidade, pois cada ser humano é singular e histórico, e passa a adquirir a identidade da comunidade, onde vivem com outros seres humanos, singularmente diferentes. Esta comunidade pode ser um grupo, a família, amigos, duas ou mais pessoas que, através do partilhar intersubjetivo de significado, em comunidade, recebem conforto e cuidados. A relação enfermeiro/cliente pode acontecer na comunidade hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

- Enfermagem fenomenológica

Conforme Barbosa (1995), a enfermagem fenomenológica coloca-se como uma teoria da prática de enfermagem baseada na filosofia existencial⁷, procurando o significado da Enfermagem no ato existencial e valorizando a experiência como um meio de desenvolver nova teoria através da descrição fenomenológica da arte-ciência de enfermagem; é a enfermagem sendo vista dentro do contexto humano. A enfermagem fenomenológica de Paterson e Zderad (1979) é uma proposta metodológica para descrever e compreender as situações em que a enfermagem possa relacionar-se com o cliente de uma forma mais humana e curativa. Há cinco fases nessa abordagem, conforme apresentadas a seguir:

⁷ Filosofia existencial ou existencialismo é uma corrente de pensamento iniciada por Kierkegaard no século XIX, na qual se distinguem Heidegger, Jaspers e Sartre, para o qual o objeto da própria reflexão filosófica é o homem na sua existência concreta, o "ser-no-mundo" a partir da qual, o homem, condenado à liberdade, por já não ser portador de uma essência abstrata e universal, surge como arquiteto de sua vida, o construtor do seu próprio destino, submetido embora a limitações concretas (Ferreira, 1995).

- PRIMEIRA FASE: *Preparação do enfermeiro com conhecimento para que possa conhecer.* A enfermeira deve preparar-se para estar aberta às experiências humanas ampliando sua possibilidade através do conhecimento e compreensão do Ser Humano, através de reflexão, contemplação, discussão e o autoconhecimento. Paterson e Zderad (1979) entendem que a enfermeira deve subjetivamente vivenciar o outro; para isto, precisa obter sensibilidade da condição humana, através de terapias de crescimento pessoal.

- SEGUNDA FASE: *A enfermeira conhece o outro de forma intuitiva.* Nesta fase, Meleis (1985) reinterpretando Paterson e Zderad, refere que elas conceberam ver o mundo através dos olhos do outro. O conhecimento intuitivo supõe a relação EU-TU, estar aberto ao sentido da experiência do outro. Para que a enfermeira possa captar, de forma intuitiva, o fenômeno de uma situação de enfermagem, as teóricas sugerem que a enfermeira vá à situação de enfermagem sem preconceitos, evite expectativas, rótulos e julgamentos. Paterson e Zderad (1979), também, salientam que, na investigação de enfermagem, o problema a ser resolvido é o conhecimento que se tem do outro, o modo em que vive e vê o seu mundo.

- TERCEIRA FASE: *A enfermeira conhece o outro de modo científico.* É a separação daquilo que é conhecido, em que os fenômenos intuitivamente conhecidos são encarados, analisados, comparados, interpretados, recebendo um nome e categoria, buscando relação entre as partes. Segundo Paterson e Zderad (1979, p.12): "*o desafio de comunicar a realidade do mundo vivido da enfermagem requer autenticidade com o self e um esforço rigoroso na seleção de palavras, frases e gramática precisa*".

- QUARTA FASE: *A enfermeira, de modo complementar, sintetiza outros conhecimentos.* A enfermeira compara e sintetiza as múltiplas realidades conhecidas, permitindo um contraste entre elas, e amplia a compreensão própria acerca da enfermagem, levando em conta a experiência pessoal e a experiência de cada cliente.

- QUINTA FASE: *A sucessão, no íntimo da enfermeira, das multiplicidades à unidade paradoxal*: Surge a partir de um processo descritivo de um fenômeno vivido, em que a enfermeira, tendo assimilado a experiência do outro como uma totalidade coerente, afirma sua compreensão pela proposição de condutas terapêuticas que visem ao *estar melhor* do outro, como uma presença significativa no processo. É uma conclusão ampla que reflete a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para ambos.

3.2 Construindo o Marco Conceitual

O marco conceitual envolve conceitos gerais de: Ser Humano, saúde, enfermeira/enfermagem, sociedade. Neves & Gonçalves (1984) o definiram como uma construção mental, organizada, para dirigir um processo de investigação. Sua construção se origina a partir de conceitos inter-relacionados de uma teoria ou de suas partes.

Para Trentini & Dias (1994, p. 7), o marco conceitual é: "*... um conjunto de conceitos definidos e inter-relacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal a coerência intra e entre suas partes, formando uma totalidade.*"

Para a elaboração deste Marco conceitual, percebi a necessidade de traduzir em palavras escritas, os meus sentimentos, crenças e valores acerca do meu fazer enfermagem, a partir da consciência de mim e do outro, como um ser no mundo. Procurei harmonizar o meu pensar com o pensar de Paterson e Zderad, e suas concepções da enfermagem Humanista, por entender que possuem significados semelhantes.

3.2.1 Pressupostos

Para a realização da prática assistencial, procurei entrar em contato com os clientes livre de pré-conceito, estando aberta para a relação autêntica a qual me propunha, para percebê-los e entender o momento existencial de suas vidas. No entanto, senti a necessidade de algumas pressuposições que norteassem o meu caminho, que direcionassem esta prática assistencial, para não me perder nesta caminhada. Para isto, construí alguns pressupostos à luz do referencial teórico de Paterson e Zderad, considerando o cliente adulto jovem portador de doença crônica.

- As enfermeiras consciente e deliberadamente aproximam-se da enfermagem como uma experiência existencial (Paterson e Zderad, 1979);
- cada situação de enfermagem reciprocamente evoca e afeta a expressão e manifestações das capacidades para a condição de existência dos seres humanos (Paterson e Zderad, 1979);
- Seres Humanos são livres e se espera que se envolvam em seu próprio cuidado e nas decisões que envolvem sua vida (Paterson e Zderad, 1979);
- enfermeiras e pacientes coexistem sendo, ao mesmo tempo, dependentes e interdependentes (Paterson e Zderad, 1979);
- Ser Humano adulto é um indivíduo singular e único, histórico, aberto para novas experiências em que encontra significado próprio para a vida;
- a enfermagem humanista caracteriza-se como uma relação sujeito-sujeito, numa experiência intersubjetiva, na qual ocorre um verdadeiro partilhar entre o enfermeiro e o paciente;
- o ser humano adulto necessita conviver com o outro, quer numa relação pessoa a pessoa, quer grupal ou intergrupar;
- as pessoas vivem em comunidade/sociedade e, juntas, lutam por sua sobrevivência;

- quando uma pessoa está doente, o corpo manifesta mudanças, e essas influenciam o mundo da pessoa e a experiência de estar no mundo;
- a doença crônica é vista como uma situação que requer uma consciência de si e do outro, tanto para o ser doente como para sua família;
- a saúde do Ser Humano com doença crônica está relacionada com a consciência de si no mundo e sua luta pela sobrevivência;
- a família é o ponto de apoio do Ser Humano, e quando este está doente necessita de sua presença e cuidados constantes;
- a enfermeira realiza os cuidados de enfermagem ao Ser Humano com doença crônica, ajudando-o a tornar-se o melhor possível, um estar melhor em sua situação particular;

3.2.2 Conceitos do Marco

A seguir, apresentarei os conceitos trabalhados na prática assistencial, que considero essenciais neste marco conceitual: Ser Humano, saúde, doença, enfermeira/enfermagem, ambiente, estar melhor, família, cuidado, Ser Humano adulto jovem, portador de doença crônica, tendo por base as concepções propostas por Paterson e Zderad.

SER HUMANO: é singular, único, histórico, aberto ou não a novas experiências, realizando suas próprias escolhas, num processo existencial de vir a ser e ser no mundo, que se relaciona com outras pessoas e grupos, podendo ser familiar ou social e com o ambiente onde vive, onde expressa seus hábitos, crenças e valores. É nesta relação conjunta que luta por sua sobrevivência proporcionando bem estar e estar melhor, para si e para os outros.

AMBIENTE: é o espaço físico e social no qual o Ser Humano vive e interage, pode ser familiar, hospitalar e/ou grupos sociais (onde vive ou trabalha). O

ambiente pode interferir nas condições de saúde e doença de forma interna e externa, através dos fatores psicológicos, sociais e climáticos. O Ser Humano busca no ambiente formas de auxiliá-lo num viver melhor, constrói seu lar com base na harmonia⁸, natureza e vida.

SAÚDE/DOENÇA: a saúde é mais que a ausência de doença, pois os Seres Humanos possuem o potencial para estar melhor, influenciados pela experiência de ser no mundo. As situações em que vivenciam a doença e as mudanças decorrentes desta condição, poderão servir de instrumentos para encontrar sentido na vida.

A doença ocorre quando há um desequilíbrio físico ou emocional do Ser Humano, que pode necessitar da intervenção terapêutica de um profissional da saúde. Neste caso, a enfermeira, através da sua presença viva, poderá possibilitar a este ser, perceber nesta experiência de vida, algo significativo, um processo de vir a ser no mundo.

ENFERMEIRA/ENFERMAGEM: a enfermagem é uma experiência vivida no cuidado de uma pessoa para com a outra, através da relação Intersubjetiva, isto é sujeito-sujeito, interagindo com o Ser Humano adulto jovem portador de doença crônica, no sentido de encontrar suas escolhas de forma responsável no seu processo de viver e ser saudável. Está relacionada ao encontro especial entre Seres Humanos, em resposta a uma necessidade percebida, na qual a enfermagem provê cuidados com o objetivo de proporcionar um estar melhor, num verdadeiro partilhar com o outro.

Nesta relação, através do diálogo autêntico, enfermeira e cliente compartilham este momento existencial, buscando o significado do que é, para ele e sua família, esta experiência.

ESTAR MELHOR: condição que o Ser Humano possui de tornar-se tudo o que é, através da relação sujeito-sujeito, de uns com os outros. A enfermeira provê cuidado para o doente crônico, interagindo com ele, ajudando-o a fazer escolhas

⁸ Harmonia representada como forma agradável de convivência, equilíbrio. Para Ferreira (1995) Harmonia é: disposição bem ordenada entre as partes de um todo. Acordo, conformidade.

responsáveis no sentido de auxiliá-lo a tornar-se o melhor possível na situação particular de sua vida.

FAMÍLIA: unidade de cuidado, onde se aprofundam os laços de solidariedade. Fonte de ajuda para o ser portador de doença crônica, contribuindo para o seu bem estar e estar melhor. Possuem laços de consangüinidade ou emocionais, compartilhando ou não o mesmo ambiente e, de alguma maneira, influenciam e são influenciados pela experiência de conviverem com seu familiar doente.

CUIDADO: É uma ação que visa o desenvolvimento de formas que venham a proporcionar o bem estar e o estar melhor de uma pessoa para com outra, cujo objetivo está relacionado com a qualidade de vida da saúde/doença da condição humana, podendo ser realizado pela família, amigos e/ou enfermeira/enfermagem. O cuidado de enfermagem é realizado através da relação sujeito-sujeito, em resposta a uma necessidade percebida.

SER HUMANO ADULTO JOVEM PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA: é um ser adulto jovem, com idade entre 18 e 40 anos, que já possui uma identidade formada, podendo estar com profissão definida e/ou desempenhando atividades remunerada ou não (D'Andréa, 1991). Segundo o IBGE (1998) adulto jovem a partir dos 24 anos, pois dos 18 aos 24 seria jovem adolescente, pois é uma pessoa que ainda está estudando, e que não faz parte da população economicamente ativa.

O Ser humano portador de doença crônica é possuidor de um distúrbio físico ou mental, de longa duração, sugerindo incapacidade para atividades produtivas, com significativa mudança no estilo e qualidade de vida, cujos efeitos criam conflitos e situações psicossociais que necessitam de adaptação por parte do doente (Silva, 1990). Para tanto, necessita de cuidados de enfermagem que possam auxiliá-lo a encontrar sentido na vida, através da experiência por ele vivenciada, fortalecendo o seu potencial humano para o seu bem estar em busca de um estar melhor.

Uma pesquisa recente realizada no Sudeste e Nordeste pelo IBGE sobre Padrões de Vida 1996-1997 (IBGE, 1998) relata que a prevalência de doença crônica e degenerativa está intimamente relacionada com a idade, sendo os idosos os mais propensos a estas doenças (acima de 60 anos – 23,1%). No entanto, este mesmo estudo revela o total de casos de doença crônica no adulto com idade entre 20 e 59 anos (23,8%), o que a meu ver é bastante elevado, pois ultrapassa o percentual de doenças crônicas que acometem os idosos, embora esta pesquisa tenha sido realizada em somente uma parcela da população brasileira.

Ao pensar em prestar o cuidar/cuidado de enfermagem especificamente ao adulto jovem portador de doença crônica, estou embasada nos dados visto pelo IBGE, e também na minha prática profissional, na qual percebi o que designarei de “brecha”⁹ por parte da enfermagem, na observação deste ser em condição crônica, mas que não apresenta ainda, as seqüelas decorrentes da patologia, já num estágio mais avançado, e que por isso, não se percebe e não é percebido como um ser “doente”.

⁹ O termo “brecha”, neste trabalho, possui um significado simbólico, como um espaço, uma lacuna na qual a enfermagem não percebeu ainda a necessidade de voltar o seu olhar para o cuidado ao adulto jovem em condição crônica de saúde. Ele só é percebido quando necessita de cuidados de enfermagem, no momento que apresentar uma crise aguda da doença, reforçando assim a visão positivista da saúde.

4 CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

“Como posso conhecer sem percorrer os caminhos que me levem do banal ao essencial. As questões só terão respostas quando quisermos verdadeiramente conhecê-las.”¹⁰

Procurando descrever a trajetória metodológica, deste estudo, passo a apresentar sua caracterização, os critérios de seleção dos sujeitos, a descrição dos encontros e por último a análise dos dados.

4.1 Caracterização do Estudo

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa que, segundo Polit (1985), objetiva observar, descrever e compreender os aspectos de uma situação. Minayo, Deslandes, Gomes (1994) apontam que a abordagem qualitativa trabalha com um universo de significados e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

O estudo qualitativo destaca a interação do pesquisador com as pessoas que o integram. Desta forma, tive como ponto inicial o diálogo vivido, obtido a partir dos encontros da prática assistencial, que me permitiram conhecer o adulto jovem portador de doença crônica.

¹⁰ Reflexão da Autora

Para obter este conhecimento, utilizei a proposta metodológica da enfermagem fenomenológica de Paterson e Zderad (1979), que, nesta abordagem, se dá em cinco fases, as quais serão especificadas ao longo deste capítulo.

4.2 Sujeitos

4.2.1 Critérios para Seleção dos Sujeitos do Estudo

Com a finalidade de escolher os meus sujeitos, decidi traçar alguns critérios com requisitos básicos para sua escolha:

→ Ser adulto jovem portador de doença crônica, sendo que para este estudo delimito uma faixa etária dos 18 aos 40 anos, embora, segundo o IBGE (1998), o adulto jovem é a partir dos 24 anos, pois dos 18 aos 24 anos seria jovem adolescente, pois ainda dependem financeiramente dos pais.

→ Aceitar participar do estudo e concordar com a realização de visitas domiciliares;

→ Residir no perímetro urbano da cidade de Pelotas;

→ Possibilitar estabelecimento de uma relação empática entre o sujeito e a pesquisadora.

Havia proposto, também, como critério que os participantes do estudo aceitassem que os encontros fossem gravados. Este critério foi alterado por haver um dos sujeitos que se recusou a gravar sua entrevista. Entretanto, justifico manter sua participação no estudo pelo surgimento da relação empática entre pesquisador e pesquisado. Entendi que sua participação seria proveitosa para o resultado do trabalho. Por outro lado, entendi o seu direito na decisão de não aceitar a gravação e de minha parte a disposição de atendê-la neste particular.

4.2.2 Seleção dos Sujeitos

Iniciei a prática assistencial participando das reuniões do grupo de clientes portadores de hipertensão em uma unidade de saúde do Sistema Único de Saúde do município de Pelotas. Fui apresentada aos participantes pela médica que coordena o grupo e pela enfermeira, após o que apresentei a minha proposta.

Fiquei surpresa ao perceber a aceitação por parte das participantes bem como o interesse que todas demonstraram em participar do trabalho. Expliquei, então, que ficava difícil neste momento trabalhar com todas, uma vez que muitas delas não atendiam um dos critérios deste estudo, isto é, ser adulto jovem, ter idade entre 18 e 40 anos. Desta forma expliquei o objetivo deste estudo, obtendo sua concordância.

Durante o período em que aguardavam a avaliação médica individual, estabeleci um diálogo com os presentes, mais especificamente com as clientes adultas jovens.

Conversei, individualmente, com cada uma das clientes que aceitou participar deste trabalho. Neste momento, apresentei, com maiores detalhes, a proposta da prática assistencial e, à luz do referencial teórico proposto, procurei estabelecer um diálogo cordial, um vínculo empático, pois considero fundamental uma relação de confiança entre a enfermeira e a cliente, como forma de estar aberta e receptiva para compreender a situação existencial de cada Ser Humano.

Ao expor a proposta, solicitei o consentimento livre e esclarecido (anexo 02) dos participantes, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1996). Optei por não apresentar a carta que formalizava o convite (anexo 01), por perceber que esta poderia interferir no início da relação, desta forma a autorização para participar do trabalho foi mediada por acordo verbal, no qual após conhecerem a proposta, elas verbalizaram o seu aceite. Foram enfatizados os aspectos éticos e legais, que tinham liberdade para desistir no momento que quisessem, que seria respeitado o direito ao sigilo e anonimato e, para

assegurar-lhes esta prerrogativa, identifiquei-as bem como a seus familiares com nome de flores.

Comecei este trabalho com 04 adultas jovens portadoras de doença crônica, sendo duas delas mãe e filha. Porém estas duas, embora tenham demonstrado interesse, no decorrer do trabalho comecei a ter dificuldades de encontrá-las nos dias e horas agendadas. Assim mesmo, realizamos dois encontros. Entretanto, esses não foram suficientes para que pudesse aplicar o referencial teórico metodológico proposto. Justifico portanto, o motivo pelo qual não foram incluídas neste estudo.

Destaco, também, a orientação recebida, por ocasião do encontro da avaliação do andamento da prática assistencial, de dar continuidade somente com duas clientes portadoras de doença crônica, para possibilitar uma melhor análise da aplicação do referencial teórico de Paterson e Zderad. Assim sendo, dei continuidade à prática assistencial, somente com Azaléia e Flor de Liz.

Desta forma, as pessoas que constituem este estudo são duas mulheres, jovens portadoras de doença crônica: uma que denominei Flor de Liz, e a outra, Azaléia.

4.2.3 Apresentando os Sujeitos

Neste momento, teço algumas considerações sobre estas pessoas que se dispuseram a compor comigo o cenário desta prática assistencial.



☼ **FLOR DE LIZ** - dona de casa, 33 anos, cor branca, casada há 11 anos com Sr. Cravo, tem dois filhos um menino, Lírio (8 anos), e uma menina, Hortênsia (6 anos). Reside, há 5 anos, no bairro Jardim Florido em casa própria de alvenaria, em fase de acabamento com 3 quartos, banheiro e sala cozinha conjugada.

Seu marido está desempregado, e vivem dos trabalhos esporádicos que ele faz. Nos momentos que seu marido não consegue trabalho e conseqüentemente não tem dinheiro, recebe ajuda de seus irmãos e de sua mãe, seja financeira ou com o que estiver sendo necessário, como alimento ou vestuário para ela e as crianças. Conta que mantém uma relação muito boa com sua mãe e irmãos, e que já morou com eles por cinco anos, depois de casada. Nessa época, seu pai adoeceu, vindo a falecer, estando grávida do primeiro filho. E nesse momento de grande sofrimento, todos ‘ajudavam’ e ‘se ajudavam’ a cuidar do pai, fortalecendo, assim, os laços familiares; por isto existe uma afinidade muito grande entre eles.

Apesar de possuir estatura mediana, Flor de Liz é obesa, e embora ela diga que a obesidade não dificulta os seus movimentos, percebi que ela não tem muita agilidade, inclusive manifestou vontade de emagrecer pois tinha dificuldade para abaixar-se e realizar alguns afazeres domésticos. Com relação à doença crônica que possui, relata fazer tratamento medicamentoso com diurético e antiglicemiante oral uma vez ao dia pela manhã, como também dieta alimentar.

Quando descobriu que era portadora de doença crônica, ou seja, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes, não se preocupou muito, pois foi quando seu irmão mais velho também adoeceu, com problemas na coluna que o impossibilitaram de caminhar, o que se deu, segundo conta, há mais ou menos 1 ano. No entanto, relatou ter tido uma crise hipertensiva na primeira gravidez, e relaciona esta crise com o período da doença do pai. Já na segunda gravidez não apresentou crise hipertensiva pois relata ter tido uma gravidez tranqüila, sem problemas.

Após o primeiro encontro com ela no grupo de portadores de hipertensão, os encontros posteriores, num total de quatro, foram realizados em seu domicílio, conforme sua disponibilidade no turno da manhã das 10 às 11 horas.

Flor de Liz diz ser tímida, fala pouco e manteve a sua vontade de que os encontros não fossem gravados. Quando conheci seus filhos, percebi que possuem

as mesmas características da mãe, tímidos e falam pouco, porém ficaram o tempo todo junto, ouvindo com atenção.



☼ **AZALÉIA** – dona de casa, 35 anos, cor branca, reside no bairro Jardim Florido, em casa própria com o marido e duas filhas: Cravina de 11 anos e Prímula de 7 anos. Casada há 18 anos com Sr. Palmeira, 38 anos, que trabalha em dois empregos fixos e num temporário, para sustentar a família.

Embora seu marido tenha três empregos, o salário que recebe, cerca de três salários mínimos, mal dá para sustentar a família, pois eles tem muitas despesas com a doença da filha mais velha, esporadicamente, os seus sogros ajudam a pagar a farmácia. Isto é muito difícil, pois, segundo Azaléia, eles também são idosos, doentes e, também, têm muitos gastos na farmácia.

Teve seis gestações, seus quatro primeiros filhos morreram, devido à cardiopatia genética, poucos meses após o nascimento. Relata que os médicos a informaram que este tipo de problema genético é fatal no sexo masculino e, no caso de suas filhas, também com o mesmo diagnóstico, aumentam as chances de sobrevivência, desde que tratado, o que ocorreu até os sete anos com ambas as meninas. No entanto, a filha mais velha está em constante tratamento devido a complicações da doença e infecções frequentes, o que é motivo de grande preocupação para Azaléia e seu marido.

Azaléia é portadora de doença crônica (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes) há 15 anos. Os primeiros sintomas surgiram por ocasião da primeira gravidez. Quando soube da doença do primeiro filho, venderam o que tinham construído até então e, mesmo assim, não conseguiram salvar o primeiro filho nem os outros três.

Hoje ao falar sobre sua doença, diz que é doente pois é nervosa e se preocupa muito com suas filhas, principalmente a mais velha que está sempre doente. Diz

fazer tratamento medicamentoso para hipertensão e controla o sal na comida, e para a diabetes, evita ingerir alimentos que contenham açúcar.

4.3 Temporalidade e Espaço do Estudo

A realização dos encontros ocorreram nos meses de junho e julho de 1999, no turno da manhã ou tarde, dependendo da disponibilidade dos sujeitos.

O estudo teve início numa unidade de saúde do Sistema Único de Saúde Municipal, na periferia da cidade de Pelotas, em função da necessidade de fazer um contato prévio, com os sujeitos do estudo para a apresentação dos objetivos deste e conseqüentemente, verificar a decisão dos sujeitos em participar do estudo.

