

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**RESGATANDO FLORENCE NIGHTINGALE:
A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM JUNTO AO SER HUMANO
E SUA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE INFECCÕES**

TELMA ELISA CARRARO

**FLORIANÓPOLIS
1994**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

**RESGATANDO FLORENCE NIGHTINGALE:
A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM JUNTO AO SER HUMANO
E SUA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES**

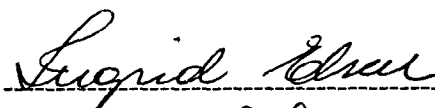
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

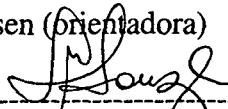
por

Telma Elisa Carraro

Aprovada em 06/09/94



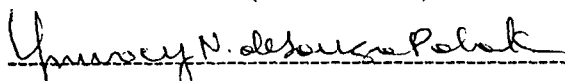
Dr^a. Ingrid Elsen (orientadora)



Dr^a. Maria de Lourdes de Souza (examinadora)



L.D. Lidvina Horr (examinadora)



L.D. Ymiracy Nascimento de Souza Polak (examinadora suplente)

ORIENTADORA:
Dr^a INGRID ELSÉN

AGRADECENDO

Obrigada Senhor, por teres estado sempre comigo dando-me sabedoria, paz e tranqüilidade em todos os momentos desta caminhada.

Tu bem sabes todas as dificuldades pelas quais eu passei para chegar até aqui, conheces também os desafios que enfrentei, contudo estavas sempre comigo dando-me discernimento e ousadia. E, hoje eu posso dizer que os venci e que tu fostes, meu Deus, o meu companheiro de todas as horas.

Agradeço-Te também por todas as pessoas que colocaste em meu caminho. Quando relembro vejo que, em cada nova situação, tu colocavas a pessoa certa, a qual abria-me as portas do caminho a percorrer.

Senhor, minhas palavras não bastam para Te agradecer mas sei que Tu entendes o dito e o não dito e, principalmente, sabes o que meu coração sente neste instante.

Que este trabalho, Senhor, seja para Tua Honra e Tua Glória e que possa ajudar seres humanos a estarem mais perto de Ti.

DEDICANDO

Neste trajetar, senti o apoio incondicional de meus familiares. Seja daqueles que participavam de cada passo, seja daqueles que à distância acompanhavam e torciam pelo meu sucesso; muitas vezes, privando-se de minha companhia mas sempre acreditando nesta conquista!

A vocês dedico esta vitória!

COMPARTILHANDO

Há trabalhos em que, quando chegamos em certo ponto, voltamos os olhos para trás, lembrando daqueles que estiveram caminhando conosco... É neste voltar-se que me encontro, e quero, aqui, compartilhá-lo.

Sou um ser humano que ri, que chora, que reage e que se entrega. Agora me entrego aos meus sentimentos de reconhecimento por aqueles que caminharam comigo por este Jardim...

Minha mãe:

Senti seu carinho e confiança todo o tempo,
e também sua torcida!...

Meu pai:

Sua cumplicidade e apoio durante
todo o transcorrer deste processo me impulsionaram.

Eliza:

Como me sinto gratificada ao perceber que
você trajetou comigo, não apenas como filha,
mas como companheira e integrante deste processo.

Saulo:

Foi importante teu companheirismo nesta experiência,
sempre procurando uma ou outra coisa que
pudesse fazer para contribuir comigo.
Meu filho, sinto que crescemos juntos!

Marcos Vinicius:

Mesmo na distância eu sentia teu estímulo
e que você torcia por mim acima de tudo, meu filho.

Josenice:

Pelos bate-papos quentes e gostosos,
regados a cafés...
Quentes e gostosos!

Maria Eugênia:

Você se deleitou comigo no início desta caminhada,
propôs-se a ler e revisar toda a resenha.
Nunca me esquecerei disso!

Ingrid:

Você adubou, semeou, regou, podou,
enfim, contribuiu para o florescer deste “Jardim”!

Maria de Lourdes:

Foi muito bom compartilhar com você os estudos epidemiológicos
mas, acima de tudo, os
estudos da vida!

Lidvina:

Como foi importante ouvir de você aquele venha!
E também sentir que estava por perto
ao longo desta caminhada.

Ymiracy:

Fiquei feliz em poder contar
com suas contribuições neste trabalho.

Marta Lenise:

Foi fundamental contar com tua
disponibilidade em trajetar comigo.

Vera:

Foi gratificante encontrar, tão longe do meu “ninho”,
alguém que me acolheu e confiou na “desconhecida”
recém chegada, e investiu numa amizade.

Grace, Liliam e Marisa:

Foi incrível ter vocês por perto ao esboçar
os primeiros contornos desta trajetória.

Maria Helena, Marta Lenise, Marlene e Angela:

O tempo em que compartilhamos os estudos epidemiológicos
foi muito precioso para mim!

Marisa:

Quantas vezes busquei seu ombro amigo e você
compartilhou comigo não só o ombro,
mas também seu coração!...

Colegas de Mestrado:

Nunca me esquecerei destes anos em que
compartilhamos saberes e experiências.
Não só da academia, mas também da socialidade,
traduzido em socorros (mecânicos, hospitais, caronas, “consolos”...)
e em churrascos, cafés coloniais, galetos...

Albertina:

Foi muito importante contar
com sua disponibilidade em sentar-se comigo
e ajudar-me a encontrar alternativas.

Denise Hense:

Que bom ter convivido com você no início desta
Trajetória, apesar da distância sua
presença permaneceu até o final.

Ilse:

Havia um quê todo especial
quando você me ouvia e me falava...

Neusa e Renata:

Sinto muitas saudades do tempo em que convivíamos,
quando me lembro da força que vocês me deram...
E das aulas que assumiram por mim
para que eu me preparasse...

Centa:

Percebi que você acreditava que eu chegaria lá!
Isto foi muito fortalecedor.

Lothar:

Senti seu apoio logístico!
Ajudou-me a percorrer este trajeto.

Christian, Josué e Vander:

Ah, se não fossem vocês
me familiarizando com o computador!...

Vera e Áurea:

Valeu o auxílio que vocês me prestaram
quando discutimos a apresentação deste trabalho.

Rosa:

Como você me tranquilizou quando liguei,
lá de Cascavel e você me disse:
“Inglês? Ah, podes consultar o dicionário, não é difícil!”

Depto de Enfermagem da FECIVEL:

No início deste trabalho nossos caminhos estavam interligados,
em seu transcorrer eles se separaram.
Contudo, não me esqueço que meus primeiros passos
na Trajetória da Enfermagem foram dados aí, entre vocês.

CAPES:

O apoio recebido foi fundamental
para o cultivo deste “Jardim”.

Depto de Enfermagem da UFPR / REPENSUL-PR:

Senti-me valorizada e incentivada por vocês
no final desta caminhada.

Hospital do Estudo e sua Equipe de Saúde:

Foi fundamental poder desenvolver este trabalho entre vocês,
pois a semente precisa cair em terra boa para germinar,
e este Jardim floresceu!...

Orquídea, Dália, Camélia, Cravo,

Violeta, Margarida e suas famílias:

Encontrar Flores nesta Trajetória foi fundamental
para o sucesso deste estudo.

Compartilhar com vocês os aromas exalados neste Jardim
foi muito gratificante...

Enfim, deste meu Jardim vocês são as mais belas Flores!

RESUMO

Trata-se de um estudo voltado para a assistência de Enfermagem ao ser humano e sua família durante a vivência da situação cirúrgica, com o olhar voltado para a prevenção de infecções. Seu embasamento científico deu-se através da elaboração, aplicação e avaliação de um marco conceitual e de uma proposta metodológica para a assistência de Enfermagem. Como fundamentação para este marco conceitual a autora resgatou os escritos de Florence Nightingale e seus estudiosos, o que, por sua vez, conduziu-a ao aprofundamento da Epidemiologia a fim de contextualizar a vivência de Florence Nightingale e propiciar suporte para a prática assistencial. Apresenta uma abordagem de prevenção de infecções hospitalares, atuando diretamente com o ser humano/família, buscando a potencialização do poder vital e ativação do seu sistema imunológico. A aplicação desta proposta metodológica ocorreu no período compreendido entre agosto de 1993 a janeiro de 1994, num Hospital Escola em Florianópolis-SC, e nas residências dos participantes do estudo. A reflexão sobre **A Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecções** com o embasamento teórico-científico-humanístico proposto por Florence Nightingale mostra a importância da Enfermagem como **Ciência e Arte** ao longo da história da humanidade e a responsabilidade social que possui.

ABSTRACT

This is a study turned to nursing assistance to the human being and his family when living through a surgical situation, focused on the prevention of infection. Its scientific foundation happened as a function of design, application and evaluation of a conceptual framework and a methodological proposal in nursing assistance. To ground this framework the author retrieved the writings of Florence Nightingale and of those who have been studying Nightingale's writings. In doing this, the author was taken to a deepening of epidemiology to bring into context Florence Nightingale's life experiences, and to offer support to assistance practices. A hospital infection prevention approach is presented, dealing directly with the human being/family and seeking to potentialize vital powers and to activate the individual immunologic system. Such a metodologic proposition was applied from August 1993 to January 1994 at a School-Hospital in Florianópolis-SC, and also at the homes of study participants. The path of nursing next to the Human Being and his Family in the infection prevention, reflected upon with a theoretical-scientific-humanistic foundation such as proposed by Florence Nightingale, points out to the importance of Nursing as a Science and an Art throughout the history of mankind, and also the responsibility it is vested with.

SUMÁRIO

1- INICIANDO UM PROCESSO.....	1
1.1- APRESENTANDO FLASHES DE MEU CAMINHAR.....	1
1.2- COMPREENDENDO A SITUAÇÃO CIRÚRGICA.....	4
1.3- RUMANDO PARA O MARCO CONCEITUAL E DEFININDO OBJETIVOS.....	7
2- "RE-CONHECENDO" FLORENCE NIGHTINGALE.....	10
2.1- SUA FORMAÇÃO.....	10
2.2- SUA ÉPOCA.....	13
2.3- SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	15
2.4- SEUS ESCRITOS - UMA OU VÁRIAS TEORIAS?.....	20
2.5- SEUS ÚLTIMOS ANOS.....	25
3- DEFININDO A TRAJETÓRIA.....	26
3.1- APRESENTANDO UM MARCO CONCEITUAL.....	26
3.2- PROPONDO UMA METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA.....	32
4- VIVENCIANDO A TRAJETÓRIA E DÊSCOBRINDO UM JARDIM.....	41

5- TRAJETANDO PELO JARDIM COM MARGARIDA.....	52
6- DISCUTINDO A VINCULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA.....	90
7-VISLUMBRANDO O “JARDIM” DA ENFERMAGEM	
 COM FLORENCE NIGHTINGALE.....	127
 REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA.....	132
 ANEXOS.....	137

1- INICIANDO UM PROCESSO

*As mudanças e o crescimento ocorrem
quando uma pessoa se expõe
e torna-se envolvida com a idéia
de experimentar a própria vida.
Herbert Otto, apud Buscaglia, 1972.*

Ao iniciar este processo, penso ser fundamental registrar como ocorreu meu envolvimento com o tema aqui apresentado. Visando mostrar ao leitor um recorte de minha vida, apresento flashes de meu caminhar profissional até o início deste estudo. Buscando compreender a situação cirúrgica reporteimei-me à literatura, contextualizando a prevenção de infecções hospitalares. Descrevo como cheguei ao embasamento do Marco Conceitual deste trabalho e apresento os objetivos a serem alcançados.

1.1- APRESENTANDO FLASHES DE MEU CAMINHAR

Na minha vivência profissional sempre me identifiquei com o hospital. Posso afirmar, sem constrangimento, que atuar em hospital me proporciona prazer. Isto pode soar de forma estranha, porém eu vejo o atuar neste tipo de instituição de saúde como uma forma de estar com o ser humano e sua família no processo saúde-doença. Sinto, no entanto, necessidade de explicar o que me é tão gratificante neste trabalho.

Ao iniciar minha carreira fui cativada por dois desafios profissionais. O primeiro foi o convite para integrar uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em um hospital em Cascavel, no Paraná. Devo confessar que, na ocasião, o conhecimento que eu tinha era

limitado, o que me constrangia ao aceitar o convite. Eu não sabia o significado da sigla CCIH, nem os processos de prevenção e de controle de infecções. Tive então a oportunidade de frequentar o curso Introdução ao Controle de Infecção Hospitalar, promovido por um dos Centros de Treinamento do Ministério da Saúde, para o Controle de Infecção Hospitalar, em maio de 1986, em Curitiba. Foi uma experiência que me deixou em contato com o tema, visto sob a ótica de profissionais experientes e respaldados cientificamente. Até certo ponto me assustei ao descobrir o nível de informações já atingido sobre infecção hospitalar e o que é a relação processual de prevenção e controle.

Não imaginava na ocasião que, após o curso, o hospital em que eu trabalhava seria credenciado como Centro de Treinamento do Ministério da Saúde, e que eu seria monitora do mesmo. Realmente isto foi uma surpresa para mim, e com esta experiência fui aprendendo, interessando-me, e quanto mais aprendia mais queria saber. Foi um envolvimento pessoal e profissional.

O segundo desafio aconteceu quase ao mesmo tempo. Assumir a Chefia de Enfermagem do Centro Cirúrgico do mesmo hospital. Isto foi um pouco diferente pois eu conhecia o funcionamento de um Centro Cirúrgico e confesso que já sentia certa atração por esta unidade. Foi uma experiência muito gratificante e, na época, contava com uma equipe de enfermagem (auxiliares e atendentes) eficaz, e trabalhávamos em harmonia. Posso afirmar que isto foi um reforço positivo na minha vida profissional.

Por questões alheias à minha vontade, deixei o hospital e fui para a área de ensino formal, até por uma razão de mercado de trabalho. "Ensinar" também é uma de minhas paixões. Segundo comentários de minha mãe, desde menina eu já manifestava esta minha tendência. Ela sempre conta que: quando a Telma era menina, num instante ela reunia a criançada e transformava meu quarto de costuras em uma sala de aulas. Ela era sempre a professora.

Acredito que isto tenha influenciado minha decisão de prestar concurso para docente na Universidade local. Desde então, estou vinculada ao ensino formal de Enfermagem, unindo as duas áreas de meu interesse: a docência e a assistência.

Minha atuação docente vinha se desenvolvendo, principalmente, nas disciplinas de Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem em Centro Cirúrgico. Inicialmente, meus estudos nestas áreas me pareciam desvinculados, porém, à medida em que eu os aprofundava, tornava-se mais fácil encontrar o elo entre elas, sobretudo nos aspectos relacionados à prevenção e controle de infecções. A partir de minha compreensão do processo de prevenção e controle, e da Epidemiologia aplicada, eu passei a interligar a Enfermagem em Doenças Transmissíveis à Enfermagem Médico-Cirúrgica e à Enfermagem em Centro Cirúrgico.

Todavia, o saber técnico e teórico não respondiam completamente às minhas inquietações sobre a vivência do ser humano e de sua família numa situação cirúrgica. Devido ao constante contato com estas pessoas, minha maior angústia consistia na busca de um maior entendimento de como se processava este evento, e com o que eu poderia contribuir para minimizar o sofrimento decorrente dele.

Com esta história e estas inquietações, ingressei no Curso de Mestrado, buscando respostas para estas questões e também descobrir maneiras de se chegar a uma prática mais eficaz e gratificante.

1.2-COMPREENENDO A SITUAÇÃO CIRÚRGICA

Percebo a situação cirúrgica como um momento difícil e delicado. Muitas vezes "o paciente sabe pouco sobre a sua situação e sobre o que ocorrerá com ele. Alguns chegam ao hospital sem ao menos saber do que serão operados" (Hense, 1987, p. 103). Acontecimentos como este podem contribuir para a baixa de resistência da pessoa que será submetida à cirurgia, pois a capacidade de defesa anti-infecciosa sofre influência de vários fatores dependentes do meio ambiente (Zanon e Neves, 1987). Segundo Solomon (1987, p.3) "uma variedade de estudos indicam que eventos estressantes e/ou a quebra de defesas psicológicas ou adaptações são relacionadas com o início de alergias, doenças auto-imunes, infecciosas e neoplásicas". Estes estudos demonstram que a baixa da resistência é um fator importante a ser considerado na assistência ao ser humano durante a situação cirúrgica, com a finalidade de prevenção de infecções.

Todavia, o ser humano raramente vivencia o evento cirúrgico isolado de sua família.

Concordo com Hense quando salienta que

para a família, é também um momento difícil, que se caracteriza pelo nervosismo e pela preocupação. Além da família sentir seu próprio "drama", de ter um parente submetido ao risco cirúrgico, ela sente também o drama do paciente que será operado. Ela procura lhe dar força ajudando-o nos preparativos para a internação e cirurgia. Às vezes no entanto, ela não sabe o que fazer... (1987, p.104).

Como exemplo, Hense cita o testemunho de uma paciente: "eu chorava por qualquer coisinha. Quando eu chorava na sala, minha família saía da sala" (1987, p.104).

Uma situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, mas também os períodos pré e pós-cirúrgicos. E mais ainda, envolve a mudança da rotina diária do ser humano, separando-o do contexto a que está habituado, e expondo-o ao estresse de uma hospitalização

carregada de características e singularidades. Dentre estas características se destaca a solidão, o medo, a ansiedade, a espera, a mudança de hábitos e a necessidade imposta de se relacionar com uma diversidade de pessoas, entregando-se ao cuidado destes que são, a princípio, desconhecidos. Nesta situação o indivíduo se expõe a riscos e complicações pertinentes ao ato operatório e que podem se refletir também em sua família. Para Ferraz (1987), a infecção da ferida cirúrgica é um risco inerente à cirurgia e sua complicação mais comum. Salienta ainda que nem todas são evitáveis, porém alerta para a necessidade de medidas preventivas e de controle. Ferraz (1987, p.371), parafraseando J.C.Golicher, escreve: "Uma infecção pode representar apenas uma taxa de 1% para o cirurgião, mas 100% de sofrimento para quem a contraiu." Ferraz destaca ainda que a prevenção e o controle de infecções é justificável se considerarmos argumentos éticos, técnicos e econômicos.

Éticos, pois o paciente pode contrair um mal que, em muitos casos, poderia ser evitado e que lhe acarreta sofrimento atroz, custos elevados pelo tratamento que recebe e, o que mais importa, coloca em risco a sua vida.

Técnicos, uma vez que há evidência indiscutível de que a confiança exagerada na terapêutica antibiótica relegou a um plano secundário os cuidados básicos de profilaxia, preconizados por Semmelweis, Nightingale, Lister, Von Bergman e Halsted no século passado, embora nenhuma droga tenha sido capaz de substituí-los. É inegável que o uso de medidas adequadas reduz consideravelmente o risco de infecções. Finalmente, econômicos, pela marcante elevação dos custos diretos e indiretos acarretados pela infecção. Um paciente que contrai infecção numa situação cirúrgica prorroga seu tempo de internação, aumenta o número e a complexidade da terapêutica, demora mais tempo para se reintegrar à família e ao trabalho, etc...

Minha preocupação com o ser humano e sua família ao vivenciarem uma situação cirúrgica, no que se refere à prevenção de infecção, continuava. Ela encontrava eco na abordagem de Gomes et al. (1988) de que o ser, ao contrair uma infecção hospitalar terá aumentado seu tempo de incapacitação para o desempenho de seus papéis e estará pagando o custo intangível gerado pela dor, mal estar, isolamento, enfim, pelo sofrimento. Por tudo isto, pensar sobre prevenção de infecção hospitalar continua sendo uma questão atual e de relevância inquestionável, apesar de todo o avanço técnico-científico. Principalmente quando se propõe a um novo olhar, resgatando os conhecimentos anteriores à luz de uma nova realidade.

Por outro lado, durante estes anos em que venho aprofundando meus estudos e ampliando a minha prática, constatei que o enfoque maior está direcionado para as técnicas, os procedimentos e a conscientização e treinamento da equipe de saúde. Zanon, e Neves (1987), em seu livro *Infecções Hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento*, reforçam esta minha constatação ao registrarem a *Bibliografia Brasileira sobre Infecções Hospitalares*. Eles a subdividem em cinco áreas: Pesquisa Bacteriológica; Trabalhos de Orientação Básica e Divulgação; Investigação Epidemiológica; Esterilização, Desinfecção e Anti-sepsia; e Auditoria em Antibióticos.

No contexto brasileiro vemos que a atuação dos enfermeiros na prevenção e controle de infecções vem se desenvolvendo vinculada à CCIH e, muitas vezes, desvinculada da assistência direta ao ser humano e sua família. Os programas de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares, em sua maioria, são direcionados a duas áreas de atuação: Educativa e Vigilância Epidemiológica. De acordo com Peraccini e Goveia (1988), na sua função educativa, o enfermeiro desenvolve trabalhos em conjunto com o setor de Educação em Serviço, organizando e mantendo treinamento aos funcionários, com vistas a orientar e supervisionar técnicas básicas importantes para a prevenção e o controle de infecções hospitalares. Participa

também da elaboração de normas e rotinas de procedimentos técnicos, bem como da escolha adequada de métodos e produtos para assepsia. Ainda, segundo as mesmas autoras, o enfermeiro operacionaliza o Sistema de Vigilância Epidemiológica, através da coleta de dados e participa da análise e divulgação dos mesmos.

Considerando o exposto, percebi uma lacuna no que se referia à assistência direta ao ser humano e sua família, com vistas à prevenção de infecções, durante a hospitalização, mais especificamente cirúrgica. Não nego com isto o valor e a necessidade de estudos nas áreas supra citadas. Acredito, porém, na premência de se voltar o foco da assistência para o ser humano e sua família, com base nos estudos realizados nestas áreas, e na importância de se aliar os conhecimentos técnico-científicos à humanização da assistência, contribuindo, desta maneira, para que a situação cirúrgica transcorra de forma mais harmônica, menos estressante e, conseqüentemente, apresente menos riscos e complicações.

1.3- RUMANDO PARA O MARCO CONCEITUAL E DEFININDO OBJETIVOS

Vivenciar um período de ampliação de horizontes e desenvolver a Disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem, no Curso de Mestrado, propiciou-me articular o fazer reflexivo, à luz da teoria. Neste processo fui levada a uma personagem central da História da Enfermagem - **Florence Nightingale**. Por que Florence? Na minha imaginação ela me remete à questão do fazer, fazendo e aprendendo, teorizando à luz da prática. Busquei ampliar meus conhecimentos sobre os escritos de Florence, o que me levou a compreender, na historicidade, algumas questões vitais da Enfermagem. Em especial, da Enfermagem Cirúrgica, no que se refere à prevenção de

infecções. Questões que poderiam ser tão básicas e tão óbvias e que, na prática são muitas vezes tão contraditórias, tão confusas e tão pouco observadas.

Ao ler os escritos de Florence e de seus estudiosos¹ pude perceber que ela usava “suporte epidemiológico” para sua atuação, o que veio ao encontro da minha compreensão de que a Epidemiologia, implícita ou explicitamente, permeia o dia-a-dia da assistência à saúde. Passei então a refletir que justamente naquela época estavam ocorrendo conflitos e enfrentamentos de concepções epidemiológicas onde se formavam duas correntes distintas: os contagionistas e os anticontagionistas (Breilh, 1991). E Florence encontrava-se neste meio!

O surgimento da Teoria Microbiana vinha confundir, num primeiro momento, a atuação na área de saúde. Alguns autores dizem que Florence negava a microbiologia, por outro lado sua atuação consistia, fundamentalmente, em medidas de prevenção da proliferação e transmissão de microorganismos. Além disto, ela se preocupava em conhecer as doenças e medidas de prevenção. Na obra *Princípios e Métodos de Epidemiologia*² (1975), MacMahon e Pugh registram que a Epidemiologia se dedica ao estudo da ocorrência e distribuição de um fenômeno, em um conjunto de pessoas, e procura os determinantes da distribuição encontrada, com o intuito de preveni-lo ou controlá-lo. Esta era, no meu entendimento, uma das grandes preocupações de Florence.

A partir destas reflexões reporte-me à Epidemiologia como um suporte para a Prática da Enfermagem. Busquei então, subsídios na Disciplina de Tópicos Especiais em Epidemiologia, a qual embasou o esclarecimento de minhas inquietações.

“Conhecer” contemporâneos de Florence, que eram estudiosos da Epidemiologia, tais como Snow e Shadwich, levou-me a identificar pressupostos de equivalência entre eles. Além

¹ Entendido como seus estudiosos aqueles autores que escreveram à respeito de Florence Nightingale e de seus escritos, desde a sua época até a atualidade.

² Trata-se de um dos Clássicos da Epidemiologia.

disto, estes estudos me facilitaram fazer uma relação entre Florence e a Epidemiologia, nas questões relativas à prevenção de infecções.

Ao fazer este resgate dos escritos de Florence Nightingale e seus estudiosos, e ainda a sua interrelação com a Epidemiologia eu encontrei uma das respostas para minhas inquietações. Restava-me então, o desafio de “reconstruir” minha prática, embasada nesta resposta.

Neste momento eu tinha claro que meu objetivo era o de assistir o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica, com o olhar voltado para a prevenção de infecções hospitalares, embasada nos escritos de Florence Nightingale. Para tanto precisava construir um Marco Conceitual para nortear minha prática assistencial e, a partir deste, elaborar e implementar uma Metodologia de Assistência de Enfermagem ao paciente cirúrgico e sua família.

Minha proposta neste trabalho foi a de registrar a elaboração e aplicação do Marco/Metodologia, relatando os passos de sua concepção, sua estruturação teórico-metodológica, sua aplicação, e ainda uma discussão da relação Teoria-Prática através da análise do Marco Conceitual, da Metodologia e da Prática Assistencial.

2-"RE-CONHECENDO" FLORENCE NIGHTINGALE

*Para vocês que perguntam quem foi Florence
Nightingale, o que ela fez?
Terão que compreender o mundo em que
ela nasceu, a Inglaterra, a Inglaterra de Dickens,
onde as pessoas estavam divididas em duas
classes: os muito ricos e os muito pobres.
Mas rico ou pobre, era uma época de ignorância
médica. Onde fraturar um braço
ou uma perna significava perdê-la.
Moffatt, in: A História de Florence.*

Considerando que elegi os escritos de Florence Nightingale como principal embasamento deste estudo, penso ser de fundamental importância explicitar aqui alguns conhecimentos sobre a mesma. De alguma forma nós, enfermeiros, "conhecemos" Florence, porém faz-se necessário "re-conhecê-la" para podermos compreender melhor sua atuação e os ensinamentos que ela nos deixou, bem como o quanto diariamente exercitamos grande número de princípios e indicações da mesma, muitas vezes até sem nos darmos conta deste fato.

2.1- SUA FORMAÇÃO

Florence Nightingale, considerada a precursora da Enfermagem moderna, era filha de William Edward e Francis Nightingale, e membro de rica e educada família vitoriana. Recebeu

este nome por haver nascido em Florença, em 12 de maio de 1820, durante uma viagem que seus pais faziam pela Itália.