A unidade de saúde foi inaugurada em 20 de junho de 1996, após várias solicitações da associação do bairro e comunidade. Nesta comunidade, residem aproximadamente 1500 pessoas de baixa renda que buscam o atendimento da Unidade de Saúde. Fica localizada entre uma Escola de Ensino fundamental e uma Creche, ambas municipais, na rua principal do bairro.

Presta atendimento à comunidade das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Este atendimento compreende às áreas de clínica médica, materno-infantil, serviço social e enfermagem. Os programas de saúde que realizam são o de Prevenção e imunização e ainda:

- Semanalmente: programa de saúde da mulher com atendimento a gestante; e programa de prevenção das doenças crônicas degenerativas com o grupo de hipertensos.

- Mensalmente: Programa de saúde da Mulher com o grupo de anticoncepção.

Constam no seu quadro de pessoal uma enfermeira e dois auxiliares de enfermagem, uma médica pediatra, uma médica ginecologista e duas médicas clínico-geral.

Para caracterizar o domicílio dos sujeitos deste estudo, decidi nomeá-los de domicílio de Flor de Liz e domicílio de Azaléia.

- *O domicílio de Flor de Liz* fica localizado na rua central do bairro, mesma rua do posto, porém distante seis quadras, sendo de esquina. O acesso para ele torna-se um pouco difícil em função de que o “esgoto é a céu aberto”¹¹ com valetas que circundam dois lados de sua casa, e para chegar à porta tive que passar por velhas tábuas de madeira, com partes quebradas. O portão também de madeira, quebrado que pouco ajuda na segurança, embora o terreno esteja circundado por fios de arame farpado e um cachorro que fica na porta de entrada, este sim amedronta um pouco e faz a guarda daquele território.

A casa é de alvenaria semi-acabada, com reboco interna e externamente, as aberturas em ferro, sem pintura, apenas com o fundo e que pouco serve para permitir a entrada de iluminação e ar, com exceção da janela da sala que é grande, tipo basculante. A casa tem 3 quartos, o do casal e um para cada filho, um banheiro e uma sala/cozinha, porém o único que está com o piso é a sala/cozinha, os demais somente com contrapiso. Possuem sistema de água encanada e tratada, têm energia elétrica, porém o esgoto é a céu aberto. As ruas não são calçadas o que causa muitos transtornos nos dias de chuva, porque o esgoto transborda, e a lama toma conta das ruas. Possuem televisão, geladeira pequena e fogão a gás com quatro bocas. A casa tinha um odor semelhante ao mofo, e embora tenha uma boa posição solar é muito úmida.

- *O domicílio de Azaléia* fica distante 2 quadras da unidade de Saúde e próximo à escola e à creche municipal. É uma casa pequena de alvenaria, possui três peças. O quarto/sala de aproximadamente 20 m², onde dormem o casal e as

¹¹ A expressão “esgoto a céu aberto” refere-se ao esgoto que não é canalizado e também não existe fossa, portanto, o esgoto doméstico é lançado em valas/valetas que circundam as quadras.

duas filhas. Tem uma cama de casal, uma de solteiro e um sofá; há ainda uma cozinha pequena e um banheiro. A única peça que possui piso é o quarto/sala, as demais só o contrapiso. Só tem uma abertura na frente que é insuficiente para passar iluminação adequada. A porta fica na lateral, é de madeira e parece muito frágil. A casa é úmida e escura. Apesar de a casa ser pequena e estar em precária condições, eles possuem televisão 20 polegadas, aparelho de som com duplo “deck” e CD, um ventilador também grande, uma geladeira pequena e um fogão a gás de duas bocas com um forno pequeno.

As condições de saneamento básico assemelham-se àquelas já descritas para o domicílio de Flor de Liz, com uma valeta na frente de sua casa, o que favorece a umidade e o risco de doenças, porque quando chove, esta transborda. Possui água encanada e energia elétrica. Quanto à segurança, possui um portão de madeira já em deterioração na frente da casa e dois cachorros.

4.4 Pontuando os Encontros

Os encontros com Flor de Liz em seu domicílio foram em número de quatro, por um período de aproximadamente 60 minutos cada um, no turno da manhã das 10 às 11 h conforme sua disponibilidade. Segundo a sua vontade os mesmos não foram gravados. Em função disto, foram feitas anotações, procurando-se ser o mais fidedigna possível, objetivando descrever com o máximo rigor o teor do vivido.

Neste tipo de coleta de dados, Triviños (1987) sugere que, quando haja diálogos, é preferível que sejam feitas gravações; se não for possível, as anotações devem ser descritas individualizando as participações. O autor sugere ainda que o pesquisador não anote conclusões suas, mas sim o que realmente passa sob seu olhar, ou o que está ouvindo e anotando com termos claros e descritivos, tais como se apresentam.

Já os encontros com Azaléia, no seu domicílio, perfizeram um total de cinco de aproximadamente 90 minutos cada, três no turno da manhã por opção dela, dois no turno da tarde por uma necessidade minha. Estes foram gravados num total de 5 fitas, à exceção do último que não foi gravado devido a eu não me sentir à vontade para gravar, uma vez estar toda a família reunida, e a ter me esquecido de fazê-lo, quando eu e Azaléia estávamos a sós. Estas fitas foram posteriormente transcritas, analisando-se cada encontro individualmente. Aos poucos foram surgindo características que iam delineando a singularidade de cada um dos sujeitos, suas crenças, valores, sua relação familiar, com os amigos, vizinhos.

Apresento a seguir a descrição dos encontros com os sujeitos deste estudo: Flor de Liz e Azaléia. Saliento que os mesmos foram permeados de uma relação autêntica, na qual sempre esteve presente um olhar, enxergando, ouvindo e escutando o outro. E foi através deste diálogo vivido, na reciprocidade da relação, que nos conhecemos. Para Buber (1974, p.16), o ser humano é um ser de relação, num face-a-face com o outro-no-mundo.

“O face-a-face se realiza através do encontro; ele penetra no mundo das coisas para continuar atuando indefinidamente, para tornar-se incessantemente um ISSO, mas também para tornar-se incessantemente um TU irradiando felicidade e calor.”

- No Face a Face: Encontrando e Conhecendo Flor de Liz

Na primeira visita domiciliar, ela já me aguardava, me recebeu bem. Percebi que Flor de Liz estava nervosa quanto aos objetivos dos nossos encontros. Expliquei, novamente, como seria este trabalho, e aproveitei para reforçar os aspectos éticos, procurando tranquilizá-la quanto à manutenção do sigilo e anonimato, sua liberdade em desistir no momento em que assim o desejasse.

Procurei conhecê-la melhor, indaguei sobre as informações que possuía relacionados à sua doença, percebi¹² que ela pouco sabia dos sinais e sintomas e as formas de prevenir complicações. Durante o encontro ela informou-me de alguns hábitos alimentares, como não tomar café da manhã. Orientei-a que, como era diabética, deveria fazer refeições regulares, principalmente o café da manhã. Ela disse que não estava acostumada, mas que iria tentar. Combinamos novo encontro para a semana seguinte no qual discutimos maiores informações sobre a hipertensão.

No segundo encontro domiciliar, encontrei Flor de Liz animada. Informou-me que já havia introduzido novos hábitos alimentares, conforme nossa conversa do encontro anterior. Contou-me sobre a doença de seu irmão mais velho, que se constitui motivo de muita preocupação para toda a sua família, a qual é muito unida, pois, segundo ela, eles vivenciam um bom relacionamento. Conforme o combinado, compartilhei com ela as reflexões sobre a hipertensão e para isto utilizamos folders, cartazes e artigos. Dialogamos também, sobre a sua obesidade, e a influência desta nos seus problemas de saúde - hipertensão e diabetes - e discutimos sobre a importância de continuar com a dieta e fazer caminhadas. Combinamos que para o próximo encontro eu traria uma tabela sobre o valor calórico de cada alimento, para que ela pudesse adaptar a sua alimentação no cotidiano, dando maior flexibilidade à sua dieta. Sua pressão, naquele momento, sugeria uma elevação na leitura, então, discutimos sobre o fato, quando ela informou já haver tomado o diurético e o antiinsulínico que era uma vez ao dia.

O terceiro encontro domiciliar ocorreu no mesmo horário, e primeiramente

¹² Percepção: A palavra latina "*percibere*" significa '*apoderar-se de*'. É um estado de consciência que permite a pessoa manter controle da situação, através dos sentidos, os sons, movimentos, formas. (O'Donnell, 1992) A percepção envolve toda nossa personalidade, nossa história pessoal, nossa afetividade, nossos desejos e paixões, isto é, a percepção é uma maneira fundamental de os seres humanos estarem no mundo. Percebemos as coisas e os outros de modo positivo ou negativo, percebemos as coisas como instrumentos ou como valores, reagimos positiva ou negativamente a cores, odores, sabores, texturas, distâncias, tamanhos. O mundo é percebido qualitativamente, afetivamente e valorativamente. Quando percebemos uma outra pessoa, não temos uma coleção de sensações que nos dariam partes isoladas de seu corpo, mas a percebemos como tendo uma fisiologia (agradável ou desagradável, bela ou feia, sadia ou doentia, sedutora ou repelente) e por essa percepção definimos nosso modo de relação com ela. (Chauí, 1999 p.123)

Flor de Liz contou-me que na última reunião do grupo de hipertensos conversou com a médica que não estava conseguindo emagrecer e esta receitou um inibidor do apetite. Fiquei preocupada, pois a mesma tem duas doenças sérias. Conversamos que tivesse cuidado com este tipo de medicação e qualquer efeito desagradável que sentisse procurasse a médica. Novamente discutimos sobre a importância da mudança dos hábitos alimentares com um coadjuvante positivo para a ação dos medicamentos, pelo risco de após parar com ele engordar mais. Sua pressão estava estabilizada. Conversamos sobre a tabela de calorias por alimento buscando, juntas, como ela poderia calcular as suas porções/dia.

Com relação a seu marido, ela coloca que ele continua desempregado. Neste momento aproveitei para informá-la que havia ouvido no rádio que a prefeitura municipal estava selecionando pessoas para trabalhar na limpeza. Ela se prontificou de dizer ao marido para tentar uma vaga. Flor de Liz continua expressando seus sentimentos relacionados à doença e suas preocupações, sempre manifestando interesse em saber mais sobre diabetes, questionando se eu poderia trazer um modelo de cardápio para que ela pudesse utilizá-lo como um guia. Assim, falei que os encontros estavam chegando ao fim, perguntando se sentia necessidade de dar continuidade ou se ela gostaria de discutir mais sobre a sua saúde. Combinamos de ficarmos à disposição uma da outra para qualquer dúvida, deixando em aberto que poderíamos nos procurar sempre que desejássemos, pois já havíamos trocado os números de telefones para possíveis contatos.

No quarto e último encontro, estava presente sua filha, que ouviu tudo o que foi discutido sem se manifestar, como no encontro anterior. Flor de Liz disse que ela, sua filha, iria contar tudo para o pai depois. Falou que manteve a sua dieta neste período, e começou a realizar os exercícios físicos, e que estava muito feliz pois a sua família a apoiava. Contou que aprendeu no último encontro do grupo de hipertensos sobre a obstrução dos vasos pela gordura. Dialogamos sobre a diabetes, quais os sinais e sintomas, e por fim elaboramos uma síntese que deixei com ela para que lesse com mais calma e também para levar aos seus irmãos, portadores da

mesma doença. Encerramos o encontro e aproveitei o momento para agradecer pela sua participação neste estudo e coloquei-me à disposição para possíveis novos encontros, caso fosse necessário e se este fosse o seu desejo. Despedimo-nos e enquanto saía de sua casa e dirigia-me para a parada do ônibus, olhei para trás e ela estava na porta com a filha vendo-me ir embora. Acenei para elas e acenaram em minha direção, o que demonstrava o vínculo construído entre nós.

- No Face a Face: Encontrando e Conhecendo Azaléia

Na primeira visita domiciliar de Azaléia, cheguei pontualmente às nove horas conforme o combinado e ela já me aguardava. Convidou-me a entrar e sentamos no sofá da sala/quarto de sua casa. Iniciei o diálogo perguntando como estava e após responder que estava bem, apesar dos problemas, falei novamente sobre os objetivos deste estudo, os aspectos éticos, garantindo o sigilo e anonimato, bem como da sua liberdade em desistir no momento em que desejasse. Ela manteve sua aceitação de que os encontros fossem gravados, então liguei o gravador e começamos a conversar. Azaléia começa contando sobre sua vida, das dificuldades pelas quais passou com os quatro primeiros filhos, que morreram pouco tempo depois do nascimento devido a uma cardiopatia genética. Nesta época moravam em Porto Alegre e tiveram que se desfazer de todos os bens devido aos custos do tratamento. Contou que esta foi a época mais difícil de sua vida.

Sobre a existência de doença crônica na família, ela contou que sua bisavó morreu devido a diabetes. Acredita ter herdado todas as doenças, “tudo o que é de ruim” da família, pois tanto ela e quanto as filhas têm problema de saúde, já os seus irmãos e os seus filhos não têm.

A hipertensão surge na sua vida durante a gravidez de seu primeiro filho há mais ou menos 12 anos. Atualmente consegue identificar alguns sintomas da hipertensão como cefaléia e a visão turva. No momento faz tratamento com

antihipertensivo e diurético além da dieta com pouco sal. A diabetes só apareceu há dois anos, mas só controla a ingestão de açúcar, não toma remédio. Naquele momento, pareceu-me que Azaléia não possuía muitas informações sobre a hipertensão e diabetes, das quais é portadora. Porém constatei que ela consegue identificar alguns sintomas dessas doenças. Por isso, combinei com ela de, no decorrer dos próximos encontros, juntas discutirmos os aspectos relacionados a estas doenças a partir do conhecimento que ela possui, havendo então uma troca de informações entre nós.

Azaléia diz já ter mudado alguns hábitos alimentares, principalmente o doce de que gosta muito: está evitando fazê-lo para não 'cair em tentação'. Porém, quando vai a algum aniversário, ingere doce e depois sente-se mal.

Expressa que não gosta de ser doente, pois, além de sofrer com os sintomas e privar-se dos alimentos, diz que tem pessoas que pensam que é "fiasco", "besteira" e que é nova para ter estas doenças pois, isto será doença de "velho", e que o pobre têm que aproveitar e comer enquanto pode. Estas questões estão muito ligadas a visão que as pessoas tem sobre a doença crônica, que é uma doença que aparece com a idade. Então quando uma pessoa jovem possui esta doença, é vista como alguém que está infringindo estas regras, e portanto tem um motivo para isto, como: forma de chamar a atenção (fiasco), não querer trabalhar (preguiça) e outros. O preconceito ao adulto jovem com doença crônica colabora para que ele não se aceite como doente, ou mesmo que negue e esconda a doença, pois se sente pressionado a isto. Mas por outro lado, fica mais fácil para transgredir o tratamento, se ninguém souber do seu diagnóstico.

Azaléia conta ter muito medo de ter um derrame, e ter que depender dos outros. Não teme a morte, pois lhe parece algo muito distante, à medida que não se sente 'tão doente' para morrer. A possibilidade de ficar limitada para exercer suas atividades cotidianas e ter que depender dos outros, além dos sintomas desagradáveis que sente, são fatores que levam a Azaléia procurar os serviços de saúde e seguir o tratamento.

Azaléia continua contando sobre as duas cirurgias que fez no ano anterior. Na metade do ano, fez uma cirurgia de retirada da vesícula, que infectou, quase ocasionando sua morte. E na outra, no final do ano, de hérnia encarcerada, sofreu muito, sentiu muita dor.

Parece evidente que Azaléia é uma pessoa com muitos problemas, principalmente de saúde, além do cuidado com suas filhas. Outro fato é o ressentimento que nutre pelos seus familiares, mãe e irmãos, por ser a única com problemas de saúde e pela falta de união entre eles. Descreve também que tem bom relacionamento com o marido e filhas, o mesmo não acontecendo com seus sogros, por acreditar que eles não aceitaram o seu casamento.

Conta sobre a sua labirintite e sobre seu tratamento, porém desconhece como e por que surge a doença, manifestando interesse em saber mais sobre ela. Assim, combinamos que para o próximo encontro falaríamos sobre o assunto. Finalizamos este contato, pois já eram 11 h, deixando apazada a próxima semana.

No segundo encontro domiciliar com Azaléia no mesmo horário, encontrei-a em companhia de sua filha mais velha, a Cravina. Ela contou que sua filha faltou ao colégio pois tem consulta médica à tarde e está muito preocupada pois tem que fazer exame da medula óssea, devido às infecções freqüentes. Embora eu tenha explicado como o exame é feito, a Cravina não ficou tranqüila. Isto é compreensível, pois a representação do exame, supera qualquer explicação que alguém possa dar a ela. Seu temor só terá ou não um fim, após a realização do exame.

Conta que tem gasto muito dinheiro com os remédios para o tratamento de gastrite da sua filha Cravina. Neste mês, já gastou R\$ 220,00. Já realizou este mesmo tratamento há dois anos atrás. Discutimos sobre a ação recidiva desta doença, isto é, sua recorrência sobre a doença das filhas, conta que as duas nasceram com cardiopatia genética e receberam tratamento médico até os sete anos. Porém agora, Cravina começou a apresentar dor no peito, dormência nos braços e cianose nas extremidades, motivo pelo qual Azaléia a levou ao médico.

Azaléia conta que seu marido tem três empregos: trabalha como guarda noturno em dias alternados; nos fins de semana é guarda de uma madeireira e ainda numa serralheria durante os dias de semana. Justifica que não trabalha porque tem que cuidar das meninas que são doentes e que se internam seguidamente. Ela diz que apesar de sua família ser grande, não pode contar com nenhum dos irmãos para ajudá-la nestas horas e seus sogros estão sempre doentes.

Conforme o combinado, estudamos juntas sobre a labirintite, as causas, os sintomas e os cuidados. Ela gostou pois pode perceber que muitos cuidados que fazia eram certos e outros poderiam ser modificados como o café e o chimarrão, que devem ser evitados, e o sal, que deve ser diminuído nos dias que tem crise.

Azaléia segue falando sobre sua dificuldade para dormir, principalmente nas noites em que seu marido trabalha, pois fica preocupada e não dorme. Mas sente falta do sono. Informou ainda que urina muito pouco, embora tome bastante líquido.

Neste encontro, verifiquei que sua pressão estava elevada, mesmo com a medicação que tem tomado. Ela disse que sua pressão se eleva quando tem algum problema de ordem emocional, principalmente quando fica nervosa. Acredita que só vai ficar boa quando suas filhas tiverem saúde: saúde como ausência de doença. Parece-me que Azaléia se preocupa muito com suas filhas e, por conseguinte, como elas estão sempre doentes, principalmente a Cravina, ela está sempre nervosa. Como a alteração da pressão está relacionada com os fatores emocionais de Azaléia, possivelmente haverá melhora na sua condição crônica de saúde, como ela mesma diz, quando suas filhas tiverem saúde. Porém, penso que isto vai além, parece que as questões relacionadas com a saúde/doença de Azaléia passam pela sua visão de mundo, como encara a sua vida e os seus problemas, pois ela parece ser muito sensível, e não consegue expressar verbalmente seus sentimentos, desta forma, como ela mesma diz: “vai guardando”, e se reflete nos problemas de saúde que possui.

Como já eram 11 horas, marcamos o próximo encontro e combinamos que conversaríamos sobre sua dieta e hipertensão.

No terceiro encontro com Azaléia, já me aguardava no mesmo horário e estava sozinha em casa. Neste ela contou que marcou consulta com um médico hematologista para sua filha. Estava muito nervosa, pois, cada médico ao qual levava sua filha dizia uma coisa diferente e encaminhava para outro profissional e ninguém resolvia o problema de saúde dela. Conversamos um pouco e lembramos a importância de ela se manter calma, pois se fica nervosa, sua pressão pode subir, o que pode impossibilitá-la de cuidar de suas filhas.

Contou que levou sua filha a uma médica cardiologista e que esta pediu um ecocardiograma de urgência e receitou para a menina um cardiotônico. Foi a vários lugares e insistiu até conseguir marcar o exame para a semana seguinte.

Neste dia ao verificar a sua pressão, percebi que ela se mantinha alta, mesmo com a medicação. Ela falou que agora está procurando se manter mais calma, pois sabe que está conseguindo o atendimento para sua filha e acredita que os problemas estão sendo resolvidos, assim sendo, diz estar dormindo melhor.

Ela mostrou-me os exames genéticos de suas filhas, realizado quando eram pequenas e, realmente constatei que as duas apresentam alteração genética que se manifesta por: malformação cardíaca, o não fechamento da válvula e também por problemas urinários. Azaléia diz que as duas tiveram que fazer uma cistoscopia para estabelecer a dilatação da uretra.

Conversamos sobre a hipertensão, os sinais e sintomas, as complicações e reforçamos a importância de se cuidar para evitar as complicações e que deveria urinar mais seguido, pois ela apresenta oligúria, parece não ser devido a problemas fisiológico, mas falta de atendimento ao estímulo, com seus “esquecimentos” ou talvez “falta de tempo” pois diz que às vezes sente vontade, mas está fazendo alguma atividade e deixa para depois e acaba se esquecendo. Conversamos sobre sua pouca diurese e expliquei a ela que este fato faz com que as toxinas permaneçam no organismo e contribuam para o aumento da pressão arterial bem como para o risco de infecção urinária.

Com relação a alimentação, diz que se cuida, mas que no Domingo “burla” a dieta. Conta que ela e o marido têm colesterol alto e ao indagar-lhe como prepara as refeições, conta que usa gordura animal na preparação. Nega aumento da ingesta de ovos. Conversamos sobre a possibilidade de se tentar diminuir a quantidade de gordura animal no preparo dos alimentos. Refere não gostar do adoçante, prefere tomar o café amargo. Há dias em que só toma um chá e vai dormir. Dialogamos sobre a importância de se fazer uma alimentação regular, pois além de prejudicar o seu organismo, ela é uma pessoa portadora de diabetes.

Senti que este encontro foi muito gratificante, pois percebi que Azaléia começou a abrir-se. Acredito que este fato esteja relacionado ao vínculo que se formou e à confiança demonstrada. Encerramos o encontro e agendamos o próximo para o turno da tarde, devido a uma necessidade minha.

Desta forma, o quarto encontro ocorreu no turno da tarde, mas acabou sendo bom ver Azaléia neste período. Acho que experimentamos outras vivências em função da mudança de turno, pois as rotinas são diferentes.

Neste dia, sua filha Cravina estava com Azaléia. Percebi que além da boa recepção de sempre, veio acompanhada de carinho e espontaneidade. Conversamos sobre a sua pressão arterial, que se mantinha elevada, e ela continuava a urinar pouco. Ela conta que só urina de manhã quando levanta e depois só de noite. Sugeri a ela que fosse ao banheiro mesmo que não tivesse vontade.

Volta a referir que as doenças que acometem a ela e suas filhas são “praga de família”, pois da família toda, são oito irmãos, só ela e as filhas que têm problema de saúde.

Novamente volta a falar sobre a dificuldade de relacionamento com os sogros, principalmente com a sogra. Parece que Azaléia está tão envolvida com seus problemas que não percebe a solidão deles, pois se ressentida quando eles usam de artimanhas para que vá visitá-los. No entanto, não procura visitá-los sem ser desta forma. Percebi em Azaléia um pouco de orgulho, de reserva em manter um bom relacionamento com os pais de seu marido. Parece que como ela não consegue

manter um bom relacionamento com sua família materna, não pode, também, manter um bom relacionamento com a família de seu marido, pois evita qualquer tentativa de aproximação por parte deles. Desta forma, vivenciam uma relação de cobranças, num diálogo difícil, e parece-me sem expectativa de melhora.

Azaléia conta que foi criada dentro de casa e nunca estudou, pois, como era a filha mais velha, seus pais a colocaram desde menina a ajudar nos afazeres domésticos. Diz lembrar que, para lavar a louça, tinha que subir em uma cadeira, pois só assim alcançava a pia. Deste modo só foi aprender a ler e escrever com as filhas das patroas onde trabalhou, e agora estuda junto com as filhas em casa.

Neste encontro conversamos sobre os alimentos e o valor calórico de cada um para que ela pudesse optar por um ou outro, e também, sobre aqueles alimentos, que podem causar complicações cardiovasculares por obstrução dos vasos sanguíneos, responsáveis pela arteriosclerose, infarto e HAS. Ofereci uma tabela com o valor calórico por alimento, juntamente com um cardápio básico com sugestões de alimentos que fossem viáveis, isto é, que ela pudesse seguir uma dieta de 1500 calorias.

Conversamos sobre o término dos nossos encontros e agendamos o último para a semana seguinte, também no turno da tarde.

O quinto e último encontro domiciliar com Azaléia foi no dia 22/07/1999 às 14 h. Encontrei-a mais tranqüila. Neste dia estava a família toda em casa. As duas meninas, que estavam de férias, e seu marido, que estava doente. Fui bem recebida pelo seu marido, o Sr. Palmeira, e pela filha menor, a Prímula, pois não os conhecia. Percebi ter sido aceita por eles.

Não gravei este encontro pois, devido à receptividade e também à surpresa de encontrar toda a família, acabei me esquecendo de ligar o gravador.

O Sr. Palmeira contou-me que sentia dor no peito há dias e pediu para o seu patrão uns dias em casa para descansar pois sentia-se esgotado. Diz não gostar de ir a médico. Referiu se preocupar muito com a saúde de sua esposa, que ela é muito

nervosa e pede sempre para ela ficar calma. Conversamos mais um pouco e logo após ele e suas filhas saíram e nos deixaram a sós.

Azaléia diz que está procurando se cuidar mais, ficar mais calma e ir mais vezes ao banheiro. Conta que na última reunião do grupo de hipertensos a médica aumentou a dose do diurético de dois para três comprimidos pela manhã, pois além de ela urinar pouco sua pressão se mantém alta. A médica solicitou alguns exames de sangue para ela. Vai fazê-los na próxima semana.

Azaléia conta estar preocupada com seu marido porque ele está doente, fuma muito e não quer consultar com o médico. Relata, ainda, que, após a consulta de sua filha com a médica hematologista, está mais tranqüila e está dormindo melhor porque sua filha está sendo tratada, só falta vir o resultado do exame do coração.

Ao perguntar-lhe sobre os nossos encontros, Azaléia diz que gostou deles pois além de conhecer e aprender mais sobre seus problemas de saúde, diabetes, HAS e labirintite, serviram de apoio nos momentos de angústia, ansiedade e medo devido à doença de sua filha. Refere que foi bom ter alguém ao seu lado nestes momentos, para ouvi-la e também pelas palavras de estímulo e incentivo recebidas e pelos momentos de compreensão vividos.

Encerramos este encontro, e colocamo-nos à disposição caso precisássemos e que poderíamos entrar em contato uma com a outra. Pedi a ela que informasse sobre os resultados dos exames dela e da filha.

Suas filhas retornaram com várias guloseimas e nos convidaram, eu e sua mãe, para um piquenique. A Prímula, filha menor de Azaléia, fez um cartão para mim como despedida.

Azaléia e suas filhas me acompanharam até a parada do ônibus. Despedimo-nos como duas pessoas que se conhecem e se compreendem, como pessoas (enfermeira e cliente) que construíram uma relação empática.

4.5 Apresentando a Análise dos Dados

Para Bicudo e Esposito (1994), esta forma de análise dos dados, que busca descrever a essência do fenômeno estudado, ou seja, a estrutura fundamental do fenômeno, denomina-se *fenômeno situado*, e como o nome diz, a análise das descrições é uma análise estrutural.

Neste tipo de análise, as descrições e os agrupamentos dos fenômenos têm por base as descrições “ingênuas” dos sujeitos, e que estes podem ser agrupados pelas semelhanças ou diferenças, conformes as essências descritas. Conforme Bicudo e Esposito (1994), estes agrupamentos, para alguns pesquisadores são denominados de *categoria*.

Santana (1998) considera que se deve deixar de lado o que é secundário, acidental¹³ para ficar com o essencial¹⁴. Não existem diretrizes específicas nessa identificação. As unidades de significados podem ser uma frase, um parágrafo ou uma palavra. As frases se relacionam umas com as outras. A inter-relação das frases vai delineando o perfil e as percepções reais e existenciais de cada ser no mundo.

Desta forma, para chegar a estes agrupamentos ou categorias, realizei sucessivas leituras dos dados obtidos através dos encontros com adultos jovens portadores de doença crônica, com a finalidade de me familiarizar com os mesmos. Posteriormente fui identificando as frases que mais respondiam aos objetivos do estudo e que eram mais significativas. Aquelas que, segundo o meu olhar, mostravam o Ser do sujeito de estudo, possibilitando-me conhecê-lo.

Assim, os dados obtidos da prática assistencial foram transcritos e descritos numa primeira análise, após foram realizadas várias leituras. Na primeira leitura,

¹³ Secundário, acidental: é tudo aquilo que é familiar para o pesquisador. Este momento é chamado, segundo Bicudo e Esposito (1994), como *époche* e significa redução, suspensão ou retirada de toda e qualquer crença, teorias ou explicações existente sobre o fenômeno.

¹⁴ Essencial: ou essência do fenômeno segundo os mesmos autores, surge após a redução do fenômeno, o pesquisador seleciona as partes da descrição consideradas essenciais. Ao desvendar a essência, a consciência, em um movimento reflexivo, realiza a experiência de percebê-la compreensivamente. É a apropriação do desvendado, a experiência transcendental do vivido.

procurei conhecer Flor de Liz e Azaléia, buscando um sentido do todo e, posteriormente, realizei uma leitura atenta dos depoimentos buscando identificar as unidades de significados. Segundo Martins e Bicudo (1989), unidades de significados nada mais são do que a disposição do pesquisador que focaliza o fenômeno estudado.

Na seqüência, para conhecer verdadeiramente os sujeitos que fizeram parte de minha prática assistencial, mergulhei no estudo da enfermagem fenomenológica proposta por Paterson e Zderad (1979). Denominado pelas autoras como Enfermerologia, este é um método que serve para a compreensão e descrição das situações de enfermagem. Apresento, a seguir, as cinco fases de Paterson e Zderad e a minha reinterpretação para cada fase.

- 1ª Fase: a enfermeira se prepara com conhecimento para que possa conhecer, a qual designei de: *Conhecendo-me para conhecer o outro;*

- 2ª Fase: a enfermeira conhece o outro de forma intuitiva, a qual designei de: *Conhecendo intuitivamente o outro;*

- 3ª Fase: a enfermeira conhece o outro de modo científico. Nesta fase por acreditar que o termo científico dá margem a controvérsias, optei por assim denominá-la: *Conhecendo o outro através do emergir dos dados;*

- 4ª Fase: a enfermeira de modo complementar sintetiza outros conhecimentos, que nomeei de: *Uma síntese das realidades conhecidas;*

- 5ª e última fase: as multiplicidades sucedendo à unidade paradoxal como um processo interno da enfermeira nomeei de: *Refletindo sobre os paradoxos vividos.*

Estas etapas foram realizadas por mim de forma concomitante enquanto vivenciava o processo de conhecer os adultos jovens portadores de doença crônica, porém serão apresentados pelas respectivas fases, para que o leitor possa vivenciar, de alguma forma, como este estudo foi vivido. Esta análise será apresentada, portanto, no capítulo seguinte.

5 APLICANDO E ANALISANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

“Pensar o Ser humano como sujeito do próprio cuidado é reconhecê-lo como cidadão.

Pensar a enfermagem, realizando um cuidado humanizado é participar da vida do ser humano. É possuir sensibilidade e intuição para promover o estar melhor no momento existencial de sua vida.”¹⁵

A aplicação deste referencial teórico ocorreu de forma simultânea e concomitante à realização dos encontros. Assim apresento esta aplicação segundo as cinco fases da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1979), juntamente com a análise e a aplicação do marco conceitual na prática assistencial.

5.1 Conhecendo-me para Conhecer o Outro

Paterson e Zderad (1979, p.118) referem-se a esta fase como o momento em que o investigador assume riscos e considera-se um objeto de estudo. Assumir riscos requer uma decisão e esta impõe confrontar o ambivalente de si mesmo. Esta ambivalência é a de querer ser responsável e dependente “ao mesmo tempo”. Para isto, segundo elas, devemos tomar conhecimento da situação na qual vivemos. Há a

¹⁵ Reflexão da Autora.

possibilidade de, por sermos humanos, sermos incapazes de perceber as mensagens de nossas informações, de perceber o invisível, o desconhecido.

O processo para podermos entender abertamente o desconhecido, passa pela vivência interior de cada um, a fim de, assim, podermos conhecer conscientemente o nosso “EU”. No entanto, para isto, é preciso um preparo mental, através de leituras de obras literárias e/ou peças de teatro e filmes que tratam da vida do ser humano, a forma como se percebem e se relacionam no mundo (Paterson e Zderad, 1979).

Para alcançar o meu interior, para alcançar minha própria consciência, foi necessário fundamentar-me em obras literárias como ‘Saber cuidar’ e ‘A águia e a galinha’ de Leonardo Boff, que me ajudaram na reflexão acerca do ser humano. Também busquei auxílio em filmes como “Don Juan de Marco”, “Quando o amor acontece” e “O carteiro e o poeta”, que abordam o mundo das relações do ser humano, concluindo que é a partir das experiências compartilhadas que nos tornamos melhores do que éramos.

Além destas formas para buscar o autoconhecimento, realizei também trabalhos de relaxamento, no qual sincronizava minha respiração e pulsação ouvindo os sons da natureza, apreciando a beleza do sol, da chuva e os caminhos que a água forma quando passa, a limpeza da alma e do espírito. Estes momentos eram e são acompanhados de musicoterapia e aromaterapia.

Este processo foi e é vivido por mim de forma gradual, à medida que busco refletir sobre as situações que vivo. Nesta reflexão, realizo uma análise de outras possibilidades de desfecho destas situações, procurando uma mudança de atitude, na qual eu perceba o outro e a mim na mesma proporção.

Percebi, portanto, que é possível transformarmos o nosso pensar e fazer, a partir do autoconhecimento e aceitação de nossos limites e possibilidades para poder, assim, conhecer o outro, aceitando-o como é, seus limites e as suas possibilidades para o seu bem estar e o estar melhor.

5.2 Conhecendo Intuitivamente o Outro

Conhecer intuitivamente o outro é ampliar a imaginação de tal forma que permita viver o ritmo do outro. É a possibilidade de ver o outro como um ser humano singular e imaginar o seu potencial para vir a ser mais (Paterson e Zderad, 1979).

Em Mirador (1987, p.6181), encontramos que *“Intuição é uma forma de conhecimento obtida de modo claro e direto, sem intervenção do raciocínio. A apreensão intuitiva é feita de uma só vez e não através de atos sucessivos.”*

A imaginação é a faculdade de imaginar, conceber e criar imagens. Desta forma, imaginar é conceber, criar na imaginação. É também idear, inventar, projetar. Fazer idéia de (Ferreira, 1995).

Para conhecer intuitivamente os sujeitos de minha prática assistencial, foi importante estar com o processo de autoconhecimento em desenvolvimento. Isto contribuiu para que eu pudesse estabelecer uma relação empática com o adulto jovem portador de doença crônica, pois é uma das formas para estarmos acessíveis o suficiente na relação.

Conheci Flor de Liz no grupo de hipertensos. Ela ficou calada durante toda a reunião, só se manifestando sobre o seu interesse em participar deste trabalho. Ao conversar com ela e saber sua idade (33 anos), passei a imaginar quais seriam as causas de sua hipertensão além de sua aparente obesidade. Pensava eu ‘Teria muitos problemas?’ ‘Seria uma pessoa nervosa?’ Parecia que sim, pois ficou o tempo todo com as mãos a remexer sobre o seu colo. ‘E será que se cuidava, fazia dieta?’

Ao acertar com ela a visita domiciliar, não me pareceu muito firme no propósito de participar deste trabalho e nem aceitou gravar os encontros. Imaginei que talvez desistisse quando eu fosse visitá-la, mas pensei, “bom eu vou e levarei o gravador, pois ela pode mudar de idéia”. Não consegui fazer uma idéia sobre ela,

pois não conversou muito. Só respondeu as minhas perguntas com sim e não. Apesar disto fui à primeira visita domiciliar esperançosa.

Já Azaléia (35 anos), diferente de Flor de Liz, estava muito falante durante toda a reunião, contando os seus problemas e dificuldades financeiras devido à doença de sua filha. Como estava sentada ao meu lado começamos a conversar. Pareceu estar muito interessada em participar do meu trabalho, marcamos, então, a primeira visita domiciliar. Azaléia parecia ser uma pessoa que tinha muitos problemas em sua vida e imaginei que este seria um dos fatores que ocasionaram sua hipertensão.

Outro fator que me chamou à atenção é que ambas, Azaléia e Flor de Liz, não trabalhavam. Pensei, serem jovens ainda, por que não trabalhavam? Será que não conseguiam emprego ou era uma opção delas?

Fui ao grupo de hipertensos pressupondo que o ser humano é um ser singular, aberto às novas experiências, o que possibilitou a mim a certeza de que encontraria pessoas interessadas em participar deste trabalho. Na realidade não imaginava que todos quisessem participar, fiquei surpresa, porém como já havia delimitado os sujeitos, adulto jovem, só foram escolhidas duas das participantes do grupo.

No decorrer dos encontros, Flor de Liz, apesar de ser tímida, pareceu desabrochar, abrir-se para mim à medida que nos conhecíamos numa relação E-U-TU. Procurando intuitivamente ser uma presença autêntica, adequava-me às situações conforme a necessidade, buscando compartilhar do seu cotidiano, tentando colocar-me no seu lugar. Procurei conhecer um pouco de sua vida e saber sobre o início de sua doença. Desta forma perguntei a ela:

- Você lembra quando começou a ter pressão alta?

Flor de Liz: Lembro que foi no período da primeira gravidez... Acho que foi devido a este ter sido um período difícil da minha vida, pois meu pai estava doente

e tinha câncer de pulmão... Ele faleceu quando eu estava com 8 meses de gravidez... Então passei toda a gravidez muito preocupada...

Durante este depoimento, enquanto falava, a expressão de Flor de Liz se modificou, parecia estar vivendo aquele momento de novo. Toda a dor e sofrimento apareceram em sua face. Embora não a conhecesse, consegui sentir sua dor e compreender os seus sentimentos. A felicidade pelo nascimento de seu filho primogênito, lhe foi roubada. A tristeza pela perda de seu pai foi tão grande, que acabou por se manifestar alterando os níveis de sua pressão arterial. Neste momento o diálogo vivido transformou-se numa relação EU-TU, pois consegui me fazer presença autêntica a medida que ao responder ao meu chamado Flor de Liz abriu-se para o diálogo.

No diálogo vivo, tanto enfermeira quanto paciente chamam e respondem. Por exemplo o chamado do paciente é uma solicitação de ajuda, e a resposta é a acessibilidade da enfermeira ou o seu propósito de ajudar. Por outro lado, a forma como responde ao chamado do paciente é, também, um chamado para que o paciente participe do diálogo (Paterson e Zderad, 1979).

Ao indagar sobre os sentimentos de sua família em relação a sua doença Flor de Liz conta que seu marido e filhos se preocupam com ela:

“Meu filhos ficam nervosos por eu estar doente, estão sempre perto de mim como agora, sempre querendo saber de tudo, e o meu marido também se preocupa e cuida de mim.” (Flor de Liz).

Enquanto respondia percebi que ela manifestou preocupação ao falar de seu marido, fiquei curiosa e perguntei por que estava preocupada com ele...

“É que ele está desempregado já faz um tempo, agora mesmo ele saiu para ver um serviço... (suspiro) tomara que ele consiga...”
(Flor de Liz)

Perceber que os problemas de Flor de Liz vão além dos seus problemas de saúde, contribuíram para uma reflexão sobre como não conhecemos muitas vezes as

peças de que cuidamos. Atribuímos a sua doença a falta de cuidados. Será que nós nos cuidaríamos sob tais condições?

Outra situação vivida por nós em que o conhecimento intuitivo esteve presente foi quando indiquei a substituição do açúcar pelo adoçante e sugeri algumas mudanças nos hábitos alimentares para Flor de Liz, pois a mesma além de ser obesa era diabética. Neste momento indaguei se possuía condições de comprar o adoçante. Ela informou-me que a princípio não, mas que tentaria. Pensei na possibilidade de dar um frasco de adoçante a ela, mas não me senti à vontade, pois pareceu-me estar comprando, de alguma forma, sua colaboração neste trabalho; optei, então, por não dar o adoçante a ela.

No encontro subsequente, Flor de Liz estava feliz e cheia de novidades, pois já havia iniciado sua dieta alimentar, suprimiu o açúcar e estava usando o adoçante que sua mãe comprou para ela. Assim foi que o diálogo aconteceu...

“Sim, até já tenho o adoçante, ó, falei pra minha mãe, e ela comprou para mim. Já comecei a tomar o café da manhã, como combinamos, e realmente a senhora tinha razão, na hora do almoço eu estava com menos fome. Mas não ‘tá sendo fácil, porque eu não estou acostumada com o café de manhã, tenho que forçar às vezes, mas estou conseguindo.” (Flor de Liz)

Pude observar que a enfermeira deve estar aberta ao diálogo a à sua própria intuição como neste caso, provavelmente se eu comprasse o adoçante para Flor de Liz, o valor para ela seria diferente, isto é, seria uma imposição de minha parte. Porém, desta forma, a partir da presença genuína da enfermeira, relacionando-se numa situação compartilhada de *estar com* e *fazer com* foi promovido o desenvolvimento do potencial humano de Flor de Liz, que saiu em busca do seu bem estar e estar melhor.

Paterson e Zderad (1979) consideram *estar com* e *fazer com* elementos usados na transação intersubjetiva entre o EU e o TU, na qual ambos os envolvidos participam ativamente.

Ao colocar-me como um EU na relação, vejo em Flor de Liz um TU. Flor de Liz ao experimentar-se como um EU, relacionou-se comigo como um TU. Assim a relação EU-TU aconteceu conforme Paterson e Zderad (1979), uma relação sujeito-sujeito, na qual o ser humano ao se relacionar com o outro tem consciência de si e do outro, da singularidade de cada um envolvido na relação e lhe oferece presença autêntica.

Ao final dos encontros, percebi em Flor de Liz uma pessoa solidária, envolvida no cuidado de seus familiares e amigos. Imaginava que ela se envolvia em seu próprio cuidado, no entanto, o que apareceu era que tinha poucas informações sobre o seu próprio cuidado, mas estava interessada em saber mais para se cuidar melhor. O seu envolvimento com o cuidar de si é o reflexo de um trabalho mútuo, e confirma uma das pressuposições de Paterson e Zderad (1979) de que o ser é livre para se envolver em seu próprio cuidado e nas decisões que envolvam sua vida.

Já a relação com Azaléia desde o primeiro encontro foi EU-TU conforme o descrito por Buber, pois estabeleceu-se um vínculo empático entre nós. Paterson e Zderad (1979) entendem a empatia como sendo semelhante a uma identificação, projeção, simpatia, amor e encontro, porém pode ser diferente. Pode ser uma resposta humana, uma forma de relacionar-se, de colocar-se no lugar do outro de forma imaginária, tornando-se uma experiência indireta da situação. Entendo que a empatia é uma forma de perceber o outro, vivenciando a seu estar no mundo, sentir o que ele está sentindo.

Desta forma procurando colocar-me no lugar de Azaléia, iniciamos os encontros. Através dos seus relatos sobre todos os problemas pelos quais passara, procurei colocar-me no seu lugar e imaginar-me vivenciando seus problemas como na fala a seguir quando manifesta a sua revolta por ela e suas filhas terem problemas de saúde, o que possivelmente seja hereditário.

“ Então como eu sou premiada, porque na minha família tem tanta coisa, tanto problema de saúde e eu herdei tudo, porque nós somos oito irmãos sabe... mas só eu que saí com problema de saúde...”
(Azaléia)

Ao ouvir este relato, no qual Azaléia acredita que a herança familiar que coube para ela foi a doença, que é um castigo à medida que de todos os irmãos, ela é a única a possuir problemas de saúde, levou-me a refletir sobre sua situação, e compreender a sua revolta pelo que vivencia.

Sobre este ponto, Paterson e Zderad (1979) assinalam que, para a enfermeira poder captar intuitivamente uma situação, deve compreendê-la completamente, isto é, estar consciente de suas próprias sensações e sentimentos para poder reconhecê-los no outro, ou seja, perceber os sentimentos e sensações do outro como suas, num verdadeiro partilhar das experiências vividas.

Ao indagar a Azaléia sobre seus sentimentos sobre ser portadora de doença crônica, ela assim relatou:

“ Eu acho que é ruim, ninguém gosta de estar com problema de saúde... tu te sente mal. Tem gente que pensa que é fiasco, dizem que é besteira, que é pra chamar a atenção. Bom eu digo, ninguém sabe como eu me sinto.” (Azaléia)

Durante o relato, percebi que Azaléia realmente estava contrariada por estar doente, e se ressentia com as pessoas que a rotulavam como “fiasquenta”. Ao ouvir seu relato, lembrei das em vezes que presenciei situações semelhantes. Momentos em que pessoas procuravam o serviço de saúde por ‘sentir-se mal’, e após examinadas, não se constatava nada clinicamente, estas eram rotuladas de ‘estar com piripaque’ ou ‘crise histérica’. Porém em nenhum momento a equipe de saúde parou para conversar na tentativa de descobrir o real motivo do ‘mal estar’ desta pessoa. Não foram levadas a sério as queixas ou doenças não diagnosticada fisicamente.

Silva (1994) começou a se interessar mais pelas pessoas das quais tratava e não apenas pelos sintomas que referiam, percebeu que muitas das doenças têm

origem psicossomática, isto é, derivam das situações problemáticas do seu cotidiano. Relata que muitas pessoas que procuram o serviço de saúde padecem do sofrimento interior, que pode ser causado pelo estresse devido aos problemas por elas vivenciados.

As situações estressantes relacionadas à família e ao trabalho, muitas vezes são fonte permanente de tensão ao longo da vida. Para Silva (1994), o potencial para causar doença depende do tipo e da intensidade do estresse. É a forma pela qual a pessoa reage aos acontecimentos da vida e a maneira como os interpreta e sente.

No caso de Azaléia, são muitas as fontes para o seu estresse emocional, como ela mesma diz:

“No meu pensamento, o meu problema de saúde... isto não é genético, vai do organismo da pessoa, do trabalho que passa, o estresse, os problemas...” (Azaléia)

Já Paterson e Zderad (1979) referem que o significado da experiência é diferente para a pessoa que a vive objetivamente, no caso a cliente, e para a pessoa que a vive subjetivamente, a enfermeira. Isto acontece pois tanto a enfermeira como a cliente são seres humanos singulares, com seus próprios potenciais, suas limitações decorrentes de sua história de vida. E quando estabelecem uma relação, esta possui significado diferente para cada um.

Assim, os problemas vividos por Azaléia fazem parte do seu cotidiano, embora causem grande preocupação para ela. Porém para mim, eles são fatores causadores de seu problema de saúde. O meu objetivo ao encontrar Azaléia era o de promover o bem estar e o estar melhor de Azaléia. No entanto descobri que para ela a saúde de suas filhas é o mais importante como relata a seguir;

“ A minha pressão é mais emocional né, devido a tudo o que eu passo. Sei que muito da minha pressão é por causa dos problemas de saúde de minhas filhas. Porque eu fico muito preocupada com elas. Acho que só vou ficar boa da pressão quando elas tiverem

saúde. Porque cada vez que uma delas fica doente, a minha pressão vai lá em cima...” (Azaléia)

Ao entrar no mundo de Azaléia e conhecê-la, bem como aos seus problemas, como sua filha doente e muitos gastos na farmácia para o tratamento dela; o marido trabalhando em três empregos e ela ‘tomando conta’ sozinha, sem o apoio da família, contando, às vezes, só com os amigos e vizinhos, percebi o quão fundamental é que os profissionais da saúde conheçam realmente as pessoas de que cuidam. Perceber o seu sofrimento é muito mais que conhecê-lo, é se colocar no lugar dele, sentir o que está sentindo, numa verdadeira relação EU-TU, numa forma de estar aberto as possibilidades existenciais do ser humano e assim promover um cuidado humanizado (Paterson e Zderad, 1979).