Sua educação foi meticulosa, obtida através de seu pai, um senhor inglês, muito culto que se formou em Cambridge e Edimburg. Os conhecimentos que ela adquiriu através dele eram incomuns para uma mulher do século XIX. Estudou latim, grego, línguas modernas, artes, matemática e estatística; filosofia, história e religião (Cook, 1913 apud Palmer, 1977; Graaf, Mossman e Slebodnik, 1989; Madureira e Radünz, 1992). Possuía inteligência perspicaz, o que, juntamente com esta educação estimulou-lhe o pensamento crítico. Posteriormente se interessou também pela política, economia, governo, liberdade, condições sociais e instituições (Cook, 1913, apud Palmer, 1977). Florence e sua irmã mais velha, Parthenope, receberam educação semelhante, porém, sua irmã seguiu o caminho da literatura e da arte (Widerquist, 1992).

Desde menina, Florence gostava de escrever e registrar os acontecimentos que a circundavam. Era uma pessoa muito tímida, complicada e de difícil relacionamento. Fugia dos acontecimentos sociais e vivia buscando a salvação através do perfeccionismo. Sua saúde era frágil e às vezes sentia depressão, muitas vezes "sonhava acordada", e era tida como muito "espiritualista", mais do que seus familiares. Suas tias Julie Smith e Hannah Nicholson influenciaram a formação de Florence. Julie (afetuosamente chamada "tia Ju") era a pessoa que "tratava" os doentes das duas famílias (Smith e Nightingale), sempre ajudada pela idealista Florence. Ela mostrou a Florence um modelo de serviço feminino. Hannah, por seu lado era a tia amável, profundamente religiosa e foi para ela como uma fonte de solidariedade e empatia (Widerquist, 1992; Madureira e Radünz, 1992).

Os pais de Florence descendiam de famílias unitarianas (um ramo do protestantismo) o que, juntamente com a sensibilidade religiosa que prevalecia na Inglaterra Vitoriana, exerceu grande influência na sua formação espiritual. Chadwick ressaltava que "a característica mais

marcante na religião vitoriana é o senso de vocação, e este senso carrega consigo um poderoso conceito de que o tempo é sagrado e que é pecado desperdiçá-lo"(apud, Widerquist, 1992, p.49). Percebe-se que a espiritualidade de Florence influenciou todo o desenvolvimento de sua vida, inclusive a sua atuação na enfermagem. Em 07 de fevereiro de 1837, aos 16 anos, ela registrou em seu diário "Deus falou comigo e me chamou para servi-lo" (apud Brown, 1993, p.9). Existem registros que ela teve outros três "chamados" em sua vida. "Sua crença filosófica de servir a Deus através do servir ao homem, seu criticismo construtivo, e sua reação à esfera social compeliram Nightingale a fazer seu próprio caminho no mundo, a ser independente, a conseguir uma profissão ou ocupação para utilizar todas as suas capacidades" (Palmer, 1977, p.85).

Viajar era uma das atividades que Florence apreciava e, graças à riqueza de sua família, isto lhe era possível. Viajava sempre em companhia do casal Bracebridge. Em 1847 esteve em Roma e, em 1849, no Egito. Seu intuito era observar como a enfermagem era desenvolvida em diferentes lugares. Na volta do Egito, aos 31 anos, esteve em Kaiserswerth (Alemanha), num hospital de 100 leitos, fundado pelo Pastor Fliedner e sua esposa. Neste hospital, atuavam 49 diaconisas luteranas. Atendiam aos doentes e proporcionavam campo de aprendizagem às noviças. Florence passou três meses neste local e relatou que foi um período realmente feliz em sua vida. Ficou profundamente impressionada com o comprometimento destes luteranos. Após esta experiência ela passou algumas semanas conhecendo o trabalho das Irmãs Vicentinas do Hotel Dieu, em Paris (Paixão, 1979; Silva, 1989; Palmer, 1977; Madureira e Radünz, 1992).

Quando retornou destas viagens, Florence anunciou a sua família que queria estudar enfermagem. Isto resultou em uma situação de tensão familiar, especialmente porque sua mãe desaprovou tal idéia, por excluir a perspectiva de casamento. Contudo, com sua personalidade marcante, ela conseguiu o apoio familiar para continuar nesta sua "vocação". Ela acreditava estar vivendo em harmonia com o propósito de Deus para sua vida. Acreditava, também, que havia

encontrado na enfermagem uma maneira para preencher a vida das mulheres, principalmente das solteiras e viúvas.

Aos 33 anos (1853) ela se sentia preparada para dedicar-se à profissão.

2.2-SUA ÉPOCA

Contextualizar a época em que Florence iniciou suas atividades, na chamada Enfermagem Moderna, é necessário para a compreensão das atitudes por ela tomada.

Transcorria a:

segunda metade do século XIX, na Inglaterra vitoriana, rainha dos mares, moralista e industrial, imperiosa e progressista. Sua atuação se insere no clima de otimismo, então vigente entre os de sua categoria, em decorrência da evolução industrial. A expectativa era a do advento de uma riqueza generalizada e de que até mesmo os problemas sociais poderiam ser resolvidos, mediante a explicação de métodos nela gerados. Até porque o capitalismo industrial, ao impor uma completa modificação na estrutura das classes sociais, nos modos de vida, nas concepções políticas e nas estruturas mentais, ao mesmo tempo agravava dramaticamente as condições de existência da maior parte do povo (Castro, 1989, in: Nightingale 1859/1989, p.3).

Na saúde, a corrente dominante era a Hipocrática, a qual era enfocada como requerendo um estado de equilíbrio entre influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Hipócrates não se preocupava apenas com o físico do paciente, mas também com as perturbações mentais que até hoje ainda ocorrem. No que se refere à cura, ele reconheceu as forças curativas inerentes ao ser humano, as quais denominou 'poder curativo da natureza' (Capra, 1982). A tradição Hipocrática, com sua ênfase na inter-relação fundamental corpo, mente e meio ambiente procurava ver o ser humano em sua totalidade.

Na obra *Aires, Águas y Lugares*, Hipócrates afirmava que quem desejasse estudar corretamente a ciência da medicina deveria considerar os efeitos das estações do ano, dos ventos, da água, do solo, e da exposição ao sol, e ainda do modo de vida dos habitantes, seus costumes alimentares e suas atividades (Hipócrates, 1948, Duchidae, 1992). Dentre os avanços na área de saúde destaca-se o advento da era microbiana e da assepsia. Em 1848 Semmelweiss prova a existência de contágio, prevenível através da lavagem das mãos; em 1863 Pasteur demonstra o crescimento de microorganismos; em 1866 Lister realiza a primeira cirurgia asséptica, em 1877 Robert Kock descobre as bactérias e em 1889 Halsted inicia o uso de luvas cirúrgicas (Thorwald, 1976). Pasteur, que foi contemporâneo a Florence, ao lançar a Teoria Microbiana, mostrava uma consciência ecológica, salientando que uma terapia bem sucedida dependia freqüentemente da habilidade em restabelecer as condições fisiológicas favoráveis à resistência natural, e que este é um dos alicerces da arte de curar (Capra, 1982). Já naquela época, Pasteur avançou, sugerindo que os estados mentais afetam a resistência à infecção: "Muitas vezes ocorre que a condição do paciente - sua debilidade, sua atitude mental... - forma uma barreira insuficiente contra a invasão dos seres infinitamente pequenos" (apud, Capra, 1982, p.122). Ainda neste contexto emerge a Epidemiologia, com o objetivo de fornecer subsídios para as ações de saúde pública.

Com a revolução industrial surge na Europa, iniciando na Inglaterra, uma realidade sanitária diversa da existente até então. Surgem também várias interpretações do processo saúde-doença, que viam nas contradições do capitalismo seu maior determinante. Engels e Virchow apreenderam muito bem o inter-relacionamento saúde-sociedade. Virchow viu a doença como resultante das inadequações da estrutura urbana que poderiam ser corrigidas por legislação sanitária adequada; e, Engels, como resultado da contradição do capitalismo, que só seria corrigida com a mudança do modo de produção vigente (Silva, L., 1985).

Havia na época, duas correntes de pensamento na Epidemiologia: os “contagionistas” e os “anticontagionistas”. Os anticontagionistas, entre eles Virchow (na Alemanha) e Chadwick e Farr (na Inglaterra), afirmavam que “A doença se desenvolve nas próprias condições econômicas e sociais locais; requer participação democrática” (in Breilh, 1991, p.81). Por outro lado os contagionistas diziam que: “A doença vem de fora; requer quarentena e o exercício administrativo da burocracia”(in Breilh, 1991, p.85). É nesta época, 1854, que emerge o paradigma dos estudos epidemiológicos: o trabalho de John Snow sobre as epidemias de cólera em Londres. Até então, a Epidemiologia não possuía uma teoria sobre a causa das doenças, tanto que o movimento sanitário inglês era anti-infeccionista, afirmando serem as doenças fruto de ambientes insalubres (Silva, L., 1985).

Palmer (1977) ressalta que Florence e Snow atuaram juntos na epidemia de cólera em Londres. Imersa nesta realidade Florence lançava propostas práticas e objetivas para a atuação da Enfermagem e as punha em ação. Seu pensamento era avançado para a época e sua atuação humanística transparece em seus escritos, assim como sua preocupação com o ser humano integrante de uma família e com o meio ambiente. Era neste contexto, entre os prós e contras do contágio, que Florence emergia com sua atuação, ainda sem se posicionar numa linha ou noutra, porém sempre atuando de forma a prevenir as doenças.

2.3- SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Aos trinta e três anos, após percorrer Roma e o Egito, com três meses de experiência em Kaiserswerth, o confronto com sua família e o esforço em escrever "Sugestões", Florence se considerava preparada para devotar-se à profissão e ao cumprimento de seu objetivo de

aperfeiçoar a sociedade (Palmer, 1977, Madureira e Radünz, 1992). Sua primeira experiência foi como superintendente de Enfermagem na Casa de Gentlewomen, na rua Haley, em 1853. Durante a epidemia de cólera em agosto de 1854, em Londres, trabalhou como voluntária (Palmer, 1977; Paixão, 1979; Widerquist, 1992).

Em outubro de 1854 teve início a Guerra da Criméia. As notícias dos campos de batalha eram desesperadoras. Os ingleses não possuíam qualquer organização de enfermagem para atendimento aos feridos. E foi em Scutari que o grande desafio aos talentos profissionais de Florence ocorreu. Sob a escolta do casal Bracebridge, juntamente com 38 voluntárias de diversas religiões, Florence foi para Scutari, na Turquia. Ali atuou em dois hospitais: "o Hospital Geral e o Barrak Hospital" (um antigo quartel). Para o primeiro ela encaminhou 10 voluntárias e no segundo instalou seu "quartel general". Organizou um Departamento de Enfermagem e se dedicou a eliminar os problemas de saneamento dos pavilhões dos hospitais. Nestes pavilhões as condições eram deficientes. Além dos ferimentos os soldados sofriam com infecções, frio, infestações de piolhos e outras doenças. Os pacientes que não podiam alimentar-se sozinhos, morriam de fome. Não existiam mesas cirúrgicas nem anestesia (Paixão, 1979; Graaf, Mossman e Slebodnik, 1989).

Com sua visão abrangente, preocupava-se com a família dos soldados/pacientes, ao descobrir que os homens desperdiçavam o soldo nas tabernas por não acreditarem no sistema oficial de remeter dinheiro para a família, graças às suas boas relações com a Rainha Vitória, Florence conseguiu a instalação de várias agências destinadas à transmissão de ordens de pagamento, elevando assim a remessa de dinheiro para familiares dos soldados (Woodham-Smith, 1951). Outra atitude que nos mostra sua preocupação com a interação familiar nos é relatada por Woodham-Smith (1951, p.164) "Miss Nightingale alugou uma casa fora do quartel

e conseguiu que a roupa fosse lavada por esposas de soldados". Agindo desta maneira ela envolveu a família no cuidado aos soldados/pacientes.

Florence permaneceu em Scutari por 21 meses, organizou, limpou, humanizou. Reduziu de 42% para 2% a mortalidade entre os feridos de guerra. Virou lenda, como **Dama da Lamparina**, mas também história, como sanitarista e administradora.

Um cirurgião contemporâneo de Florence, H. E. Hartmann, conta sua impressão ao chegar em Scutari: "A caserna-lazareto convertia-se; de castelo encantado, em edifício de proporções enormes, escalvado e sujo, donde o vento nos trazia um fétido horrível e penetrante" (in: Thorwald, 1976, p.163).

Hartmann foi a Scutari no intuito de levar éter e clorofórmio para anestesiarem os feridos durante os procedimentos cirúrgicos. Ao acompanhar o cirurgião McGrigor (um dos cirurgiões que lá atuava) na "ronda" pelo hospital, teve um breve encontro com Florence e assim o relata:

No centro da sala, brilhava no chão um lampião aceso; junto dele havia uma caldeira de chá donde uma senhora alta, muito esbelta ia enchendo os copos que passava a duas mulheres metidas no desgracioso uniforme-saco que eu vira nessa tarde, pela primeira vez. E essas mulheres iam aos doentes, erguiam-lhes a cabeça, chegavam-lhes o chá aos lábios.

Embora nunca tivesse visto Florence Nightingale, compreendi logo quem era a mulher postada ao pé do lampião. Eu não saberia definir naquele instante donde vinha a fascinação que se irradiava dessa figura feminina. Florence Nightingale aparentava ter uns trinta e quatro anos; usava um vestido preto de lã, com uma gola estreita de lã branca. Sob os cabelos curtos, escuros, alvejava o rosto frágil, delicado, quase irreal nesse recinto onde a morte ceifava sem misericórdia.

- Desde ontem, os feridos não recebiam comida nem bebida quente - disse Florence, com uma voz suave, sob cuja brandura se adivinhavam inflexões mais enérgicas. - Trouxemos chá e vinho tinto. Espero que esteja de acordo, doutor McGrigor.

Os seus olhos, muito claros, fixavam-se com uma frieza estranha, dominadora, no cirurgião McGrigor. Seria difícil determinar se o que os iluminava era fanatismo; mas exprimiam alguma coisa que se diria consciência duma finalidade, duma missão, ou como quer que se queira chamá-la.

McGrigor deixou escapar um "sim"; e, visivelmente incapaz de suportar aquele olhar, voltou-se para o enfermeiro.

- Nove mortos - referiu este. - Quanto ao mais, tudo em ordem. Irrefletidamente, McGrigor pensou em voz alta.

- Meiga como uma menina... - resmoneou, num tom pirracento em que talvez já se insinuasse uma pontinha de admiração. - Mas, por dentro, rija como aço! Servir chá, preparar sopas, alisar cabeças... Que vale isso aqui? Morre-se de febre traumática, com ou sem a Senhorita Nightingale.

McGrigor chispou para a saída; mais uma vez nos encontramos num vasto corredor e, mais uma vez costeando uma fila de seres humanos estendidos no chão, um ao lado do outro, gemendo, arquejando, mostrando no rosto a desfiguração da febre traumática, o vermelhão da erisipela, o tom pardacento da gangrena.

- Tudo em ordem?

Mais uma vez, a frase horrível!

- Nove baixas - engrolou o enfermeiro, com voz de ébrio. - E nada de novo.

Voltamos pelo mesmo caminho: o corredor, o passadiço contíguo; as portas além das quais tantos operados se consumiam e morriam de febre; o outro corredor, onde - atordoados pelas lamentações e pelos gemidos - cumpria ter cuidado, para não pisar os pés dos que penavam no lajedo; ou ziguezaguear entre as caras agonizantes, mal clareadas pelos reflexos do lampião. Em todo o percurso, apenas uma luz confortadora: a figura de Florence Nightingale, frágil e vibrante de força de vontade, na atitude em que a gratidão dos soldados a imortalizou em todo o mundo: 'A Dama do Lampião'.

E, pairando sobre todas as coisas, a febre, a febre, a febre... e a morte (in: Thorwald, 1976, p. 171-172).

Segundo Hartmann "a aversão de McGrigor a Florence Nightingale transformou-se mais tarde em espírito sincero de cooperação..."(in: Thorwald, 1976, p.173).

Florence, principalmente na Criméia, enfocou o cuidado ao paciente cirúrgico e se preocupou com a prevenção de infecções, legando inclusive responsabilidades de prevenção à Enfermagem.

Florence adoeceu na Turquia, provavelmente tifo, porém só deixou Scutari quando a Guerra terminou, com 36 anos de idade. Sua saúde ficou abalada desde então. Houve épocas em que pensava estar chegando ao final de sua vida e fez seu testamento, distribuindo seus bens (por mais de uma vez), porém não morreu antes de completar 90 anos (Widerquist, 1992; Madureira e Radünz, 1992).

Mesmo com sua saúde debilitada Florence continuou produzindo, aproveitava este fato para alcançar seus objetivos. Gostava de se recolher ao seu quarto, ter seus momentos de

solidude. Era quando produzia seus escritos. *Notes on Nursing* - o mais difundido de seus livros - foi escrito nesta época (Widerquist, 1992). Durante sua atuação Florence se dedicou à reforma do saneamento do exército, aos hospitais do exército, ao saneamento da Índia e entre as classes mais pobres da Inglaterra. Suas principais publicações, além de *Notes on Nursing* (1859) foram: *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army* (1858), *Notes on Hospitals* (1858), *Notes on Sanitary State of the Army in India* (1871), e *Life or Death in India* (1874) (Graaf, Mossman, Slebodnick, 1989). Uma de suas preocupações, registrada em seus escritos, era com as mulheres e ela procurava orientá-las para o cuidado com os filhos/família.

Em 1860, Florence recebeu do Governo Inglês uma doação de 44.000 libras para o Fundo Nightingale. Esta importância foi aplicada na fundação da **Escola de Enfermagem Nightingale**, no Hospital Saint Thomas. A partir deste momento o status da enfermagem passou a ser o centro do seu mundo. O desenvolvimento da Enfermagem recebeu influência em quatro aspectos: religião, guerra, ciência e feminismo, e Florence estava presente dando ímpeto à mesma e envolvendo estes aspectos. A profissão de Enfermagem era, ao mesmo tempo, muito antiga e muito nova (Canedy, 1979; Madureira e Radünz, 1992; Reed e Zurakowski, 1984).

A fundação da escola surgiu da necessidade de treinamento de pessoal hospitalar para prestar assistência de enfermagem e também para disciplinar a conduta das enfermeiras (Almeida e Rocha, 1986). O desenvolvimento das atividades na escola foi embasado na experiência adquirida por Florence:

O zelo religioso do Instituto de Kaiserswerth, a disciplina militar nos hospitais de Scutari, o estilo de vida aristocrática da família Nightingale, tudo isso foi amalgamado e imposto às primeiras alunas da Escola do Hospital São Thomas. As alunas ficavam sob supervisão contínua durante 10 horas de trabalho nas enfermarias e eram obrigadas a ter um diário e reportar tudo semanalmente. Qualquer lapso na sobriedade ou honestidade significava dispensa. [...] A supervisão estendia-se também para os períodos de folga. [...] Morar no lar Nightingale fazia parte do treinamento. Miss Nightingale achava isso essencial

para o treinamento moral e do caráter. [...] Um mínimo de condições educacionais e um máximo de elevação moral eram requisitos essenciais para entrar na escola (Abel Smith, 1960, apud Almeida e Rocha, 1986, p.42).

A escola admitia dois tipos de alunas: as "lady-nurses", de famílias mais abastadas, que podiam custear seus estudos e que eram preparadas para supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingaleanos de enfermagem; e as "nurses", com poder aquisitivo inferior, recebiam ensino gratuito, mas deviam prestar serviços no hospital por um ano após o curso. As "nurses" prestavam assistência direta ao paciente (Abel-Smith, 1960 apud Almeida e Rocha, 1986). Aqui teve início a divisão do trabalho de enfermagem. Florence também distinguiu dois tipos de Enfermagem, que ela mesma nomeou de "a arte de cuidar do doente", e "enfermagem de saúde ou enfermagem geral" (in: Nursing Development Conference Group, 1979, apud Almeida e Rocha, 1986).

Sua iniciativa de fundar o Ensino Formal de Enfermagem teve sucesso, e a Escola foi ficando cada vez mais famosa. As "lady-nurses" egressas da Escola foram ocupando postos na Inglaterra, Europa, Estados Unidos, Canadá, entre outros (Paixão, 1979). O Sistema Nightingaleano foi se difundindo pelo mundo afora. Existe quem o defenda, existe quem o condene, porém não é possível negar sua contribuição para o desenvolvimento da Enfermagem.

2.4- SEUS ESCRITOS - UMA OU VÁRIAS TEORIAS?

Florence registrou suas experiências e suas "sugestões" em vários livros, e também em muitas cartas enviadas à mais variada gama de destinatários. Dentre seus livros destaca-se *Notes on Nursing* (1859), no qual ela expressa não ser sua pretensão apresentar um conjunto de preceitos sobre como praticar a enfermagem, nem tampouco que o mesmo constituísse um

manual. Salienta que pretendia simplesmente apresentar algumas sugestões às mulheres que tinham a seu cargo a saúde de outras pessoas. Todavia também aconselha e adverte aos médicos e amigos dos doentes.

Este livro, composto por 13 'pontos', reflete algumas de suas crenças sobre o que é a enfermagem, e ela a identifica como uma arte, e salienta que o paciente é o seu foco principal. 'O paciente é o principal dos 13 pontos.' Dentro deste enfoque, os pontos se concentram na prevenção de doenças adicionais e promoção da saúde e bem estar para aqueles que estão doentes. Apesar de passar 'por cima' de algumas áreas, as atividades de promoção e prevenção são manifestadas na manipulação, pelas enfermeiras, do meio ambiente físico e sua atenção no centro interpessoal e psicológico (Dennis e Prescott, 1985, p.69).

Conforme refere Torres:

Nightingale não abordou em seus escritos, especificamente no contexto da terminologia atual, aquela dos conceitos e teorias. Ainda assim, esses trabalhos sobre os cuidados de enfermagem podem ser interpretados como um reflexo da ênfase atual sobre uma abordagem teórica ao processo de enfermagem. Pode haver a tentação de encarar suas idéias como 'fora de moda' ou 'desatualizadas'. Tal postura precisa ser evitada, uma vez que inúmeras de suas idéias importantes acerca de enfermagem ainda não estão sendo universalmente colocadas em execução, na prática atual (1993, p.38).

Seus escritos embasaram grande parte das Teorias de Enfermagem que existem atualmente. Segundo Parse(1987), existem teorias fundamentadas nos Paradigmas da Totalidade e da Simultaneidade, os quais são embasados nos escritos de Florence. Dentro do Paradigma da Totalidade, Parse destaca as teorias de Roy (1984), Orem (1985) e King (1981). No Paradigma da Simultaneidade salienta as teorias de Rogers (1970) e a sua própria teoria (Homem Vivendo Saúde, 1981). Estas referências mostram a diversidade de embasamento que a literatura deixada por Florence proporciona ao desenvolvimento da Enfermagem através das Teorias de Enfermagem.

Teorias podem ser entendidas como visões que proporcionam "insight" intelectual aos fenômenos e são fundamentadas em conceitos inter-relacionados. As teorias de enfermagem devem ser encaradas no contexto da maneira como elas descrevem ou classificam sua

abordagem para a prática, através do inter-relacionamento dos quatro conceitos: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem (Torres, 1980). Apesar de Torres citar o conceito saúde, podemos perceber que, em sua maioria, os autores abordam-no na perspectiva do binômio saúde-doença. No que se refere à abordagem de Florence, seus escritos variam do empírico ao abstrato, eles não estão claramente definidos, porém percebe-se nitidamente que o seu foco central é o ser humano e seu meio ambiente (Torres, 1986).

Atualmente existem várias enfermeiras dedicando-se ao estudo da bibliografia deixada por Florence, olhando-a enquanto teoria. Entre estas enfermeiras destacam-se: Gertrude Torres, que em 1980 organizou a **Teoria Ambientalista de Enfermagem de Nightingale**, e em 1986, numa nova abordagem, a **Teoria do Meio Ambiente**; Pamela G. Reed e Tamara L. Zurakowski, que em 1984 sistematizaram **Nightingale: Um Modelo Visionário para Enfermagem**; e Karem R. de Graaf, Cynthia L. Mossman, e Maribeth Slebodnik, que em 1989 organizaram **Arte e Ciência da Enfermagem Humanista**. Estas abordagens possuem semelhanças e diferenças entre si, e foram realizadas sob diferentes prismas filosóficos, o que transparece do título à leitura dos mesmos. Além desta forma de registro, existem muitos outros trabalhos sobre seus escritos.

Sinto necessidade de registrar aqui qual a minha percepção ao fazer a leitura sistematizada dos escritos deixados por Florence, assim como a de outros autores a respeito. Penso que isso facilitará o entendimento do que ela pensava sobre os quatro conceitos citados por Torres.

Em seu livro **Notes on Nursing (1859)**, Florence recomendava enfaticamente cuidados com o meio ambiente externo, tais como limpeza, aeração, iluminação, aquecimento, entre outros. Por outro lado ela salienta sua preocupação com o meio ambiente interno do ser humano. Neste sentido sua atenção voltava-se para seu estado emocional e espiritual, suas forças

interiores(poder vital), sua reação ao tratamento e muitos outros aspectos. Estas colocações reforçam minha percepção de que, para Florence, o meio ambiente compreendia condições e influências externas e internas ao ser humano. "A ênfase na manipulação do meio ambiente como a maior vantagem é tema recorrente em todas as medidas de enfermagem que ela descreve. Ações de enfermagem não são só para conforto e alívio do paciente, mas para restauração e preservação da saúde e prevenção da doença" (Dennis e Prescott, 1985, p.68).

Ela não separou nitidamente o ambiente em aspectos físicos, emocionais ou sociais. Assumia que estes aspectos estavam contidos no ambiente, porém não fez uma distinção entre eles(Graaf, Mossman e Selebodnik, 1980).

Ao ler os escritos de Florence a que tive acesso, pude compreender que, quando ela se referia a saúde ou a doença, não o fazia de forma estanque ou dicotomizada. No meu entendimento ela já trabalhava o binômio saúde-doença. Sua percepção acerca da doença como um esforço da natureza para restaurar a saúde reforça esta minha compreensão, e lega à Enfermagem a incumbência de facilitar este processo reparativo. Já nesta época ela salientou que à enfermagem cabia o cuidado ao doente e que a medicina tratava a doença. Ressaltou a importância da "enfermagem ao doente" e da "enfermagem saudável" e em ambas incluiu medidas de prevenção e de promoção à saúde. Para ela "enfermagem era ambos, uma arte e uma ciência, e requeria uma organização científica, e educação formal, para cuidar dos sofrimentos das doenças" (Nightingale, 1893/1949, apud Reed e Zurakowski, 1983, p.13). Salientou que " a arte da enfermagem deveria incluir, todavia, condições tais que, por si mesmas, tornassem possível o que entendo por assistência de enfermagem" (1859/1989, p.15). Ela se referia à enfermagem como a arte de cuidar dos doentes. Não explicou o que entendia por arte, porém em todos os momentos ela deixa esta arte transparecer. À princípio Florence julgava que "para aliviar o sofrimento do próximo bastavam a ternura, a simpatia e a paciência. Mas agora a sua

curta experiência lhe mostrava que só os conhecimentos especializados poderiam trazer o alívio. Cumpria-lhe tomar um curso de enfermagem” (Woodham-Smith, 1951, p.143).