5.3 Conhecendo o Outro Através do Emergir dos Dados

Esta fase dentro dos escritos de Paterson e Zderad (1979) é denominada como *Conhecendo o outro cientificamente*. Vierendeel et al (1994) Bachelard nos mostra, que existe uma relação entre o saber científico que detém uma verdade positiva, verificável racionalmente, e outro saber oriundo do imaginário, do aspecto essencial do espírito humano. Entendo que é neste espaço que se dá a forma singular de que é constituído todo ser humano, uma especificidade que lhe é própria e portanto não quantificável, e que só podemos alcançar através da nossa intuição, ou ainda, pela compreensão da linguagem simbólica que certamente auxilia na definição de quem é este ser humano. Neste sentido, acredito que a enfermagem deve estar atenta na comunicação com o outro, buscando essa compreensão.

Para Oliveira (1998) o conhecimento científico é mais do que simplesmente um conhecimento racional, mas uma série de experiências, informações e conhecimentos que, a partir do conhecimento intuitivo, amplia e influencia o saber na prática de enfermagem.

Portanto o conhecimento científico aconteceu na prática assistencial a partir de uma relação empática entre mim e os sujeitos deste estudo. Foi a partir do ouvir/escutando, olhando/vendo estes sujeitos, que eu fui percebendo as situações que necessitavam da minha atenção profissional, ou seja, através do diálogo intersubjetivo, sendo eu uma presença autêntica. Os chamamentos e respostas aconteceram no decorrer dos encontros e as reflexões sobre os mesmos perduram até o dia de hoje e provavelmente serão companheiras ao longo da minha caminhada pessoal e profissional

Paterson e Zderad (1979) propõem a Enfermerologia fenomenológica na qual a enfermeira após ter vivenciado o outro intuitivamente, conceitua e expressa esta experiência de acordo com seu potencial humano. Este momento é visto como a relação EU-ISSO de Buber (1974) ou seja, uma relação sujeito-objeto em que a enfermeira ao refletir sobre a experiência EU-TU a considera como objetos por conhecer. Esta relação EU-ISSO permite à enfermeira refletir, analisar, comparar e categorizar, sendo que pela relação EU-ISSO a relação EU-TU é validada e, assim, o conhecimento científico é formado. Paterson e Zderad (1979) consideram que para poder refletir o fenômeno a enfermeira deve tê-lo em mente e ocasionalmente refletir sobre ele, podendo desta forma, observar outras ocorrências do mesmo fenômeno em seu cotidiano.

Comparar e contrastar aspectos do fenômeno conduz ao descobrimento das semelhanças e diferenças deste fenômeno. Para descobrir elementos comuns podem ser examinados vários aspectos do fenômeno em questão. As características ou elementos que se vê em um se busca no outro, para evidenciar mais suas qualidades distintas. O fenômeno pode relacionar-se com outros fenômenos similares e ao mesmo tempo diferenciar-se destes fenômenos (Paterson e Zderad, 1979).

Entendo este exercício de comparação e contraste entre o fenômeno vivenciado, como uma forma de se buscar a validação das observações realizadas, e assim construir o conhecimento desejado, ressaltando sempre as semelhanças e

diferenças. Saliento que, a seguir, no decorrer da análise, esta comparação e contraste poderá ser observada.

Para realizar a descrição e análise, conforme Paterson e Zderad (1979), podem ser usadas:

- *a analogia*: é uma comparação com base nas semelhanças parciais dos aspectos similares. A vantagem de usar a analogia é que a comparação leva a questionamentos sobre o fenômeno estudado. Esta descrição deve ser coerente com o fenômeno na realidade.

- *a metáfora*: sugere a comparação do fenômeno com o outro através da não utilização literal da palavra. Buber e Marcel afirmam que a intersubjetividade só pode ser descrita metaforicamente, pois está além da objetividade (Paterson e Zderad, 1979).

O conhecimento que emergiu dos dados, foi obtido durante os encontros da prática assistencial. E por entender a enfermeira, como um ser singular, com historicidade, vai ao encontro do cliente, com seu conhecimento científico e técnico adquirido ao longo de sua vida profissional, próprio do ser humano enfermeira, interagindo em direção ao cliente a fim de promover cuidados de enfermagem, vejo-a com possibilidades de realizar a análise das categorias, compará-las com outras categorias semelhantes ou paradoxais e interpretá-las, levando em consideração não apenas a objetividade, mas penetrando na subjetividade e perpassando para a intersubjetividade. Assim, é possível entender o ser humano em suas multidimensionalidade.

Neste contexto, apresentarei a seguir as análises das categorias que emergiram dos encontros como: *Compreensão da situação e Visão compreensiva da doença*. Nestes encontros os conhecimentos científicos foram necessários, a medida que tanto Azaléia como Flor de Liz solicitaram orientação, correspondendo desta forma aos chamados e respostas preconizadas por Paterson e Zderad.

- Compreensão da Situação

Nesta categoria, agrupei os fatos expressos e surgidos intuitivamente, relacionados aos conhecimentos que os sujeitos deste estudo têm sobre a sua doença, os sentimentos do vivido, bem como o cuidado de si, como um ser doente.

• INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA

Normalmente o ser humano começa a sentir que está acontecendo algo estranho com ele. Sente-se diferente e por isso procura o médico. Ao receber a informação de que está doente, que possui uma doença crônica, ele se preocupa e procura saber sobre sua doença. Geralmente, as orientações passadas pelos profissionais de saúde, para a pessoa sobre sua doença, se resumem, basicamente em: devem tomar remédio, fazer dieta alimentar e exercícios físicos. Além disso, é informado de que se não seguir o tratamento poderá ter derrame ou infarto. Porém poucas informações sobre como conviver ou aprender a viver com a doença são discutidas com estas pessoas. Assim, pude perceber que tanto Azaléia como Flor de Liz referiam saber alguns sintomas e complicações sobre a sua doença.

“Comecei a desconfiar que estava com problema de diabetes faz dois anos. Me dava tonteira, uma nuvem na vista, uma fumaça, né? Eu achava que era a pressão, que era os remédios da pressão. Se eu não sentisse todo aquele sintoma eu jamais ia na doutora... eu só ia achando que era a pressão...” (Azaléia)

Neste relato de Azaléia, percebi que tem alguma dificuldade para identificar os sintomas da Diabetes e da HAS, porém pelo relato a seguir demonstra reconhecer alguns dos sintomas relativos à HAS:

“Quando a minha pressão está muito alta eu vejo aquelas coisinhas assim..., parece umas bolinhas, e aquela dor de cabeça, eu já sei, digo... ó, minha pressão está alta...” (Azaléia)

Ao ouvir intuitivamente Azaléia, percebi que embora não tendo manifestado verbalmente, parecia querer conhecer mais sobre a sua doença, pois ao perguntar a ela se tinha interesse, respondeu-me afirmativamente. Ao conversar sobre a HAS e Diabetes, ela ouvia atentamente ao mesmo tempo em que solicitava outras informações, identificando-se com alguns sintomas descritos por mim, e que até então, não havia estabelecido qualquer associação com a doença que possuía.

Ao levar a discussão sobre a Diabetes e HAS para Azaléia e posteriormente para Flor de Liz, procurei atender ao chamado, mesmo que não tivesse sido verbalizado, para que elas, conhecendo como a doença que possuem, se processa no seu corpo, conseguissem reconhecer os sintomas. Desta forma, procurei ajudá-las, instrumentalizando-as para serem responsáveis pelo próprio cuidado. Sob este aspecto, Paterson e Zderad (1979) consideram a enfermagem, como uma resposta humana para a valorização do potencial humano, pois através da sua presença, numa forma de *estar com* o outro, possui a sensibilidade de perceber suas necessidades e assim proporcionar o *bem estar* e dar subsídios para que venham a alcançar o *estar melhor* no momento particular de sua vida. Como se nota nas falas a seguir, Flor de Liz possui algumas informações a respeito de HAS e Diabetes:

“O que eu sei é que a pressão alta pode dar derrame e que devo comer comida com pouco sal e pimenta e também com pouca gordura, essas coisas...” (Flor de Liz)

“Sempre comi de tudo... quando fiquei sabendo que era diabética, agora procuro evitar o doce. Só uso uma colher de açúcar no café da manhã.” (Flor de Liz)

Pelas falas de Flor de Liz, pude perceber que apesar de ser participante de um grupo de hipertensos, o conhecimento de sua doença era ainda insuficiente para entender como ela agia em seu corpo, e portanto as possibilidades para o cuidado de si eram limitadas.

Possivelmente esta carência de informações quanto a doença crônica, como sintomas, complicações e formas de cuidado, tenha origem na baixa escolaridade

das pessoas, dificultando a compreensão das orientações dadas pelo profissional da saúde, pois, às vezes, os termos técnicos são muito complexos para o entendimento das pessoas e a equipe de saúde parece não perceber isto. Neste sentido, penso que a dificuldade de compreensão da terminologia deve ser trabalhada junto às pessoas portadoras de doença crônica. O diálogo deve ser um veículo que una os profissionais às pessoas de que cuidam. Ele deve ser adaptado de tal forma que não haja ruídos nesta comunicação. O profissional deve observar os aspectos relativos à cultura ou dificuldades do nível de linguagem, pois estes devem ser clareados a fim de que a comunicação ocorra por inteiro. Considero de fundamental importância que o profissional de saúde estabeleça uma relação autêntica com o ser humano, observando sua singularidade e historicidade, podendo, assim, promover discussões sobre saúde/doença, para que o cliente seja sujeito de suas ações de cuidado.

Azaléia aponta reconhecer alguns sintomas da diabetes e demonstra saber se cuidar conforme seu depoimento:

“Eu já sei quando o açúcar está baixo... eu sinto a cabeça e o corpo diferente, aí eu tomo uma colher de açúcar... e sinto direitinho quando ele começa a subir, eu sinto um calorão pelo corpo. Quando o açúcar está alto eu sinto uma secura na boca, aí eu tomo muita água... Mas eu já sei me cuidar. Eu mesma me trato.” (Azaléia)

A partir disto pude perceber que o indivíduo portador de doença crônica, sem possuir nenhuma seqüela da doença, somente segue o tratamento médico como tomar o medicamento e fazer a dieta alimentar. Mesmo quando apresenta alguns sintomas como os referidos por Azaléia, nem sempre vai em busca do atendimento de saúde. Parece possuir uma certa autonomia para o cuidado de si, pois como Azaléia, ela mesma se trata. Talvez isto seja decorrente do fato de não se perceber como doente, pois continua a realizar suas atividades cotidianas. A doença parece não se constituir em uma coisa ruim em sua vida, à medida que o convívio com ela não altera o seu ritmo de viver, a sua forma de enfrentar o seu mundo-vida.

Por outro lado, existem alguns estudos, segundo Hegenberg (1998) ressaltando que são muitos os casos em que se uma pessoa possui uma doença e esta não lhe causa sofrimento, a pessoa, também, não manifesta queixas. No entanto, estas poderão conduzir a um tipo de incapacidade ou sofrimento, se não tratadas adequadamente. Desta forma, acredito que o profissional de saúde, no caso a enfermeira, deve, estimular para que o cliente realize o seu próprio cuidado, porém deve também, discutir com ele sobre a importância de procurar o serviço de saúde para que estas alterações sejam investigadas visando um melhor viver frente a sua doença.

A prática nos tem mostrado que as orientações dos profissionais da saúde parecem mais voltadas às doenças e não para os indivíduos portadores de doença. Desta forma, quando o surgimento da doença é decorrente de fatores psicossociais, a pessoa doente não consegue destes profissionais uma atenção mais humanizada com informações sobre seu diagnóstico, tratamento e formas de prevenir complicações e por consequência ocorre a desinformação do cliente que poderá levá-lo hospitalizações frequentes. Minayo et al (1986, p.18) consideram que a medicina não responde adequadamente às questões que a população lhe traz ao consultório, ela diz: *“Formados dentro de uma mentalidade que privilegia a biologia e a anatomia como matérias básicas, os profissionais de saúde tendem a considerar os pacientes como seres a-históricos, com corpos mutilados e membros hipertrofiados.”*

A autora refere ainda que a realidade tem mostrado a esses profissionais a necessidade de mudança quanto ao seu objeto de estudo e de trabalho, pois a cultura popular, com *“seus núcleos de bom senso”*, tem nos mostrado uma imagem diferente da saúde daquela comum aos meios médicos. A população, apesar de recorrer a medicina, tem rechaçado a forma biologizada com a qual é tratada, pois os médicos lhes pedem uma descrição da doença, como e quando começou, sintomas e depois os encaminham para intermináveis exames sem sequer olhar para este ser humano.

Silva (1994) considera que, além da ideologia médica de não envolver-se emocionalmente com a dor e sofrimento do paciente, a formação do médico é cercar o discurso do paciente no momento da anamnese, não permitindo o diálogo, pois é mais importante conhecer os aspectos da doença do que conhecer a pessoa que está doente. Ele considera que a medicina, durante o caminhar para a descoberta da cura dos males que afetam o ser humano, se perdeu dos ensinamentos de Hipócrates. Cabe ressaltar que Silva é médico, e embora tenha recebido a mesma formação, acredita que *“o médico que consiga estabelecer com seu paciente uma relação positiva, de afeto, confiança e amor terá, sem dúvida, maiores chances de mobilizar o potencial curativo interior do enfermo”* (Silva, 1994, p.346).

Acredito que a forma mecanicista, biologicista com a qual muitos profissionais de saúde são ensinados, deve ser reavaliada, uma vez que o foco central do trabalho é o ser humano, e esse deve ser reconhecido e cuidado na sua singularidade e historicidade, e não apenas como uma patologia ou partes de um corpo, sem direitos e responsabilidades. Esta abordagem cartesiana, segundo Capra (1982), tem origem com Descartes, que comparou o corpo do ser humano a uma máquina, e a doença corresponderia ao mau funcionamento desta. O modelo biomédico estuda apenas os aspectos biológicos da saúde/doença, não os relacionando às condições físicas, psicológicas e do meio ambiente no qual o ser humano vive.

No entanto, a abordagem holística segundo Capra (1982), enfatiza a inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos e procura entender a natureza fornecendo a base ideal para uma nova abordagem da saúde e da assistência à saúde, que é inteiramente compatível com o novo paradigma, com raízes na herança cultural. Esta nova visão da saúde propõe que vejam vistos os seres humanos como partes integrantes de um sistema ordenado, no qual a concepção da doença seria uma consequência da desarmonia e desequilíbrio do organismo sob a influência do ambiente, dos padrões psicológicos, e os métodos de cura estão em harmonia com o corpo e a mente. A saúde é entendida como um

fenômeno multidimensional e envolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais do ser humano.

Desta forma, podemos perceber que todos somos seres humanos singulares e históricos, capazes de fazer escolhas responsáveis e modificarmos o nosso comportamento pessoal e profissional frente as pessoas de que cuidamos. A formação profissional nos mostra uma direção, mas cabe a nós escolher qual o caminho que utilizaremos para segui-lo, ou seja, ser apenas um profissional muito bom tecnicamente, ou um ser humano sensivelmente competente.

- *SENTIMENTOS EM RELAÇÃO A DOENÇA*

Normalmente as pessoas doentes apresentam sentimentos como medo, insegurança, insatisfação e revolta. Porém, para os sujeitos deste estudo, além destes sentimentos, uma das maiores preocupações é quem irá tomar conta de seus filhos caso venham a morrer ou ficar impossibilitadas de realizar suas atividades diárias, em decorrência de um infarto ou derrame, conforme demonstram o relato a seguir

“Eu me irrita porque estou doente. Eu não quero estar doente, eu me cuido... Eu digo que eu me cuido... tenho duas filhas pra criar, se eu morro, quem é que vai tomar conta delas?” (Azaléia)

“Eu fico preocupada por estar doente pois tenho dois filhos pra criar... Se eu tiver derrame ou problema do coração já não vou poder cuidar direito deles.” (Flor de Liz)

Ao expressar preocupação por estar doente, tanto Azaléia como Flor de Liz relacionam a sua condição de mãe que precisa ter saúde para poder cuidar de seus filhos. Quando falam em cuidar dos filhos, elas na verdade expressam o seu amor e o sentimento de que eles ainda precisam dos seus cuidados de mãe. Parece-me no entanto que a doença em si não as preocupa, pois realizam todas as atividades. A doença, para elas, neste momento é invisível. Ela só se torna visível quando têm que tomar os medicamentos e fazer a dieta alimentar. A fonte de preocupação é a

possibilidade de desenvolver alguma complicação como AVC ou cardiopatia, ficando desta forma, visível o seu problema de saúde, ou seja, se transforma num fator limitante para que desenvolvam as atividades do cotidiano.

Para Cereser (1996), o temor maior da pessoa portadora de doença crônica é desenvolver um Acidente Vascular Cerebral (AVC), pois é uma doença que freqüentemente deixa seqüelas neurológicas, limitando a deambulação, a fala, às vezes a pessoa fica acamada por muito tempo e fatalmente vai a óbito. Outro motivo pelo qual temem o AVC é a possibilidade da dependência total de outras pessoas e cuidados permanentes, confirmado pela relato de Azaléia:

“Se te dá um derrame e tu não morre, fica em cima de uma cama toda torta, dependendo dos outros... Todo mundo com cara de piedade pra ti...” (Azaléia)

A insegurança e o medo são motivos de preocupação para Azaléia pois teme o que poderá acontecer consigo caso não realize o cuidado de si. O fato de se cuidar parece estar intimamente ligado a perpetuação do cuidado familiar, pois é ela a cuidadora, que provê os cuidados aos seus filhos e marido. O seu maior temor é a possibilidade de adoecer e se tornar um peso para a família, dependente dos cuidados deles.

Cereser (1996) confirma o papel da mulher de cuidadora tanto dos filhos como de algum familiar doente. Por isto dificilmente solicita cuidados ou não os aceita quando os mesmos são oferecidos, pois entende que não precisa e não quer dar trabalho à família. Parece haver uma dominação sociocultural nas famílias na qual a mulher exerce o papel de cuidadora, e também, a sociedade, como um todo, espera que as mulheres exerçam ações de cuidado.

- *CUIDADO DE SI*

O cuidar para Collière (1989) é uma forma de satisfazer as necessidades para manter a vida, é um conjunto de atos que objetiva manter as funções vitais como:

comer, beber, amamentar, vestir, educar desde o nascimento até a morte. Entendo que esta é uma visão do cuidado voltado apenas para a manutenção das necessidades básicas do ser humano, não estando refletida na integralidade do ser. No entanto, saliento que algumas destas práticas de cuidado ainda estão presentes no fazer da enfermagem, elas atendem apenas o ser na sua concepção biológica. Entretanto, verifica-se que muitos são os profissionais que estão buscando um olhar humanista sobre o seu fazer enfermagem.

Boff (1999), enfocando o cuidado, pontua que palavra cuidado tem origem no latim significando *cura* e deriva do termo *cogitare-cogitatus*, com sentido de cura, isto é, cogitar, pensar, mostrar interesse, atitude de cuidado, de desvelo, preocupação e de inquietação pela pessoa das relações afetivas.

O cuidado de si é entendido por Lunardi (1999, p. 127) como: “... *uma estratégia para tematizar a ética e a liberdade e, desta forma, enfocar a abordagem de como podem os sujeitos se governarem ou alcançar o governo de si.*”

A autora destaca a importância de a enfermagem entender o cuidado de si, como uma possibilidade do exercício do governo de si, pois o cliente como sujeito da sua ação torna-se independente do cuidado de enfermagem. Isto ocorre porque a enfermagem promove, favorece, subsidia, possibilita esta instrumentalização para que o cliente realize o cuidado de si. Porém para que a enfermeira consiga perceber o cliente como sujeito com autonomia para o cuidado de si, é necessário um preparo, um autoconhecimento para que possa perceber-se e conhecer-se e, desta forma, estar aberto as situações existenciais do ser que cuida.

Waldow (1999) nos diz que, ao realizar os cuidados, a cuidadora utiliza o próprio corpo para expressar o cuidado através do toque, o sentimento através do olhar, da postura e da expressão facial como aceitação, empatia ou rejeição e também acalmando, aliviando e confortando. Penso que, além disso, a enfermagem, ao prestar cuidados, deve estar atenta às situações vividas no cotidiano do ser que cuida, suas crenças, atitudes, valores que poderão influenciar de alguma maneira o cuidado de si.

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem humanística é um ato de cuidado no aspecto mais simples. É uma resposta humana que valoriza o potencial humano proporcionando o *bem estar* e o *estar melhor* durante sua existência. É perceber o outro como um ser singular, com conhecimentos, crenças, valores e realizar atos de cuidar/cuidado que devem ser valorizados. É através do diálogo vivido, no qual a enfermeira e cliente, a partir de uma relação sujeito-sujeito, estabelecem trocas de conhecimentos com o propósito de desenvolver o potencial humano de ambos. Esta experiência vivida possui significados diferentes para eles.

Quando iniciei a prática assistencial, tinha como pressuposto que os seres humanos são livres e, portanto, esperava que se envolvessem em seu próprio cuidado e nas decisões que envolviam a sua vida. Assim conforme os encontros ocorriam, através de uma relação autêntica, isto é, sujeito-sujeito com Flor de Liz e Azaléia, procurei colocar-me no lugar delas e percebi que ambas, conforme suas possibilidades, envolviam-se no seu próprio cuidado. Este cuidado de si se dava como forma de: controlar a alimentação/dieta, fazer exercícios, seguir tratamento medicamentoso. Porém estes eram acompanhados de algumas dificuldades como: ter poucas informações quanto à dieta alimentar, seguir tratamento medicamentoso dificultado devido ao seu alto custo e pela falta na unidade de saúde.

Para controlar a alimentação ou fazer dieta, tanto Azaléia como Flor de Liz possuem pouca informação sobre os alimentos e o que exatamente podem ou não comer, gerando um fator limitante para o cuidado de si como podemos ver em suas falas:

“Sempre comi de tudo. Quando fiquei sabendo que era diabética, agora procuro evitar o doce. Só uso uma colher de chá no café da manhã.” (Flor de Liz)

“Eu só tomava café. Ai o médico me disse que o café demais ataca o coração. Agora o café eu já diminuí, só tomo café de manhã.” (Azaléia)

Ao tomarem conhecimento de sua doença, tanto Azaléia como Flor de Liz mudaram alguns hábitos alimentares. No entanto, ficou óbvio que as informações que possuem sobre a sua dieta são insuficientes, restringindo-se a alguns dados como redução do açúcar e café. Entendo ser a enfermagem uma profissão de relação com a experiência existencial do ser humano, e através da presença autêntica, numa forma de *estar com e fazer com*, coloquei-me à disposição para discutir com elas sobre a dieta alimentar, os grupos de alimentos a que deveriam dar preferência, deixando para elas decidirem sobre a escolha e como elaborar a sua dieta.