Sobre assistência de enfermagem tampouco ela foi mais explícita, porém assistiu e sugeriu ações de assistência no decorrer de sua vida e de seus escritos. Entre os objetivos da assistência de enfermagem, ressaltou a manutenção da saúde, prevenção de infecções e prejuízos, recuperação de doenças, educação à saúde, e controle do meio ambiente (1859/1989).

Quanto ao ser humano, ela referiu que o mesmo "possui poder vital reparador para lidar com a doença" (Torres, 1980/1993,p.43). Segundo Reed e Zurakowski(1983), a visão de Florence sobre o ser humano compreende componentes físicos, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais. Ela via todos como iguais, transcendendo diferenças biológicas, classes econômicas, credos e doenças. Embora o enfoque de saúde de Nightingale fosse primeiramente físico, ela apresentou idéias sobre a psicologia do sofrer. Alguns exemplos são suas referências quanto às pessoas doentes terem uma imaginação mais vívida do que as sadias, que o doente se beneficia do escutar acerca de eventos prazerosos, e são como crianças nas quais não há proporção dos eventos (Nightingale, 1859/1969, apud Reed e Zurakowski, 1984).

A centralização do paciente no modelo de Nightingale (1859/1969) é evidenciado na sua ênfase sobre o curso natural dos fatos que atuam no paciente para efetuar a cura. Isso é facilitado por fatores ambientais, atividades da enfermagem, pela medicina e pela cirurgia. Nightingale via a pessoa como tendo a habilidade e a responsabilidade para alterar, ao invés de se conformar com a situação existente. Tais tentativas, Nightingale acreditava, iriam aliviar o sofrimento espiritual e físico e melhorar as condições para ambos, o indivíduo e a comunidade (Cook,1942; Palmer, 1977 apud Reed e Zurakowski, 1983,p.14). Nesta abordagem, conforme se expressa Poletti (1976), para Florence os cuidados de enfermagem consistem antes de tudo em manipular os recursos do paciente a fim de deixar a natureza fazer o seu trabalho.

2.5-SEUS ÚLTIMOS ANOS

Sempre com a saúde debilitada, Florence viveu até os 90 anos. Aos 81 ficou completamente cega, o que lhe impossibilitou a continuar a ler e escrever. Aos 86 começou a apresentar falhas de memória, não conseguindo mais se comunicar de maneira compreensível. Aos 87 anos, foi a primeira mulher a receber a Honraria ao Mérito do Rei Eduardo VII. Porém, devido às falhas de memória, não tomou conhecimento disto. No dia 13 de Agosto de 1910 Florence faleceu em Londres enquanto dormia.

Em obediência a sua vontade, expressa em testamento, sua família recusou os funerais nacionais e sepultamento na Abadia de Westminster. Ela foi sepultada no jazigo da Família Nightingale onde existe uma breve inscrição: **F.N. Nascida em 1820. Falecida em 1910.**

Com certeza cada um de nós, ao chegar a este ponto deste capítulo, fez suas próprias ligações e interpretações acerca desta história que faz parte da História Profissional da Enfermagem. Concordo com Arruda quando enfatiza que: **“À época, coube a Nightingale deflagrar uma revolução do cuidar a partir da mudança da condição e da perspectiva dos cuidadores. Ela fez mudar o curso do nosso destino profissional, pela profissionalização que seus estudos e experiências de cuidar produzem” (1992, p.8).**

3- DEFININDO A TRAJETÓRIA

*A Enfermagem é
uma arte progressiva,
na qual ficar parado é retroceder.
Florence Nightingale.*

Contemplo aqui o Marco Conceitual que fundamenta este estudo, o qual compreende pressupostos e conceitos. A seguir apresento a Proposta Metodológica de Assistência ao ser humano e sua família.

Optei por apresentar este capítulo no tempo verbal presente, por acreditar que, desta maneira, o leitor o acompanhará com maior compreensão.

3.1-APRESENTANDO UM MARCO CONCEITUAL

*Uma construção mental, logicamente
organizada, que serve para dirigir
o processo da investigação
Neves e Gonçalves, 1984.*

O Marco aqui apresentado constitui-se na construção teórica para sustentar a minha prática e as minhas decisões no processo de assistir o ser humano e sua família na Situação Cirúrgica. A elaboração deste Marco Conceitual como processo dinâmico, inclui seus pressupostos e conceitos. Ele reflete ainda minha maneira de conceber os indicativos assistenciais da Enfermagem. Construí-o a partir da leitura dos escritos de Florence Nightingale

e de seus estudiosos, dos escritos sobre prevenção de infecções e ainda da minha experiência pessoal.

3.1.1- Pressupostos

Algo que se toma previamente estabelecido, como base ou ponto de partida para um raciocínio ou argumento.
Japiassu e Marcondes, 19_.

Como parte integrante deste Marco Conceitual, com a finalidade de orientar as crenças e valores que dirigem meu pensamento ao construí-lo, evidenciaram-se os seguintes pressupostos:

- A saúde do ser humano e sua família está relacionada com o meio ambiente.
- A enfermagem, assim como toda a equipe de saúde, tem o direito e o dever de conhecer medidas de biossegurança e conforto, e o dever de proporcioná-las ao ser humano e sua família.
- O ser humano e sua família têm o direito de conhecer as medidas de prevenção e controle de infecções. Compete à enfermagem e à equipe de saúde, através de estratégias educativas, compartilhar seu conhecimento a respeito.
- A prevenção de infecções hospitalares na situação cirúrgica, está baseada em ações básicas que devem permear o cotidiano da enfermagem, do ser humano e de sua família.
- A instalação de infecção hospitalar coloca em risco a integridade do ser humano e de sua família.
- O ser humano possui poder vital que pode ser fortalecido no processo saúde-doença.

- A mobilização do meio ambiente e a potencialização do poder vital do ser humano requerem princípios de conduta bioética³.

- A prevenção de infecções hospitalares possui duas interfaces: a mobilização do meio ambiente através de medidas preventivas e o aumento da resistência do organismo do ser humano.

- A família é ponto de apoio ao ser humano na vivência da situação cirúrgica. Nesta, é fundamental a atuação da família a fim de proporcionar ao ser humano condições de biossegurança.

3.1.2- Conceitos do Marco

*Uma formulação mental complexa de um objeto,
propriedade ou acontecimento, originária
da percepção e experiência individuais.
Chinn e Jacobs, 1982.*

Ao elaborar os conceitos desse marco, senti-me teorizando meu pensar: esclarecendo equívocos, tecendo ligações e aparando arestas. Busquei harmonizar este meu pensar com o pensar de Florence e outros autores que me auxiliaram nesse processo.

Ser humano

O ser humano é um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interage com o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações. Estas ações, sob qualquer forma de expressão, podem ser caracterizadas enquanto saudáveis ou não. A potencialidade manifesta deste ser, até pela sua

³ Bioética: "Estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e na atenção à saúde, na medida em que esta conduta se examine à luz de valores e princípios morais" (Encyclopedia of Bioethics, apud Connor e Fuenzalida-Puelma, 1990, p.369). A bioética aborda um campo que a relação estrita profissional/paciente, objetiva humanizar a assistência e, de forma particular, ajudar o paciente conhecer seus direitos de viver e morrer dignamente, e entre estes, está o direito de ser informado, consultado e respeitado em seu tratamento (Escobar, 1990).

singularidade, apresenta diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores, que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos. Destaca-se aqui que, segundo Florence, em 1859, o ser humano possui poder vital, usado para vivenciar o processo saúde-doença.

Entendo poder vital como uma força inata ao ser humano. Esta força tende para a vida, projeta-o para a vida. No processo saúde-doença o poder vital age contra a doença quando canalizado para a saúde.

O ser humano se relaciona com outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo. Um dos grupos de que ele participa é a família, entendida como um grupo de pessoas que se percebe como tal e partilha um meio ambiente familiar.

Junto ao ser humano e sua família, a enfermagem atua mobilizando o meio ambiente a fim de proporcionar condições favoráveis à saúde.

Meio ambiente

Meio ambiente é o contexto que permeia e afeta a vida do ser humano e sua família. Envolve condições e influências internas e externas a estes e apresenta infinita diversidade.

Ao envolver condições e influências que afetam a vida e desenvolvimento do ser humano e sua família, o meio ambiente propicia meios de prevenção e contribui para a saúde ou para a doença (Florence, 1859). É com o meio ambiente que o ser humano e sua família vivenciam o processo saúde-doença.

O meio ambiente proporciona ao ser humano relacionar-se com outro ser humano, com grupos e com a sociedade como um todo.

Consciente que o meio ambiente é tudo isto, e muito mais do que sou capaz de registrar no meu imaginário, neste marco ele abrange a situação cirúrgica vivenciada pelo ser humano e

sua família. Neste contexto a enfermagem atua com o intuito de proporcionar ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde e à potencialização do poder vital.

Saúde-Doença

Saúde-Doença é um processo dinâmico e influenciável pelas particularidades do ser humano e do meio ambiente. Segundo Florence (1859), doença é um processo restaurador que a natureza instituiu. Sob este prisma a saúde não é vista apenas como o oposto de doença, não é somente estar bem, mas inclui ser "capaz de usar bem qualquer poder que nós temos para usar" (Florence, 1882 b/1954, p.334-335, apud Reed Zurakowski, 1983, p.15).

A este processo saúde-doença, o ser humano e sua família estão constantemente expostos, e para viverem de forma saudável devem usar os recursos disponíveis no meio ambiente.

Na vivência do processo saúde-doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais estará exposto a riscos que comprometam a sua saúde e a sua vida, um deles é o de contrair infecções hospitalares. Infecção hospitalar "é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a hospitalização ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização" (Leme, 1990, p.25). Portanto, no processo saúde-doença, a enfermagem deve estar alerta para mobilizar o meio ambiente, propiciando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde, à potencialização do poder vital e à prevenção de infecções.

Coletor

Enfermagem

Enfermagem é uma profissão que articula ciência e arte. Ciência porque reúne conhecimentos teóricos e práticos organizados e validados; arte face a usar criatividade,

habilidade, imaginação e sensibilidade e outros recursos ao aplicar a ciência na sua prática assistencial.

A potencialização do poder vital através da assistência de enfermagem, requer a observação de princípios bioéticos, tais como: o reconhecimento e o respeito a crenças, valores, sentimentos, capacidades e limitações do ser humano e sua família; o princípio de não lhes causar danos e esclarecer-lhes os riscos e benefícios a que estão expostos e a consciência de que a prioridade é a vida.

O objetivo da enfermagem, segundo Florence (1859), é propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Para tanto a enfermagem utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à saúde e mobilização junto ao meio ambiente.

O enfermeiro é um ser humano com todas as suas peculiaridades, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da enfermagem. Relaciona-se com outros seres humanos, trabalha em equipe, compartilha conhecimentos, observa princípios bioéticos e mobiliza o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde.

3.2-PROPONDO UMA METODOLOGIA DE ASSISTÊNCIA

*Metodologia -
a arte de dirigir o espírito
na investigação e na ação.
Adaptado de Ferreira, 1986.*

A Disciplina de Prática Assistencial, cuja^D programa incluiu a elaboração de um projeto assistencial, foi a ponte para que eu pudesse executar minha caminhada e aplicar esta Proposta Metodológica, a qual denomino **A Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecção**. Esta proposta se fundamenta em um Marco Conceitual específico e sua operacionalização articula arte e ciência.

A arte é expressa principalmente através da sensibilidade, da criatividade/ imaginação e da habilidade, como instrumentos para a assistência de enfermagem. A **sensibilidade** nos auxilia a perceber e externar nossos sentimentos, e por outro lado é ela que nos possibilita perceber, entender e respeitar os sentimentos do outro. A **criatividade/imaginação** se complementam e nos conduzem a pensar, criar, inventar, figurar em espírito, com bases na sensibilidade. E é neste momento que a **habilidade** se configura enquanto aptidão ou capacidade para desenvolver algo, contemplando também a inteligência e a perspicácia, que se articulam no conjunto dos componentes já explicitados da arte como um todo.

A ciência se evidencia através da aplicação de conhecimentos sistematizados e instrumentalizados pela arte. O suporte científico utilizado nesta proposta está, principalmente, embasado nos escritos deixados por Florence Nightingale, bem como nos de seus estudiosos; o suporte epidemiológico para compreensão da Teoria da Causalidade e nos estudos sobre Prevenção de Infecções Hospitalares.

A metodologia aqui apresentada proporciona, além do "estar com" o ser humano e sua família, a atuação junto às equipes de saúde das Unidades de Internação Cirúrgica e Centro

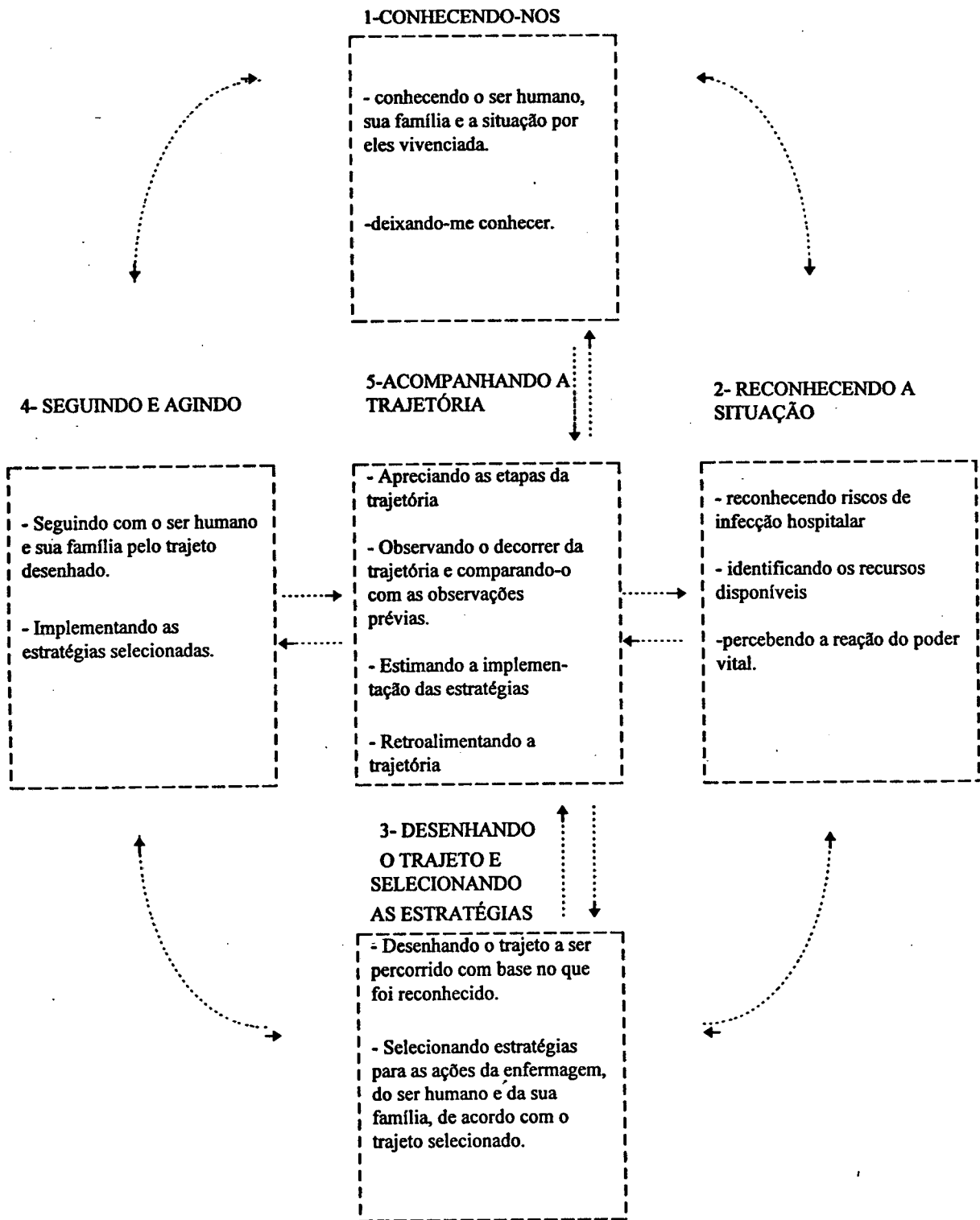
Cirúrgico, e ainda da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Quanto ao cliente e sua família o "estar com" engloba, além da assistência direta, o diálogo e o seu envolvimento no planejamento e desenvolvimento de ações no transcorrer da trajetória. No que se refere à equipe de saúde, a atuação se articula com seus membros, procurando desenvolver esta proposta em consonância com os interesses e necessidades emergentes do cliente e sua família, das unidades afins e da própria equipe. Esta articulação ocorre em todas as etapas da Proposta Metodológica, quando o estar atenta e receptiva a contribuições e críticas, é fundamental. Saliento ainda que a escolha dos clientes para aplicação desta proposta dá-se em conjunto com os enfermeiros envolvidos na assistência a clientes cirúrgicos, embasados em dados epidemiológicos relacionados à prevenção de infecções.

Considerando ser esta uma proposta com abordagem qualitativa, disponho-me a colocá-la em prática atenta ao momento em que o processo de testagem e retroalimentação se complete. A saturação dos dados será o grande indicativo de que isto ocorreu. Desta forma decidi não definir, neste momento, definir quantos pacientes participarão deste estudo, porém afirmo que assistirei tantos quantos forem necessários para colocar em prática, testar e retroalimentar esta proposta como um todo.

A Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecções é um processo dinâmico, aberto e contínuo, o qual visa propiciar ao paciente as melhores condições para que seu poder vital seja potencializado e, conseqüentemente, que ele possa vivenciar de modo mais saudável sua passagem pelo processo cirúrgico que o leva a conviver por um período com a "família hospitalar" integrada por diferentes componentes, inclusive eu, e poder voltar para sua família de origem, socialmente escolhida ou conformada e seguir vivendo a sua vida, também de forma mais saudável. Compreende várias etapas articuladas entre si, que se complementam e que ocorrem simultaneamente ou não. Estas etapas

são representadas no figura nº1 e são as seguintes: **Conhecendo-nos; Reconhecendo a Situação; Desenhando o Trajeto e Seleccionando Estratégias; Seguindo e Agindo; e Acompanhando a Trajetória.**

Figura nº1 - A TRAJETÓRIA DA ENFERMAGEM JUNTO AO SER HUMANO E SUA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES



Explicando as etapas:

1. Conhecendo-nos

Sendo a primeira etapa da Trajetória, configura o início do meu relacionamento com o ser humano, sua família e o meio ambiente da situação cirúrgica. Tem por finalidade buscar conhecer e conseguir informações que possibilitem a continuidade deste processo .

De maneira informal, minha apresentação à equipe de saúde dos diversos setores, engloba algumas informações sobre minha história profissional e o porquê do meu interesse nesse tipo de assistência. Ainda consta da apresentação do anteprojeto para a Prática Assistencial. Da mesma forma, no que tange ao cliente e sua família, penso ser de fundamental importância a minha apresentação esclarecendo "quem sou" e como pretendo atuar junto com eles. Observando os princípios bioéticos cabe aqui o esclarecimento ao cliente/família sobre os objetivos e o teor do trabalho, e sobre os seus direitos de participar ou não desta assistência, assim como da possibilidade de interrompê-la quando desejarem.

Para que a Trajetória se desenvolva de maneira efetiva, é fundamental que esta etapa seja bem explorada no sentido de subsidiar a continuidade do processo. Este fato não significa que o conhecimento aqui proposto deva ser esgotado num primeiro momento, mas que deve ser um processo contínuo a permear todo o trajeto.

É fundamental, principalmente neste momento, que haja interação entre as pessoas envolvidas no processo assistencial. Acredito que a assistência e o diálogo são elementos desencadeadores desta interação e que, juntamente com a observação e a consulta à documentação disponível, subsidiem a Trajetória no que concerne às informações necessárias ao seu desenvolvimento.

No meu entendimento, teoria - Marco Conceitual - e prática - aplicação da Metodologia para Assistência - precisam estar interligados para que as ações de enfermagem transcorram de modo congruente. Ao fazer este elo teórico-prático, operacionalizo o Marco Conceitual de forma a guiar a etapa Conhecendo-nos (anexo 1). Com a finalidade de nortear esta etapa, elaborei um Roteiro Básico para Coleta de Informações, (anexo 2) o qual não é um instrumento encerrado, podendo ser aperfeiçoado sempre que houver necessidade. As informações são registradas em diário de campo.

2. Reconhecendo a Situação

Esta etapa da Trajetória caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas na etapa anterior, fazendo uma ponte entre o teórico apreendido, o prático vivido, o teórico a apreender e o prático a viver. Esta reflexão conduz ao reconhecimento de como a situação cirúrgica se desenvolve, principalmente no que se refere ao processo saúde-doença e à prevenção de infecções.

Optei em embasar o Reconhecendo a Situação no processo saúde-doença, por entender que este permeia o desenvolvimento da Situação Cirúrgica, e que é nele que se processa a prevenção de infecções. Compreendo ainda que, ao focar o processo saúde-doença, estou trabalhando de forma interligada com os demais conceitos do Marco Conceitual. A partir desta compreensão destaco três pontos fundamentais para o reconhecimento da situação, com vistas à prevenção de infecções hospitalares. São eles: os riscos de infecção hospitalar, os recursos disponíveis e a reação do poder vital.

Este reconhecimento não ocorre de forma estanque; porém, para que haja melhor entendimento e para orientar esta etapa, tentei organizar aqui o que abrange cada um destes itens.

Reconhecendo os Riscos de Infecção Hospitalar a que o paciente está exposto na situação cirúrgica. Considerando risco como "a probabilidade de algum evento indesejado" (Fletcher; Fletcher; Wagner, 1989, p.126), e levando em consideração o que alguns estudiosos da Prevenção e Controle de Infecções citam como fatores de risco para pacientes cirúrgicos, elaborei um instrumento para facilitar a etapa Reconhecendo no que se refere a Riscos de Infecção Hospitalar (anexo 3).

Identificando os Recursos Disponíveis para facilitar a recuperação e proporcionar medidas de conforto, de educação à saúde, de apoio, de biossegurança e de potencialização do poder vital.

Percebendo a Reação do Poder Vital à situação cirúrgica, observando como o cliente está se projetando para a vida e reagindo frente a doença. Através de observações subjetivas tais como sua motivação, seus planos para o futuro, seus sentimentos em relação à cirurgia, seu relacionamento com os outros pacientes, família e equipe; e ainda através de dados objetivos, por exemplo: sinais vitais, exames laboratoriais, reação medicamentosa, cicatrização. Visando facilitar este reconhecimento, sistematizo as variáveis que interferem no poder vital no anexo 4.

O Reconhecimento da situação pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário, pois é ele que subsidia a etapa subsequente. Os registros referentes ao Reconhecendo a Situação são feitos no diário de campo e sistematizados no anexo 5.

3. Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias

Tendo iniciado o Conhecimento e o Reconhecimento da Situação Cirúrgica, esta etapa se caracteriza pelo Desenho do Trajeto a ser percorrido. Nesta ocasião, ciência e arte se salientam e se complementam. A arte oferece subsídios para desenhar o trajeto; a ciência oferece

o embasamento teórico-científico. Desta forma programamos a assistência tendo sempre em mente que o ser humano é um ser singular, integral e indivisível.

É também neste momento que os princípios bioéticos se sobressaem, principalmente no que se refere à mobilização do meio ambiente com vistas a proporcionar condições favoráveis à saúde. A programação, ou Desenho do Trajeto, pode ser realizada pelo enfermeiro, pelo enfermeiro/paciente e sua família, pelo enfermeiro e a família do paciente, e/ou pelo paciente sua família, conforme a situação se apresentar. Concomitante ao Desenho do Trajeto, dá-se a Seleção das Estratégias para as ações da Enfermagem, do ser humano e da sua família. Esta seleção acontecerá de acordo com as possibilidades de cada pessoa integrante deste processo. A atuação de cada um é singular e deve ser analisada no momento da programação do trajeto e da escolha de estratégias. Destas, algumas passíveis de utilização são: cuidado direto ao paciente, medidas de prevenção de infecções, educação à saúde, conforto, apoio, reuniões com a família e/ou equipe de saúde e visitas domiciliares.

Os registros desta etapa são realizados no diário de campo e no anexo 5.

4. Seguindo e Agindo

Esta etapa da Trajetória proporciona à enfermagem seguir com o ser humano e sua família na vivência da Situação Cirúrgica. É neste momento que se dá a implementação das estratégias selecionadas. As ações seguem o Desenho do Trajeto e são executadas pelo enfermeiro, pela equipe, pelo paciente e por sua família, de acordo com a habilidade de cada um e com a competência exigida pela estratégia escolhida.

O seguimento desta etapa é registrado no diário de campo e no anexo 5.

5. Acompanhando a Trajetória

Esta etapa é desenvolvida de maneira dinâmica, interligada e contínua através do acompanhamento da trajetória, e didaticamente dividida em 4 fases, que se seguem:

1-Apreciando as etapas: compreende a apreciação de cada etapa. Proporciona subsídios para a seqüência do trajeto e se existe interligação entre as mesmas;

2-Observando o decorrer da Trajetória e comparando-o com as observações prévias: compreende a observação e comparação de informações, com vistas a avaliar a evolução do cliente no que concerne à situação cirúrgica;

3-Estimando a implementação das estratégias: compreende a avaliação da escolha de estratégias e de sua implementação, bem como se as ações de enfermagem são congruentes com o desenho proposto.

4-Retroalimentando a Trajetória: embasados nas avaliações realizadas, compreende a retroalimentação da trajetória com a finalidade de introduzir inovações necessárias.

Esta etapa forma o elo entre as demais, reforçando a articulação entre as mesmas. É fundamental que permeie toda a Trajetória, subsidiando o seu desenvolvimento, retroalimentando-a e estimulando sua preservação, bem como os ajustes que se fizerem necessários. Seus registros são realizados no diário de campo e no anexo 5.

4-VIVENCIANDO A TRAJETÓRIA E DESCOBRINDO UM JARDIM

*Estamos todos funcionando numa fração pequena
de nossa capacidade de viver plenamente
em todo o seu significado
e amar, gostar, criar e aventurar-se.
Consequentemente, a utilização
de nosso potencial pode tornar-se
a aventura mais emocionante de nossa vida.
Herbert Otto, apud Buscaglia, 1972.*

Registrei aqui a vivência da Trajetória da Assistência junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecções. Relatei como ocorreu sua implementação na prática, as dúvidas e dificuldades que surgiram e como as administramos. É neste ponto que o leitor pode conhecer os pacientes e as famílias que percorreram esta Trajetória comigo, e como isto aconteceu.

Desde o início desse processo eu tinha em mente aplicá-lo em um Hospital Escola, o que, no meu entendimento, viabilizaria a minha proposta, devido à infra-estrutura oferecida para o desenvolvimento da Prática Assistencial. Minha atuação desenvolver-se-ia basicamente em duas unidades: Internação Cirúrgica e Centro Cirúrgico, além do constante contato com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Assim sendo, resolvi contactar com a Enfermeira da CCIH deste hospital, primeiramente para apresentar minha proposta de atuação em prevenção de infecções, diretamente com o paciente e sua família. Outro motivo era a troca de idéias sobre os pacientes que melhor se adequariam ao meu estudo. Fui muito bem recebida pela colega, que me apoiou,

mostrando-se curiosa, principalmente no que se referia a Florence Nightingale e em como eu pretendia atuar com o ser humano/família, prevenindo infecções.

Neste primeiro contato, analisamos os dados epidemiológicos constantes no Boletim Informativo - ano 1992 - emitido pela CCIH do hospital. Esse boletim indicava uma "taxa elevada de infecção cirúrgica"(p.3). Além disso, observando a tabela Taxa de Infecção Cirúrgica pelo Potencial de Contaminação vimos que no referente a cirurgias limpas a taxa era de 5,1% que, comparada a outros hospitais nacionais e internacionais, é considerada alta. Analisando esses dados à luz da minha proposta, percebemos que os pacientes indicados para o estudo seriam os submetidos a cirurgias limpas.

Em consequência desta decisão, a unidade do hospital a aplicar a metodologia também estava definida. Seria a Unidade de Internação Cirúrgica (UIC), onde são internados os pacientes submetidos a cirurgias limpas. Saí do hospital contente por haver tomado algumas decisões, e mais ainda por terem sido em conjunto com a colega.

O próximo passo foi apresentar minha proposta para os enfermeiros da UIC, o que aconteceu durante uma reunião do grupo de trabalho. O grupo mostrou-se aberto para trocas e solicitou um retorno quando do término do trabalho, enfatizando que os resultados da grande maioria dos trabalhos ali realizados eram por eles desconhecidos. E eu me comprometi com o grupo em dar este retorno.

Para as enfermeiras do Centro Cirúrgico (CC) eu apresentei o projeto em outro dia, quando também senti receptividade. Propuseram-se a trocar experiências comigo e salientaram a necessidade de cuidados pré-operatórios ao paciente.

Após estas apresentações passei para a fase de reconhecimento das unidades, o que não deixava de ser uma etapa da Metodologia proposta - Conhecendo-nos. Senti muitas dificuldades, estranhei o ambiente como um todo. Devo considerar que esta era uma realidade

diferente da que eu vivenciara até então. Por ser um Hospital Escola sua estrutura diferia daqueles (particulares e públicos) em que eu já atuara até então, ou seja, hospitais que não possuem a função educativa como prioritária. Senti-me livre para o reconhecimento, porém como uma pessoa a mais neste ambiente. Quero lembrar que eu vinha de uma realidade na qual estava ambientada e era uma profissional conhecida e reconhecida pela maioria das pessoas que lá atuavam. No contexto deste hospital, eu era realmente uma **pessoa de fora!** Tentei uma aproximação com os colegas enfermeiros, mas senti dificuldades. Estas dificuldades muitas vezes estavam dentro de mim mesma, outras vezes no meio ambiente. Resolvi, então, dar-me um tempo. Foi um período de luta interior, porém, conscientemente, decidi permitir-me este tempo de adaptação.

Continuei o reconhecimento e a identificação da UIC que consta de 30 leitos destinados a pacientes adultos, de ambos os sexos, nas especialidades de: cirurgia geral, do aparelho digestivo, cirurgia torácica e cirurgia da cabeça e pescoço. A Equipe de Enfermagem era composta por 8 enfermeiros, 18 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 4 auxiliares de saúde e 1 escriturária, atuando em cinco turnos de trabalho. Todos os turnos contavam com, pelo menos, um enfermeiro. A Equipe Médica subdividia-se em especialidades, sendo que cada grupo congregava médicos-professores, residentes e doutorandos. Quanto aos Serviços de Apoio, constatei que a assistência era padronizada pelo Serviço de Nutrição e Dietética, sendo que a nutricionista nem sempre passava visita aos pacientes. A atuação do Serviço Social e Psicologia não foi evidenciada no período em que estive no hospital.

O conhecimento do Centro Cirúrgico também se processou da mesma forma. Funcionavam 3 salas operatórias (SO). A Sala de Recuperação Pós Anestésica(SRPA) fora improvisada numa sala operatória. A Equipe de Enfermagem era composta por 2 enfermeiras,

14 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem, 10 instrumentadores e 3 auxiliares de saúde.

No que se referia à sistematização da assistência, todas as unidades do hospital utilizavam o Processo de Enfermagem- Sistema WEED.

Aos poucos fui me sentindo mais localizada nas unidades. Fui conhecendo mais as pessoas e também me deixando conhecer. Nossa interação foi aumentando gradativamente, algumas pessoas da equipe me procuravam para conversar. Quando eu tentava colocar mais a respeito de mim e da minha proposta, percebia que eles queriam mais falar do que ouvir. Então, eu ouvia! Este foi, com certeza, para mim, um exercício de aprendizagem. Havia um questionamento um tanto velado: em que isto vai dar?

Contudo, eu continuava meu processo de adaptação e ao mesmo tempo me organizava com relação aos registros dos dados. Conforme a proposta, utilizei o Diário de Campo registrando o relato dos fatos ocorridos durante os encontros. Estes registros foram feitos em forma de descrições, de citações e de diálogos. Além desta forma de relato, utilizei a Análise Documental dos prontuários dos pacientes. No transcorrer da minha trajetória encontrei algumas dificuldades para efetivar estes registros e busquei alternativas de sistematização. Cheguei à conclusão que deveria registrar os dados imediatamente após os encontros, ainda no hospital.

Não utilizei o gravador por acreditar que tal recurso, neste trabalho, inibiria o paciente/família e também por que nossos contatos eram bastante prolongados e permeados por cuidados diretos.

Para a escolha dos sujeitos do estudo, as enfermeiras da unidade me avisavam quando surgia um componente potencial. Além disto, outra estratégia que adotei foi a observação dos pedidos de cirurgias. Fazia então a Análise Documental dos prontuários dos pacientes que seriam submetidos a cirurgias limpas. Os critérios de seleção que estabeleci foram dois:

pacientes em pré-operatório de cirurgias limpas e residentes na Grande Florianópolis (o que me permitiria realizar a visita domiciliar).

Entrei em contato com cada paciente selecionado, esclarecendo sobre minha proposta, e solicitando sua participação, dando-lhes a opção de participar ou não. Àqueles que aceitaram percorrer a Trajetória da Assistência comigo, solicitei que me informassem a flor de sua preferência. Pelo nome desta flor passei a me referir a eles, no registro escrito do relatório, mantendo, o gênero do paciente, independentemente da flor escolhida. Acredito que tendo agido desta forma, observei o princípio bioético de preservar sigilo sobre a possível identificação dos pacientes.

Foi usando estas estratégias e seguindo estes critérios que eu cheguei aos pacientes que compõem o Jardim deste Estudo.⁴

Seguindo minha proposta cheguei a Orquídea, com 73 anos de idade, diagnóstico de hérnia inguino escrotal D e que seria submetido a herniorrafia dentro de alguns dias. Ao chegar no quarto e me apresentar, conversamos por aproximadamente uma hora. Nossa identificação foi imediata, ao ponto de eu ser convidada a visitá-lo em sua residência durante a licença hospitalar. Nosso contato estendeu-se por 10 encontros, sendo 7 no hospital e 3 no domicílio. Durante esta Trajetória senti dificuldades em trabalhar as orientações pré-operatórias com Orquídea. Seu interesse estava centrado nas questões imediatas. As orientações foram sendo realizadas aos poucos, conforme os fatos iam se desenrolando. Eu procurava estar alerta o tempo todo para Desenhar o Trajeto e Escolher as Estratégias em conjunto com ele, pois era esta a minha proposta. Algo que me chamou a atenção foi a perplexidade de Orquídea no CC, ao perceber que o ambiente era diferente do que imaginara. Observava e perguntava sobre tudo que

⁴Inspirado no texto de Arruda, onde a autora faz a metáfora Enfermagem-Jardinagem, Florence Nightingale, Enfermeira-Jardineira de um jardim de seres humanos.

o circundava. Orquídea mostrava-se muito feliz por estar tendo a oportunidade de se submeter à cirurgia, e também confiante na equipe de saúde. Dizia: “eu me entrego, façam o que for preciso no meu corpo”.

As orientações pós-alta foram por ele bem recebidas e seguidas até o momento da terceira visita domiciliar, no décimo dia pós alta. No transcorrer desta Trajetória evidenciou-se a espiritualidade de Orquídea, pois sua fé transparecia em sua fala diária. Orquídea apresentou-se como um ser saudável submetido a uma cirurgia.

Ao caminhar pela primeira Trajetória eu me senti perplexa por estar assistindo um ser humano submetido a uma cirurgia considerada simples, pequena. Eu havia construído um Marco Conceitual, elaborado uma Proposta Metodológica de Assistência e estava aplicando-a num caso tão corriqueiro? Minha expectativa era atuar em um caso complexo, difícil! Como trabalhar isto comigo mesma? Meditei muito a respeito.

Conforme os contornos da Trajetória iam se esboçando, as nuances dessa assistência foram surgindo. E eu fui constatando que fosse qual fosse o tamanho da cirurgia ela era a maior cirurgia que aquele ser humano experienciava naquele momento! Era a sua cirurgia, era a única para ele, assim como ele era único no universo!

Com esta nova maneira de encarar a situação cirúrgica, dirigi-me ao hospital para iniciar a segunda Trajetória. Deparei-me, nesta ocasião, com uma situação em que teria que optar entre assistir um paciente que se submeteria a uma tireoidectomia ou uma herniorrafia. Optei por Dália com 68 anos, e que seria submetido a herniorrafia. Residia em Laguna (SC) mas ficaria durante o período pós-operatório imediato na residência da filha, na Grande Florianópolis. Encontrei-o alegre e falante. Contou-me sua história pregressa de saúde e se qualificou de “bugre”, por ser forte. Já havia passado por uma experiência cirúrgica e estava otimista nesta situação. Queria sarar para voltar ao trabalho. Percebi que Dália também não

queria saber sobre as orientações pré-operatórias, chegou a dizer em determinado momento: “Na hora eu vejo” .

Contou-me da família, com quem é muito apegado, emocionou-se e chorou ao falar-me da morte do genro. Nesta segunda Trajetória tivemos 5 encontros no hospital e um contato telefônico. Dália estava se sentindo bem e resolveu voltar para casa logo após a alta, o que inviabilizou a visita domiciliar. Ele achava que este era o caminho, mostrava-se feliz por ter operado e estar se recuperando bem. Queria voltar ao trabalho o mais rápido possível.

Quando a segunda Trajetória se encerrou, eu estava prestes a apresentar o Relatório da Prática Assistencial e me dediquei a prepará-lo com base nos dados coletados até então. A apresentação ocorreu normalmente e, após a mesma, sucederam várias intercorrências na minha vida pessoal, que me impediram de voltar ao hospital naquela época.

Uma destas intercorrências levou-me a profundas reflexões sobre a minha proposta de assistência. Meu filho, que mora em Cascavel (PR), fraturou o pé e foi submetido a uma cirurgia limpa. Exatamente um paciente submetido ao tipo de cirurgia a que eu me propunha cuidar. E era a maior cirurgia para ele naquele momento. E eu, não pude estar com ele para cuidá-lo! Parece uma ironia do destino. Quando cheguei em Cascavel ele já havia recebido alta hospitalar. Questionei-me sobre o porquê disto, por que eu me propunha a cuidar de outros e do meu filho fora impedida pelas circunstâncias?

Contudo, aos poucos, fui elaborando esta situação, e ela reforçou minha proposta de estar com o paciente nos períodos pré, trans e pós cirúrgicos.

Mesmo assim eu me sentia desmotivada para recomeçar a coleta de dados. Busquei forças para concluí-la, pois os dados dos quais eu dispunha eram insuficientes. O primeiro passo deste retorno ao campo seria a apresentação do relatório para os enfermeiros das unidades. Entrei em contato com as chefias e agendamos esta apresentação. Enquanto eu

relatava os meus achados, senti o interesse das colegas em saber o que eu havia trabalhado durante este período. Uma delas assim se expressou: “Eu não pensei que tu fosses tirar tanta coisa de uma hérnia”, e outra salientou que neste trabalho se evidenciaram coisas que outros profissionais também precisavam saber, tais como as percepções dos pacientes. Depois desta reunião minha interação com as enfermeiras das unidades foi se solidificando e conseqüentemente, com toda a equipe. O interesse pelo meu trabalho cresceu, elas perguntavam a respeito, mostrando-se dispostas a colaborar com mais intensidade. Elas haviam recebido um retorno!

Ao reiniciar a coleta de dados, observando os pedidos de cirurgias e os prontuários, cheguei até Camélia. Ela tinha 32 anos, seria submetida a herniorrafia no dia seguinte e possuía história de anemia. Dirigi-me ao seu quarto, apresentei-me e imediatamente ela começou a perguntar-me sobre a cirurgia, o médico, os riscos, a recuperação, etc. Mostrava-se insegura, temerosa, desinformada e, ao mesmo tempo, muito preocupada com os filhos que deixara em casa. Conversamos sobre suas preocupações e inseguranças, suas dúvidas a respeito da situação cirúrgica e combinamos que eu a acompanharia. Na manhã seguinte, estávamos nos preparando para irmos ao CC, Camélia já estava na maca quando chegou o residente da equipe médica que iria operá-la. Ele veio informar que sua cirurgia estava suspensa. “Vou encaminhá-la para outro médico para tratar sua anemia”, falou ele. Camélia foi retirada da maca, vestiu suas próprias roupas, penteou-se, passou batom e aceitou café. Mostrou-se mais tranqüila, corada e conversava com as vizinhas de quarto. Pediu-me maiores detalhes sobre o tratamento da anemia, conversamos também sobre alimentação adequada e a importância da força de vontade para sarar. A equipe médica decidiu encaminhá-la para tratamento ambulatorial. Camélia apresentou-se como um ser humano frágil, entregue ao sistema de saúde.

Esta terceira Trajetória, reduzida a dois contatos, levou-me ao encontro de Cravo, pois estavam no mesmo quarto e, devido a tração na sua perna direita, Camélia a auxiliava na higiene. Cravo, com 39 anos, havia sido atropelada e apresentava fratura nos ossos da perna com alinhamento irregular. Estava hospitalizada há dez dias e ainda não tinha data marcada para a cirurgia. Mostrou-se uma pessoa emotiva, resignada com a sorte e preocupada com as companheiras de hospitalização, principalmente as do quarto. Pelo fato de estar restrita ao leito, recebia visitas dos pacientes dos outros quartos, de ambos os sexos e de todas as idades. De seu leito ela enxergava o corredor de acesso ao CC, e cada vez que um companheiro ia para lá, ela e os demais o acompanhavam com o olhar e pediam a Deus que tudo corresse bem. A cada dia que passava, Cravo e eu nos identificávamos mais. Ela apresentou-me para sua família e pudemos juntas desenhar e seguir a Trajetória. Eu já não encontrava dificuldades para agir em conjunto com o paciente/família.

Também percebia que minha interação com a equipe estava se fortalecendo, agora eu já atuava em conjunto com professores e alunos da Graduação em Enfermagem. Cravo demonstrava ter muita fé em Deus, sempre falava sobre isto e algumas vezes oramos juntas. Além disto, nesta trajetória evidenciou-se o cooperativismo entre os pacientes, o que a ajudava a reagir à restrição ao leito.

Por outro lado, seu filho não aceitava ver a mãe neste estado. Era ela que mantinha a família até o acidente. Esta situação deixava-a amargurada e preocupada, porém ela sempre aceitava conversar sobre o que a perturbava e tinha muita vontade de reagir e encontrar saídas. Seu poder vital, ora enfraquecido, mostrava-se propício para a potencialização.

Esta 4ª trajetória encerrou-se no 10º encontro, sendo 8 no hospital e 2 no domicílio, além de vários contatos telefônicos com Cravo e/ou sua família. Cravo mostrou-se como uma

lutadora na situação que se encontrava, apresentou altos e baixos, sempre buscando sobreviver às adversidades.

Enquanto eu transitava pela 4ª Trajetória, paralelamente, refletia sobre a forma de registros que estava adotando. Se estava fazendo de forma adequada, se poderia aperfeiçoar para facilitar a análise e o relato. Decidi então viabilizar o uso do anexo 5, e voltei a conversar com a enfermeira da CCIH a respeito dos Riscos de Infecção Hospitalar. Embasada nesta conversa e em bibliografias por ela indicadas, elaborei um instrumento sobre Riscos de Infecção Hospitalar (anexo 3). Simultaneamente senti necessidade de sistematizar as variáveis que interferem no Poder Vital do ser humano e criei um instrumento específico a respeito (anexo 4).

Após estas reflexões e a elaboração destes anexos, senti-me mais instrumentalizada para iniciar a 5ª Trajetória e, através da indicação da enfermeira da Unidade, cheguei à Violeta. Ele seria submetido a uma herniorrafia, possuía 36 anos e apresentava seqüelas de poliomielite. Desde o primeiro contato, Violeta mostrou-se ansioso, com muito medo da cirurgia, anestesia e morte. Sua falta de confiança na equipe médica era evidente. Apresentava intensa necessidade de orientações, questionava sobre tudo. Sabia que precisava submeter-se à cirurgia, transparecia a obrigatoriedade de se operar. Ele encarava a cirurgia como um processo da hérnia. Quando expus sobre meu trabalho, ele aceitou participar, dizendo que gostaria de colaborar comigo. Referiu gostar que eu o acompanhasse, principalmente ao CC.

A trajetória com Violeta constou de 6 encontros: 5 no hospital e 1 no domicílio, além de 2 contatos telefônicos. Violeta se recuperou após ter regressado ao hospital com dores e com medo de que os pontos estivessem abertos. Mostrou-se como um ser humano sem opção de escolha, conforme refere Hense: “tendo que operar-se” e sofrendo muito por ter que se submeter à situação cirúrgica.

Ao final desta Trajetória eu ainda não me sentia satisfeita com a implementação da metodologia, no meu entendimento precisava avançar mais. Refleti muito sobre as Trajetórias anteriores, os pontos positivos e os negativos, e decidi voltar ao hospital. Foi aí que encontrei Margarida, que tinha 66 anos e seria submetido à herniorrafia inguino escrotal D. Dirigi-me ao seu quarto, apresentei-me e conversamos sobre diversos assuntos, porém ele se empenhou em contar-me sobre sua história de saúde. Era uma pessoa ativa e havia se desentendido com a equipe médica nos dias anteriores, pois a cirurgia estava demorando para ser marcada. Ele expressava uma intensa necessidade de falar, de contar e de ser ouvido. Falou também sobre sua família e seu trabalho.

Meu primeiro contato com sua família foi momentos antes da cirurgia, quando suas filhas vieram vê-lo e não puderam entrar na unidade de internação, pois estavam fora do horário de visitas. Eu então me ofereci para ir falar com elas e ele aceitou. Foi um contato rápido, o tempo necessário para procurar tranquilizá-las e voltar para acompanhar Margarida ao CC.

Esta Trajetória consistiu em 6 encontros no hospital, 1 no domicílio e 1 telefonema. Apesar de ser uma pessoa agitada, Margarida apresentava um senso de humor acentuado e usava-o como forma de enfrentar a situação cirúrgica. Nesta Trajetória evidenciou-se a necessidade de atenção ao ser humano e a tranquilidade de estar sendo acompanhado, mais de perto, por um profissional enfermeiro.

O Jardim deste Estudo foi composto por seis Flores e suas famílias, sendo que entre eles quatro se submeteram a herniorrafia, uma a redução cirúrgica de fraturas de tíbia e fibula e uma teve sua cirurgia suspensa.

5- TRAJETANDO⁵ PELO JARDIM COM MARGARIDA

*...a Arte genuína não se deteria na simples consideração
de formas, cores, dimensões, luzes, sombras,
sons, silêncios, ritmos e harmonias
no palco da Natureza,
mas o que sobra, depois de feita
a abstração de tudo isto. Propõe-se
a expressar o imanifesto, o transcendente...
Andrade, in: Ferraz; Blower; Baimis, 1990.*

Neste momento venho apresentar a Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e Sua Família na Prevenção de Infecções. Para um melhor entendimento de como a Prática Assistencial se desenvolveu, optei em relatar uma das seis trajetórias.

Refletindo sobre cada Flor, ponderei alguns fatores, tais como: o envolvimento da família na situação cirúrgica, os riscos de infecção hospitalar, as intercorrências durante o desenrolar da situação. Desta forma percebi que se eu relatasse a Trajetória com Margarida, estaria compartilhando o caminhar da situação cirúrgica.

Sendo assim, faço aqui o convite para entrarmos no "Jardim deste Estudo" e, juntos, acompanharmos o desabrochar de Margarida.

⁵ Trata-se de um neologismo que surgiu natural e quase imperceptivelmente (não fossem os olhos atentos de alguns colegas) no transcórre deste trabalho. Derivado do substantivo trajetória (passagem em latim) este verbo assume o significado de estar caminhando com e conduzir-se por.

Primeiro encontro - 13/12/93 - 11h - hospital

Conhecendo-nos/Seguindo e Agindo

Ao implementar a metodologia proposta percebi que a etapa Seguindo e Agindo se sobrepunha à etapa Conhecendo-nos, por este motivo apresento-as em conjunto.

Margarida tinha 66 anos, era casado, chefe de família, carpinteiro, com escolaridade primária e residia em Santo Amaro da Imperatriz. Foi internado com diagnóstico de hérnia inguino escrotal D e herniorrafia marcada para o dia seguinte. Possuía história de herniorrafia pregressa.

Após verificar seu prontuário, dirigi-me ao quarto para conhecê-lo. O quarto estava ensolarado, limpo, com as janelas abertas e apresentava odor agradável. Havia dois leitos e dois pacientes que se encontravam almoçando. Cumprimentei-os, desejei-lhes bom apetite e disse-lhes que voltaria mais tarde.

Alguns minutos depois voltei ao quarto; ele estava sozinho e começamos a conversar. Apresentou-se brincalhão e descontraído. Contou-me sobre sua primeira cirurgia, que ele não havia se cuidado no período pós-operatório e que a hérnia havia "voltado". Isto há 22 anos. Referiu: "Agora ela saiu de vez, está incomodando e preciso operar". Contou-me também que tem úlcera no estômago e que toda vez que ele se propunha a operar a hérnia, o médico queria operar a úlcera junto; porém, a úlcera melhorava e ele não operava nenhuma. Contou-me, ainda: "A semana passada quase fui embora porque estava demorando para ser operado. Fiquei bravo. Um outro paciente chegou depois de mim, e foi operado antes".

Pensei em investigar o porquê disto, mas não lhe disse nada a respeito, pois senti que para ele o caso já estava resolvido a partir da marcação de sua cirurgia para o dia seguinte.

Margarida contou-me que morava em Santo Amaro da Imperatriz, em sua propriedade, que era carpinteiro/pedreiro e residia com a esposa e uma filha, possuía cinco filhos (2 mulheres e 3 homens) e vários netos. Disse-me ainda que naquela época não ingeria bebida alcoólica, não fumava e nem usava medicação alguma. Relatou-me algumas histórias de sua família: uma de suas filhas é separada do marido e muito ansiosa, a outra é noiva e um de seus filhos é alcoolista.

Neste tempo em que conversamos, percebi uma intensa necessidade dele em falar, contar e, principalmente em ser ouvido. Respeitei estas suas necessidades e esperei o momento adequado para me apresentar, explicando-lhe que estava fazendo um trabalho com pacientes cirúrgicos. Combinamos que voltaria à tarde e despedimo-nos.

Reconhecendo a Situação

Neste primeiro encontro surgiram o período pré-operatório prolongado, a sua idade e o hospital-escola, como riscos de infecção hospitalar. Verifiquei que o ambiente externo onde Margarida interagia era limpo, aerado e agradável.

A demora na marcação da cirurgia foi uma variável que enfraqueceu seu poder vital, porém neste momento ele já havia superado este fato, e a cirurgia marcada o fortalecia.

Sua família apareceu como fonte de energia nesta situação. Ele sentia necessidade de falar e ser ouvido, e eu me propunha a ouvi-lo.

Desenhando o Trajeto e Escolhendo as Estratégias

Combinamos que eu voltaria à tarde e este foi o nosso primeiro passo juntos. Pelo fato de Margarida ter sido exposto a riscos de I. H. deveríamos estar mais alertas aos cuidados de prevenção de infecções. Precisávamos conversar sobre os cuidados pré-operatórios e sua importância.

Sentia necessidade de saber mais a seu respeito e de sua família, bem como sua história de saúde doença, e isto antes da cirurgia.

A visita pré-anestésica era realizada na tarde que antecedia a cirurgia e eu estava programada para acompanhá-la. Precisava explicar mais detalhadamente meu trabalho para Margarida, pois acreditava ser fundamental que ele estivesse consciente sobre o mesmo e decidisse se queria ou não participar.

Acompanhando a Trajetória

Nosso primeiro contato foi rápido, porém causou-me uma boa impressão. Margarida apresentou-se animado com a perspectiva da cirurgia.

Ao avaliar cada etapa da Trajetória, percebi que, conforme o proposto, elas aconteciam simultaneamente; todavia, o que mais chamava minha atenção era constatar que enquanto estamos Seguindo e Agindo, estamos também Conhecendo-nos. Portanto, passarei a relatá-las em conjunto.

Segundo encontro - 13/12/93 - 16h30 - hospital

Conhecendo-nos/Seguindo e Agindo

Conforme eu havia combinado com Margarida, fui ao hospital à tarde. Encontrei-o no corredor em frente ao quarto, em companhia de outro paciente. Demonstrou gostar de me ver e me apresentou ao companheiro de hospitalização. Ficamos conversando por algum tempo ali mesmo e foi a oportunidade para eu me deixar conhecer. Conteí-lhe que era de Cascavel, PR, e que estava ali estudando. Quando eu falei isto o outro paciente ficou surpreso e contou-nos que

morou lá por alguns anos e falou muito sobre Cascavel e a Região. Senti que Margarida queria retomar a conversa mas o outro paciente não deixava; Margarida parecia enciumado. Tentei mudar o assunto, mas foi impossível; então achei estratégico pedir licença aos dois e ir para o Posto de Enfermagem, dizendo que voltaria em seguida para falar com Margarida.

Aproveitei este tempo para analisar o prontuário e também para ver se a cirurgia fora confirmada. Sim, fora confirmada e o anesthesiologista já estava na unidade realizando as consultas pré-anestésicas. Observei que os sinais vitais (SV) de Margarida estavam estáveis e que não havia intercorrências registradas.