Entretanto, ambas transgridem a dieta, esporadicamente, pois se consideram muito jovens para manter restrição alimentar por toda a vida. Após ouvir os relatos de Azaléia e de Flor de Liz e ver as formas de negociação que fazem para burlar a dieta fiquei impressionada. Desta forma, percebendo a necessidade, busquei discutir sobre as várias formas de dieta, e que devem evitar ficar longos períodos sem se alimentar, como Flor de Liz;

“Difícilmente como pela manhã, só tomo o chimarrão. Depois só almoço e aí como bastante. E de tarde tomo chimarrão e às vezes como pão que a mãe faz com um pouco de doce. Eu só janto quando faço comida de noite, senão tomo café.” (Flor de Liz)

Após o relato de Flor de Liz, conversamos sobre a importância de manter uma alimentação freqüente, com intervalos mínimos de três horas, pois para a pessoa portadora de diabetes não é recomendável ficar muito tempo sem alimentar-se, em função do surgimento da hipoglicemia. Percebi que ela compreendeu a importância de alimentar-se periodicamente, pois no encontro seguinte relatou estar procurando seguir minha sugestão:

“Comecei a tomar o café da manhã. Agora no almoço tenho menos fome, como a senhora falou. Mas não está sendo fácil, não estou acostumada a tomar o café da manhã, tenho que forçar às vezes...”
(Flor de Liz)

Parece fácil seguir uma dieta alimentar, principalmente quando se trata de questões estéticas. Porém as coisas ficam difíceis quando o motivo é a busca da

saúde. Silva (1990) em seu estudo, diz que 50 % dos participantes relataram fazer parcialmente a dieta alimentar, isto é, a transgridem com frequência. Os motivos podem ser vários. No caso de Azaléia a transgressão é mais comum no final de semana, que é quando melhora o cardápio segundo ela:

“A semana toda eu faço a minha dieta, mas no domingo, eu já disse pra doutora, eu tenho que comer uma coisa diferente né. É uma salada de maionese, né? É uma carne assada. Eu digo pra doutora, a gente sempre faz uma comida melhor no domingo né. Então se eu almoço bem no domingo, aí de noite eu já não janto. O máximo que eu faço é tomar um chá e me deitar...” (Azaléia)

Assim como Flor de Liz, Azaléia, além de transgredir a dieta alimentar, suprime a janta e fica muitas horas sem se alimentar, o que poderá ocasionar um desequilíbrio no seu organismo.

Cereser (1996) aponta como motivo causador da hipertensão o uso exagerado ou errado de determinados alimentos. Às vezes sabemos que os alimentos podem desencadear uma crise aguda da doença crônica, levando ao sofrimento da pessoa. Porém, há dificuldades para mudar os hábitos alimentares. Alguns hábitos alimentares estão ligados a crenças ou hábitos culturais e portanto difíceis de serem modificados. Desta forma, a autora recomenda aos profissionais de saúde que compreendam a maneira como cada cultura concebe os alimentos, para assim tentarem modificar ou aperfeiçoar as práticas alimentares.

Através da relação empática procurei compreender estas formas de cuidado de si que Azaléia realizava ao transgredir a sua dieta alimentar. Num primeiro momento pareceu-me que estas transgressões eram formas de des-cuidados¹⁶. No entanto, após conversarmos percebi que Azaléia transgride a sua dieta alimentar em ocasiões especiais, e tem consciência disso. Posso compreendê-la neste particular, pois reconheço que muitas vezes nós mesmos exacerbamos na alimentação. No entanto, o meu dever, como profissional da saúde, era o de lembrá-la da importância de manter a dieta alimentar; e o direito dela era fazer suas escolhas e assumir suas

¹⁶ Des-cuidados: aqui entendidos como o não cuidado de si ou a falta de cuidado, a medida que transgride as situações de cuidado necessárias para manter a saúde.

responsabilidades. Paterson e Zderad (1979) consideram o homem como o produto de suas decisões, e o objetivo da enfermagem humanística é o de ajudar ao homem a *estar melhor* e ser consciente de suas ações para possibilitar a tomada de decisão responsável pelo seu próprio cuidado.

“ O dia que eu como doce eu me sinto mal, porque passo muito tempo sem comer, aí eu me sinto mal, me sinto enjoada... Eu digo, claro eu a não devia ter comido aquele doce. Outro dia eu fui num aniversário e tinha bolo. Eu só olhando pra aquele bolo... aí eu disse vou ter que comer, nem que seja só um pedacinho...”
(Azaléia)

A consciência, a culpa de transgredir a dieta se reflete no ‘mal estar’ de Azaléia, no entanto o doce exerce um fascínio, provavelmente porque saiba que devia evitá-lo, talvez por ser o “fruto proibido” que dá mais sabor e prazer na hora em que está sendo consumido, porém depois, geralmente, sente-se mal, e arrepende-se de tê-lo comido. Ao refletir sobre a questão da culpa de Azaléia em transgredir a dieta, procurei entender o porquê desta culpa. Será que ela realmente se sente culpada? Ou esta culpa é decorrente da postura do profissional da saúde que certamente irá condená-la pela sua transgressão? Será que o profissional de saúde não estará exercendo um papel de dominação em vez de favorecer que o cliente decida sobre a sua alimentação?

Santana (1999) nos propõe pensar na possibilidade de que o cliente esteja feliz em transgredir. A transgressão proporciona mais prazer que as limitações decorrentes da doença crônica, podendo ser também uma forma de se rebelar contra o tratamento que lhe é imposto. Percebo que nós, os profissionais da saúde, estamos habituados a impor o que sabemos como se fossem verdades absolutas, muitas vezes sem nos importarmos que o outro é que tem o governo de si, é ele que decidirá sobre a aceitabilidade ou não do que queremos que aceite. Na verdade, na maioria das vezes afirmamos o nosso ponto de vista, esquecendo como diz Boff (1997) é apenas a vista de um ponto.

Lunardi (1999, p. 139) propõe que a enfermeira...

“Possibilite que o cliente seja ele mesmo de forma autêntica, ouvi-lo, estimular que expresse o significado não só da doença para si, mas também do seu relacionamento com o enfermeiro, constituem-se em tecnologias que favorecem o cuidado e o conhecimento de si e não a sua negação. Ainda num processo de troca, os depoimentos do paciente, de como ele percebe o seu vivido e a sua relação com o profissional, podem auxiliar o próprio enfermeiro no seu processo de cuidado de si, através de possíveis reflexões decorrentes.”

Nesta assertiva, acredito ter possibilitado a discussão buscando auxiliá-las a serem responsáveis pelo cuidado de si e, para isto, é preciso que aja da parte delas, uma tomada de consciência e de querer se cuidar. As possibilidades para que Flor de Liz e Azaléia venham aderir a dieta alimentar são boas. Porém considero como fator limitante suas condições sócio-econômicas, bem como serem jovens e não apresentarem, nenhuma seqüela decorrente das complicações da doença crônica. Parece não se sentirem doentes e não terem consciência da gravidade de ser portadora de doença crônica, conforme o relato de Azaléia:

“Tem um mundo de gente por aí que não tem as coisas... Tu quer comer a vontade..., tu tem que estar comendo controlado... não pode estar abusando... tem que dizer ‘eu estou de dieta’...”
(Azaléia)

É visível o sofrimento, no relato de Azaléia, quando diz que deve controlar a alimentação, que outras pessoas podem comer a vontade, enquanto que aqueles que têm problema de saúde já não podem fazê-lo. É comum, atualmente, as pessoas ingerirem alimentos além da sua necessidade orgânica, com muitas calorias. Acredito que esta mudança no comportamento das pessoas com relação a sua alimentação seja fruto da grande variedade de alimentos encontrados hoje no mercado, das propagandas dos meios de comunicação e, do consumismo exagerado, devido as condições sócio-econômicas da população, como se reflete na fala seguinte de Azaléia:

“Tem gente que acha que diabetes e pressão alta é doença de rico. Pobre tem que aproveitar e comer enquanto tem...” (Azaléia)

Desta forma, fica difícil para o profissional da saúde lidar com a situação, a medida que a cultura popular é o de ‘aproveitar enquanto tem’ e tendo o conhecimento que poucos são os que têm o que comer todos os dias. Lembro de uma época em que a cultura popular era de ‘poupar hoje, para ter no amanhã’. Novamente a influência das condições sócio-econômicas da população se refletem na mudança de crenças e atitudes dos indivíduos na sociedade em que vivem, principalmente em decorrência dos vários planos financeiros estabelecidos pelo governo, queda no rendimento da poupança e também a facilidade de comprar artigos em várias e ‘suaves’ prestações. As pessoas perderam alguns valores e adquiriram outros.

Ao refletir sobre estas questões, parece ficar mais fácil entender a dificuldade das pessoas em fazer dieta alimentar, principalmente, se necessitam desta dieta, o que dá uma importância maior a necessidade de fazer o regime para o tratamento recomendado pelos profissionais de saúde. A transgressão à dieta acaba acontecendo, e com ela o sentimento de culpa que aumenta o estresse do indivíduo doente.

Além da dieta alimentar, tanto Flor de Liz como Azaléia manifestam a *preocupação com a necessidade de emagrecer*, pois ambas são obesas, constituindo-se num agravante tanto para Diabetes como para a Hipertensão. A necessidade de fazer exercício físico surge como um complemento da dieta para a redução do peso, mas também proporciona melhora no funcionamento do aparelho circulatório e contribui na prevenção da osteoporose.

“Eu caminho em média três vezes por semana e estou procurando diminuir o que como né.” (Flor de Liz)

“Caminho bastante, ando de bicicleta e faço a dieta pra diabete. Eu procuro me cuidar... e mesmo assim não consigo emagrecer.” (Azaléia)

Ao referir que realizam atividades físicas, tanto Azaléia como Flor de Liz, não souberam dizer o período no qual realizam estas caminhadas. Ao mesmo tempo informam que estas caminhadas são para levar os filhos ao colégio, ou ir na casa de

familiares. Informaram-me também que na associação do bairro acontece duas vezes por semana aula de ginástica, mas nenhuma das duas vai, não pareceram interessadas, pois alegaram já caminhar bastante e que “não precisam fazer ginástica”. No entanto, parecem preocupadas com o peso, e sabem que devem emagrecer, pois a médica, segundo elas, diz isto todas as vezes na reunião do grupo de hipertensos.

Acredito que apesar de terem consciência da necessidade de realizar exercícios físicos, Azaléia e Flor de Liz tomaram a decisão de não fazê-lo, o que me pareceu contraditório. Ao rever o pressuposto de que ‘quando uma pessoa está doente, o corpo manifesta mudanças, e essas influenciam o mundo da pessoa e a experiência de estar no mundo’. Entretanto, compreendi que elas têm o direito de decidir como querem cuidar de si, o que para mim parecia incompreensível, se tornou compreensível à medida que, ao colocar-me em seu lugar, gostaria de decidir quais as orientações dos profissionais de saúde, que eu seguiria “ao pé da letra” e quais aquelas que eu apenas adaptaria ao meu cotidiano. Para Santana (1999, p.128):

“A existência humana está carregada de ambigüidades, e de riscos, cuja imprevisibilidade impede que o homem tenha segurança ao agir. Entretanto, se nos colocarmos no lugar do outro procurando compreender suas crenças e valores, provavelmente, estaremos mais presentes no seu momento possibilitando uma maior troca.”

A possibilidade de conhecer o outro a ponto de compreender e aceitar suas escolhas é uma forma de *estar com e fazer com* os clientes que cuidamos. É valorizar a sua autonomia para o cuidado de si. A enfermagem por muito tempo determinou e ainda determina o certo e o errado para o cuidado do ser humano. E esta forma de cuidar de enfermagem não estava atendendo as expectativas do cliente, pois não respeitava o seu direito de ser participante no próprio cuidado e nem da própria enfermagem, à medida que muitas formas de des-cuidados ocorreram neste caminhar. Isto acontece devido a maneira como a enfermagem

realiza as orientações aos clientes, impondo e insistindo quanto as formas de cuidado que ele deve ter. Entretanto acredito que, ao conhecermos realmente o ser que cuidamos, passamos a percebê-lo com sensibilidade e intuição na sua essência, proporcionando assim o cuidado de acordo com a singularidade de cada um.

- Visão Compreensiva da Doença

Dos relatos dos sujeitos, emergiu a categoria *Visão compreensiva da doença*, no sentido de que estes são percebidos como que carregados de: crenças, atitudes, preconceitos, questões relativas as condições sócio-econômicas, e relação familiar.

• SURGIMENTO DAS CRENÇAS

A palavra crença vem do latim medieval *credencia*, de *credere*, que significa: crer, por fé (Ferreira, 1995). Segundo Abbagnano (1998, p.219), podem ser chamadas de crenças: “... *as convicções científicas, as convicções religiosas, o reconhecimento de um princípio evidente ou de demonstração, bem como de aceitação de um preconceito ou de uma superstição.*”

Para este estudo, considereei como crenças os motivos atribuídos pelos sujeitos à origem da doença, por que acreditam serem doentes, suas crenças populares, no invisível que passam pela promoção da cura.

As crenças atribuídas à origem da doença por Flor de Liz e Azaléia estão relacionadas com a história de vida, com as perdas e frustrações que sofreu ou que sofre e sua dificuldade de lidar com elas. Isto pode ser observado nos relatos de Flor de Liz:

“Lembro ter tido pressão alta na primeira gravidez, acho que foi porque este foi um período difícil na minha vida, pois meu pai

estava doente, tinha câncer de pulmão. Então passei toda a gravidez preocupada” (Flor de Liz)

“Voltei a ter pressão alta faz um ano, Acho que a doença voltou porque o meu irmão mais velho começou a apresentar problemas de saúde” (Flor de Liz)

Flor de Liz acredita que sua pressão alta é decorrente da sua preocupação com seus familiares em torno dos problemas de saúde, somando-se então, ao estresse que vivencia no seu cotidiano. Relata que sua família, mãe, irmãos e irmãs, é muito unida, preocupam-se uns com os outros e cuidam uns dos outros e que por isto sofre e fica nervosa quando alguém adocece.

Também Azaléia acredita que a sua HAS esteja associada a problemas decorrentes da doença de suas filhas, isto é, acredita que sua pressão alta é ocasionada devido as preocupações com suas filhas, aos problemas de saúde que elas vivenciam.

“A minha pressão é meio louca, uma hora ela tá boa, outra hora ela tá lá em cima.... Mas eu,... a minha pressão mais é emocional, devido a tudo o que passei né. Sei que muito da minha pressão é por causa dos problemas de saúde de minhas filhas,... porque fico muito preocupada com elas. Acho que só vou ficar boa da pressão quando elas tiverem saúde. Porque cada vez que uma delas fica doente a minha pressão vai lá em cima.” (Azaléia)

Na busca de conhecer Azaléia e Flor de Liz, para posteriormente promover um cuidado humanizado, procurei penetrar no seu mundo e percebi como os fatores que desencadearam a doença crônica em ambas, estão associados ao estresse, ou seja, parecem estar relacionados aos fatores externos. Como fatores externos entendo que sejam os problemas familiares e preocupações decorrentes das condições sócio-econômicas em que vivem.

Chopra (1989) refere que as situações vividas no cotidiano e os significados para a nossa existência poderão desencadear alguma doença. Entende que em nossa existência cotidiana devemos cuidar de dois mundos: o pequeno dentro de nós (EU)

e o grande a nossa volta (Nós), pois conforme as escolhas que fizermos poderá alterar a forma do mundo exterior e conseqüentemente do mundo interior. Considero que, sob este aspecto, é fundamental que vivamos com mais tranqüilidade, procurando evitar situações estressantes, proporcionando ambientes menos hostis, que pensemos de forma mais positiva sobre os acontecimentos do cotidiano e assim diminuindo desgastes e possibilidades de doença.

Paterson e Zderad (1979) consideram que a enfermeira e o cliente são seres singulares e históricos, com possibilidades e limitações para tomada de decisão, e que participam de uma variada rede de relações inter-humanas, nas quais, o diálogo ocorre conforme as concepções de mundo de cada um.

Chopra (1989) refere ainda que a cada instante podem abrir-se para nós escolhas infinitas que poderão alterar a forma do mundo em que vivemos. Somos produtos das escolhas que fizemos. A possibilidade de escolher ser ou não doente é muito complexo para entendermos e/ou mesmo aceitarmos. Se somos produto de nossas escolhas podemos optar por termos uma vida saudável, mesmo possuindo uma doença crônica. Mas às vezes pela dificuldade de manifestarmos nossos sentimentos ou mesmo a discordância sobre alguns aspectos de nossa vida, isto acaba repercutindo em algum problema no nosso corpo. Para isto este autor cita um verso de antigos textos:

“Como é o corpo humano, assim é o corpo cósmico.

Como é a mente humana, assim é a mente cósmica.

Como é o microcosmos, assim é o macrocosmos.” (Chopra, 1989 p.225).

Continua Chopra dizendo que há uma estreita ligação entre a nossa psique e o nosso corpo e leva a alguma manifestação física como a doença. O significado simbólico do adoecer está relacionado com a dificuldade da pessoa em expressar seus sentimentos e emoções. O sintoma físico aparece como uma manifestação de socorro, um sinal de alerta como maneira de anunciar seu sofrimento.

Desta forma, percebo que tanto Flor de Liz como Azaléia manifestam o seu sofrimento, através da doença que possuem, como uma forma de pedir socorro para alguém que possa ajudá-las a resolver os seus problemas cotidianos. Durante o diálogo que vivenciamos, apesar de aparentemente elas estarem verbalizando suas preocupações e seus problemas, ao mesmo tempo diziam que muitas das coisas que viviam, sofriam caladas. Azaléia relata que sempre procura ajudar as pessoas e sua família, no entanto quando precisa não pode contar com eles e se magoa com isso; ela assim se expressa a este respeito:

“ Eu não sou de tá batendo boca, discutindo, eu vou guardando sabe?, As pessoas fazem prá mim e eu vou guardando. Aquilo me magoa. Aí quando eles precisam, batem na minha porta e eu não sei dizer não...vou lá e ajudo.” (Azaléia)

Assim, ao guardar para si os sofrimentos vividos, as mágoas e ressentimentos machucam o seu espírito, e posteriormente atingem o corpo, manifestado-se em dor ou mesmo alguma doença, conforme verso anterior de Chopra, pois há um estreita ligação entre o corpo e a mente. Assim faz-se necessária uma conscientização de que os problemas que afetam o estado psíquico do indivíduo e que não são resolvidos possivelmente se reverterão num problema de saúde físico. É preciso uma mudança de atitude, devemos estar em perfeita harmonia com a nossa mente/espírito para que o nosso corpo tenha harmonia, tenha saúde. Esta é uma forma de ver e perceber as condições de saúde segundo uma concepção holística, conforme o referido por Capra (1982).

A crença da *doença ser um castigo, uma herança familiar*, é referida por Azaléia, e junto ao seu relato, percebe-se sua revolta, mágoa por ser diferente dos irmãos e portanto sente-se excluída do ambiente familiar...

“... então como eu sou premiada,... porque a minha família tem tanta coisa e eu herdei tudo, porque nós somos oito irmãos sabe..., as minhas crianças saíram com problema no coração,... o meu pai tinha problema em uma perna,... e a única que saiu com problema na perna fui eu...” (Azaléia)

Silva (1994) considera que a predisposição hereditária como um fator determinante do processo saúde-doença do indivíduo, depende dos fatores de risco a que esta pessoa se expõe ao longo da vida, a forma como se relaciona com o meio ambiente, o sociocultural, e tem como ponto central a maneira de o indivíduo ser e de ver o mundo, ou seja, tem relação com o seu modo de vida. Assim, Azaléia acredita que a herança de família que coube para ela foi a doença. Vê isto como um castigo à medida que de todos os irmãos ela é a única a possuir problemas de saúde tanto os seus como os de suas filhas. Enquanto relatava este fato percebi que Azaléia sentia-se excluída do seu ambiente familiar por ser portadora de uma anomalia física na perna direita, e assim, ser diferente dos demais membros da família. Parece haver um certo preconceito ou mesmo temor por parte deles, de que este problema físico de Azaléia possa contaminá-los. Entretanto, ao olharmos de outra forma, pode ser que Azaléia tenha se afastado de sua família, por ressentimento devido a ela ser a única que possua problemas de saúde.

Observando o adoecer de Azaléia sob este prisma, parece haver uma ligação da doença aos fatores psíquicos vivenciados por ela durante sua vida, como o sofrimento por sentir-se excluída, rejeitada pela família ou mesmo, pelo seu ressentimento. E também pela dificuldade dela em, algum estágio de sua existência, resolver seus conflitos interiores, como seus problemas na relação familiar e por isto, sente-se culpada e merecedora de castigo, como um desejo de autopunição. Santana (1999, p. 14) considera que:

“... muitas são as analogias estabelecendo a doença como castigo do céu, maus espíritos, coisa do diabo, etc. Essas visões certamente representam símbolos culturais, suposições baseadas em crenças populares. Fica, portanto, a presença de forte conteúdo religioso, onde o temor, o medo e o castigo estão sempre presentes quando surge qualquer situação de descompensação na vida do ser.”

No entanto, para Flor de Liz, o seu adoecer tem relação com as preocupações que vivencia no seu cotidiano, como o desemprego de seu marido e os problemas de saúde de seu irmão. Conta que o seu pai tinha Hipertensão arterial e que uma tia

tinha diabetes, mas para ela, parece que este fato é um mero detalhe, pois não os associa ao seu processo saúde-doença.

O invisível como forma de promover a cura tem origem nas crenças populares ligadas ao processo saúde/doença. São comportamentos oriundos de hábitos, costumes e práticas mantidas ao longo de gerações. Em algumas situações as pessoas que vivenciam a saúde/doença, passam por tantas situações causadoras de sofrimento, que se lançam em busca de formas alternativas de cura, as chamadas práticas médicas não convencionais. Na verdade, estas questões podem ser compreendidas dentro do imaginário social, no qual a cultura, o rito de mudanças que estamos vivendo, a energia, a força da mente e a auto-sugestão tem recebido um lugar de destaque (Santana, 1998).

É visível identificarmos, muitas vezes, as pessoas irem em busca de práticas de cura que extrapolem uma explicação científica. Vivemos momentos de grandes mudanças no que tange a busca pela saúde, pela promoção da cura do corpo e do espírito, pela melhoria na qualidade de vida. Portanto, faz-se necessário estarmos preparados (Santana, 1998). Assim, penso que devemos abrir as nossas mentes e ter sensibilidade para compreender as diferentes terapias usadas atualmente, que procuram unir o corpo, a mente e o espírito visando a totalidade do ser humano.

Acredito como fundamental que a enfermeira compreenda e respeite este tipo de ajuda que as pessoas buscam para a cura de seus males físicos e psíquicos. Mas penso que a enfermeira deve estar em constante sintonia com estes clientes, oferecendo conforto e cuidado. Considero relevante abordar esta questão pois sabemos que as pessoas de que cuidamos nem sempre se restringem apenas a esta forma de cuidar, eles possuem outros métodos para ajudá-las. Azaléia, em seu sofrimento, vendo sua filha doente, com problemas renais graves, com apenas um quarto da capacidade do rim funcionante, recorreu a outras práticas que poderiam promover a cura de sua filha conforme verbalizou:

“É eu mandei fazer uma cirurgia astral na minha filha, a Cravina, há dois anos, porque ela teve um problema no rim, estava quase parandô. O médico fez uns exames nela e disse que o rim estava

funcionando só vinte e poucos por cento. Esta guria estava bem deitada e aí já começava a gritar, ficava com febre quase quarenta graus, aí eu já levava pro hospital e ela ficava no soro. Aí eu escrevi prá lá, e ela fez a cirurgia astral. Depois ficou dois anos sem ter problema nenhum. Eu tenho muita fé.” (Azaléia)

Azaléia e Flor de Liz também relataram utilizar outras formas para o seu cuidado, como o uso de ervas de chá. A fitoterapia ou o uso de ervas para reduzir sintomas ou mesmo para promover a cura dos males do organismo é muito utilizado popularmente. Esta cultura popular vem ganhando ainda que timidamente, adesão por parte da ciência. Muitos são os estudos, que estão sendo realizados sobre as ervas para o uso medicinal e, tem-se comprovado a sua eficácia para o tratamento de vários males que acometem o ser humano.