Dirigi-me então ao quarto e encontrei-o sentado na cama. Conversamos e ele contou-me várias histórias de sua vida dando-me a impressão de ser muito trabalhador, caprichoso e asseado. Era descendente de alemães e falava, além do alemão padrão, um dialeto. Quanto ao português, falava-o corretamente. Contou-me que sua esposa era muito doente, que sofrera uma cirurgia e estava se recuperando; portanto não poderia vir visitá-lo.

Eu o ouvi atentamente e o incentivei a me contar o que tivesse vontade. Depois disto eu lhe informei que o anesthesiologista viria examiná-lo para o preparo cirúrgico-anestésico. Ele concordou e, em seguida, o mesmo entrou no quarto. Eu me apresentei e acompanhei a consulta. Neste momento fui acender a lâmpada de cabeceira e não consegui, então Margarida mostrou-me como se fazia e pareceu-me satisfeito em poder me ensinar algo.

O médico examinou-o e fez várias perguntas, às quais Margarida respondeu, e quis saber: "A anestesia nas costas não prejudica? Eu tenho problemas de coluna." E o médico foi incisivo ao responder: "Não prejudica, senão não fariam." Deu a "consulta" por encerrada, saindo do quarto.

Após sua saída, Margarida retomou a conversa anterior como se nada nos tivesse interrompido. Eu esperei mais um pouco e perguntei-lhe: "O que o senhor acha sobre a

anestesia?" e ele respondeu-me: "Tudo bem, não tem problemas, a anterior também já foi na coluna", e deu o assunto por encerrado. Aproveitei o momento para conversarmos sobre os cuidados pré-operatórios: banho, tricotomia, jejum, medicação, etc..., dando ênfase na sua importância para prevenir infecções. Ele pareceu-me consciente e disse: "Também farei a barba." e, passando a mão pelo rosto, complementou: "Fica melhor !" e riu. Eu concordei, sorrindo. Ele se apresentava bem humorado, sempre brincando. Continuando as explicações e aproveitando o clima, contei-lhe sobre o CC, os aparelhos que havia lá dentro, que nós da equipe de saúde usamos roupas diferentes - gorros e máscaras, mas que não éramos Zorro! Rimos mais um pouco.

Eu achei ser a hora propícia para voltar a falar do meu trabalho, o porquê de eu estar ali. Então disse-lhe que estava fazendo Curso de Mestrado, que era enfermeira, professora de uma Universidade no Paraná e que meu trabalho era junto a pessoas que fazem cirurgias. Ele concordou com o que expus, e eu continuei: "Me proponho a cuidar de pacientes antes, durante e depois da cirurgia, e gostaria de cuidar do senhor. O que acha?" Ele pensou um pouco e respondeu: "Por que eu?" Eu lhe expliquei que o tipo de cirurgia que ele iria fazer era o que eu estava estudando e que eu o havia selecionado entre outros, e também que havia gostado muito de estar com ele. Aí ele pareceu-me satisfeito com as explicações e concordou em participar do estudo.

Neste momento as funcionárias do SND trouxeram o jantar e ele brincou com elas. Quando elas saíram, ele me disse que sua esposa era muito séria, não gostava de suas brincadeiras, e dizia que um dia ele ainda ia se dar mal com isto!

Até este momento eu não conhecia sua família, perguntei por ela e ele disse-me muito convicto: "Amanhã pela manhã, no horário da cirurgia, meus filhos estarão aqui, quero que você

os conheça." Então combinamos que eu viria cedo também, para conhecê-los, prepará-lo e irmos juntos para o CC.

Seu jantar já estava servido. Desejei-lhe bom apetite, recomendando que depois das 24h não ingerisse mais nada, nem água! Desejei-lhe também que tivesse uma boa noite de sono, e nos despedimos.

Reconhecendo a Situação

Os riscos de infecção hospitalar continuavam os mesmos. Quanto aos recursos disponíveis, confirmava minha percepção da família como fonte de energia. Sentia-me aceita como enfermeira, passando a ser um recurso também. Ele queria me apresentar para seus familiares. Eu estava tendo oportunidade para me deixar conhecer.

Margarida me passava a impressão de ser trabalhador e caprichoso, isto reforçava sua auto-imagem, o que, aliado ao seu senso de humor, fortalecia seu poder vital. Além disso, o fato de ele se mostrar ambientado no hospital, sentir-se amado pela família e cuidado pela equipe de saúde também fortalecia seu poder vital.

Seus questionamentos sobre a anestesia e sua experiência anterior levaram-me a ficar alerta a respeito disto.

Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias

Combinamos que eu o acompanharia na situação cirúrgica, e que chegaria ao Hospital antes da cirurgia (estava marcada para as 10 horas).

Seria importante checar se os cuidados pré-operatórios noturnos haviam sido realizados e concluir os matutinos (controle de SV, medicação pré-anestésica, esvaziamento da bexiga, etc.).

A verificação do prontuário, bem como as anotações e encaminhamentos necessários da mesma forma eram importantes.

Neste momento seria fundamental estar alerta ao estado emocional de Margarida, interagindo com ele e atuando conforme fosse necessário.

Margarida queria promover um encontro com sua família e nos programávamos para este contato. Seria essencial este encontro para nós.

A entrada no CC gera ansiedade. Recebê-lo e auxiliá-lo a interagir com este ambiente diferente seria uma maneira de ajudá-lo a permanecer tranquilo.

Pelas perguntas que Margarida fez ao anestesiolologista, percebi que para ele a anestesia era um estressor. Eu deveria estar alerta para isto durante seu desenvolvimento, ficando ao seu lado, apoiando-o e esclarecendo o que fosse necessário. Durante o processo cirúrgico prestaria os cuidados transoperatórios.

Ao término da cirurgia deveríamos ir para a SRPA, onde se iniciaria uma nova etapa da situação cirúrgica. Seria essencial que mantivéssemos diálogo, compartilhando os acontecimentos, contribuindo assim para a tranquilidade de Margarida.

Os controles pós-cirúrgico-anestésicos deveriam ser rigorosos neste momento, assim como a observação atenta.

Acompanhando a Trajetória

As etapas Conhecendo-nos e Seguindo e Agindo proporcionavam subsídios para o reconhecimento da situação. Este reconhecimento, por sua vez, subsidiava o Desenho do Trajeto e a Escolha de Estratégias.

A continuidade da etapa Conhecendo-nos mostrava-se presente nesse encontro. Ao observar o decorrer da Trajetória eu via um ser humano pleno na sua interação com o meio

ambiente, sentindo-se importante para sua família. Demonstrava confiança na equipe e tranqüilidade após a cirurgia ter sido marcada. Seu poder vital era reforçado por esta tranqüilidade, bem como pelo amor de seus familiares e sua interação com o meio ambiente.

Nesta situação cirúrgica eu me colocava alerta para propiciar condições favoráveis à saúde de Margarida, à potencialização de seu poder vital e à prevenção de infecções. Como atuação básica nesse momento mostrei-me disponível para ouvi-lo, por perceber ser esta a sua grande necessidade.

Eu estava alerta também à questão bioética, e surgiu o momento propício para esclarecer sobre meu trabalho e verificar se ele aceitava participar do mesmo.

Ao caminhar com Margarida neste encontro percebia que o Desenho proposto estava se esboçando e as estratégias escolhidas foram desenvolvidas, subsidiando nossos passos.

Terceiro encontro - 14/12/93 - 8h - hospital

Conhecendo-nos/Seguindo e Agindo

Cheguei à UIC e dirigi-me ao quarto de Margarida. Encontrei-o deitado em seu leito, com aspecto sereno; ele sorriu para mim. O quarto estava ensolarado e aerado. Ele se encontrava preparado para a cirurgia. Os cuidados pré-operatórios de competência da equipe de enfermagem noturna estavam feitos.

Margarida relatou-me que dormira bem à noite e que estava esperando o "táxi" para ir ao CC. Eu lhe expliquei que antes precisaria de mais alguns cuidados: verificar SV, tomar medicação e esvaziar a bexiga. Ele concordou e eu fui buscar o material/medicação para os procedimentos. Voltei, verifiquei seus SV e administrei a medicação pré-anestésica. Eram 9h e

a cirurgia estava marcada para as 10h. Ele continuava falante, contou-me sobre a cirurgia anterior, que fez raquianestesia e vomitou por haver fumado. "Agora não vou fumar", dizia. Lembrava-se do CC, dos campos e lâmpadas, e que dormira durante a cirurgia.

Estava convicto de que alguém da família viria vê-lo naquela manhã.

Conversamos sobre o período pós-operatório e ele dizia não pretender voltar a trabalhar com carpintaria; que já trabalhara bastante nesta profissão. Há algum tempo que cuidava de vacas, pasto e quintal. Pretendia voltar a fazer isto, porém só quando tivesse alta médica.

Às 9h30 eu verifiquei novamente seus SV, que permaneceram estáveis após o pré-anestésico. Dirigi-me ao posto de enfermagem para anotá-los no prontuário e checar se o mesmo estava completo, fazendo os registros necessários. Neste momento ouvi a escriturária ao telefone e percebi que ela falava com um familiar de Margarida. Antes que eu pudesse me manifestar ela desligou o telefone, reclamando por ter que prestar informações. Perguntei-lhe com quem ela falara, e obtive a informação de que havia alguém da família de Margarida na portaria, e que não tinha autorização para subir. Eu fiquei descontente com esta conduta. No meu entendimento a visita da família naquele momento beneficiaria Margarida, fortalecendo-o para enfrentar a cirurgia. Contudo eu não tinha autonomia e nem tempo para tentar reverter a situação, deveria agir com Margarida. Fui até o quarto e perguntei-lhe quem poderia estar lá embaixo. Ele me disse que ou seria o filho, ou as filhas. Ofereci-me para descer e falar com a família, explicando-lhe que não eram permitidas visitas naquele horário. Ele concordou, contente com a presença dos familiares.

Considerando que faltava pouco tempo para ele ser chamado ao CC, e que ele estava com os SV estáveis e em condições de ir ao banheiro sozinho, solicitei-lhe que assim fizesse e descii. Para maior segurança pedi à auxiliar de enfermagem que o observasse, pois ele já recebera o pré-anestésico.

Ao chegar na portaria, perguntei à funcionária pelo familiar de um paciente da UIC que telefonara dali. Ela indicou-me duas mulheres na lanchonete em anexo. Fui até lá e perguntei-lhes se eram parentes de Margarida e elas se apresentaram como suas filhas. Expliquei-lhes que estava cuidando de seu pai. Elas me olharam surpresas e uma delas, (D.), perguntou-me: "Qual médico que vai operá-lo?" Mostrava-se muito agitada e até agressiva. Continuou dizendo: "Se for o mesmo que operou a mãe, não pode operar o pai! Ele deixou a mãe sem fala!"

Tentei tranquilizá-la, porém ela falava compulsivamente. A outra, (A.), olhava para mim e para a irmã de forma calma como que habituada com a sua atitude. D. continuou falando: "O pai tem problema de coluna, a anestesia raqui é perigosa..." Neste momento A. quis saber como Margarida estava e até que horas iria a cirurgia. Eu então lhes relatei sobre o estado geral de seu pai, sobre a certeza que ele tinha de que alguém da família viria e como isto o deixava tranqüilo. Disse-lhes que a cirurgia demoraria, aproximadamente, duas horas e que estava prevista para as 10h. D. pediu-me que o "convencesse" a ficar na casa delas depois da cirurgia. Eu lhe respondi que poderíamos conversar sobre isto depois e que naquele momento eu precisava subir para acompanhar o seu pai ao CC. Elas concordaram, mas A. perguntou se eu entendo de traqueostomia, e se eu poderia ver a possibilidade de sua mãe usar cânula plástica. Eu lhe respondi que poderíamos conversar depois também sobre isto. Elas me perguntaram se deveriam ficar esperando ou ir embora agora. Eu retornei a pergunta e elas ponderaram sobre a distância, e resolveram esperar para não ter que voltar à tarde. Então eu subi, comprometendo-me a dar-lhes notícias após a cirurgia.

Chegando ao quarto de Margarida, contei-lhe que eram suas filhas, que eu havia lhes dado notícias e que elas resolveram ficar no hospital durante a cirurgia. Ele pareceu-me sereno e disse-me que D. é nervosa e A. é calma. Isto reforçou minha percepção. Ele me contou que D. é separada e tem uma filha de onze anos. Eu aproveitei este momento para contar-lhe que

também sou separada. Ele perguntou-me se tenho filhos e eu respondi que sim, que tenho três filhos. Foi a primeira demonstração de curiosidade de Margarida a meu respeito.

Neste momento fomos interrompidos pelo maqueiro que vinha buscá-lo. Eu, então, expliquei-lhe que iria um pouco antes dele, pois teria que trocar as roupas para entrar no CC, mas que já o encontraria novamente. Ele concordou, dizendo: "O "taxista" me leva ao lugar certo" e começou a conversar com o rapaz.

Dirigi-me para o vestuário, troquei-me, entrei no CC e fui para a porta de entrada dos pacientes. Encontrei-me com a enfermeira Z e recebemos Margarida juntas, levando-o para a SRPA onde aguardaríamos a hora de ir para a SO. Era uma sala ampla, aquecida e iluminada artificialmente, possuindo os equipamentos necessários. A equipe de enfermagem que ali atuava era composta por dois auxiliares de enfermagem que nos receberam muito bem e logo conversaram com Margarida, deixando-o à vontade. Ele olhava tudo ao redor minuciosamente e permanecia calado. Brinquei que ele estava prestando atenção para contar depois. Ele sorriu, estava apreensivo, encolhido e quieto. Neste momento o auxiliar de enfermagem punctionou sua veia, conversando com ele e tentando ambientá-lo. A anestesilogista veio vê-lo e, em seguida, fomos para a SO.

Ao chegar à SO ele já estava mais à vontade, brincava com o auxiliar de enfermagem e falava sobre "táxi" e "carteira de motorista". Eu me conscientizava de que ele brincava para reduzir sua ansiedade.

Margarida colaborou ao passar para a mesa cirúrgica e continuava sua observação. Ele me seguia com o olhar! Neste momento eu auxiliava o preparo para a anestesia e a cirurgia em si. Perguntei-lhe: "Esta sala é igual a da outra cirurgia?" Ele respondeu: "Parecida, mas tem algumas diferenças". Ele mostrava estar se sentindo à vontade com a equipe, logo se entrosando com todos. Apesar de no dia anterior ter me falado que estava tranquilo quanto à anestesia, neste

momento percebi que esta era sua preocupação! Lembrei-me de sua pergunta ao anestesiológista na consulta pré-anestésica: "Anestesia nas costas não prejudica?" Associei-a ao fato de muitas pessoas referirem que após a raquianestesia começaram a apresentar problemas na coluna. Uma das causas desta complicação eram as agulhas muito calibrosas usadas na punção. Expliquei-lhe, então, que atualmente essas agulhas são mais delicadas, o que diminui o traumatismo e a dor na hora da punção, e evita complicações pós-anestésicas. Expliquei-lhe também que quanto mais relaxado ele conseguisse ficar, mais fácil seria a aplicação da anestesia. Ele ouviu-me atentamente e pareceu concordar comigo.

Neste momento a anestesiológista solicitou que o posicionasse e começou a preparar a punção. Um dos auxiliares de enfermagem abriu o material enquanto eu e a outra auxiliar de enfermagem ajudamos Margarida a posicionar-se. Contudo, a anestesiológista desistiu de fazer a anestesia pois já eram 11h30 e ela deixaria o CC em seguida. Achou mais sensato que o colega que a substituiria iniciasse o processo, ainda mais porque o mesmo já se encontrava no CC. A equipe de enfermagem reclamou e não gostou desta atitude, pois já havia sido aberto o material.

Margarida me olhou assustado. Eu lhe expliquei o ocorrido, auxiliando-o a sair da posição. Disse-lhe que pensava ser melhor assim, que o médico que iniciasse a anestesia o acompanharia durante todo o processo. Ele pareceu entender, concordou e permaneceu calmo. Logo a seguir chegou o outro anestesiológista, bem humorado e brincalhão. Nós já nos conhecíamos e eu o apresentei a Margarida, dizendo-lhe que este faria sua anestesia. Voltamos a ajudar Margarida a se posicionar e a anestesia foi realizada sem intercorrências.

Após a punção anestésica, colocamos Margarida em posição cirúrgica e instalamos os aparelhos necessários. Eu lhe explicava para que cada aparelho servia e ele disse: "Eu estava pensando - eu estou pronto para morrer! Com todos estes aparelhos - ainda bem que você me contou para que servem!"

Os componentes da equipe cirúrgica realizavam a degermação, dirigi-me até eles e os cumprimentei, explicando-lhes que estava cuidando de Margarida. Nós já nos conhecíamos, assim como eles conheciam o meu trabalho. Dirigimo-nos para o SO e a cirurgia teve início. Eram 11h50, o bloqueio anestésico estava positivo, Margarida apresentava-se estável e tudo transcorreu normalmente. Foi necessária a colocação de Tela de Marlex. Ele passou bem, permanecendo consciente durante a cirurgia. Não referiu queixa alguma, seu semblante estava sereno e sorria quando me olhava.

Às 13h25 a cirurgia foi encerrada, fizemos o curativo, desligamos e desconectamos os aparelhos e transferimos Margarida para a SRPA. Ele continuava consciente, participativo, mantendo os SV; parecia realizado, feliz e aliviado. Abri as fichas de controle específicas desta unidade e registrei os dados. Nesta primeira hora pós-cirúrgica verificávamos os SV de 15 em 15 minutos, assim como outros controles específicos. Ele continuava estável, reagindo bem à situação cirúrgica. Passado algum tempo, perguntou-me pelas filhas e solicitou-me que lhes levasse notícias. Ponderando que isto era importante e que ele estava bem, eu desci.

Antes de sair da SRPA expliquei-lhe que ele ficaria mais um pouco naquela unidade e iria para o quarto. Eu desceria falar com suas filhas e iria para casa. Combinamos que eu retornaria na manhã seguinte para cuidar dele. Despedimo-nos e me dirigi para a portaria do hospital.

Quando as filhas de Margarida me viram, mostraram-se inquietas. Conte-lhes sobre o estado de seu pai e que em breve ele iria para o quarto.

D. continuava tensa, A. mostrou-se aliviada, continuaram a falar sobre a mãe, seus problemas e dificuldades. A. falou-me que na traqueostomia da mãe formava-se uma secreção esverdeada, o que me alertou sobre o risco de contaminação para Margarida no pós-alta. Elas contaram-me sobre o irmão alcoolista e sobre o desquite de D. Voltaram a pedir-me para

convencer Margarida a ir para a casa delas em Palhoça, após a alta. Então eu sugeri que no dia seguinte poderíamos conversar com ele juntas e combinaríamos o que seria melhor para todos.

D. falou-me que fez os curativos da mãe quando esta foi operada, e que faria os do pai, e A. que conseguiria o material necessário no seu local de trabalho. Prontifiquei-me a orientar os curativos no que fosse necessário e combinamos conversar no dia seguinte.

Elas estavam muito preocupadas com a mãe e perguntaram o que eu achava de elas irem embora e só voltarem para ver o pai na manhã seguinte. Ponderamos sobre isto, e ficou decidido que elas iriam para casa e eu avisaria Margarida. Combinamos que, no dia seguinte, entre 15h30 e 16h nos encontraríamos no quarto de Margarida e nos despedimos.

Subi até a unidade de internação, Margarida ainda estava na SRPA. Na UIC conversei com a enfermeira Y. sobre Margarida, colocando-a a par dos acontecimentos e solicitei que lhe passasse o recado das filhas. Ela concordou solícita e eu me despedi.

Reconhecendo a Situação

No período pré-operatório imediato os cuidados com prevenção de infecções foram tomados: higiene rigorosa, tricotomia e antisepsia do local a ser cirurgiado, com colocação de campo estéril.

O CC (SO e SRPA) apresentava condições favoráveis para a realização da cirurgia e cuidados pós cirúrgicos imediatos, inclusive para prevenção de infecções e fortalecimento do poder vital de Margarida. A equipe de enfermagem interagiu com ele sendo um recurso disponível que fortaleceu seu poder vital.

Durante a cirurgia, os cuidados de assepsia foram devidamente tomados. Surgiu porém, outro risco de infecção hospitalar: a colocação da Tela de Marlex. O estado físico de Margarida

apresentou-se dentro da normalidade (ASA 2), assim como o tempo cirúrgico ("Cut Point"), que não ultrapassou duas horas.

Margarida se mostrava motivado para fazer a cirurgia, lembrava acontecimentos da cirurgia anterior planejando o futuro, o que potencializava seu poder vital.

Esperava pela família, contava com seu apoio e isto o fortalecia para enfrentar a situação. Mostrou-se tranquilo quando eu desci falar com as filhas, levando e trazendo notícias. Neste momento eu representei para ele um recurso disponível.

Usou seu senso de humor o tempo todo e em todos os ambientes em que esteve neste período. Era um recurso que ele tinha, e dele fez uso.

No decorrer do processo anestésico mostrou-se preocupado. Eu lhe expliquei detalhes sobre o mesmo, incentivando-o a relaxar, e isto o auxiliou a enfrentá-lo. Na intercorrência da troca de anestesiológista ele ficou inseguro, percebi que a minha atuação era fundamental para restituir-lhe a segurança. Apesar de ser sensato a anestesiológista não ter iniciado o bloqueio, fiquei insatisfeita com sua atitude de expor Margarida a este estresse desnecessário. Isto levou-o à tensão e insegurança. Este tipo de situação inesperada interfere no poder vital do paciente. Se eu não estivesse alerta a isto naquele momento, este fato teria enfraquecido o seu poder vital.

Quanto a suas filhas, D. mostrou-se agitada e nervosa e A. calma na situação. Ambas preocupadas com o pai, todavia mais ainda com a mãe. Elas mostravam-se dispostas a conversar comigo e com o pai para planejar o Desenho do Trajeto. Estavam disponíveis para cuidar do pai no período pós-alta.

Neste encontro evidenciou-se o risco de infecção domiciliar, pelo fato de sua esposa apresentar secreção esverdeada na traqueostomia. Havia necessidade de prevenir.

Desenhando o Trajeto e Selecionando Estratégias

Conforme combinamos, eu iria ao hospital pela manhã, mesmo porque o 1º PO (dia pós operatório) é um momento crucial na situação cirúrgica. Deveria estar alerta ao seu estado geral e à evolução do processo cicatricial da incisão.

Seria importante também trabalhar junto à equipe de enfermagem no que tange à assistência direta e à prevenção de infecções, orientando se necessário.

Margarida queria promover um encontro entre suas filhas e eu, e seria importante que o programássemos juntos.

Eu acreditava ser essencial prestar os cuidados específicos a Margarida neste momento, tais como: higiene, curativo e medicação. Isto me subsidiaria na avaliação de sua evolução, além de reforçar nossa interação.

A abordagem sobre a alta hospitalar, no meu entendimento, deveria começar no 1º PO, pois é um processo contínuo. Desta forma tentaria conversar com ele sobre o assunto.

Acompanhando a Trajetória

A interligação entre as etapas continuava se evidenciando. O conhecimento da situação cirúrgica e das pessoas envolvidas continuava. O Trajeto mostrava que a enfermagem poderia proporcionar, a Margarida e a sua família, condições favoráveis à saúde, fortalecendo seu poder vital.

A preocupação de Margarida com sua família, principalmente com a esposa, agora tornava-se mais clara para mim, pois as filhas falaram muito a respeito. Confirmaram também os problemas com seu filho alcoolista e a filha separada. Isto confirmava minha percepção de família como pessoas que se percebem como tal. Eles se percebiam enquanto família e se preocupavam entre si.

A evolução de Margarida na situação cirúrgica ia bem. Ele mantinha-se estável, participativo em todos os momentos, curioso e bem humorado. Seu poder vital reagia positivamente e ele já fazia planos para o futuro, mostrando-se motivado e com sentimentos positivos com relação à cirurgia.

Por outro lado seu receio quanto a raquianestesia persistiu até momentos antes de sua realização, quando pudemos conversar a respeito e ele então superou esta dificuldade.

Sua facilidade em interagir com o meio ambiente salientou-se neste encontro, contribuindo para que ele superasse esta fase da situação cirúrgica fortalecido.

O Desenho por nós proposto para este encontro configurou-se aos poucos. Foram várias situações subseqüentes quando as estratégias de ação foram se encaixando e se moldando conforme a situação se apresentava. O estar alerta a todos os acontecimentos foi fundamental para o sucesso deste encontro.

A maleabilidade do Desenho foi essencial. Exemplo disto foi a mudança de estratégia para conhecer a família, quando descii para conversar com as filhas. A expectativa de Margarida em relação à visita das filhas era grande e eu pude ser o elo de comunicação entre eles. Este fato potencializou seu poder vital e eu fui o recurso disponível no meio ambiente para tal.

As estratégias de assistência foram desenvolvidas em conjunto com a equipe do CC e SRPA, e neste encontro evidenciou-se o trabalho em equipe. Precisava estar alerta para ele também na unidade de internação.

Quarto encontro 15/12/93 - 9h - hospital - 1º PO

Conhecendo-nos/Seguindo e Agindo

Cheguei à UIC I e fui direto ao quarto. Margarida estava deitado e sorriu quando me viu. Relatou ter passado bem, ter urinado, e dormido a noite toda. Estava com bom aspecto, um pouco pálido, mas dentro do normal para 1º PO. Mostrava-se animado e contou-me que o cirurgião já havia passado, mexido no curativo e que foi chamado às pressas para o CC, para atender seu vizinho de quarto. Ele se mostrou preocupado com o companheiro!

Fui até o posto de enfermagem verificar seu prontuário e constatei que não houve intercorrências com Margarida. Já havia prescrição, mantendo a conduta. Ele não estava recebendo medicação endovenosa. Voltei para o seu quarto a fim de programarmos os cuidados e os realizarmos. Ele mostrou-se receoso quanto ao banho, se poderia molhar a incisão. Combinamos que eu a protegeria com um plástico. Mais tranquilo, ele concordou e assim fizemos. Eu o auxiliiei a entrar para o banho e ele o tomou, a auxiliar de enfermagem e eu arrumamos o seu leito, trocando as roupas de cama. Percebi que a auxiliar questionava interiormente o porquê de eu estar fazendo estas atividades "elementares". Conversei com ela sobre o meu trabalho e ela mostrou-se cooperativa e também contente por ter alguém para ajudá-la nos cuidados a este paciente. Margarida voltou do banho e fomos fazer o curativo. A incisão apresentava boa aparência, drenando líquido sanguinolento pelo dreno de penrose, os pontos com bom aspecto e a região sem hematomas. Terminando o curativo, verifiquei seus SV, que se apresentaram estáveis. Perguntei-lhe como estava se sentindo após o banho e o curativo, enfim, após a cirurgia. Ele, então, respondeu-me: "Sinto que eu estou bem, que estou reagindo por dentro." Esta colocação deixou-me satisfeita. Conversamos sobre sua família, ele contou-me mais a respeito do filho alcoolista (com muita tristeza e preocupação). Falou também da esposa

doente e "teimosa". Disse que as filhas têm cuidado da mãe e que, agora, ele também doente, estava dando mais trabalho para elas. Pensando nisto, ele pretendia ir para a casa da filha após a alta, o que facilitaria para elas. Neste momento, eu brinquei com ele, dizendo: "Que bom, ali é mais fácil para eu ir visitá-lo! O que o senhor acha?" Ele mostrou-se animado com a idéia, dizendo: "Vou ficar satisfeito com a tua visita, imagine: quem melhor me cuidou! Se eu não vou receber em casa?!" Eu fiquei sem jeito com este elogio, mas disse-lhe que eu executo a enfermagem em que eu acredito. Então ele falou sobre o dar e o receber, que às vezes se faz o bem e a pessoa não reconhece.