Santana (1999) percebe que esta forma natural, vinda do oriente, tem sido mais largamente aceita por pessoas leigas do que por àquelas com formação na área das ciências biológicas. Por outro lado, verifica-se que esta aceitação popular tem realizado um movimento que vem repercutindo positivamente nos meios acadêmicos. Atualmente, já verificamos muitos profissionais da saúde, demonstrando interesse pela terapêutica alternativa. Isto de certa forma demonstra as transformações produzidas em torno do antigo mitos e crenças e muitas vezes velando as novas alternativas de cura.

- *PREOCUPAÇÃO FINANCEIRA GERANDO DOENÇA*

As questões decorrentes das condições sócio-econômicas do indivíduo influem de certa forma no seu processo saúde-doença como quando a sua precária condição social e econômica só permite residir na em bairros com condições de saneamento insatisfatório para a saúde, em moradias semi-acabadas. Além disso, são fortes influências também as dificuldades de obter recursos financeiros através do trabalho, devido ao alto índice de desemprego, como no caso do marido de Flor

de Liz, bem como dos baixos salários gerando a necessidade de ter mais de um emprego para complementar a renda básica para o sustento da família como no caso do marido de Azaléia que tem três empregos.

Em ambos os casos, o que se percebe é que tanto aquele que está desempregado e exerce atividades no mercado informal sendo 'biscateiro' como o outro que acumula três empregos possuem as mesmas preocupações financeiras, como relatadas por Flor de Liz:

"É o meu marido continua desempregado. Nós vivemos dos biscates que ele faz..." (Flor de Liz).

Enquanto ouvia Flor de Liz falar, percebi que a questão financeira era motivo de preocupação para ela tanto quanto para seu marido. Flor de Liz relatou que seu marido havia saído para procurar emprego naquele momento, e que em quase dez anos de casados ele só teve um emprego fixo, por três anos, quando trabalhou para seu tio como ajudante de pedreiro. Quanto a ela, desempenha o papel de mãe e dona-de-casa, e quase todos os dias vai a casa de sua mãe e a ajuda nas atividades domésticas pois seu irmão mais velho é doente. Diz que sempre que tem alguém doente na família, ela é chamada para auxiliar nos cuidados e por isto não pode ter um emprego, pois tem que estar sempre disponível. Mas por outro lado, recebe ajuda financeira de seus familiares.

Atualmente, uma das formas de se tentar superar a crise econômica é optar por ter mais de um emprego. Conseqüentemente, essa atitude pode repercutir sobre a saúde das pessoas reduzindo sua qualidade de vida, como o marido de Azaléia.

"O meu marido, ele trabalha em três empregos. De noite como vigia, trabalha noite sim e noite não, e no fim de semana ele sai de casa no sábado e só volta na segunda de manhã, também como vigia em uma madeireira e ainda trabalha durante a semana de dia em uma serralheria. Eu digo pra ele, que é marido de visita." (Azaléia)

Fatos como este são comuns no cotidiano da vida de muitos brasileiros. A redução progressiva do salário mínimo e conseqüentemente o poder de compra

diminuído, provoca nas pessoas a criação de alternativas de sobrevivência, como jornada dupla de trabalho, fazendo com que elas não tenham lazer, pouco tempo para o sono e repouso contribuindo para a sobrecarga física destas pessoas e o aumento nas atribuições do outro cônjuge no lar como Azaléia. A necessidade da criação de alternativas de sobrevivência fazem parte do cotidiano familiar na atualidade. A sobrevivência exige mais que o salário mínimo como fonte de renda, é preciso também malabarismos para dar conta dos compromissos econômicos como as taxas de luz, transporte, alimentação, remédios, vestuário e moradia (Minayo et al, 1986).

Conforme Minayo et al (1986, p. 40),

“O alto custo de vida levam a classe trabalhadora a se fixar na periferia das cidades, onde não apenas os serviços públicos como os empregos são escassos. Desta forma, a jornada de trabalho é necessariamente superior às oito horas determinadas pelas leis trabalhistas. O dia começa de madrugada com um ralo café da manhã e se estende até tarde da noite, após o trabalhador enfrentar as tensões provocadas pelo sistema de transporte deficiente, ambiente de trabalho insalubre e medo do desemprego.”

A tentativa de compreender as dificuldades financeiras dos sujeitos deste estudo fizeram-me comprovar que as condições de vida e saúde são primordiais para o ser humano. Isto quer dizer que se há melhoria nas condições salariais, moradia digna, alimentação suficiente, condições de trabalho adequadas, facilidade de transporte, ambiente saudável com saneamento básico, conseqüentemente há melhoria da qualidade de vida das pessoas e em contrapartida há a diminuição das doenças associadas ao estresse como HAS e Diabetes.

As pessoas portadoras de doença crônica necessitam seguir o tratamento como uma forma de manter sua saúde em condições estáveis. Desta forma, as consultas médicas bem como as da enfermagem e nutrição acarretam gastos permanentes. Assim, os problemas financeiros já existentes são exacerbados pelo

custo do tratamento. Tanto Flor de Liz como Azaléia vivenciam dificuldades financeiras que comprometem os cuidados para com sua saúde.

“É a minha pressão está alta hoje... É que eu não tomei o diurético porque terminou os comprimidos. Agora eu tenho que esperar o dia da reunião do grupo de hipertensos nesta semana para pegar mais deste remédio. Eu não posso comprar...” (Flor de Liz)

As difíceis condições enfrentadas por Flor de Liz, para manter o tratamento, não são unicamente dela. Azaléia também passa por problemas semelhantes, entretanto, ela possui o agravante do problema de saúde de sua filha. Os gastos com o tratamento são altos, causando preocupação para ela e o marido. Percebe-se que, apesar de se empenhar em seguir o tratamento prescrito pelo médico, se sente insegura quanto a eficácia do mesmo devido a demora na resolução do problema. Assim as preocupações aumentam contribuindo para agravar o seu problema de saúde com aumento de sua pressão arterial.

“Eu acho assim ó, a medicação tinha que separar, porque quase todo mundo toma remédio, então o preço não devia subir... não devia ser tão caro assim..... a medicação para o tratamento da minha filha saiu R\$ 220,00 e eu parcelei em duas vezes na farmácia... eu não consegui amostra grátis do remédio, fui na rádio, fui por tudo e não consegui...” (Azaléia)

A maioria da população brasileira com baixo poder aquisitivo passa por estas dificuldades. Muitas vezes o tratamento não tem continuidade por falta do medicamento. Frequentemente os medicamentos de uso contínuo, utilizados pelas pessoas portadoras de doença crônica não são enviados pelo Ministério da Saúde às unidades sanitárias, e estas, conseqüentemente, não têm para repassar aos clientes. A crise no setor farmacêutico com aumentos abusivos dos medicamentos, somado ao surgimento dos medicamentos genéricos que deveriam solucionar o problema, no entanto, o custo dele difere pouco do outro, parecendo favorecer ainda mais a hegemonia destas indústrias, resultando em aumentos conforme vem sendo divulgados pela mídia escrita e falada. Apesar de o governo anunciar medidas para

redução dos custos com medicamentos para a população brasileira, o que testemunhamos na realidade é diferente.

“Claro que quando tu vai num médico, sempre fica um pouco,... é a preocupação por causa da doença da guria e um pouco é a preocupação da medicação, porque cada vez receitam um remédio, e eu já não tenho mais da onde tirar recurso pra comprar a medicação né. A nossa preocupação é essa, porque nós estamos na farmácia pra pagar. Porque eu não posso comprar um ASS agora na farmácia, porque eu tô com a minha cota... né, estourada...de tanto remédio né. Então a preocupação mais minha, que eu me ataco dos nervo, é quando eu vou e vem aquela receita, aí... eu entro em parafuso. É eu e meu marido, não sei qual dos dois é mais...” (Azaléia).

Azaléia segue relatando os problemas que vivencia para receber atendimento a saúde. O que percebemos é que o atendimento a saúde virou um ato mercantilista, um comércio no qual quem tem condições de pagar recebe atendimento imediato, enquanto que as pessoas que não têm dinheiro ou não possuem um convênio/saúde, têm que se submeter a esperar, a entrar em filas. Este fato gera insegurança nas pessoas quanto ao atendimento dos profissionais de saúde, pois a qualidade do atendimento possivelmente se tornará difícil a medida em que se valoriza mais o poder sócio-econômico do que a vida do ser humano, e nos postos de saúde, é pequena a margem de resolutividade, pois quando se trata de atendimento ou exames de urgência, são feitos os encaminhamentos; os problemas começam devido a burocracia do serviço público e o descaso com que tratam as angústias e preocupações da população quando necessitarem de um atendimento imediato. O atendimento à saúde que o ser humano tem direito conforme o artigo 196 da Constituição Federal e a Lei 8080/90 artigo 2º (Ministério da Saúde, 1991), fica comprometido conforme o relato de Azaléia:

“É, tem outros médicos por aí que dizem, ah não é nada meu ti rala né...Se tu tem dinheiro pra pagar te atende, senão não. Dizem, minha filha vai pra fila. Eu falava com um, falava com outro, eles diziam, ah eu não posso fazer nada, não tens condições de pagar, vai pra fila do SUS” (Azaléia).

Dos relatos emergem os sentimentos de Flor de Liz e Azaléia frente as situações vivenciadas em busca de um cuidado de saúde. A realidade social da saúde é expressa em cada desabafo daqueles que a vivem. Estão se tornando freqüentes as colocações vindas da população denunciando o seu desagrado. Frente ao cenário exposto e pensando na saúde como uma prática social, entendo o quanto esta prática carece de cuidados por parte das autoridades constituídas pelos líderes comunitários e sociais. A saúde deve ser compreendida e deve também, fazer parte da reflexão e planejamento dos programas de uma sociedade.

Ao refletir sobre estas questões, penso que a saúde é parte de nossa existência, aspirações e desejos. A saúde do indivíduo é mais que um direito e um dever do estado. Ela vai além, deve permear a dignidade do ser humano. O profissional da saúde deve investigar as condições de vida da pessoa que cuida e, valorizar as formas de cuidado que pratica, e junto a eles ir em busca de alternativas para solucionar os seus problemas. Deve discutir com eles sobre como exercer seus direitos de cidadão, através da participação popular nas associações de bairro, conselho municipal de saúde, reivindicando a sua cidadania.

- *ALGUNS FATORES DECORRENTES DA DOENÇA CRÔNICA*

Enquanto conhecia Flor de Liz e Azaléia, surgiram, em seus depoimentos, alguns fatores os quais considerei relevantes como causa/conseqüência relativas as situações que viviam, quais sejam: estresse, insônia e dificuldade para urinar.

No entender de Silva (1990), estas situações são desconfortos físicos com os quais o portador de doença crônica deve aprender a conviver. Ao conhecer Azaléia e Flor de Liz, percebi que muitos dos seus problemas parecem decorrer da suas doenças, somados aos problemas por elas vividos no seu cotidiano.

As situações relacionadas ao sono foram relatados por Azaléia, como não conseguir dormir muitas vezes numa mesma semana. Justificado pelo fato do seu

marido trabalha à noite deixando-a só com as duas filhas, o que gera preocupação, provocando a insônia, conforme seu relato:

“Mas o problema maior meu, é que eu não durmo. Chegava a passar uma semana inteira sem saber o que era dormir. Eu já tinha até medo. Sabe o que eu fazia, deixava um pouco do serviço pra noite, que aí eu tinha o que fazer. Eu só consigo dormir melhor quando o meu marido está em casa... Porque ele não para em casa... Mas assim mesmo eu durmo um sono e me acordo... uma que os cachorros começam a latir, eu já me levanto para ver o que é, fico preocupada, porque eles estão invadindo, com gente ou sem gente.... eu durante o dia não consigo dormir” (Azaléia)

As condições do sono e repouso são importantes para o ser humano, quando este não acontece afeta seu equilíbrio orgânico. Os problemas que Azaléia vivencia em seu cotidiano, como a doença de sua filha Cravina, associada ao trabalho noturno de seu marido e o medo de sua casa ser invadida durante a noite, contribuem para a sua insônia. Estes problemas todos levam ao estresse e por conseguinte contribuem para elevar os níveis de sua pressão arterial. Enquanto Azaléia relatava-me seus problemas para dormir, a sua insônia, percebi que ela se preocupava com isto de tal forma, que já programava atividades para a noite, como uma forma de passar o tempo. Na verdade, ela já previa a insônia.

Azaléia também nos fala que urina pouco durante o dia, embora ela ingira em média dois litros de líquidos, pois sempre tem chá pronto. O motivo, segundo ela, de sua reduzida diurese, apesar de tomar diurético uma vez ao dia, é que os seus problemas a envolvem tanto que se esquece de ir ao banheiro, outras vezes sente vontade, porém está muito ocupada naquele momento e então deixa para depois.

“Eu urinar durante o dia é muito difícil, eu urino mais é de noite,... mesmo tomando o diurético. Ontem mesmo, eu levantei e urinei e depois passei o dia todo sem urinar, fui urinar mesmo de noite... e olha que eu tomo bastante água, tomava aquelas garrafas de dois litros, tomava, tomava, chegava a doer o estômago de tanta água.” (Azaléia).

Enquanto conversávamos, eu me preocupava, pois uma das conseqüências da hipertensão e da diabetes são as complicações renais, e no caso dela isto poderia estar se desenvolvendo. Após conhecer seus hábitos, conversei com ela sobre a importância da diurese freqüente, pois auxilia na eliminação das toxinas produzidas pelo organismo. A pouca diurese contribui, sobremaneira, no aumento dos níveis pressóricos e desta forma prejudicando a sua saúde. Ao se conscientizar da necessidade de manter uma diurese freqüente, Azaléia tomou atitude de controlar a sua diurese, pois referiu num encontro posterior que estava procurando lembrar a si mesma que deveria urinar, mesmo quando os problemas tomavam conta do seu pensamento.

Portanto, as condições nas quais Azaléia vivencia sua saúde/doença, possuem estreita relação com sua vida, com a consciência que tem de si e sua visão de mundo. Para ela o cuidar de si está relacionado com o cuidar de suas filhas, de seu lar.

Já Flor de Liz não apresenta os mesmos desconfortos físicos que Azaléia. Os fatores relacionados a doença de Flor de Liz parecem decorrer do estresse que vivencia no seu cotidiano, como a doença de seu irmão, o desemprego de seu marido e a preocupação com seus filhos, caso adoça e não possa mais cuidá-los. As causas de seu nervosismo possuem relevância, pois sofre por não poder resolver os problemas no seu cotidiano.

Silva (1994), ao abordar os motivos pelos quais uma pessoa adocece, refere que, além da predisposição hereditária para o adoecer, esta poderá aparecer de acordo com a história de vida, suas perdas e frustrações que sofre e a capacidade ou incapacidade de lidar com elas, principalmente os “momentos mais difíceis de suportar” como o referido por Flor de Liz sobre a perda de seu pai e a doença de seu irmão, poderá acarretar doenças psíquicas e/ou orgânicas.

O vivido no cotidiano de Flor de Liz, embora difícil, principalmente devido ao desemprego de seu marido, comprometendo a manutenção de alimentação, saúde, educação, vestuário e moradia, são situações que comprometem a sua saúde.

Porém, possui uma qualidade singular que está relacionada a visão de mundo, pela sua maneira de ver e ser no seu mundo-vida. Ela é sensível, amorosa e se preocupa com sua família e também com seus amigos e vizinhos, sempre disponível a ajudar os outros. As experiências difíceis do seu cotidiano são momentos que fortalecem o seu potencial humano à medida que busca encontrar sentido para sua vida.

- *FALANDO SOBRE A RELAÇÃO FAMILIAR*

Flor de Liz, por ser uma pessoa sensível e preocupada com as pessoas de sua relação, sofre quando os vê sofrer. Para Paterson e Zderad (1979) a relação EU-TU descrita por Buber enfatiza o conhecimento da singularidade de cada ser, que ao oferecer presença autêntica ao outro possibilita a presença autêntica com seu próprio EU. Assim é a forma de Flor de Liz se relacionar com sua família, parentes e amigos. A maneira que busca fortalecer o seu potencial humano é através da relação de união com a família para ajudar nos momentos de necessidade, conforme seu relato sobre a doença de seu irmão:

“Quando o meu irmão mais velho ficou doente. Nós, eu em meus irmãos, levamos ele para tudo que foi médico, e eles disseram que seria muito difícil que ele voltasse a caminhar. Ele ficou dois meses baixado no hospital, quando veio para casa não caminhava, ficava o tempo todo na cama, não queria sair... Sabe, nos, os irmãos somos muito unidos. Nos revezávamos para cuidar dele, para banhá-lo, virar ele na cama. Ele não gostava não, dizia se sentir um inútil, que precisava de nós para tudo. Mas tanto insistimos, começamos a fazer a fisioterapia que aprendemos no hospital, em casa e com o tempo ele começou a voltar a caminhar. Foi um período muito difícil para nós. Agora, quase um ano depois, ele já caminha de bengala, com muita dificuldade mas caminha. E isto é muito importante para nós.” (Flor de Liz)

Este exemplo evidencia que o ser humano mesmo nas adversidade, busca na relação mútua lutar por sua sobrevivência objetivando o *bem estar e estar melhor* para si e para as pessoas ao seu redor.

Paterson e Zderad (1979) referem que é através das relações em comunidade que o ser humano torna-se mais e melhor, pois influenciam e são influenciados pelas relações e pelo ambiente onde vivem. A comunidade pode ser um grupo, família ou amigos.

A comunidade de Flor de Liz é sua família, na qual as relações são especiais. São relações que fortalecem o bem estar e estar melhor de seus membros, apesar das adversidade que vivenciam. Para Paterson e Zderad (1979), a relação em comunidade descrita por Buber possibilita ao homem evoluir, para ser mais. Para ele o ser humano tem um potencial singular comprometido em ajudar as pessoas de sua relação e adquire identidade através desta relação com sua família, amigos ou grupos.

Já a comunidade de Azaléia são a seu esposo e filhas, e os vizinhos e amigos do bairro onde vive. A sua relação familiar com mãe e irmãos está permeada por mágoas e ressentimentos originários de sua infância e comprometidos pelas situações em que se sentiu abandonada. Ela conta uma situação que vivenciou este abandono, quando esteve muito doente, devido a uma complicação cirúrgica, e quando estava sendo levada ao hospital, sua mãe esteve em sua casa e lhe disse: *“Se eu puder, eu vou te visitar no hospital...”* Azaléia relatou que em todo o período em que esteve hospitalizada não recebeu a visita de sua mãe e nem mesmo de seus irmãos. No entanto os seus irmãos sempre que precisam a procuram, e ela os ajuda. Por outro lado, ela encontra este apoio junto ao marido e filhas, que procuram ajudá-la e cuidar dela sempre que “ela permite” como diz seu marido o Sr. Palmeira:

“Olha eu me preocupo muito, eu sempre falo pra ela ir com mais calma, ela é muito nervosa sabe? Eu digo pra ela, eu trabalho muito, de dia e de noite, se algo acontece com ela e eu não estou em casa? Como vai ser? Então eu digo pra ela, cabe a ti te cuidar...” (Sr. Palmeira)

É visível que o marido de Azaléia se preocupa com ela, ao mesmo tempo em que coloca sob a responsabilidade dela o próprio cuidado. Cereser (1996) em seu

estudo diz que a maioria dos familiares colocam a responsabilidade do cuidar de si ao próprio familiar doente, não cabendo a eles uma maior participação no processo de tratamento, principalmente se estes acarretarem alguma mudança nos hábitos e costumes no que tange a alimentação ou mesmo na supervisão do cuidado. Assim, o cuidar de si para Azaléia fica sob sua responsabilidade, pois não pode contar com a sua família materna e suas filhas são muito pequenas. No entanto, a Cravina, sua filha mais velha, participou de alguns de nossos encontros e diz que agora “vai ajudar a cuidar da mãe”.

5.4 Uma Síntese das Realidades Conhecidas

Neste momento do estudo, apresentamos ao leitor, a Quarta Fase da enfermagem fenomenológica de Paterson e Zderad (1979) intitulada: *A enfermeira de modo complementar sintetiza outros conhecimentos*. Nesta fase a enfermeira compara¹⁷ e sintetiza¹⁸ as múltiplas realidades conhecidas, ampliando o conhecimento acerca do ser humano enfermeiro e do ser humano cliente.

Paterson e Zderad (1979) consideram que nesta comparação e síntese o EU do pesquisador passa a ser o objeto de conhecimento. Ele permite o diálogo entre as múltiplas realidades que conhece, pois estas não se conhecem diretamente. E a partir disso interpreta, seleciona e classifica. As autoras salientam que, neste objeto humano de conhecimento, as diferenças descobertas em realidades semelhantes não competem, ou seja, uma não nega a outra, pois cada uma pode ser verdadeira e estar presente ao mesmo tempo. A oscilação, durante a reflexão das realidades conhecidas, é um processo dialético ao qual o pesquisador denomina como a síntese

¹⁷ Compara/comparar: estabelecer confronto entre; cotejar, confrontar. Estabelecer confronto entre pessoas, coisas ou animais. Examinar simultaneamente a fim de conhecer as semelhanças, as diferenças ou relações. Por em igual nível, igualar, equiparar. (Ferreira, 1995)

¹⁸ Sintetiza/sintetizar: fazer a síntese de., compendiar, resumir, substanciar. Síntese: operação mental que procede do simples para o complexo. Reunião de elementos concretos ou abstratos em um todo; fusão; composição. (Ferreira, 1995)

complementar. Portanto, esta síntese pode permitir a representação mútua, na qual uma realidade ilumina a outra.

Para Paterson e Zderad (1979, p 86) :

“A experiência de enfermagem nos mostra que cada homem, cada família, cada comunidade são semelhantes e diferentes.... Devemos considerar com justiça e singularidade humana cada participante na situação de enfermagem, cujo potencial familiar tem origem em suas raízes, e como um ser pensante e consciente projeta a sua vida futura, sua eternidade.”

A partir de uma reflexão da singularidade da experiência humana, a enfermeira poderá comparar e contrastar. Isto não quer dizer que irá aceitar alguns pontos e negar outros, mas esclarecer cada um em relação ao outro. Este diálogo entre cada conceitualização, com base na experiência pode resultar em uma síntese complementar. Para a realização deste processo, requer da enfermeira um compromisso com a experiência pessoal e uma comunicação autêntica com o ser humano (Paterson e Zderad, 1979).

O ser humano é o foco central do cuidado de enfermagem, em virtude disso, aprofundar o conhecimento acerca dos seres humanos que vivenciam o processo saúde/doença, como o adulto jovem portador de doença crônica, considero de fundamental importância. A partir desta compreensão, faço uma comparação das múltiplas realidades vividas com Azaléia e Flor de Liz durante a prática assistencial. Para isto, lanço um ‘olhar atento’ sobre o EU, enfermeira, pesquisadora, uma pessoa singular e com uma história pessoal e profissional, que me levou a percorrer este caminho, na busca de respostas que venham a contribuir para ressignificar o entendimento do ser humano, com vistas a proporcionar um cuidado sob a perspectiva destes que vivenciam o processo saúde/doença crônica.

Ao estabelecer uma relação com os sujeitos deste estudo: Azaléia e Flor de Liz, procurei ir ao encontro conforme a expressão metafórica de Russell, descritos por Paterson e Zderad (1979 p.119) *“Olhos sempre abertos para o mundo”*. Ao mesmo tempo em que procurei ir com a ‘mente aberta’, livre de qualquer idéia pré-

concebida que pudesse influenciar a relação. Entretanto, os encontros foram norteados pelo referencial teórico, pelos pressupostos e pelo marco conceitual, por entender que estes me dariam um suporte para a compreensão e o entendimento destes seres humanos.

Desta forma, nos encontros, com os sujeitos deste estudo, durante a prática assistencial, coloquei-me em relação a elas de forma autêntica, procurando conhecê-las, ao mesmo tempo que me conheciam. Nesta trajetória, a relação EU-TU ocorreu de acordo com o que foi referido por Paterson e Zderad, uma relação sujeito-sujeito, em que o ser humano se envolve com o outro e tem consciência da singularidade do outro, apresentando-se como uma presença autêntica.