Percebi uma certa tristeza em sua expressão, porém em seguida ele falou, referindo-se aos meus cuidados: "Deus está vendo, Deus sabe o melhor caminho". E ele voltou a falar que gostaria de conversar comigo e com as filhas em conjunto. Combinamos que à tarde eu viria no horário de visitas, quando elas também viriam. Ele pareceu-me contente, mas não queria que eu fosse embora. Perguntou-me onde eu morava; (e eu lhe contei). Perguntou-me sobre meus filhos, suas idades. Eu lhe contei que dois deles moravam comigo: uma moça com 16 anos e um rapaz com 15. E que o mais velho com 20 anos, morava e trabalhava em Cascavel, Pr. Ele contou-me sobre a neta, que mora com eles, tem 11 anos e outro dia resolveu fazer uma nega-maluca. Que ele surpreendeu-se ao vê-la fazer tão direitinho e que o bolo ficou uma delícia. Parecia orgulhoso da neta!

Já era quase meio dia e eu precisava ir embora, pois voltaria à tarde. Expliquei-lhe isto e despedi-me, desejando-lhe bom apetite, pois o almoço estava sendo servido.

Reconhecendo a Situação

Margarida reagia na situação cirúrgica e mostrava seu poder vital fortalecido, se projetava para a vida. Verbalizou isto ao dizer: "Sinto que estou bem, que estou reagindo por

dentro". Ele programava sua alta e falava da neta, mostrando-se um ser humano amado e pertencente a uma família.

O ambiente hospitalar propiciava medidas de biossegurança, assim como a equipe de enfermagem observava normas assépticas.

A família de Margarida era por ele buscada como ponto de apoio, mas também como incentivo para reagir. Ele queria promover o encontro entre suas filhas e eu. Nós representávamos um recurso para ele, e ele esperava que nos entendêssemos bem. O nosso processo de conhecimento continuava, e a cada dia Margarida queria saber mais sobre mim e me contava mais de si e de seus familiares.

A prevenção de infecções continuava sendo observada, e a evolução do processo cirúrgico transcorria sem anormalidades.

Acompanhando a Trajetória

Neste encontro Margarida trouxe novamente sua preocupação com a família, agora com a conotação de chefe de família. Mostrou-se um ser humano sensível e emotivo, e também disposto a facilitar as coisas para suas filhas. Conseguimos interagir, planejar e executar os cuidados em conjunto.

No que se referia à Equipe de Enfermagem percebia que, aos poucos, as pessoas se achegavam e que conseguíamos interagir e trabalhar em conjunto, visando o bem estar do paciente.

A situação cirúrgica estava transcorrendo normalmente, a cicatrização se iniciava sem indícios de infecção hospitalar. A reação do poder vital de Margarida era positiva, a cada dia que passava ele se empolgava mais em projetar o futuro. Minha percepção foi reforçada com sua

expressão: "Sinto que estou bem, que estou reagindo por dentro". Sua aceitação da dieta e referências a ter dormido bem somaram-se a este reforço.

Fizemos algumas alterações no Desenho proposto e discutimos algumas estratégias. Por exemplo não havíamos programado falar sobre visita domiciliar e isto surgiu espontaneamente, de uma forma agradável.

Por outro lado eu pensava em iniciar o preparo para a alta com Margarida e não foi possível, ficando para o período da tarde. Quanto às estratégias, senti-o temeroso em relação ao banho, porém conversamos e entramos em acordo.

Neste encontro percebi que se eu sistematizasse a etapa Acompanhando a Trajetória como base para o Desenho do Trajeto, este fluiria mais facilmente. E assim passei a fazer.

Desenhando o Trajeto e Escolhendo Estratégias

Ao avaliar este encontro, a clareza sobre o Desenho do Trajeto e a escolha das Estratégias se evidenciaram.

Margarida esperava pelo encontro com seus familiares, e isto ocorreria nesta tarde, quando poderíamos conversar. Eu acreditava que seria o momento propício para planejarmos sua alta e os cuidados subseqüentes, até porque, suas filhas já haviam feito várias perguntas a respeito. Além disto, seria a oportunidade para eu manifestar às filhas minha intenção de fazer uma visita domiciliar. O maior objetivo deste encontro seria a interação com a família.

A avaliação da incisão também seria essencial, pois ele se encontrava com dreno, ela deveria permanecer seca, isto porquê quando o curativo fica molhado externamente o risco de infecção aumenta.

Era preciso também conversarmos sobre ingesta e excreta, para avaliar seu estado nutricional, assim como o funcionamento renal e gastrointestinal.

Quinto encontro - 15-12-93 - 15h30 - hospital

Conhecendo/Seguindo e Agindo

Quando cheguei a UIC Margarida estava em outro quarto, visitando uma conhecida, acompanhado por D., cumprimentei-os e fui para o posto. Em seguida eles saíram do quarto e ficaram no corredor aguardando-me. Eu fui até lá e ele me falou que tinha ido visitar uma velha conhecida, que não está muito bem. Eu lhe disse "Que bom que o senhor já está com disposição para caminhar e visitar os outros pacientes!" D. estava muito agitada e mostrava-se preocupada por que a irmã ainda não havia chegado. Margarida parecia bem, deambulando, corado, sem queixas de dor e/ou mal estar. Ficamos um pouco no corredor, em pé, então eu lhe perguntei se queria deitar, dizendo que não deveria se cansar. Ele concordou aliviado, e foi para o leito.

D., ainda inquieta, resolveu descer para ver se a irmã estava na portaria aguardando por ela. Senti que o encontro estava girando em torno da minha presença e isto me desagradou. Falei para D. que eu poderia esperar por A.; porém ela insistiu em ir.

Enquanto ela desceu eu conversei com Margarida sobre sua alimentação e eliminações. Ele referiu que tinha se alimentado bem, que seu intestino ainda não havia funcionado após a cirurgia, e que havia urinado. Solicitei olhar o "curativo" e ele expôs a região, estava limpo e seco, não havia necessidade de trocar.

Logo em seguida as filhas chegaram, eu saí do lado do leito para que A. cumprimentasse o pai. Foi interessante observar a alegria dos dois! Ela aliviada em ver o pai bem. Ele contente em vê-la. Era aniversário de A., e nós a cumprimentamos. Ela nos mostrou o presente que ganhara dos colegas de trabalho. Depois de "comemorarmos" seu aniversário, começamos a conversar sobre a alta de Margarida.

Margarida foi logo dizendo para as filhas que iria para Palhoça, para a casa de D.; elas então começaram a planejar a montagem de um quarto para o pai e a mãe ficarem juntos. Conversamos sobre os curativos e D. assumiu fazê-los, tirando algumas dúvidas comigo. Eu orientei os cuidados para evitar contaminação, principalmente lavar muito bem as mãos, antes e depois de realizá-lo. Recomendei evitar contato de materiais que tenham sido usados na traqueostomia da mãe, pois pode causar infecção na "cirurgia" do pai.

Margarida contou para as filhas que havia combinado comigo que eu iria visitá-los, o que elas aceitaram bem. A. mostrou um pouco de preocupação sobre o que eu iria achar da casa, que está cheia de coisas mas que sempre cabe mais alguém. Combinamos que eu iria alguns dias após a alta de Margarida.

Eu queria sair do quarto e deixar pai e filhas à vontade, porém eles não me deixavam sair, percebi que disputavam minha atenção. D. contou muitos de seus problemas, falavam na mãe doente, mas se mostravam felizes com a reação positiva do pai.

Elas falaram que no dia seguinte não poderiam vir visitá-lo, perguntando se eu estaria com ele. Eu lhes respondi que sim, que enquanto ele estivesse internado eu viria. Elas mostraram-se mais tranquilas com minha afirmação e eu me despedi dos três, deixando-os à vontade.

Quando saí do quarto entrei em contato com um residente da equipe cirúrgica que operara Margarida. Conversamos sobre o funcionamento intestinal no pós-operatório, ponderando sobre vários motivos que levam à constipação: reação da anestesia, diferença de alimentação, menos movimentos e até o "estranhar o local". Ele me disse que só prescreveriam medicação se as alternativas naturais falhassem.

Sobre a previsão de alta para Margarida, disse-me que dentro de dois ou três dias, dependendo da evolução e retirada do dreno de penrose.

Ele então quis saber mais sobre meu curso e estudo e eu contei-lhe maiores detalhes.

Despedimo-nos e saí do hospital.

Reconhecendo a Situação

Neste encontro, a família se reuniu pela primeira vez após a cirurgia, concretizando a expectativa de Margarida encontrar-se com as filhas e reuni-las comigo. Percebi que o encontro girava em torno de mim o que foi reforçado quando "não me deixaram sair do quarto". Senti-me como um recurso usado pela família nesta situação, porém deveria estar alerta à mobilização do meio ambiente para a potencialização do poder vital de Margarida. Senti que seus familiares estavam tranquilos com os meus cuidados.

A agitação de D. continuava, e isto me alertava, pois ela poderia ser uma variável de enfraquecimento do poder vital de Margarida.

Ele sentia-se valorizado sendo cuidado por mim. Estava se alimentando bem, urinando bem, porém seu intestino não funcionava a contento.

Acompanhando a Trajetória

Os dois encontros no mesmo dia se complementaram, porém o segundo girou em torno da família. Podermos interagir e programar a alta em conjunto foi muito importante neste momento.

A evolução cirúrgica transcorria, Margarida reagia com seu poder vital potencializado. Mostrava-se feliz por ter operado e estar se recuperando, e por ter conseguido reunir-me com suas filhas. O encontro foi um pouco agitado, pois eles estavam "cansados" de doenças na família.

Minha percepção era que eles estavam contentes em atuar em conjunto comigo. Margarida estava utilizando os recursos disponíveis para harmonizar a situação de saúde-doença.

O meio ambiente favoreceu o nosso relacionamento, propiciando nossa interação, bem como a potencialização do poder vital de Margarida.

O Trajeto por nós projetado se configurava e as estratégias escolhidas foram implementadas.

Desenhando o Trajeto e Escolhendo Estratégias

Eu sentia necessidade de avaliar com Margarida o encontro do dia anterior e as orientações para alta, reforçando-as se necessário. Considerando seu funcionamento intestinal, precisávamos conversar sobre dieta adequada. O esclarecimento sobre as possíveis causas da obstipação intestinal e as formas de superá-la seria necessário. Inclusive a explicação sobre o porquê de não medicar e tentar alternativas naturais.

Fariamos o curativo observando sua evolução. A análise do prontuário deveria ser realizada para acompanhar os registros de evolução, assim como registrar as minhas observações.

Sexto encontro - 16/12/93 - 13h30 - hospital -2º PO

Conhecendo-nos/Seguindo e Agindo

Minha surpresa foi tamanha quando cheguei a UIC e soube que Margarida estava de alta. Confirmei no prontuário e realmente a alta estava prescrita. Não havia anotação alguma sobre curativo, dreno, nada! Geralmente a alta nestas cirurgias ocorrem após 72 horas.

Dirigi-me ao quarto e encontrei-o sentado em uma cadeira esperando por D., parecia assustado e inseguro em ir para casa. Eu lhe mostrei que também estava surpresa. Sua aparência chamou minha atenção: estava pálido, curvado sobre as pernas e referia dor na incisão. Ao seu lado estava o paciente que compartilhava o quarto. Ele também estava espantado com a situação, contudo, tentava tranquilizar Margarida, dizendo-lhe que em casa seria melhor, que ele estaria mais confortável. Margarida, porém, parecia não ouvi-lo. Contou-me que disse para o médico que não estava se sentindo bem, que tinha dor na incisão. E que perguntou-lhe se podia ir embora assim, ao que ele respondeu que sim; prescreveu uma medicação e deu alta. Eu então lhe perguntei: "Como o senhor se sente com relação a isto?" Ele respondeu: "Parece que não tem outro jeito, né? Devo ir para casa! Até já pedi para avisar D. para vir me buscar". Eu lhe disse que queria examinar o curativo solicitando que ele deitasse um pouco. Estava molhado (encharcado!) e eu fui providenciar material para trocá-lo.

Dirigi-me ao posto de enfermagem e encontrei-me com a enfermeira Y. Tentei compartilhar com ela minha preocupação, mas não senti receptividade. Ela me disse: "A enfermeira X me passou que ele está de alta e que está tudo preparado e anotado!"

Neste momento me conscientizei de que deveríamos alterar o Desenho do Trajeto e que eu deveria apoiar Margarida, ajudando-o a ver um novo caminho. Preparei o material necessário e voltei ao quarto para fazer o curativo de Margarida. A aparência da incisão estava normal, sem secreção, sem edema e sem sinais de infecção. O dreno havia sido removido. Os testículos e o pênis apresentavam hematoma. Ele referiu preocupação sobre isto. Eu lhe expliquei que é normal acontecer isto, devido à manipulação e que dentro de alguns dias desapareceria. Senti que ele ficou mais tranquilo depois do curativo e das explicações. Que bom que ele conseguiu verbalizar sua preocupação sobre o hematoma!

Após a troca do curativo falei novamente com Y sobre minha preocupação, pois o dreno fora retirado naquele dia e estava drenando muito. Ela respondeu-me "Ele está de alta!" Foi incisiva, e eu senti-me impotente e limitada perante a situação; fiquei chateada. Conscientizei-me de que deveria centrar minha atenção em Margarida e trabalhar com ele para a alta. Guardei o material utilizado e, voltando para junto de Margarida, conversamos sobre a medicação, a alimentação e o repouso necessários para sua recuperação. O paciente ao lado participava ativamente da conversa, interessado, pois estas orientações serviriam também para ele.

Com relação ao curativo recomendei-lhe que ninguém mexesse sem antes ter lavado as mãos. Ele concordou dizendo que isto poderia causar infecção. Eu reforcei. "Sim, precisamos evitar que infeccione".

A esta altura ele já parecia melhor, mais animado com a perspectiva de ir para casa. Lembrou-me da visita domiciliar, dizendo que iria me esperar. Eu concordei e combinei que dali a dois dias, pela manhã, eu iria visitá-lo. Ele então pediu-me um papel e uma caneta e desenhou um mapa indicativo com o endereço. Fez questão de explicar-me bem detalhadamente o endereço, para "garantir" que eu encontraria a casa.

Quando ele acabou de fazer o mapa, D. chegou para buscá-lo. Agitada como de costume, porém contente porque o pai já estava deixando o hospital. Isto fez bem para Margarida, que lembrou o quanto a esposa demorou para ter alta quando fez a cirurgia.

Como os papéis e registros já estavam prontos, os trâmites da alta foi rápido. Acompanhei-os até a saída do hospital, reforçando que iria visitá-los em breve. Margarida deixou o hospital mais animado do que eu o havia encontrado.

Reconhecendo a Situação

Margarida estava inseguro e abatido, não se encontrava preparado para ir para casa. Eu também fiquei surpresa com esta alta precoce. Tentei me informar e argumentar com a enfermeira da unidade, mas não senti reciprocidade.

Num primeiro momento priorizei trocar o curativo e proporcionar conforto a Margarida. O curativo estava todo molhado, porém a incisão continuava sem secreção e sem sinais de infecção. Fiquei contente que Margarida tenha verbalizado sua preocupação com os hematomas.

Tomei consciência de que a Trajetória estava radicalmente alterada. Senti este impacto, porém eu sabia que, como enfermeira, deveria mobilizar o meio ambiente a fim de proporcionar a Margarida e sua família condições favoráveis à saúde. Redirecionei meus esforços para redesenhar o Trajeto com Margarida.

Seu companheiro de quarto foi um recurso disponível para a potencialização do poder vital de Margarida, que aceitava meus cuidados e se apoiava em mim. Estava preocupado em fornecer-me o endereço das filhas corretamente, para que eu fosse visitá-los. Neste encontro fomos interagindo, Desenhando o Trajeto e caminhando por ele juntos.

Ele estava consciente de que sua família seria o maior recurso para sua recuperação a partir de agora.

Ao final do encontro Margarida mostrava-se reagindo na situação e mais animado para deixar o hospital.

Eu ponderei que o pós-operatório mais curto diminui o risco de infecção hospitalar.

Acompanhando a Trajetória

Neste encontro as etapas ocorreram de forma dinâmica, contudo o que mais se evidenciou foi a necessidade de redefinirmos o Desenho do Trajeto. Enquanto íamos tomando ciência da realidade, íamos também redesenhando e elegendo estratégias de forma simultânea.

A evolução da situação cirúrgica foi apressada pela alta precoce e fez-se necessária a mobilização do meio ambiente para a potencialização do poder vital de Margarida.

Neste momento foi importante sua interação com o companheiro de quarto, o que se revelou um recurso disponível para ele reagir no processo saúde-doença.

Margarida mostrava-se interagindo com o meio ambiente e expressava seus sentimentos, principalmente seu medo de deixar o hospital e não passar bem. Seu poder vital oscilou nesse momento, mostrando-se enfraquecido. Eu também oscilei na situação, fui surpreendida pelo "corte" na assistência pós-operatória hospitalar. Eu tinha consciência de que deveria propiciar a Margarida as melhores condições para a potencialização de seu poder vital. Mesmo discordando da conduta adotada, dispus-me a trabalhar com ele para fortalecê-lo. Ele reagiu aos estímulos deixando o hospital com perspectivas de se recuperar sem complicações.

Quando tentei conversar com a enfermeira Y a respeito do paciente, sua atitude foi reducionista, inclusive, do modelo biomédico, colocando o médico como centro, onde sua decisão não podia ser questionada. Foi submissa a uma prescrição, não se propondo a olhar para a situação com suas singularidades, onde ela poderia analisar a situação, conversar e argumentar com o médico para uma decisão conjunta.

Esta atitude confirmou minha percepção de que a minha proposta difere do habitual e que, ao ser fundamentada em um Marco Conceitual, propicia uma assistência de maior qualidade.

A situação cirúrgica apresentava suas particularidades. Neste encontro precisamos mudar o Trajeto que havíamos esboçado e conseqüentemente adotar as estratégias adequadas. Não conseguimos avaliar nosso encontro do dia anterior, porém reforçamos as orientações/cuidados pós-alta e combinamos a visita domiciliar. Esta seria a estratégia por nós eleita para continuarmos o Trajeto. Seria um complemento da assistência hospitalar e uma maneira de avaliar a Trajetória na sua totalidade.

Desenhando o Trajeto e Escolhendo Estratégias

Naquele momento, a estratégia que havíamos escolhido era a visita domiciliar. Esta visita seria o final de nossa Trajetória. Margarida queria me apresentar à esposa. Eu visava, principalmente, verificar a que resultados nossa caminhada nos conduzira; enfim ver como Margarida estava. Deveria estar alerta à evolução de Margarida, assim como à cicatrização da incisão.

Eu estava consciente de que deveria estar aberta para interagir com a família como um todo, e preparada para atuar conforme a situação se apresentasse.

Acreditava que este seria um momento em que surgiriam oportunidades de trocas de informações sobre saúde-doença. Isto porque eu sentira que ele esperaria por esta visita para tirar possíveis dúvidas que surgissem. Sabia também que a família esperava conversar comigo sobre a saúde da mãe/esposa.

Programara esta visita dentro das 72h pós-alta, pois no caso de surgir infecção neste período a mesma é considerada hospitalar.

Este seria o momento para avaliarmos em conjunto o desenvolvimento da Trajetória na Situação Cirúrgica.

Sétimo encontro - 19/12/93 - 10h15 - residência das filhas

Conhecendo-nos / Seguindo e agindo

Era o 3º dia após a alta. Cheguei ao endereço indicado por Margarida com facilidade, sua descrição foi perfeita, não tive dúvidas.

Ele estava sentado no sofá em companhia dos dois genros. Convidou-me para entrar e sentar-me ao seu lado. Ficou feliz ao me ver, porém incomodado porque as filhas e a esposa não estavam em casa. Ele disse: "Que bom que você veio. Estava te esperando".

Logo em seguida, A. entrou pela porta dos fundos, mostrou-se alegre ao me ver, deu-me três beijos e me abraçou. Ela sentou-se conosco. Margarida referiu não estar se sentindo muito bem, bastante enfraquecido e não evacuava há quatro dias! Perguntei-lhe sobre a alimentação. Ele disse que estava comendo bem, que estava com tosse e com dor na incisão, principalmente ao tossir.

Perguntou a A. pela esposa, estava preocupado por que eu cheguei e ela não estava ali para me ver; queria que alguém fosse chamá-la. Mas, neste momento, levantou-se, pediu licença e foi ao banheiro andando arcado e claudicante. Em seguida a esposa e D. chegaram do passeio, cumprimentaram-me com beijos. Eu não conhecia a esposa dele até então, mas simpatizei com ela. Ela parecia conhecer-me e recebeu-me bem. Penso que falaram muito sobre mim para ela. Era uma senhora um tanto obesa, com dificuldades para andar e se expressar verbalmente em função da traqueostomia.

Elas perguntaram por Margarida, respondemos que ele estava no banheiro e começamos a falar sobre o funcionamento intestinal. Elas me contaram que ele havia ingerido mamão com sementes, óleo mineral e chá de ameixas pretas para que o intestino soltasse. Contaram que a esposa também tem intestino preso e D. também. Conversamos sobre dieta adequada para

funcionamento intestinal. Todos participaram da conversa, porém D. estava na "liderança" e os genros na "retaguarda". Margarida voltou do banheiro, obtivera sucesso. Apresentava-se mais aliviado e já andava mais ereto e menos claudicante.

Conversamos sobre diversos assuntos, de maneira alegre e descontraída. Sentia que eles disputavam a minha atenção. Houve momentos em que três pessoas falavam comigo ao mesmo tempo e sobre assuntos diferentes. Várias vezes D. cortou a palavra da mãe.

Perguntaram-me sobre meus filhos, quiseram saber por que eu não os levei junto. Então lhes expliquei que eles participavam do movimento escoteiro e estavam acampando. Queriam conhecê-los e sentiram muito. Conversamos em seguida sobre educação de filhos, havendo participação de todos.

Eram 11h15, falei em fazermos o curativo, que eu queria ver como estava. D., levantando-se e indo até o fogão, pôs água para esquentar e disse: "Tome café primeiro". Eu concordei e fiquei observando A. arrumar a mesa e colocar apenas uma xícara. O café era para mim! Elas me chamaram para sentar à mesa e eu perguntei se alguém ia tomar café comigo. Eu fiquei encabulada! Eles falaram para a mãe sentar-se e tomar, porém, antes que ela se manifestasse, D. pegou uma xícara, sentou-se na minha frente e tomou café comigo. A. falou: "É um café bem alemão, mas simples". Tomamos o café e fomos fazer o curativo.

Margarida foi para o quarto e deitou-se. As filhas pegaram o material necessário e a esposa uma toalha para que eu secasse as mãos. Percebi que D. estava um pouco perturbada com minha atuação e perguntei-lhe: "Você quer fazer o curativo, D.?" Ela respondeu-me: "Não, hoje você faz e depois eu faço até ele tirar os pontos". Eu concordei e iniciei o procedimento com o auxílio de D. e a assistência da esposa e de A.

A incisão estava sequinha, com tecido de granulação. Ainda drenava pequena quantidade de líquido sero-sanguinolento pelo orifício do dreno, o que estava dentro da normalidade para o caso.

Enquanto eu fazia o curativo mostrava para D. como limpar, começando pela incisão para não contaminar e evitar infecção. Quando terminei o curativo elas me deixaram por alguns minutos a sós com Margarida. Pedi-lhe então para examinar os testículos e o pênis e observei que os hematomas estavam regredindo. Perguntei-lhe como estava se sentindo. Ele disse: "Bem mais aliviado agora que evacuei". Perguntei se sabia o porquê, ao que respondeu: "Acho que estava tudo esticado e por isso doía. Eu tinha medo de forçar para evacuar e abrir toda a cirurgia". Então lhe expliquei que foi bem suturado, são feitas várias camadas de pontos, não havia perigo disto acontecer, poderia ir ao banheiro sossegado! Rimos um pouco. Margarida estava mais descontraído e continuava deitado. Referiu que doía quando tossia. Eu lhe orientei para que firmasse o local da incisão com a mão quando tossisse, o que diminuiria a dor. Sugeri que fizesse pequenas caminhadas, pois isto ativaria a circulação, ajudando a cicatrização e a eliminação intestinal. Recomendiei-lhe que não fizesse força, "não pegue no pesado ainda!" Neste momento as três mulheres estavam em torno de nós, novamente.

Eu disse: "Margarida, vamos conversar bem sério agora", brinquei que elas eram as testemunhas e continuei: "O senhor sabe que estou fazendo um curso, que tudo o que se passou nestes dias que estivemos juntos eu estou registrando e que vou apresentar em forma de um trabalho". Ele concordou e elas também. "Vocês concordam que eu conte sobre o que aconteceu conosco nestes dias?" Eles concordaram e começaram a agradecer e contar como fora para eles esta trajetória: D.: "Aquele dia eu estranhei que você foi na lanchonete falar com a gente, mas fiquei muito tranqüila quando você disse que ele estava bem. Eu sabia que você ia estar com ele"; A.: "Nestas doenças do pai e da mãe, Deus colocou pessoas especiais no nosso caminho: na

da mãe, os Drs. X e Y e, na do pai, você. Isto me deixou tranqüila"; Margarida: "Foi bom, principalmente porque você desceu naquele dia falar com elas, eu sabia que elas estavam lá embaixo. Eu não podia descer nem elas subir. Quando você falou com elas, eu fiquei melhor". A esposa permaneceu calada, ela só havia participado da situação hospitalar à distância.

Neste momento eu agradei a confiança que eles tiveram em mim e no meu trabalho. Expressei o quanto foi importante para mim estar com eles e que gostei muito de tê-los conhecido. Foram momentos de emoção!

Em seguida Margarida começou a brincar, e me convidou para voltar, para ir vê-los em Santo Amaro. Quando isto acontecesse, disse que iria fazer um churrasco para nós. As filhas e esposa reforçaram o convite. Eu agradei, dizendo que se fosse possível eu entraria em contato com A. no seu serviço e combinaria. Já passavam das 12h, eu me despedi e saí.

Reconhecendo a Situação

Margarida e seus familiares demonstraram alegria em me ver. Ele continuava apresentando obstipação intestinal apesar da dieta adequada. Seu intestino funcionou enquanto eu estava em sua casa e ele confirmou minha percepção de que tinha medo de forçar para evacuar e os pontos se abrirem. Sentiu-se seguro com a minha presença, se acontecesse alguma coisa eu estaria lá para atendê-lo.