Quando nos fazemos presença autêntica, percebemos que a pessoa, com a qual estamos em relação, nota a diferença neste tipo de aproximação e abre-se para o diálogo, revelando a sua singularidade e historicidade. No diálogo entre as pessoas, a dimensão do interhumano é manifestado. Para Buber (1974) Interhumano nada mais é do que a 'presença', é estar no aspecto físico e psíquico na relação. Assim, relação é reciprocidade. Conforme Buber (1974, p.12)

“O TU encontra-se comigo por graça;... Mas sou eu quem entra em relação imediata com ele. Tal é a relação, o ser escolhido e o escolher, ao mesmo tempo ação e paixão... A palavra-princípio EU-TU” só pode ser proferida pelo ser na sua totalidade.”

Segundo Paterson e Zderad (1979), a relação EU-TU descrita por Buber enfatiza o conhecimento da singularidade de cada um, no qual a enfermeira ao ser presença autêntica possibilita a presença autêntica do seu EU, além de manter sua capacidade de fazer questionamentos. Assim os encontros ocorridos entre nós: eu, Azaléia e Flor de Liz, a presença autêntica tornou possível que estes não se restringissem a simples execução de procedimentos e orientações, mas possibilitaram a valorização do potencial humano, ou seja, a promoção do *bem estar e estar melhor* do ser humano através das discussões sobre as doenças crônicas que possuem.

Ao valorizar o potencial humano de Azaléia e Flor de Liz, comprometi-me de forma autêntica com elas à medida que as ações de enfermagem se constituíram numa forma de *estar com e fazer com* elas. Este estudo mostrou que a enfermeira pode estar com as pessoas de que cuida, posto que é presença viva, e possui a sensibilidade e intuição para perceber o momento existencial pelo qual o ser humano vivencia. Com relação a dieta alimentar que seguiam, ouvi atentamente como o faziam e posteriormente discutimos as várias possibilidades as quais elas poderiam realizar a sua dieta alimentar. Esta forma de *fazer com* elas na elaboração do cardápio, permitiu uma troca de conhecimentos e que elas fizessem suas escolhas de forma responsável.

Paterson e Zderad (1979) consideram a enfermagem humanística como uma forma de *estar com e fazer com* os cuidados ao ser humano. Estes são termos usados para definir a transação intersubjetiva entre enfermeira e o cliente, no qual ambos participam ativamente, como sujeitos das ações de cuidado. Por isto, a valorização do potencial humano, possibilitou que elas, Azaléia e Flor de Liz fossem sujeitos de seus cuidados, à medida que tomavam atitudes que promoviam o seu bem estar e estar melhor na sua saúde, como no momento em que Flor de Liz passou a tomar o café da manhã, mesmo com um pouco de dificuldade ela estava ciente da necessidade. Azaléia quando manifestava a sua dificuldade para urinar, após conversarmos, percebeu que precisava se conscientizar do problema e tomar uma atitude.

A enfermagem humanística, descrita por Paterson e Zderad (1979), se encontra no ato humano de enfermagem, como são vividas as ações e relações de enfermagem no mundo real das experiências humanas. Destaco o relato de Azaléia para registrar o que representou para ela, esta forma de cuidado de enfermagem.

“Estes encontros foram muito bons, pois serviu de apoio nos momento de angústia, ansiedade e medo.

Diz que sentia a minha presença, mesmo quando não estava com ela, pois lembrava-se da nossa conversa. Segue falando que:

Acho que todas as pessoas com doença crônica, deveriam ter este tipo de atendimento. Os encontros no grupo de hipertensos ajudam, mas o tempo para receber informações e o atendimento é muito pouco. E nestes encontros contigo, eu não tinha a preocupação com o tempo, então eu consegui lembrar de tudo o que queria perguntar. Este é um atendimento individualizado.”(Azaléia)

Percebo que esta é uma realidade possível nas ações de enfermagem, uma vez que a enfermeira se propõe a ser presença autêntica na relação com o ser humano que cuida. Segundo Paterson e Zderad (1979), para estar aberta e disponível para o diálogo, se fazendo presença na relação, não é necessário que se dispense muitas horas no seu fazer. Porém, procure estar realmente presente, mesmo nos poucos momentos da relação. As autoras entendem que a enfermagem implica um encontro especial entre os seres humanos, em que o estar com é mais que uma presença física, ela deve garantir um certo grau de intersubjetividade, até mesmo por um olhar atento, mesmo que silencioso, mas que consiga captar os sentimentos do cliente. Para isto, a enfermeira deve ter sensibilidade e intuição, pois só assim poderá se perceber e perceber o outro na relação.

Ao buscar a compreensão e conhecimento de Flor de Liz e Azaléia, durante a prática assistencial e, posteriormente na elaboração deste trabalho, iniciei um caminho de autoconhecimento, pois senti dificuldades de compreendê-las e conhecê-las quando eu mesma não me conhecia. Este não foi um caminho fácil de percorrer. A enfermeira, embora seja uma profissional que cuida do ser humano, pouco o conhece, pois não conhece verdadeiramente a si. Assim ao perceber o outro como um ser singular, passei a me ver como um ser singular. Paterson e Zderad (1979) muitas vezes colocam que a enfermagem é um evento de relações humanas. A enfermeira como um ser humano, também participa deste evento de relação com seu potencial e limitação, que é inerente a todo o ser humano, e portanto, deve reconhecê-lo nas pessoas que cuida.

Assim sendo, ao reconhecer o potencial e as limitações de Azaléia e Flor de Liz, passei a valorizar as formas de cuidado que praticavam e ajudá-las melhor, na

promoção do seu *estar melhor* no momento existencial de suas vidas, ou seja, uma melhor qualidade de vida para esta situação particular que vivenciam. Isto possibilitou-me perceber que não sou a detentora do saber nos cuidados com a saúde, e que reconhecer e valorizar as práticas populares de cuidado só poderá contribuir para uma melhoria nas ações de cuidados da enfermagem tornando-as humanizadas e capazes de beneficiar as pessoas que nelas acreditam e fazem uso das mesmas no cotidiano de suas vidas.

5.5 Refletindo sobre os Paradoxos Vividos

Finalizando o caminho preconizado por Paterson e Zderad (1979), neste momento, discuto a quinta e última fase denominada: *as multiplicidades sucedendo a unidade paradoxal como um processo interno da enfermeira*, a partir da descrição do fenômeno vivido pela enfermeira. Esta experiência é expressada a partir das múltiplas realidades conhecidas intuitivamente, na qual a enfermeira expande sua visão para uma compreensão maior do fenômeno, constituindo-se num paradoxo¹⁹, pois estas múltiplas realidades e verdades conhecidas, fazem parte do ser enfermeira, e a nova verdade é a expressão do conhecido de forma abstrata ou conceitual, oriunda de diversas reflexões da experiência vivida, transformando-se numa verdade singularmente pessoal, refletindo a experiência do cliente, bem como a compreensão intuitiva da enfermeira, não sendo, entretanto, verdades absolutas.

Entendo que esta fase se caracteriza principalmente pelo momento em que a enfermeira, ao conhecer as multiplicidades do cotidiano do ser humano, do cliente e dela, reflete sobre o conhecido e chega a uma conclusão ampliada. Percebe o paradoxo existente e passa a ver aquela realidade sob uma perspectiva diferente, não estanque, estando constantemente em transformação, podendo ser novamente

¹⁹ Paradoxo: do latim *paradoxon* – conceito que é ou parece contrário ao comum; contra-senso, absurdo, disparate. Contradição pelo menos na aparência. Afirmação que vai de encontro a sistemas ou pressupostos que se impuseram como incontestáveis ao pensamento. (Ferreira, 1995)

modificada, à medida que o ser humano freqüentemente traça novos objetivos e busca melhorar a sua qualidade de vida.

A construção desta fase constituiu-se para mim, como a mais difícil, em função de que só comecei a compreendê-la a partir do final da análise. As dificuldades encontradas fizeram-me rever todo o estudo, e quanto mais eu lia e revia os dados, tinha a certeza de que era fundamental realizá-la, não sabendo como, efetivamente, poderia aplicá-la, pois entendia não haver mais nada a ser analisado neste estudo. No entanto identificava em mim a necessidade de intuir mais sobre o que havia vivido durante a experiência.

Porém ao reler o que Paterson e Zderad escreveram sobre esta fase, constatei que faltava fazer uma reflexão sobre o vivido por mim e pelos sujeitos deste estudo, Azaléia e Flor de Liz, e a dicotomia entre o pensar e o fazer durante a prática assistencial. Esta construção resultou em vários momentos de reflexão na busca da unicidade, ou seja, da compreensão do paradoxo do ser enfermeira que visa modificar o seu fazer enfermagem para uma ação mais humanizada, em detrimento de sua formação fundamentada no modelo biomédico, e muito presente ainda na cultura do ser enfermeira.

Ao refletir sobre o meu vivido, começo por resgatar um pouco do ser enfermeira que fui neste caminhar e dos momentos paradoxais pelos quais passei. Compreendi que o ser humano é um ser paradoxal à medida que vive situações conflitantes constantemente e faz escolhas que até podem harmonizar estes conflitos. Quando me propus conhecer o adulto jovem com doença crônica, escolhi como referencial teórico a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pois queria cuidar de forma diferente, mais humana, mais sensível. No entanto, o meu objetivo interior era, percebo hoje, ainda muito positivista, pois o que eu visava, era descobrir por que não se cuidava, pois freqüentemente reinternava, e o que “eu”, como enfermeira, deveria fazer para que isto não acontecesse.

Na verdade, queria eu mesma resolver as situações deles, obtendo os resultados daquele cuidado num imediatismo próprio da enfermeira, individualista,

deslocado do que eu precisava ser, perceber e intuir primeiro em mim, para após, juntos, interativamente com o outro, transcender dificuldades e alcançar a espontânea e desejada mudança. Encontrava-me ainda numa postura fortemente cartesiana, desejava que o outro, o ser cuidado por mim, abdicasse de suas crenças, hábitos e concepção de vida sozinho, enquanto eu, interessada nessa mudança, permanecia à margem naquele processo. Questiono-me até quando seremos enfermeiros cuidadores que percebem este cuidado numa concepção dualista, mas anseia somente a mudança do outro? Embora pretendesse que as mudanças fossem unilaterais, com um objetivo em comum para a promoção do *estar melhor* do ser humano, percebi que ainda me encontrava no momento teórico do conceber. Mas compreendi que a intuição e a sensibilidade no meu fazer não tardaria por vir.

Ao conhecer Azaléia e Flor de Liz, ver e ouvir sua história de vida, senti a necessidade de aprofundar mais a leitura sobre a teoria Humanística de Paterson e Zderad, para poder realmente compreendê-las na sua essência, levando em consideração a singularidade e historicidade de cada uma, passando a vê-las como seres humanos com potencial para tornarem-se mais e melhor no momento existencial de suas vidas. Para isto foi necessário buscar o meu autoconhecimento, pois à medida que me conhecia e me percebia como ser humano, com singularidade e historicidade, pude abrir-me para o diálogo e conhecê-las melhor.

Entretanto, em outras ocasiões, novamente vivenciei situações paradoxais ao preocupar-me muito com a dieta alimentar de Azaléia e Flor de Liz, passei a insistir e questionar como se alimentavam. Percebo agora que, embora tivesse o cuidado com as palavras ao fazer os devidos questionamentos, houve um momento em que a minha forma inquisidora e punitiva se manifestou de forma tão espontânea demonstrando que, apesar de estar buscando cuidar de forma mais humanizada, respeitando sua singularidade e historicidade, ainda permaneciam aspectos cartesianos de minha formação. Uma das situações que me “delatou” foi a seguinte: estava intrigada com o fato de Azaléia referir que ela e o marido estavam com o colesterol alto, e conforme seu relato, nada demonstrava que a causa tivesse origem

alimentar. Enquanto discutíamos sobre os alimentos, e como poderia reorganizar a dieta sugeri como exemplo que o dia em que quisesse comer só o arroz poderia suprimir o feijão, mas que faltariam os nutrientes do feijão na alimentação. E assim foi o diálogo:

“Azaléia: Não, o feijão é o que eu mais como. O dia que eu cozinho o feijão eu como ele purinho com pão. Mas o meu feijão vai lingüiça, bacon, toucinho, charque e é bem temperado...”

- Ah, eu sabia que ia descobrir da onde vem o colesterol alto de vocês...

Azaléia: ... mas a gente não come sabe, só que eu e ele não comemos aquilo do feijão. O charque eu cozinho ele em pedaços. E a gente não come...

- é, mas mesmo assim libera a gordura...

Azaléia: Mas o meu feijão é bem temperado, eu boto alho, cebola, pimentão, louro, manjeriço. Quer dizer, eu faço não com óleo, eu faço é com banha de porco, que eu uso só pra fazer o feijão.

- Tinha certeza que ia descobrir o motivo do colesterol alto de vocês (tive que rir). Mas veja bem Azaléia, embora vocês não comam estes produtos, a gordura fica no caldo. E com certeza é uma vez por semana que tu fazes o feijão...

Azaléia: é (ri), uma vez por semana eu faço o feijão para toda a semana. Aqui em casa o dia que eu faço feijão, é todo mundo, come só feijão e pão. E aí é aquela festa (ri)... Antes eu fazia o feijão com mondongo... Agora eu parei,... mas o pessoal aqui em casa adorava, lambia os bigode. Nós comíamos meia panela de feijão...”

Naquele momento, fiquei realizada por ter descoberto esta verdade, ou seja, que Azaléia tivesse deixado escapar a causa do aumento do colesterol. Tentei de várias formas convencê-la a preparar o feijão com menos ingredientes gordurosos, mas ela não concordou, alegando que se não colocasse gordura no feijão ninguém

iria comer, e que seu marido trabalhava muito e que precisava comer a “comida forte”, senão ele não agüentava o “pique” além de reclamar.

Ao sair da casa de Azaléia, comecei a refletir sobre o fato e assim registrei: “Este encontro foi muito gratificante, pois percebi que Azaléia começou a mostrar-se, a se abrir para o diálogo. Acredito que isto esteja relacionado ao vínculo que se formou entre nós e a confiança depositada. Porém temo que minha reação ao constatar a origem do colesterol tenha assustado Azaléia, e por conseguinte prejudicado esta confiança. Devo repensar a minha abordagem frente a estas questões, principalmente por ser ainda muito tecnicista.” Penso que esta situação serviu para uma reflexão sobre a minha postura como profissional da saúde e como é forte ainda o conceito do que é “científico”, e como parece difícil mudar este pensar normativo e formador, no qual sou a detentora do saber e tenho o poder para decidir sobre o outro.

A forma dominante do saber da enfermagem, como na situação anterior, tolhe a liberdade do ser cliente e do ser enfermeira, à medida que o cuidado, quando é imposto, limita a ação de promoção de saúde. Sobre liberdade, Lunardi (1999, p. 152) refere que:

“Os homens não são livres, mas exercem o Dom da liberdade. A prática da liberdade, a prática reflexiva da liberdade é a condição de possibilidade da ética. A relação do sujeito consigo mesmo, a sua construção como um sujeito ético, o exercício de poder sobre si e o domínio sobre os seus desejos servem de regra às relações de poder que se estabelecem com o outro; é na relação com o outro que se constróem os limites ao exercício da liberdade do homem”

Percebo que abri os meu olhos para uma nova perspectiva de fazer enfermagem com liberdade, e que apenas o meu pensar a enfermagem de forma humanizada não se constituiu numa ação, ou seja, num fazer enfermagem de forma humanizada. Parece imprescindível, mais do que um pensar diferente, a consciência da situação em si, isto é, faz-se necessária uma tomada de decisão consciente para mudar a postura e também imbuir-me de conhecimentos teóricos oriundos da

filosofia, literatura, poesia e dramas sobre a condição humana, para melhor compreendê-la.

Sob este aspecto, Paterson e Zderad me ajudaram e têm me ajudado na compreensão do ser humano, sobre suas capacidades e limitações, pois através do diálogo vivido, numa presença autêntica, num *estar com o outro*, no sentido da autonomia na qual predominam a liberdade, a independência e a existência, é que foi possível descobrir os paradoxos existentes no cuidar que praticava, e assim, chegar a um cuidado que, efetivamente, fosse mais humanizado.

Para realizar o cuidado humanizado não significa que passemos a pregar a apologia do descompromisso, mas nos permitirmos ser mais flexíveis ao nos colocarmos para o outro e admitirmos, também, que existem outros olhares, outras perspectivas que nos proporcionam outras opções para enfrentarmos a vida ou a morte. E que nesta perspectiva, a enfermagem possa olhar para o ser humano ver-se nele, e pensar: Como eu agiria nestas mesmas condições? Será que faria diferente? Como poderei ajudar? Acredito que, a cada situação vivida, por nós enfermeiras no cotidiano, devem ser refletidas tendo por base estes questionamentos entre outros, como observando as condições sociais, ambientais, psíquicas e culturais do indivíduo.

Estes momentos paradoxais vividos por mim, na busca de um cuidado mais humanizado, continuam ainda hoje, pois constantemente convivo com situações conflitantes e me questiono sobre meus atos, se minhas ações estão condizentes com meu pensar. Este processo não ocorre só na vida profissional, mas se reflete também na pessoal, pois é um *continuum*, uma vez que sou um ser único, com singularidade e historicidade, que me possibilitam o reconhecimento existencial do ser humano e a compreensão da condição humana com a visão fenomenológica do cuidar.

Refletir sobre a existência singular do ser humano, tornou possível o desenvolvimento das potencialidades do adulto jovem com doença crônica e da enfermeira sob uma nova perspectiva, permitindo a liberdade de fazer escolhas responsáveis, promovendo assim um cuidado humanizado. Para a realização do

cuidado humanizado buscou-se fortalecer: a sensibilidade, a intuição, a reciprocidade e o envolvimento autêntico na relação pessoa-pessoa, além da intersubjetividade, compreensão e empatia. Através do diálogo, foi possível uma presença autêntica que permitiu ao adulto jovem com doença crônica e à enfermeira, tentarem se mostrar como realmente são. A relação intersubjetiva ocorreu à medida que foram aprofundados os laços de compreensão e entendimento acerca do ser cliente e do ser enfermeira.

5.6 Concepção Gráfica dos Conceitos do Estudo

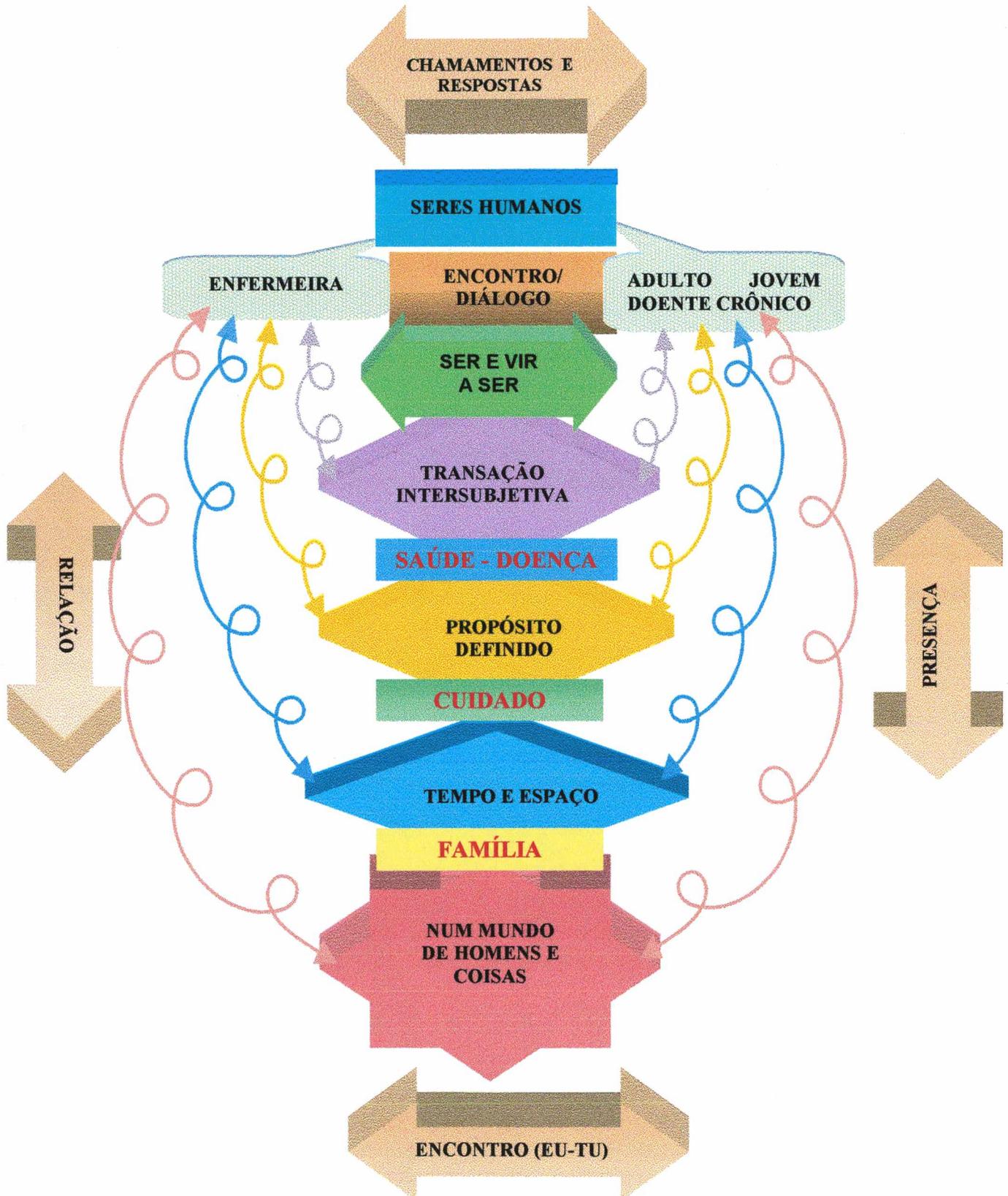


Fig. 01 – Representação gráfica do entrelaçamento dos meus conceitos com os elementos do marco de referência da Teoria Humanística de Paterson e Zderad

→ Descrevendo sobre a articulação gráfica por mim concebida, a partir dos conceitos

A figura 01 apresenta a vivência do que representou o processo de entrelaçamento dos conceitos construídos na prática assistencial com os elementos do marco de referência da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979).

A construção da figura ocorreu de forma intuitiva, no momento em que refletia sobre o meu vivido na prática assistencial, com os conceitos e os elementos da estrutura do marco de referência. Representá-los graficamente, permite visualizá-los de forma dinâmica e interdependente, constituindo um verdadeiro entrelaçamento. São interdependentes na medida em que cada um dos conceitos e dos elementos do marco de referência necessitam ser vistos numa intercomunicação para que possa ocorrer o diálogo vivido.

O diálogo vivido no encontro entre a enfermeira e os sujeitos do estudo Flor de Liz e Azaléia, manifestou-se como um cuidado humanizado, uma vez que a relação se caracterizou como uma presença autêntica nas ocasiões em que os chamamentos e respostas eram recíprocos entre nós. Os encontros foram permeados pela transação intersubjetiva, à medida que nos colocávamos disponível na relação, como sujeito-sujeito (EU-TU), na qual a subjetividade se fez presente através da intuição, sensibilidade, empatia, solidariedade e compreensão. O Ser enfermeira, em condições que envolve o processo saúde-doença, promoveu o desenvolvimento do potencial humano de cada um, o *estar melhor* na situação particular de nossas vidas.