Apresentava tosse e dor na incisão ao tossir. A incisão estava com bom aspecto, sem sinais de infecção e com tecido de granulação. Os hematomas já estavam regredindo.

Sua esposa e eu nos conhecemos e interagimos, ela parecia já me conhecer e eu simpatizei com ela. Neste encontro não surgiu a preocupação da família com a saúde da mãe, estavam voltados para o pai.

Percebi que minha presença estava fortalecendo o poder vital de Margarida, pois ele se sentiu "importante" para mim. Eu estava lá para vê-lo! Acredito que a minha visita fortaleceu o poder vital de seus familiares também, pois foram momentos agradáveis quando conversamos e compartilhamos conhecimentos sobre saúde-doença. A família também se sentiu valorizada pelo fato de eu me dispor a visitá-los. Suas filhas verbalizaram sua tranquilidade e confiança em saber que eu estaria com o pai no hospital.

Surgiu neste encontro novamente a bioética, quando reforcei a participação deles no meu trabalho e confirmei a autorização para divulgar a nossa Trajetória. Eu tinha receio que eles não tivessem entendido a extensão da minha proposta. Contudo depois desta confirmação percebi que eles estavam conscientes a respeito.

Acompanhando a Trajetória

Neste momento senti, mais do que nunca, a necessidade de articular a arte e a ciência. Com habilidade fui me adaptando ao Desenho que se configurou nesta visita domiciliar e o suporte científico foi o alicerce deste Trajeto.

Este foi o ponto de desfecho da nossa caminhada pela situação cirúrgica, e mais uma vez as etapas metodológicas ocorreram simultaneamente.

Pudemos avaliar nosso trajeto em conjunto e o resultado foi positivo. Margarida reagiu ao processo cirúrgico sem haver contraído infecção hospitalar, com boa evolução cicatricial e traçando planos para o futuro. No momento apresentava discreta tosse que provocava dor na incisão. Apresentou-se como um ser humano singular, sentindo-se insubstituível no seio familiar. Seu poder vital fora potencializado nesta situação e ele havia usado os recursos disponíveis no meio ambiente para viver de forma saudável.

Sua família havia percorrido a situação cirúrgica junto com ele e da mesma forma se sentia fortalecida. Neste momento toda a preocupação dos familiares, anteriormente centrada nos problemas de saúde/doença da esposa de Margarida, foi dirigida exclusivamente para ele.

A visita domiciliar foi uma estratégia que contribuiu sobremaneira para a congruência do Desenho proposto, subsidiando principalmente a avaliação da Trajetória como um todo.

Oitavo contato - 07/01/94 - 14H15 - telefonema

Conhecendo-nos / Seguindo e Agindo

Transcorreram dezenove dias desde a visita domiciliar, quando entrei em contato com A. no seu trabalho para obter notícias de Margarida. Ela atendeu-me demonstrando satisfação em falar comigo. Após nos cumprimentarmos perguntei-lhe por seu pai. Ela informou-me que ele estava bem, já fizera o retorno ao médico e retirara os pontos. A cicatrização da incisão foi normal, sem intercorrências e a tosse cedera em poucos dias.

Ela disse-me também que seus pais já estavam na casa deles em Santo Amaro da Imperatriz, e que ficariam felizes se eu fosse visitá-los.

Eu disse-lhe que estava contente em saber que Margarida havia se recuperado bem e, se fosse possível, um dia ligaria para ela e combinaríamos uma visita. Pedi-lhe que entregasse abraços a seus pais e nos despedimos.

Reconhecendo a Situação / Avaliando a Trajetória

A. ficara contente com meu telefonema. Voltou a convidar-me para ir visitar seus pais. Segundo suas informações Margarida estava bem, já de volta a sua casa, o processo cicatricial

evoluíra bem e a tosse cedera. Ela nada falou sobre a mãe, mostrava-se feliz pela recuperação do pai.

Através desta conversa com sua filha pude deduzir que Margarida, uma vez superada a situação cirúrgica, estava passando bem e se reintegrando a sua rotina.

6-DISCUINDO A VINCULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA

*Sejam os métodos, através dos quais
cada ser humano terá melhor
oportunidade de saúde...
aprendidos e praticados!
Florence Nightingale, 1893.*

Considero a análise como a reflexão das dimensões de um todo, tendo em vista conhecer sua natureza, suas proporções e suas relações. Busco aqui refletir sobre o Marco Conceitual proposto, retratado na Prática Assistencial, através da Metodologia. Neste processo, em que se evidenciam os princípios fundamentais do pensamento, busquei ressaltar a congruência e/ou incongruência da proposta com os dados encontrados.

Ao iniciar este estudo, parti de algumas inquietações que sentia a respeito da Assistência de Enfermagem ao ser humano vivenciando a situação cirúrgica. Ao chegar neste ponto penso ser de vital importância que eu pare e olhe para trás, buscando compreender as contribuições que desenvolver esta proposta trouxeram para o meu processo de crescimento. Neste momento, reporto-me ao pensamento de Buscaglia (1972, p.107)"...Aprender a partir de seu conflito; crescer a partir da experiência e começar de novo, com conhecimentos, possibilidades e alternativas novas", e afirmo que ele retrata uma parcela da minha nova proposta de prática . Digo uma parcela, por acreditar que ela é multifacetada e que, a cada dia de minha existência, estarei descobrindo-a mais e mais. É um processo contínuo de crescimento que foi desencadeado por esta experiência.

Mas, como era a minha prática antes desta Trajetória?

Desde os tempos de minha graduação sentia-me insatisfeita, e questionava-me sobre o que é a Enfermagem, o que é o cuidar, o que é o ser humano...

Entretanto, mesmo após concluí-la eu não tinha uma reflexão mais aprofundada sobre estes pontos. Eu cuidava de seres humanos mas não tinha clareza do que representavam estes seres humanos em toda a sua plenitude. Da mesma forma, não tinha clareza sobre meio ambiente, saúde-doença e nem mesmo sobre a enfermagem. Aplicava uma metodologia, nem sempre explícita, em geral traduzida por passos mecânicos, pré-determinados e descontextualizados. Frequentemente esta metodologia não era registrada nos documentos oficiais do paciente (prontuário). Era uma prática mais empírica que científica; mas mesmo assim eu acreditava que era importante seguir uma metodologia e que, mesmo que não registremos, nós fazemos a programação mental das atividades a serem desenvolvidas. Apesar da minha insatisfação estar latente eu não tinha muita consciência, inclusive por falta de embasamento teórico-científico para procurar respostas que a aquietassem.

Hoje vejo que o que me incomodava era o fazer planejado sem o embasamento de uma Teoria e de um Marco Conceitual, era o seguir um método de trabalho desvinculado de uma Teoria. Não quero dizer com isto que agora entenda tudo a respeito desses pontos aqui levantados. Apenas quero registrar que este processo de reflexão me permitiu, hoje, conhecer muito mais do que conhecia antes desta experiência, e que vou continuar buscando mais e mais estes conhecimentos. Acredito que nunca paramos de conhecer quando estamos dispostos a crescer.

Por uma questão didática, sistematizei esta apreciação de forma a meditar, num primeiro momento, em cada conceito do Marco, procurando as dimensões propostas no desenrolar da Trajetória com os seis componentes do "Jardim deste Estudo". Ao desenvolver esta análise, as

interrelações emergiram e se evidenciaram de tal forma que o leitor, ao focalizar um conceito do Marco, perceberá a mútua relação entre ele e os outros três.

Num segundo momento, analisei a aplicação da Metodologia, sua configuração na Prática e também o caminhar com o paciente/família. Esta análise conduziu-me a registrar como percebo minha prática atual.

Acredito que desta forma estarei analisando e retroalimentando esta proposta de embasamento teórico-científico-humanístico para a prática de Enfermagem.

Ser Humano

Segundo Buscaglia (1972), a singularidade é algo dentro do "eu" que difere em cada ser humano, que determina como este ser se projetará no mundo, como verá o mundo e como se tornará um ser humano específico. Concordo com sua abordagem e, indo além, penso que a integralidade e a totalidade, embasadas nesta singularidade, levam cada ser humano a ser insubstituível, a ser único no universo.

Mas, como isto se evidenciou entre as Flores do Jardim deste Estudo? Além das características físicas de cada uma diferirem entre si como, por exemplo, olhos, cabelos, formato do rosto, estatura, voz, cheiro, etc..., suas particularidades permearam esta Trajetória de Assistência, mostrando que cada um dos seres humanos apresentou se de forma especial e particular.

...Se relacionando, interagindo com o meio ambiente...

Todos os integrantes deste estudo vivenciaram situação idêntica - situação cirúrgica, na mesma unidade de internação. Submetidos a cirurgias limpas de pequeno porte e clinicamente preparados para a intervenção (exames clínicos e laboratoriais dentro da normalidade), eles se

relacionaram e interagiram com o meio ambiente. Entretanto tal interação se deu diferentemente em cada um, reforçando a singularidade enquanto elemento desse conceito.

Assim, Orquídea entregou-se incondicionalmente aos cuidados, dizendo : "Façam o que quiserem, o que for preciso com o meu corpo". Já Violeta, receoso, questionava a equipe e, então mantinha-se alerta e desconfiado; logo no início de nossa Trajetória ele questionou: "Não há perigo de deixarem uma tesoura na minha barriga?" Dália se sentia bem , referindo: "Todos aqui atendem bem a gente."

Camélia apresentou dificuldades em interagir com a equipe médica, questionava a necessidade de operar. Solicitou-me que examinasse a região a ser operada, para saber minha opinião. Seu tempo de hospitalização foi curto, sua cirurgia foi suspensa, o que inviabilizou a possibilidade de melhorar a interação com a equipe.

A interação entre os companheiros de internação foi algo que se evidenciou fortemente neste estudo. Seja no compartilhar de experiências entre eles, ilustrado pela situação vivenciada com Violeta que, quando fui orientar sobre os hematomas pós-operatórios na região escrotal, disse-me: "É, o companheiro do outro quarto me contou e me mostrou como ele ficou"; seja na fala de Dália: "É, ontem visitei todos aí do corredor. São muito bons, a gente faz logo amizade"; ou na de Cravo, também se referindo aos companheiros : "A gente fica aqui torcendo, pedindo a Jesus que tudo corra bem com quem vai para o CC. Fica olhando pela janela e acompanhando"; ou ainda quando um outro paciente, referindo-se a Cravo com muito carinho, disse: "Ela não pode sair da cama, então a gente informa. Coisa boa a gente corre contar!" A interação entre os companheiros de hospitalização se evidenciou de tal forma que posso dizer que existia um cooperativismo entre eles, levando-os a se ajudarem mutuamente.

Contudo, a interação não se restringia à unidade de internação. Quando eles iam para o CC, alguns interagiam com maior facilidade, alguns com menos. Orquídea e Margarida brincavam com a equipe no CC e SRPA, Cravo mostrava-se retraída, Violeta assustada.

Observei que a primeira atitude adotada por eles era olhar tudo ao seu redor, alguns já possuíam a experiência cirúrgica, outros não; alguns haviam aceitado conversar sobre o CC, outros não. E, neste momento, então conversávamos sobre este ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, cheio de equipamentos os quais, freqüentemente, assustavam quem ali se encontrava enquanto paciente. Isto ficou claro quando Margarida, no CC, verbalizou: "Eu estava pensando - eu estou pronto para morrer! Com todos estes aparelhos- ainda bem que você me contou para que servem!"

Alguns dos pacientes deste estudo mostraram dificuldades em interagir com um grande grupo de pessoas simultaneamente, como no caso do CC. Neste momento se evidenciava a importância da minha atuação como facilitadora da interação entre eles. Eu era uma pessoa conhecida para eles, entre tantas desconhecidas. Isto pode ser visto na fala de Orquídea para sua filha, durante a visita domiciliar, referindo-se ao momento cirúrgico: "Eu estava lá deitado e ela punha a mão na minha cabeça". E também quando Cravo me dizia: "No momento mais importante, que eu mais tinha medo de estar sozinha com desconhecidos, você estava comigo".

Mas esta interação ia além do hospital, alguns pacientes contavam sobre seus amigos, que sentiam sua falta, que eles vinham visitá-los e/ou mandavam recados. Esta interação foi mais evidente com Orquídea pois ele falava muito a este respeito, recebia muitas visitas e, inclusive, no período que sucedeu nossa trajetória, solicitava a amigos que me telefonassem para dar notícias suas.

A interação com a família evidenciou-se nas seis Trajetórias do estudo, algumas com mais, outras com menos intensidade. Foi uma confirmação de que o ser humano participa de

grupos e que a família é um deles. Orquídea falava com frequência das filhas e netos, manifestando carinho por eles. Cravo se sentia responsável pela família e isto a incentivava: "Preciso reagir, meu filho precisa de mim, não pode ficar sozinho". Dália contou-me vários episódios de sua família, sentia-se o "patriarca", inclusive responsável pela filha que enviudara e pelas netas. Referiu saudades dos filhos e felicidade após suas visitas.

Para todos eles a família era fundamental, era fonte de energia e incentivo para reagir na situação cirúrgica. Em algumas situações era fonte de preocupação, mas sempre com conotação positiva. Todos faziam questão de falar da família, de mostrar que pertenciam a este grupo e que a mesma era importante para eles. Isto transparecia não apenas nas suas falas, mas também na preocupação que demonstravam pelos familiares e quando me solicitavam que mantivesse suas famílias informadas sobre seu estado. Exemplo disso foi a expressão de Margarida quando avaliamos nossa Trajetória: "...você desceu naquele dia falar com elas, eu sabia que elas estavam lá embaixo. Eu não podia descer, nem elas subir. Quando você falou com elas eu fiquei melhor".

...expressando crenças...

No decorrer de cada Trajetória, em um momento ou em outro, alguns de forma mais clara, outros menos, as Flores deste Jardim expressaram sua espiritualidade. Este fato vai ao encontro da constatação feita por Hense de que "A espiritualidade é algo que integra inseparavelmente a experiência global do paciente cirúrgico". Podemos ver isto através das seguintes falas: "Jesus vem comigo"(Orquídea); "Deus é pai e eu confio nele"(Dália); "Me apegue com Deus"(Cravo); "Deus vai me ajudar"(Violeta).

Todavia a crença num Ser Superior se evidenciava principalmente quando a cirurgia se aproximava. É o que vemos na fala de Orquídea: "Estou pedindo a Deus que vá comigo para o CC, que ilumine e proteja os outros pacientes também"; ou, ainda, na de Cravo: "A gente fica aqui torcendo, pedindo a Deus que tudo corra bem com quem vai para o CC" - ela dizia que

gostava muito quando recebia visitas de voluntários que vinham dar seu testemunho e falar sobre Deus. Solicitou-me também, que orasse com ela.

Alguns deles acreditavam que era a hora para se submeter à cirurgia, que não podia ser adiada. Isto ficou evidente quando Orquídea disse: "Acredito que esta é a hora certa para operar", ou Violeta: "...eu tenho que operar, não dá mais", ou ainda Cravo: "Tenho que enfrentar...não tenho como adiar".

Com exceção de Violeta e Camélia, os pacientes acreditavam na equipe que os operaria, confiavam na sua competência. É o que podemos perceber nesta fala de Orquídea: "Sei que vão fazer o melhor por mim", e também na de Cravo: "Sei que o J. (o médico) vai fazer o melhor, que minha perna vai ficar boa".

...apresentando diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores...

Entre eles os sentimentos, atributos e aptidões variavam, até pelas suas singularidades. Contudo alguns se assemelhavam, pois todos vivenciavam a Situação Cirúrgica.

O sentimento de felicidade se evidenciou neste Jardim, sendo que isto foi verbalizado por vários pacientes. A felicidade em ter conseguido vaga, em estar sendo atendido e em estar livre do problema. Isto foi expressado por Orquídea: "Estou feliz em poder operar", e por Dália: "Estou feliz em ter operado, por estar reagindo bem". Disse também que estava feliz por ter recebido visitas dos familiares.

A tranqüilidade foi outro sentimento que se evidenciou no transcorrer das Trajetórias, tendo sido algumas vezes por mim percebida, outras vezes por eles verbalizada. Dália e Orquídea demonstravam esta tranqüilidade ao se entregar incondicionalmente aos cuidados. As filhas de Margarida verbalizaram-na quando souberam que eu iria acompanhar o pai durante a cirurgia.

Por outro lado o medo surgiu fortemente entre alguns dos integrantes deste estudo. Medo às vezes verbalizado, às vezes velado. Podemos observar nas falas de Violeta: "Tenho medo de morrer", "Tenho medo que deixem uma tesoura na minha barriga", "Eu tinha medo daquela anestesia..." Mostrava-se inseguro com a equipe médica, mas tinha esperança que tudo corresse bem. Sentimentos antagônicos bem presentes, como forma de sublimar o medo. Cravo também verbalizava medo da anestesia e de estar entre estranhos no CC.

Entre as Flores deste Jardim, evidenciou-se a preocupação com o trabalho. Todos os integrantes do estudo esperavam sair-se bem na situação cirúrgica; todos, sem exceção, queriam se recuperar logo para voltar a trabalhar. Mesmo aqueles que eram aposentados tinham nova ocupação e se sentiam necessários e insubstituíveis.

Um ponto relevante foi o imediatismo com relação à aprendizagem. As orientações pré-operatórias não foram bem aceitas pela maioria dos pacientes; eles queriam saber sobre o que estava acontecendo no momento. Quando eu queria explicar sobre CC para Dália, ele disse-me: "Na hora eu vejo!" Contudo, quando as orientações eram referentes ao momento vivido, o compartilhar de conhecimentos se efetivava. No que se referia aos cuidados pós-alta, era um pouco diferente, as orientações eram bem recebidas e até solicitadas. Nas visitas domiciliares que realizei pude constatar que foram seguidas na sua maioria.

...o ser humano possui poder vital..

Todas estas dimensões que até aqui se evidenciaram encontram-se entre as variáveis que influenciam o poder vital do ser humano. No Jardim deste Estudo, durante a situação cirúrgica, pude perceber esta força interior sendo potencializada e/ou enfraquecida, dependendo da influência exercida pelas variáveis.

Orquídea era uma pessoa que se amava e se sentia amada, planejava o futuro, cria em Deus e confiava na equipe de saúde. Estes pontos reforçavam seu poder vital e o impulsionavam

para a vida. Em determinado momento, ele desanimou pela ausência do médico. Foi quando verbalizou seu desânimo e pudemos trabalhar isto, buscando outras variáveis positivas e incentivos, esclarecendo que outro médico, da mesma equipe, havia passado visita naquele dia. Aconteceu que a interação de Orquídea com um dos médicos da equipe fora tão intensa que a sua ausência enfraquecera seu poder vital. Após nossa conversa ele reagiu e mostrou-se mais animado.

Dália mostrava seu poder vital potencializado, se achava forte, tinha vontade de ficar bom logo. Dizia: "Eu sou 'bugre', já melhora", "Eu tenho que ser forte, pois agora minha filha e minhas três netas precisam de mim". Sua auto-imagem surgiu reforçada quando disse: "Eu gosto de nadar, meu patrão diz que eu sou o melhor nadador". Ele fazia planos para o futuro: "Nos primeiros tempos vou fazer coisas leves". Quando se mostrou abatido, foi por mim incentivado e logo reagiu, levantou-se do leito e participou de seus cuidados. Tanto Orquídea quanto Dália foram exemplos de poder vital fortalecido, positivo, que se projeta para a vida, assim como Margarida, que chegou a verbalizar isto: "Eu sinto que estou bem, que estou reagindo por dentro". Em algumas ocasiões seu poder vital oscilou, como na hora da anestesia e da alta precoce, porém reagiu prontamente aos incentivos recebidos.

Estas situações mostram que o poder vital do ser humano é dinâmico e instável, que necessita incentivos para sua potencialização.

Na Trajetória com Cravo podemos ver o inverso, quando seu poder vital, a princípio enfraquecido foi, aos poucos, potencializado. Sua auto estima abalada, enfraquecia mais ainda seu poder vital. No decorrer do Trajeto trabalhamos sobre isto, no início ela dizia: "Quando estou doente não me pinto, não vou me arrumar..." A revolta com a situação (ela havia sido atropelada e sofrido várias fraturas) também a enfraqueciam. Durante a hospitalização ela chorava muito, seu filho também chorava e reclamava da situação, isto abalava seu poder vital.

Por outro lado tal situação a incentivava para reagir e apoiar o filho. Com o passar dos dias ela ia aceitando a situação vivenciada e iniciando seus planos para o futuro, tais como: preparativos para a alta, para onde iria, providenciar muletas e até pensar em programar a cirurgia da outra perna. Isto era sinal que seu poder vital estava reagindo! Neste contexto, o carinho e a atenção dos outros pacientes hospitalizados a fortaleciam, assim como sua família, a equipe de saúde e a minha atuação. Na visita domiciliar encontrei-a arrumada, pintada e bem animada!

Cuidar deste Jardim, estudando-o, levou-me à constatação de que o poder vital, a que Florence Nightingale se referia, é algo latente dentro do ser humano. Compreendi que podemos atuar de forma a "Despertar sua força para que ele tenha acesso a ela e possa atingir o melhor estado de saúde possível". (Remen, 1993, p.206)

Ao finalizar esta reflexão sobre o conceito de ser humano por mim proposto no Marco Conceitual e os Seres Humanos que se apresentaram durante a Trajetória da Assistência, percebo que o proposto e o encontrado se identificam, reforçando a minha formulação mental. Percebi também que o ser humano, ao vivenciar uma situação cirúrgica, recebe influências da mesma, sendo levado a rever seus valores, suas crenças, seus relacionamentos e, na maioria das vezes, promove maior aproximação familiar. Pude confirmar que o ser humano é singular, integral, indivisível e insubstituível, e que ele possui um poder vital. Este poder vital, inerente ao ser humano, que num primeiro momento pensei sempre ser impulsionador para a vida, mostrou-se oscilante, mostrou-se sensível à potencialização e/ou ao enfraquecimento. Neste oscilar ele pode tender para a vida, impulsionando o ser humano para a vida. Pode também, no outro extremo, tender para a morte, reagindo negativamente na sua interação com o meio ambiente.

Meio-Ambiente

A Trajetória dos integrantes deste estudo foi semelhante, envolvendo percursos e momentos diversos. Há uma tendência a coletivizar as situações, levando o ser humano a perder sua individualidade. Porém, se estivermos dispostos a olhar enxergando, veremos que sua singularidade se sobressai nesta tentativa de coletivização, reagindo e mostrando, que existem semelhanças sim, mas que também existem diferenças no meio ambiente em que cada ser humano interage.

...envolvendo condições e influências internas...

As características individuais de cada Flor deste Jardim garantiram sua singularidade, contribuindo para a pluralidade. A maioria delas reagia bem ao tratamento, sendo que algumas se mostravam mais fragilizadas - também pelas características particulares a cada situação cirúrgica. Alguns estavam se submetendo à cirurgia aceitando-a e até por opção, outros sentiam a obrigatoriedade em operar-se. Podemos perceber várias destas condições e influências internas ao meio ambiente de cada um através das seguintes reações e verbalizações: Orquídea vibrava com a sua evolução: "Tudo está dando certo."; Dália se programava para a alta: "Nos primeiros tempos eu vou fazer coisas leves."; Violeta se constrangia ao depender da enfermagem - não queria incomodar: "é chato fazer essa sujeira e alguém ter que limpar."; e Cravo ressaltava sua espiritualidade: "Me apego com Deus."

...condições e influências externas ...

Neste jardim, o "terreno" foi semelhante para cada uma das Flores, propiciando aeração, limpeza, aquecimento e luminosidade adequados. Oferecia relativo conforto, tais como: roupas de cama/banho limpas; banheiro anexo ao quarto, com chuveiro quente; alimentação aquecida e servida na hora certa; etc...

No que se referia a suas residências, até pelas suas semelhanças sociais, apesar de manter sua singularidade, apresentavam analogias. As residências que tive oportunidade de visitar eram mantidas higienizadas e tinham infra-estrutura sanitária (água encanada e rede elétrica). Estas semelhanças auxiliavam a ambientação dos pacientes no hospital.

Apresentava também infra-estrutura física e tecnológica, ambiente cirúrgico asséptico e aparelhagem adequada às intervenções que foram realizadas. Além disto, a equipe de saúde se mostrava segura ao utilizar a tecnologia oferecida.

...propiciando meios de prevenção...

Existia preocupação com a prevenção de infecções, liderada pela CCIH, que estabelecia normas e rotinas para este fim. Medidas simples que Florence já falava, como: limpeza e aeração, observação da ocorrência das infecções; até as medidas mais sofisticadas que envolvem toda a tecnologia atual. Esta constatação reforça os princípios deixados por Florence e usados até hoje. Grande ênfase era dada ao treinamento de pessoal com vistas à prevenção de infecção hospitalar. Dentre as normas de prevenção de infecções, existe técnica pré-operatória apropriada para a anti-sepsia da pele. Apesar disso, em um dos casos deste estudo, um membro da equipe cirúrgica realizou a anti-sepsia de forma incorreta e no momento nada havia a ser feito a respeito, apenas a posterior observação do paciente. O membro da Equipe Cirúrgica que realizou este procedimento estava sendo acompanhado por um professor, a quem competia re-orientá-lo quanto à técnica correta. Observei que esta intercorrência aconteceu em apenas um dos casos deste estudo.

Em todas as trajetórias eu tive oportunidade para abordar os pacientes sobre prevenção de infecções, reforçando a retomada desta preocupação nos últimos anos tendo em vista a importância destes cuidados para o segmento dos pacientes. Percebi que eles tinham certa preocupação a respeito, assim como tinham noção de contaminação. Isto foi expresso por

Violeta, quando eu solicitei que ele evitasse colocar a mão sobre a incisão: "Se puser pode provocar infecção, né?", ou ainda pela preocupação das filhas de Margarida com relação aos curativos do pai. Esta atuação visava propiciar aos pacientes condições de biossegurança.

...contribuindo para a saúde...

Segundo Le Shan (1992, p. 91), "A idéia que não é nova na medicina, mas que neste século desempenhou um papel menor - é a de que, se houver um ambiente positivo - social, emocional, nutricional, espiritual -, a capacidade de autocura do corpo pode fazer muita coisa"; esta afirmação, reforça as colocações que Florence nos deixou. Ao cuidar deste Jardim, pude constatar influências e condições do meio ambiente fortalecendo o poder vital do ser humano, contribuindo para sua saúde. Dentre estas, destaco principalmente o envolvimento familiar, assim como a interação existente entre os pacientes e a assistência prestada. Dália chegou a verbalizar: "Todos aqui atendem bem a gente! "

Pude também perceber condições e influências que enfraqueceram o poder vital dos pacientes, tais como: o estado nutricional deficiente, intercorrências que envolveram o processo anestésico, a ausência de familiares, ausência de médicos, etc...

... proporcionando condições para relacionar-se...