Os componentes: a presença, o encontro, a relação e os chamamentos e respostas possuem um movimento constante ao redor do gráfico, e representa o diálogo vivido durante o processo da construção do conhecimento dos participantes no diálogo. Cada um dos conceitos aparecem interligados entre si, demonstrando o compartilhar das experiências vividas neste contexto, pois o conhecimento não é estanque, ele continua sendo reconstruído à medida que somos seres singulares e

históricos e vivemos num mundo que nos modifica e que modificamos na mesma proporção ou mais.

Os componentes do gráfico aparecem em terceira dimensão para representar o movimento, um ir e vir, durante os encontros, bem como para representar a trajetória percorrida por mim e os sujeitos do estudo na relação vivida.

Esta representação gráfica é somente um fotografia do momento vivido. As setas, que por vezes fazem voltas durante o percurso entre os seres humanos, que participaram deste estudo e os elementos do marco de referência da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, demonstram os momentos de reflexão vividos e o conhecimento surgido ao realizar o cuidado de forma humanizada. Estes momentos aparecem no capítulo cinco, na aplicação e análise do referencial teórico. O cenário das relações, o ambiente domiciliar, possibilitou a autenticidade do diálogo, pois permitiu o *estar com* e *fazer com* num tempo e espaço vivido entre os seres da relação, no seu mundo-vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nunca se pode chegar a uma totalidade que não seja, ela mesma, elemento ou parte” (Goldmann)

Ao trilhar o caminho como enfermeira durante minha vida profissional, realizava os cuidados de enfermagem sempre preocupada em compreender a experiência que o ser doente vivenciava. Nesta trajetória, despertou-me inquietações o adulto jovem com doença crônica, pelo fato de ainda jovem, ter restrições no seu cotidiano.

Para compreender este ser humano, utilizei o referencial teórico da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, uma vez que me propunha a estar aberta para o seu vivido. Assim, o diálogo vivido, proposto pelas autoras, pela relação intersubjetiva na qual está envolvida o encontro, o relacionamento, a presença e os chamamentos e respostas, serviu como a base para compreendê-los e, tem sua origem em Martin Buber, que aborda a relação EU-TU e EU-ISSO, que favorece a compreensão do homem em relação com o mundo, como se relaciona nas várias situações que vivencia.

Desta forma, procurei estabelecer, durante os encontros, uma relação empática, e esta relação, enfermeira e cliente, ocorreu como sujeito-sujeito, isto é, uma relação EU-TU descrita por Buber, no qual percebia a singularidade e historicidade do ser humano, assim como eu, e portanto capaz de realizar escolhas responsáveis para o próprio cuidado. No entanto, houve alguns momentos em que esta relação se transformou em uma relação sujeito-objeto, ou seja, uma relação

EU-ISSO, descrita por Buber, quando a partir dos depoimentos dos sujeitos do estudo, refletia sobre ele e os considerava como objetos por conhecer. Isto acontecia quando procurava entender os relatos das formas de cuidado e também quando percebia a necessidade de intervir com sugestões para modificar alguns cuidados praticados.

E foi a partir de uma necessidade percebida e também expressa pelos adultos jovens com doença crônica, que o cuidado de enfermagem foi realizado. Em alguns momentos, este cuidado foi através de uma relação de troca, com a presença autêntica da enfermeira, e em outros momentos, através da sensibilidade, procurei conhecer os cuidados praticados e discutir outras possibilidades de cuidados que poderiam ser utilizadas, fortalecendo, assim, o potencial humano.

Quanto aos familiares do ser adulto jovem portador de doença crônica, embora não tenha convivido com o familiar adulto, apenas com as crianças, percebi que é muito forte a relação de apoio e proteção da família. Esta relação ficou mais evidente com um dos sujeitos do estudo, Flor de Liz, pela forma como expressou a união entre eles. Para ela, a família, principalmente a materna, é a fonte de ajuda constante, há uma solidariedade e amizade entre eles.

Percebi, também, que para Flor de Liz e Azaléia, ser portador de doença crônica, é um fato no seu cotidiano, mas é um contingente que influencia e é influenciado pelo ambiente/comunidade onde vivem, pois no decorrer dos encontros, pude constatar que o ambiente influencia na saúde/doença deste ser humano, uma vez que este vive em um bairro em precárias condições de saneamento, com “esgoto a céu aberto” Outro fator que pode ser complicador é de viverem em difíceis condições sócio-econômicas, uma vez que ambas não trabalham, e inclusive o marido de uma delas está desempregado. Algumas pesquisas demonstram que a situação sócio-econômica pode desencadear estresse, por conseguinte atingindo o sistema fisiológico do indivíduo e ocasionando doenças cardiovasculares.

Para compreender as situações vividas pelos adultos jovens portadores de doença crônica, utilizei a enfermagem fenomenológica de Paterson e Zderad, pois é uma metodologia que visa a compreensão das situações vividas na enfermagem, nas suas cinco fases já descritas, e que, contribuiu significativamente no momento da análise dos dados, na medida que desvelava o desconhecido, um mundo que só imaginava intuitivamente.

Desta forma, na busca pelo conhecimento acerca do ser humano adulto jovem com doença crônica, precisei rever a minha leitura de mundo e como percebo a condição humana hoje. Para isto, percorri vários caminhos. Muitas vezes, solitários pela necessidade de refletir sobre o que ouvia sensivelmente. Voltava-me então, para o meu interior, revendo a experiência vivida no mundo objetivo-subjetivo buscando sua compreensão.

Neste estudo o ser humano é tanto o enfermeiro como o adulto jovem com doença crônica. Ambos, através do encontro, estabeleceram uma relação empática por meio de um diálogo vivo, no qual procuraram, através da presença autêntica promover condições para um estar melhor na situação compartilhada. A transação intersubjetiva ocorreu à medida que me colocava disponível na relação, numa forma de *estar com* e *fazer com* os adultos jovens com doença crônica, ajudando-os e discutindo às várias possibilidades que pudessem fortalecer o seu potencial humano, promovendo um cuidado humanizado, para vir a ser mais e melhor em sua situação vivida, observando a singularidade e historicidade de cada um.

Nas minhas idas e recuos ao percorrer o caminho interno para o autoconhecimento e o conhecimento do outro, referido por Paterson e Zderad na primeira e segunda fase percebi que os seres humanos guardam diferenças e semelhanças, preservando sua singularidade, ao mesmo tempo que necessitam estar em relação uns com os outros. Através do diálogo vivido, pude observar que se torna possível o desenvolvimento das potencialidades humanas tanto das clientes como minhas, levando-me a um crescimento pessoal e profissional. Uma vez que ia ao encontro do outro, a minha intersubjetividade era estimulada.

Com o emergir da intersubjetividade houve uma inter-relação do ser e do fazer, que antes estavam distanciados, tornando aquele cuidado centrado nos procedimentos técnicos, mas que agora possibilitou conhecer as minhas possibilidades bem como as minhas limitações. Embora este processo tenha sido muito sofrido, favoreceu o autoconhecimento e propiciou vislumbrar o outro sob uma perspectiva nova, como um ser humano igual a mim, embora singularmente diferente. Paterson e Zderad (1979) consideram que a partir da inter-relação enfermeira e cliente passam a se ver como seres humanos, vivendo as experiências similares embora em contexto diferentes.

Na terceira fase, conhecendo o outro através do emergir dos dados, foi o momento em que se deu a análise das categorias que emergiram do estudo: *compreensão da situação e visão compreensiva da doença*.

Ao compreender a situação vivida pelos sujeitos do estudo, a partir de suas falas, pude constatar, que só podemos realmente compreender a situação vivida pelo outro, quando nos colocamos em seu lugar, no momento em que nos informamos acerca de sua saúde/doença, suas condições de vida, os seus sentimentos que possuem frente a sua doença e, como realiza o cuidado de si. Percebi que, as informações que recebemos dos sujeitos a quem prestamos os cuidados, são poucas, possivelmente, devido a normatização dos serviços de saúde que seguem o modelo biomédico, e também, das poucas vezes em que paramos para discutir esta forma de cuidado que prestamos, descobrindo assim, o cuidado de si que realizam. Parece-me que, esta forma de cuidado que os profissionais de saúde, nesta situação, a enfermagem pratica, não lançando um olhar atento, com sensibilidade e intuição, para a situação em que vive o adulto jovem portador de doença crônica, deixamos de conhecer o ser humano e compreender verdadeiramente o seu vivido frente a doença crônica da qual é portador.

Ao lançar uma visão compreensiva da doença do adulto jovem portador de doença crônica, pude perceber que as crenças, contribuem sobremaneira na forma como os sujeitos do estudo se percebem como doentes, bem como aos motivos

atribuídos por eles à doença da qual são portadores, como o fato de ser jovem ainda e ter como herança familiar a doença crônica ou devido aos problemas de saúde de seus familiares e às carências sócio-econômicas. Parece que as suas condições de vida, os problemas que vivenciam, as preocupações do cotidiano, são fontes estressantes que colaboram para o agravamento de sua doença. Entretanto, o maior fator estressantes que vivenciam, são as condições financeiras, pois vivenciam o desemprego, o subemprego, os baixos salários além dos problemas de saúde na família que acarretam gastos permanentes.

Ao rever estas questões, percebi que a enfermagem muitas vezes realiza os cuidados ao ser humano, sem, no entanto, conhecermos sua história de vida, sua singularidade, e que por isso, muitas vezes, realiza os cuidados de forma limitada, pois não conhece este ser humano na sua integralidade. Penso que a enfermagem deve olhar o ser humano, que está sobre os seus cuidados, de uma forma mais abrangente, e, através do diálogo, estabelecer uma relação autêntica, na qual procure descobrir o que está por trás de suas palavras, quando parece revoltado, ou mesmo quando está calado, da mesma forma que eu, à medida que aprendi a ouvir o que não verbalizavam, e ver o que não se mostrava à primeira vista, buscando na essência destes seres o que não conseguiram expressar. Esta experiência fortaleceu as situações humanas no cenário vivido a partir da relação EU-TU, pois esta relação é um movimento em direção ao outro oferecendo uma presença autêntica que significa o *estar com* o outro. Esta forma de cuidar estando mais próximo do outro, não necessita despender muito tempo pois seria humanamente impossível para a enfermeira cuidar de vários pacientes ao mesmo tempo desta forma em particular. Mas é de fundamental importância que a enfermeira se proponha a ser uma presença autêntica com o ser que cuida, no tempo e espaço vivido.

Com a realização deste estudo, acredito ter conseguido compreender o existir do ser adulto jovem com doença crônica, porque procurava conhecer os sujeitos intuitivamente, o que representou um desafio para mim, pois muitas vezes queria decidir por ele, esquecendo de ouvi-lo sensivelmente. A possibilidade de

compartilhar experiências através do diálogo vivido, aprender com Flor de Liz e Azaléia através de suas falas, me permitiu conviver com as emoções e expectativas delas, fizeram com que a intuição e a sensibilidade fossem manifestadas como elementos do saber, sendo condição essencial para que a ciência se estabelecesse. Assim, era a partir da sensibilidade e da intuição que eu traduzia o vivido para uma linguagem científica, pois o conhecido passava por uma reflexão objetiva-subjetiva mostrando a realidade daquelas mulheres na forma da compreensão dos significados, expressos por elas, de serem portadoras de doença crônica.

O referencial teórico utilizado favoreceu a compreensão do ser humano na sua singularidade, e possibilitou-me, também, comprovar a relevância deste estudo, bem como a aplicabilidade da Teoria Humanística de Paterson e Zderad para conhecer o ser humano de que cuidamos, independente da situação de saúde/doença por eles vividos, desde que os seres estejam abertos a viverem a experiência na sua plenitude. Vislumbrar a utilização deste referencial em outros cenários da enfermagem, penso que permitirá mudanças significativas no pensar e no fazer a enfermagem, no qual a reflexão do vivido objetivamente e subjetivamente sejam aliados à intuição e sensibilidade do enfermeiro, proporcionando alternativas concretas para o cuidado de enfermagem humanizado a ser construído num processo de ensino-aprendizagem, que deve fazer parte do Ser da enfermeira.

Ressalto que as questões éticas foram o foco central norteador deste estudo, pois o cuidado humanizado só é possível se forem respeitados os direitos e a liberdade dos seres humanos a serem cuidados. Neste contexto, como o objetivo era conhecer as mulheres adultas jovens com doença crônica para então promover um cuidado humanizado, procurei observar a singularidade de cada uma, pois, apesar de vivenciarem situações semelhantes, possuem diferenças, decorrentes da história de vida pessoal e individual de cada uma.

A aplicabilidade do referencial teórico enfocando a enfermagem humanística sob o ponto de vista da prática cotidiana, tem sido abordada em vários trabalhos na graduação e pós-graduação, pois a enfermagem está buscando melhorar a qualidade

do cuidado de enfermagem. E nesta busca vários são os caminhos percorridos como: a qualidade total, relações interpessoais, cuidado amoroso, cuidado humanizado entre outros. Não pretendo afirmar que este meu olhar é o mais correto, tampouco o único caminho a ser seguido para a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem. Acredito que todos os caminhos são possíveis, desde que a enfermeira esteja verdadeiramente comprometida com uma mudança de atitude, de postura profissional, a fim de que consiga perceber o outro como um ser humano, que o veja na sua singularidade e historicidade, com direitos e liberdade para decidir sobre a sua própria vida. E não apenas um corpo, a ser manipulado pelos profissionais de saúde, como se a esses pertencesse.

Este estudo apresenta uma proposta metodológica através das cinco fases de Paterson e Zderad, para um cuidado ao ser humano adulto jovem com doença crônica, na qual a enfermeira trilha um caminho para o autoconhecimento para poder conhecer o outro e assim proporcionar um cuidado diferenciado e que está centrado na singularidade e especificidade do ser humano. Como transformar esta proposta para uma teórico-prática que seja utilizada no ensino da Enfermagem é uma resposta que eu ainda não possuo. No entanto, é uma proposta que pode ser apresentada em outra trajetória, que pretendo buscar... .

Considero relevante apresentar as inúmeras inquietudes que surgiram no decorrer do estudo e me mobilizaram para algumas reflexões. A primeira delas está relacionada com o cuidado de si realizado por Flor de Liz e Azaléia. Embora ambas possuam semelhanças quanto à condição crônica de saúde, realizam o cuidado de si de forma diferente pois são pessoas diferentes. Acredito que esta é uma forma como devemos olhar para as pessoas de que cuidamos, como pessoas diferentes, singulares e resultados de história vividas. A outra inquietude refere-se à possibilidade de tomada de consciência da enfermeira como um ser singular com uma história profissional calcada num fazer mecanicista. Enfermeira esta, que busca uma nova forma de cuidar, que amplie sua visão para perceber o ser humano na sua totalidade e assim construir um cuidado de enfermagem junto com o cliente, uma

mudança na relação enfermeira-cliente na qual ambos sejam sujeitos na construção do cuidado, base da enfermagem humanística. E a mais significativa para mim, é um questionamento que faço: Como a enfermeira deve trabalhar a sensibilidade e a intuição despertadas, para que possa dar continuidade nesta forma de cuidar? Esta é uma resposta que ainda estou buscando, pois acredito que este é um dos caminhos que a enfermagem deve seguir às portas do terceiro milênio, uma vez que a sociedade está instigando o homem a buscar o autoconhecimento e o conhecimento do outro, percebendo o ser humano como um ser igual, que possui semelhanças e diferenças, com uma historicidade singular, mas que está em constante transformação e capaz de modificar e ser modificado pelo ambiente onde vive.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. tradução Alfredo Bosi. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALAIN, In RUSS, Jacqueline. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Scipione. 1994. p.55. (Les Artes et Es Dieux, pp. 1046, La Pleiad. Galimard
- BARBOSA, Saionara de F. F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos: a (re)invenção possível**. Blumenau : Nova letra, 1999. 128 p.
- _____. **Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva**. Florianópolis: UFSC, Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), 1995. 180p.
- BETTINELLI, Luiz A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo : Pe. Bertier, 1998.
- BICUDO, M. A V. & ESPOSITO, V. H. C. **A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico**. Piracicaba : Unimep, 1994.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2.ed. Petrópolis : Vozes, 1999.
- _____. **A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana**. 30.ed. Petrópolis : Vozes, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde – Resolução nº 196/96 sobre: **Pesquisa envolvendo os seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional da Saúde, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica da Saúde**, 2.ed. Brasília, 1991. 36 p.
- BUBER, Martin. **Eu e tu**. Introdução e tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 2.ed. São Paulo : Moraes, 1974.

- CABRERA, G. V. et al. Magnitud de la enfermedad crônica en Chile. **Boletín da Esc. de Medicina**. Pontífice Universidad Católica de Chile. 1994. 23:35-40, Artigo via internet em 11/01/99.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo : Cultrix, 1982.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia : AB, 1997. 125 p.
- CERESER, Helena L. **A vivência familiar da mulher com hipertensão arterial**. Florianópolis : UFSC, Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), 1996. 155 p.
- CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 12.ed. São Paulo : Ática, 1999. 440 p.
- CHOPRA, Deepak. **A cura quântica: o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral**. São Paulo : Nova Cultural, 1989.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Printipo, 1989.
- CROSSETTI, M.G.O, ARRUDA, E.N., WALDOW, V.R. Os elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeira de um município gaúcho. **Texto e Contexto - Enfermagem**. Florianópolis: v.7, n.2, p.151-173, maio-ago.1998.
- D'ANDREA, Flávio F. **Desenvolvimento da personalidade**. 10.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.
- MIRADOR. **Enciclopédia Mirador Internacional – Britânica do Brasil**. v.12, Rio de Janeiro, 1987.
- FERREIRA, Aurélio B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1995.
- FIGUEIREDO, N.M.A. de, et al. Cuidar em saúde: lugar de intervenção de um novo paradigma científico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.51, n.3, p.447-456. jul/set., 1998.
- FONSECA, T.M. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. et al (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996, p. 63-75.
- FREITAS, M.C. de, MENDES, M.M.R. Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.7, n.5, p.131-132. dezembro, 1999.

- GERMANO, Raimunda M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem no Brasil.** São Paulo : Cortez, 1993.
- GONZALEZ, L.A.M. **A doença veio para ficar:** estudo etnográfico sobre a vivência do ser diabético. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1993.
- HEGENBERG, Leonidas. **Doença:** um estudo filosófico. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1998.
- HORTA, Wanda A. **O processo de Enfermagem.** São Paulo : EPU, 1971.
- INSTITUTO BRASILEIRO de GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa sobre padrões de vida 1996-1997,** Microdados. Rio de Janeiro : IBGE, 1998.
- IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica:** comunicação e relações humanas. 2.ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979. p. 21-30.
- LAURELL, Asa C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud,** México, 2, 1982, p. 2-25. Trad. E.D.Nunes.
- LEININGER, M.M. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: 1º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais...** Florianópolis: Editora da UFSC. 1985. p. 232-254.
- _____. **Culture care diversity and universality:** a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis, Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC. Pelotas: Universitária/UFPel, 1998. p 145-151.
- LIMA, R.AB. de. **O processo de trabalho da enfermagem na assistência a criança com câncer:** análise das transformações em um Hospital Escola. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP, 1990, 124 p.
- LUNARDI, Valéria L. **A ética como cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem.** Pelotas : Editora da UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.
- MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.
- MELEIS, Afaf Ibrahim., Strategies for theory development in nursing. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, **Anais...**, n.1, UFSC, Florianópolis, 1985, p. 232-254.

- MINAYO, M.C. et al (Org.), **A saúde em estado de choque**. 3.ed. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo, 1986.
- MINAYO, M.C. de S., DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis : Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1998.
- MIZUKAMI, Maria da Graça. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo : EPU, 1986.
- MORSE, J. M. et al. "Concepts analysis of conceptualizations and theories of caring". **Advances in Nursing Science**. v.13. n.1, p.1-4, 1990.
- MUNIZ, Rosani M. **Cuidado de enfermagem ao adulto jovem, portador de doença crônica, à luz da teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad**. Pelotas, setembro, 1999. (Relatório da Prática Assistencial apresentado nas disciplinas de Prática Assistencial de Enfermagem, Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem e Educação e Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem – FAPPERGS/CAPES – UFSC/UFPeI/FURG/URCAMP).
- NEVES, Eloita P., GONÇALVES, Lúcia H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis. **Anais...Florianópolis: UFSC, 1984. P. 210-229.**
- NUNES, Ana M. P. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem). UFSC, Florianópolis, 1982.
- O'DONNELL, Ken. **A alma no negócio para uma gestão positiva**. São Paulo: Gente, 1992.
- OLIVEIRA, Maria E. de. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). UFSC, Florianópolis, 1998.
- PADOIN, Stela M. de M. **Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). UFSC, Florianópolis, 1998.
- PATERSON, J., ZDERAD, L. **Enfermeria Humanística**. Traduzido Geraldina Herrera. Tradução da Humanistic Nursing. México: Limusa, 1979.
- PESSINI, L. **Problemas atuais da Bioética**. 3.ed. São Paulo : Loyola, 1996

- POLIT, Denise F., Bernadete P. Hungler **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3.ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1985.
- PRAEGER, Susan G., HOGARTH, Cristina R. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, Julia B. e Col. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. p. 242-253.
- REZENDE, Ana L. M. **Saúde : dialética do pensar e do fazer**. São Paulo : Cortez, 1989.
- ROACH, S.S. **The human act of caring: a blueprint for the health professions**. Ottawa : Canadian Hospital Association Press, 1993.
- ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. Tradução Manuel José do Carmo Ferreira. 2.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1987. 360 p.
- SANTANA, Maria da Glória. **O corpo diabético, significados e subjetividade**. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem). UFSC., Florianópolis, dezembro/1998.
- _____. **Crenças em saúde: uma abordagem cultural**. **Revista Família e Sociedade**, 1999 (no prelo).
- SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL. **Normas para apresentação de Teses/dissertações do programa de Pós-graduação em Enfermagem**. UFSC, Florianópolis (Xerox).
- SILVA, Denise M. G. **Desafios e enfrentamentos : um modelo de prática de Enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFSC, Florianópolis, março/1990.
- SILVA, M.A.D. **Quem ama não adoce: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças**. 6.ed. São Paulo : Best Seller, 1994.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus**. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para a prática clínica, 1997.
- SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1994. (Volumes 2 e 3)
- TOMASI, Neusi G.S. **Convivência em grupo - uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), UFSC/UFPr, Expansão Polo I - Repensul, Curitiba, abril/1996.

- TRENTINI, M., DIAS, L.P.M. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina : UFSC, Casa Vida & Saúde, 1994.
- TRENTINI, M. et al. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.1, p.18-28, jan/1990.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.
- VIERNE, S. et al. **A ciência e o imaginário**. Trad. Ivo Martinazzo. Brasília : Ed. Universidade de Brasília, 1994.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: resgate necessário**. 2.ed. Porto Alegre : Sagra Luzzato, 1999.
- WATSON, J. **Nursing : human science and human care – a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.

ANEXOS

ANEXO 01

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FAPERGS - UFSC/UFPEL/URG/URCAMP

CONVITE

Prezado(a) cliente,

Vimos mui respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por mim desenvolvido na disciplina de Prática Assistencial do Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem.

O objetivo do trabalho é de que, através de encontros previamente agendados, eu possa desenvolver um processo de relação interativa de ajuda aos clientes portadores de doença crônica e a seus familiares, propondo práticas alternativas, como meio de melhorar a qualidade de vida, encontrando no nosso potencial humano meios para isto.

Fica assegurado o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando os direitos de cada cliente.

Atenciosamente

Responsável pelo trabalho: Mestranda Enf^ª. Rosani Manfrin Muniz

Telefone: 226-3192

ANEXO 02

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - FAPERGS - UFSC/UFPel/URG/URCAMP

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa do trabalho entre mim e a enfermeira. Recebi informação ainda:

- da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados ao trabalho;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem prejuízos a minha pessoa;
- da certeza de que não serei identificado e que as informações relacionadas a mim serão confidenciais;
- de total acesso as informações em todas as etapas do trabalho e/ou ano momento que solicitar, bem como dos resultados.

Nome e assinatura do participante: _____

Local e Data: _____