Ao envolver a situação cirúrgica, o meio ambiente do Jardim deste Estudo propiciava o relacionamento entre os pacientes, familiares e equipe de saúde. Os pacientes tinham liberdade de ir e vir pela unidade/hospital, visitando-se, interagindo e trocando experiências. Podemos ver isto pela fala de Dália: "É, ontem eu visitei todos aí do corredor..."; ou pela de Orquídea: "Eu tinha ido passear pelo hospital."; Violeta trocava experiências: "Uns dizem que é fácil, como aquele senhor moreno que operou sexta-feira. Ele diz que é fácil, que não doeu nada! Outro que operou outro dia, diz que é um horror! "

As visitas eram restritas a um determinado horário. Alguns pacientes recebiam vários visitantes, solicitavam a presença dos familiares e os esperavam com ansiedade. Dália, tão logo saiu do CC solicitou que eu entrasse em contato com a filha e pedisse que ela viesse vê-lo; Margarida tinha certeza que os familiares viriam. O envolvimento familiar se configurou fortemente através de visitas e/ou telefonemas, e isso fortalecia os pacientes na situação.

...Abrangendo a situação cirúrgica vivenciada...

Considerando a situação cirúrgica não apenas o ato cirúrgico em si, mas também os períodos pré e pós-cirúrgicos, ela envolve a mudança da rotina diária do paciente, e o expõe a vários momentos e contextos diferentes em um curto espaço de tempo. Neste estudo interagimos em diversos locais com diferentes grupos de pessoas. É importante lembrar que o paciente deixou o seu lar, com todas as suas peculiaridades, principalmente seus familiares e adentrou em um contexto desconhecido para ele. Algo que se evidenciou neste processo foi que a maioria dos pacientes não demonstravam curiosidade em saber detalhes sobre o CC e a SRPA, nem o que aconteceria por lá. Alguns pensavam que já sabiam, outros diziam que na hora veriam. Apenas um deles questionava muito, observei que se apresentava inseguro e ansioso na situação.

Quando eu fazia a visita domiciliar pós alta, a postura dos pacientes era outra, literalmente eles se sentiam em casa, apresentavam-se mais seguros e mais à vontade.

Analisar as dimensões do meio ambiente, como um todo, foi para mim um profundo exercício de reflexão. Ao partir de uma proposta teórica em busca de seu confronto com a realidade vivida eu tinha uma noção do que iria encontrar. Agora posso afirmar que este elemento teórico me direcionou por um caminho onde, passo a passo, eu percebi nuances que, como peças de um quebra-cabeça, encaixavam-se e mostravam a riqueza do desenho configurado. Eu ousei dizer que o ser humano é também seu meio ambiente, por dentro e por fora, que cada ser humano faz parte do meio ambiente do outro. Ao mergulhar nos dados, pude

comprovar que realmente somos como um emaranhado, um adentrando e influenciando o outro. E com tudo o que nos circunda, com todo o universo, fazemos parte deste meio ambiente em que vivemos, interagimos e trajetamos entre a saúde e a doença. Assim, as condições e influências que compõem o meio ambiente são recursos disponíveis que podemos usar na potencialização do poder vital do ser humano.

A partir da noção teórica do que eu encontraria, trajeteci pelo Jardim do meu Estudo em companhia das mais belas flores naqueles momentos - Orquídea, Dália, Camélia, Cravo, Violeta e Margarida - as Flores que compunham o meu Jardim. Esta trajetória reforçou meu pensamento, conforme afirmeci no marco conceitual que construí e continuo afirmando, porém agora com muito mais propriedade, que o meio ambiente se constitui em ... *muito mais do que sou capaz de registrar no meu imaginário...*

Saúde-Doença

No transcorrer deste estudo pude conviver com seres humanos em diferentes fases de vida. Alguns mais, outros menos jovens, porém as situações de saúde-doença tinham semelhanças. Ao percorrer as Trajetórias de Assistência com os pacientes integrantes deste, percebi que, apesar de eles estarem vivenciando uma situação cirúrgica, podiam apresentar-se enquanto seres saudáveis. Esta reflexão me reportou ao pensamento de Meleis (1992, p.53) "Ser saudável não implica em oferecer uma visão estática de saúde...Ser saudável é um modo de vida, uma atitude, uma concepção, uma história..." Então, imbuída deste pensar, passei a olhar para o Jardim do meu estudo com o intuito de analisar como o binômio saúde-doença foi expresso entre suas Flores.

...um processo dinâmico e influenciável...

A situação cirúrgica, até por suas próprias características, tais como: diversidade de pessoas que "manipulam" o paciente e mudança de locais para procedimentos específicos, configura-se num processo dinâmico, quando os acontecimentos se desencadeiam em ritmo próprio. Sendo a situação cirúrgica parte integrante do processo saúde-doença, estas considerações nos auxiliam a perceber seu dinamismo.

Este próprio dinamismo, associado às características individuais de cada ser humano, bem como às características do meio ambiente com quem ele interage, contribui para que este processo saúde-doença seja influenciável. Isto pode ser observado na fala de Orquídea : "Na outra cirurgia foi tudo bem, agora eu também vou passar bem", ou ainda quando Violeta questionava sobre tudo e manifestava-se: "Tenho medo da anestesia. Falam tantas coisas..." Camélia estava muito insegura na situação cirúrgica, não conseguia interagir com a equipe de saúde, porém quando sua cirurgia foi suspensa ela mostrou-se animada em ir para casa, aliviada por não se submeter ao procedimento naquele momento. Passou a se interessar em obter orientações sobre a sua anemia. Cravo, apesar de ter tido uma experiência negativa na cirurgia anterior, em outro hospital, confiava no médico que a assistia e se sentia bem neste hospital.

...ser capaz de usar bem qualquer poder...

A maioria dos pacientes buscava reagir neste processo; suas crenças, valores e sentimentos eram muitos evidenciados.

O pensamento e o desejo de que tudo corresse bem era evidente entre eles. Podemos confirmar isto nas palavras de Orquídea: "Se Deus quiser, tudo vai correr bem", e de Dália: "Tudo está dando certo". Isto os impulsionava para a vida, eles faziam planos: Cravo: "Logo eu vou tomar banho de chuveiro e andar de muletas. Vou cozinhar e lavar louças"; Camélia queria sarar para voltar ao trabalho, assim como Dália e Orquídea. A espiritualização da situação, como

poder para restaurar a saúde, foi muito utilizada, durante todo o estudo, alguns mais, outros menos. Cravo solicitava orações e Orquídea orava, por si e pelos outros pacientes. Eles buscavam apoio, mas nem sempre conheciam as fontes de poder que possuíam. Fazia-se então necessário um reconhecimento, uma análise sobre o contexto com cada paciente e, desta forma, em conjunto descobrir, despertar e incentivar estas forças em prol de sua saúde. Conforme nos diz Remem (1993, p.197), "...permitindo que as pessoas se tornem conscientes de forças pessoais anteriormente desconhecidas para mobilizá-las em favor de sua cura..."

Violeta foi um paciente que necessitou constantemente desta análise; ele não conseguia reconhecer e usar estas forças. Exemplo disto é a situação em que ele estava muito ansioso com relação à cirurgia e eu sugeri que ele conversasse com outro paciente que já tinha sido operado e estava bem. Eles conversaram e o outro paciente pode incentivá-lo, trocando experiências e reduzindo sua ansiedade.

...usar os recursos disponíveis...

Segundo Remem (1993, p.185) "Os recursos do paciente não se encontram apenas em suas próprias forças humanas, mas também nas da enfermeira, médico, assistente social, amigos, família e todos que se preocupam com seu bem estar". Nesta minha reflexão eu vou além, dizendo que tudo o que permeia a assistência do ser humano com seu meio ambiente pode vir a ser recurso utilizado no processo saúde-doença. Precisamos convidar o paciente para observar, descobrir e utilizar os recursos que estão disponíveis para um viver saudável.

Dentre as Flores do meu Jardim, Orquídea e Margarida utilizaram o humor como recurso. Recurso para interagir, para relaxar, para disfarçar... Orquídea, no centro cirúrgico disse-me: "Você parece uma astronauta com esta roupa", e riu, ao sair da Sala de Operações, ainda sob efeito de raquianestesia disse: "Minhas pernas parecem tocos".

O cooperativismo entre pacientes foi um recurso muito usado entre eles. O compartilhar experiências era uma constante, assim como ajudar aquele que precisava. Esta constatação também foi feita no estudo de Hense (1987, p.123), "Os colegas de quarto são fonte de ânimo, de distração e de ajuda mútua."

A família se evidenciou também como recurso. Sua presença animava-os e pensar e falar sobre ela os incentivava. Dália verbalizou : "Eu tenho que ser forte, pois agora minha filha e três netas precisam de mim". Cravo, quando recebia visitas dos familiares sentia-se com mais coragem para enfrentar a situação, solicitava a presença dos mesmos pois percebia o quanto isto lhe era benéfico. As famílias de Cravo e de Margarida se preocupavam em providenciar acomodações para recebê-los após a alta e este fato os confortava e animava .

Neste percurso senti-me como um recurso disponível no meio ambiente, buscando descobrir, apoiar e potencializar o poder vital de cada uma das Flores do Jardim .

...o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas...

Os pacientes que integraram este estudo foram submetidos a cirurgias limpas, eletivas e de pequeno porte. Dentre eles dois apresentaram leve desnutrição, uma anemia e um suspeita de diabete; estas intercorrências aumentaram os riscos inerentes à cirurgia, principalmente no que se referia à infecção hospitalar.

Contudo, mesmo com estes agravantes, as características das cirurgias aliadas ao programa de prevenção de infecções hospitalares desenvolvido no hospital do estudo, diminuíram os riscos a que os pacientes estavam expostos. É sabido que um Hospital Escola é um dos fatores de risco de infecção, devido ao grande número de aprendizes que manipulam os pacientes. Entretanto, no meu entendimento este fator foi atenuado, principalmente, pela atuação de CCIH junto à equipe de saúde.

O estado físico dos pacientes (ASA) ao serem anestesiados estava dentro do normal (variaram entre 1 e 2), e os tempos cirúrgicos (cut point) não superaram o limite de tempo aceitável para as cirurgias. Estes fatores foram importantes para a prevenção de infecções hospitalares.

Algumas situações que ocorreram ajudam-nos a perceber as nuances da situação cirúrgica, como mostradas a seguir:

Cravo, que fora submetida a anestesia geral, com colocação de haste de platina e gesso sobre a incisão, estava com deficiências nutritivas, pois não conseguia habituar-se à comida oferecida no hospital, apresentando maior risco de infecção. Todavia, sua resposta auto-imune foi positiva, a potencialização do poder vital ajudou a mobilizar seu sistema imunológico, e ela não desenvolveu infecção.

Violeta apresentava-se com medo e muito ansiosa, com emagrecimento e suspeita de diabetes. Além disto, durante o preparo cirúrgico a assepsia não obedeceu ao princípio básico do menos para o mais contaminado. O risco era acentuado. Com ele a descoberta e incentivo para o uso de recursos e forças foi evidente. Violeta saiu da situação cirúrgica sem ter contraído infecções e a suspeita de diabetes foi negada.

A necessidade de se submeter à cirurgia, levou as Flores deste Jardim a expressarem uma certa obrigatoriedade, porém esta culminou com, a sensação de libertação de algo que os estava limitando e incomodando. A felicidade e a tranquilidade, assim como o medo que os dados deixam transparecer, com certeza contribuíram para que todos eles - cada um à sua própria maneira - circulasse pela Trajetória Cirúrgica numa atitude de busca de recursos e uso do poder que se apresentava. Pode-se perceber neste Trajeto que a natureza agiu em cada ser humano, reforçando o entendimento do que Florence Nightingale dizia acerca da doença, que era um esforço da natureza para restaurar a saúde.

Minhas reflexões a respeito do binômio saúde-doença são bem anteriores à proposta aqui apresentada, e elas culminaram com esta análise, mas, com certeza não se encerram com ela. Pensar na saúde e na doença como um contínuo foi para mim um grande desafio, o que me conduziu a um crescimento acentuado. Hoje minha percepção deste processo está ampliada, oportunizando-me uma prática também ampliada. Mas como este pensar se refletiu quando confrontei minha proposta teórica com os dados que se apresentaram? No meu entendimento, os dados foram, pouco a pouco, consolidando-a, como a construção de um alicerce. Eles afloraram a percepção de que o ser humano pode e deve ser ativo neste processo. E também confirmaram o que nos lembra Meleis (1992, p.37) que, já no século XIX, Florence Nightingale "focalizou a habilidade da enfermeira em auxiliar o potencial de cura pessoal dos clientes".

Enfermagem

Florence Nightingale, em 1859, registrou sua concepção de enfermagem enquanto arte, e que esta arte deveria estar embasada em conhecimentos científicos organizados. A expressão da arte através da sensibilidade, criatividade/imaginação e habilidade, sempre embasada na ciência, foi uma constante na Trajetória pelo Jardim deste Estudo. Posso afirmar que a arte e a ciência fundamentaram a Enfermagem neste contexto, portanto nesta análise elas emergem espontaneamente em todos os momentos.

...Observando princípios bioéticos...

Me deixar conhecer pelos pacientes deste estudo foi minha proposta desde o início, da mesma forma que apresentar meu trabalho, esclarecendo-o e dando-lhes opção para participarem ou não. Alguns não questionaram a respeito, aceitando a participação imediatamente, como ocorreu com Orquídea: "Sorte minha que você me escolheu, vou ser bem cuidado, faço gosto", e com Dália: "Por mim tudo bem". Outros queriam saber maiores detalhes, como Cravo quando

falei sobre o trabalho e que queria cuidar dela, perguntou-me: "Mas, cuidar que você diz é... tipo dar banho... ou ir no CC"? Expliquei-lhe então que seria isto e o que mais fosse necessário, que eu queria estar com ela antes durante e depois da cirurgia, e que ela poderia aceitar ou não. Ela respondeu-me: "Ah, eu quero sim!", e virou-se para a paciente do outro leito: "Você viu R...! (a paciente do leito ao lado). Eu pedi a Deus alguém para segurar minha mão no CC"; Margarida, quando eu lhe expus minha intenção, questionou-me: "Por que eu?" E somente após minhas argumentações aceitou participar do estudo.

Ao priorizar a vida, fez-se necessário esclarecer riscos e benefícios a que os pacientes estavam expostos. Cravo estava com movimentos limitados em função da tração transesquelética no membro inferior direito e isto dificultava sua higiene perineal. Ela sentia-se invadida na sua privacidade e sexualidade. Ofereci-me para auxiliá-la, ela hesitou e eu lhe disse para pensar se queria, e esperei seu tempo. Ela preferia fazer sozinha. Eu esclareci sobre os riscos de uma higiene precária associada a restrição ao leito e conseqüente baixa de imunidade e que isto poderia causar-lhe infecções ginecológicas, além do desconforto. A seu tempo ela aceitou minha colaboração. Cravo estava em determinado ponto da Trajetória, relutante em se submeter à cirurgia e à colocação do aparelho gessado; então lhe esclareci a importância do procedimento cirúrgico em função da reabilitação de sua perna.

O esclarecimento sobre os riscos e a prevenção de infecções hospitalares foi uma constante. Trabalhar estes pontos diretamente com os pacientes foi desafiador e gratificante ao mesmo tempo. Percebi que eles têm uma noção a respeito e, ao mesmo tempo, receio de contrai-la. Violeta tinha muita curiosidade sobre o que aconteceria com ele, e também muitas informações - a maioria negativas - sobre hospitais e cirurgias. Quando eu lhe orientei sobre a importância da higiene pré operatória e, para que ele não colocasse a mão sobre a incisão no período pós-operatório, antes que eu dissesse o porquê, ele ligou os fatos e disse-me: "É para

não dar infecção, né?" Cravo teve um período pré-operatório mais prolongado, e com a agravante de não se adaptar à alimentação do hospital. Trabalhei com ela sobre a baixa de resistência ocasionada pela nutrição deficiente, associada à restrição no leito, colocação de haste e gesso, e que estes fatores aumentavam o risco de contrair infecção hospitalar.

Com Margarida, além dos cuidados gerais de prevenção, dediquei-me também à orientação para evitar infecção comunitária cruzada proveniente da traqueostomia de sua esposa, no período pós-alta.

Ao desenvolver esta abordagem constatei que, tanto os pacientes quanto suas famílias estavam atentos aos cuidados por mim orientados, e os observavam.

Reconhecendo que o ser humano, ao vivenciar uma situação cirúrgica é, dono de sua própria vida e se entrega à assistência de uma equipe de saúde, conferindo-lhe a decisão de escolher e aplicar os recursos terapêuticos que melhor convierem (Carraro et al., 1993), foi possível singularizar o cuidado e experienciar o envolvimento do paciente e sua família na prevenção de infecções.

À esta atuação singularizada e preventiva se somou a atuação preventiva já institucionalizada no hospital, e que são normatizadas pela CCIH. Dentre as normas estão os cuidados assépticos, a higiene e o controle de antibióticos.

Como parte integrante da conduta bioética adotada, estava o esclarecimento sobre os procedimentos realizados com o paciente. Por outro lado, percebi que nem sempre o paciente está disposto a saber o que temos a esclarecer. Esta minha percepção vai ao encontro da afirmação de Remen (1993, p.208), "...um número surpreendente de pessoas não deseja ouvir esse tipo de informação, sendo pouco receptivas a ela". Portanto, a sensibilidade em perceber esta relutância e suas causas fez-se necessária na Trajetória por este Jardim, assim como o estar alerta para oferecer a oportunidade para que as Flores obtivessem as informações quando

sentissem necessidade. Exemplo disso foi a Trajetória com Margarida, ele não queria saber sobre o CC antecipadamente, porém quando lá chegamos olhava tudo com curiosidade e eu lhe explicava a utilidade de cada aparelho. Ele, então, disse-me: "Eu estava pensando - eu estou pronto para morrer! Com todos estes aparelhos - ainda bem que você me contou para que servem!"

Estas reflexões me conduziram a rever meu conceito de orientações pré-operatórias, quando eu pensava que deveria orientar tudo sobre a cirurgia e o centro cirúrgico antecipadamente, com hora marcada (por mim!). Percebi que é fundamental respeitar a hora do paciente, que cada paciente tem o seu tempo para aprendizagem, que cada um tem sua bagagem de conhecimentos e necessita diferentes orientações.

Estas constatações encontram reforço na colocação de Carraro et al. (1993, p.136) de que "O papel da Enfermagem em seus cuidados com o paciente, por vezes, transcende às normas e rotinas. A ética a ser praticada, no nosso entendimento, requer atitudes e comportamentos que se constroem no dia-a-dia e nas interrelações com os seres humanos de forma singular."

... propiciando condições para a potencialização do poder vital..

Remen (1993, p.206) cita-nos o depoimento de uma enfermeira: "Vejo nosso trabalho como o de nutrir o paciente; o de despertar sua força para que ele tenha acesso a ela e possa atingir o melhor estado de saúde possível". Concordo com sua colocação e acredito que vá ao encontro do que Florence Nightingale queria nos dizer quando nos legou a incumbência de facilitar a recuperação da saúde do ser humano. Vejamos como isto surgiu entre as Flores deste Jardim.

Quando se evidenciava o medo e a ansiedade entre eles, eu os ouvia e dialogávamos sobre o que os estava afetando. Desta maneira eles desabafavam seus temores e descobríamos juntos o que poderia reforçar seu poder vital. Muitas vezes apenas ouvi-los já era uma forma de

reforço. Cravo mostrava-se temerosa no que se referia a anestesia, falou-me sobre isso e concluiu: "Tenho duas experiências positivas. Tenho que enfrentar mais esta. Sei que Deus vai estar comigo e que tudo vai correr bem." Violeta estava inseguro na situação, tinha medo de tudo (operação, anestesia, negligência médica...). Conversamos muito a respeito, e ele trouxe as experiências dos companheiros, tanto positivas quanto negativas. Tentei incentivá-lo a buscar experiências positivas, que isto o fortaleceria na situação cirúrgica e ele verbalizou: "É, eu preciso reagir, eu tenho que operar, não dá mais." Ao se conscientizar da "obrigatoriedade" de sua cirurgia, do fato que a hérnia o estava impedindo de viver uma vida saudável, ele passou a buscar forças para reagir na situação.

Quando Orquídea disse-me: "Estou desanimado! O Dr."X" não veio me ver!...Acho que o Dr."X" esqueceu de mim!", fiquei alerta ao seu visível desânimo. Conversamos sobre o fato, eu lhe fiz vários questionamentos e, fomos percebendo em conjunto que, naquele dia, outro integrante da equipe cirúrgica havia passado a visita. Ao entender que "seu médico" não o havia abandonado, que outro médico viera vê-lo naquele dia e que isto era um procedimento normal naquele hospital, ele sentiu-se mais confiante e apresentou-se mais tranquilo e animado. Seu poder vital reagiu.

Alguns pacientes mostravam-se com sua auto estima abalada e este fato enfraquecia seu poder vital. Posso citar o caso de Dália, que se sentia impossibilitado para desempenhar seu papel de pai, por estar hospitalizado em Florianópolis. Mostrava-se abalado e desvalorizado neste momento. Procuramos ver quais as implicações deste seu afastamento temporário e ele mesmo concluiu que, apesar de estar longe dos filhos que moravam em Laguna, estava próximo dos que residiam em Florianópolis, e que esta era uma oportunidade para estar junto destes filhos e desempenhar seu papel de pai, com eles. Ao se conscientizar disto, ele procurou usufruir o máximo da companhia dos familiares, que o visitaram todos os dias durante sua estada no

hospital. Sentiu-se importante para a família como um todo, e se preparava para voltar a assumir suas atividades normais. Dizia-me: "Eu tenho que ser forte..."

Cravo se abalava ao olhar suas pernas atrofiando-se dia-a-dia, verbalizava seus sentimentos: "Minhas pernas no que estão viradas! Eu tinha orgulho delas, eram grossas, bonitas, e agora..." Este era um momento muito precioso para fortalecer seu poder vital, então eu lhe mostrava os outros pontos positivos, tais como: que sua cirurgia já fora realizada, que dentro de algum tempo ela poderia iniciar os exercícios com as pernas, que sua família estava ao seu lado lhe apoiando, etc... Também aproveitava a oportunidade para falarmos sobre alimentação adequada e o quanto era importante para sua recuperação que ela tomasse banhos de sol. Ao explicar-lhe que tão logo ela voltasse a fazer movimentos regulares e a se alimentar adequadamente, iria, aos poucos, recobrar não só a aparência mas, também, os movimentos com as pernas, ela interessou-se. Voltou a tocar neste assunto outras vezes, como para se certificar do que eu dissera. Estes esclarecimentos ajudaram-na a se motivar para colaborar no tratamento, fortalecendo seu poder vital.

Mostrar a perspectiva de recuperação e reintegração na sociedade foi outra maneira que encontrei para potencialização do poder vital dos pacientes nesta Trajetória. Olhar para um horizonte maior, fazia com que eles se sentissem motivados para reagir na situação cirúrgica. Com Orquídea, planejávamos sua recuperação sem recidiva, pois ele já operara a hérnia e ela "voltara". Seu maior objetivo era ficar sem a hérnia. Ele me disse, ao receber alta: "Deus vai comigo, vai me ajudar a fazer o repouso e a ficar bom logo". Havia solicitado vários esclarecimentos sobre os cuidados necessários para sua recuperação e se programava para voltar ao trabalho "Mas só depois que terminar o repouso!"

Margarida pretendia voltar a cuidar de suas vacas, do pasto e do quintal, mas só depois que tivesse alta médica. Ele também se preocupava com a família, principalmente com a esposa doente. Sabia que seus familiares precisavam dele, e isto potencializava seu poder vital.

Minha proposta de acompanhá-los ao CC foi muito bem aceita por todos, e no meu modo de ver foi uma variável que potencializou o poder vital das Flores deste Jardim. A maneira como eles me olhavam, a tranquilidade que verbalizavam e a interação que pudemos experienciar reforçaram esta percepção. Orquídea, durante a visita domiciliar pós-alta, contava, para sua filha e para mim sobre o CC, e disse-nos: "Eu estava lá deitado e ela punha a mão na minha cabeça". Ele falou de uma forma carinhosa e mostrando que foi muito importante eu tê-lo acompanhado ao CC; Cravo várias vezes falou sobre este momento, para ela foi fundamental ter alguém para segurar a sua mão. No meu entendimento quando ela se referia a "segurar minha mão" era algo bem mais profundo do que o ato em si, era o "estar junto" compartilhando um momento decisivo não só da sua situação cirúrgica, mas da sua vida. Quando, posteriormente, eu lhe solicitei para relatar como fora a experiência no CC, ela disse-me:

Eu dizia para minha irmã - como eu queria alguém conhecido comigo no CC, para eu não ficar sozinha com os médicos, o anestesista... - e ela me dizia: mas você já teve a experiência, já sabe como é, e vai correr tudo bem - e daí você chegou e foi comigo e isto foi muito bom. Eu estava nervosa antes, mas, lá eu fiquei calma porque eu sabia que você estava comigo, eu não estava sozinha.

Estes relatos complementam-se pelas colocações de Carraro et al. (1993, p.126), "Muitas vezes o simples segurar da mão é um gesto suficiente para transmitir segurança ao paciente e levá-lo a relaxar, diminuindo sua ansiedade. Conversar e chamá-lo pelo nome são pontos fundamentais para a singularização do cuidado. E a singularização do cuidado é um refletir de vida e do universo". Avançando neste pensamento posso dizer que ao singularizar o cuidado estaremos propiciando condições para a potencialização do poder vital do ser humano.

...a enfermagem utiliza estratégias...

Em todo o percurso da Trajetória as estratégias se fizeram presentes, seja no intuito de prevenir infecções e doenças, seja para a manutenção e recuperação da saúde, propiciando conforto e biossegurança aos pacientes. Elas englobaram também procedimentos básicos, muitas vezes, surpreendendo pacientes e a equipe de saúde. Exemplo disto é a pergunta de Cravo quando, no nosso primeiro contato, eu me propus a trocar sua cama: "Mas você? Você troca?" E ainda em outra ocasião em que eu e a auxiliar de enfermagem arrumávamos o leito e percebi seu questionamento sobre o porquê de eu estar desenvolvendo estas atividades "elementares". Acredito que ao desenvolver essas atividades pude estar junto aos pacientes e equipe e que elas foram facilitadoras da nossa interação.

Em todas as Trajetórias, a educação à saúde se evidenciou pelo compartilhar de conhecimentos. Procurei respeitar a curiosidade e a necessidade de cada um, selecionando as informações e serem compartilhadas, como também o seu momento de receptividade. Quando Dália disse-me: "Na hora eu vejo ", percebi que naquele momento ele não queria saber sobre o CC e sua cirurgia, e que eu deveria estar aberta e atenta para esclarecer as dúvidas na hora em que elas surgissem. Mostrei-me receptiva a aprender com eles e, um exemplo disto foi quando Margarida mostrou-me como acender a lâmpada de cabeceira do seu quarto. Ele pareceu-me orgulhoso e feliz em poder ensinar-me algo.

Uma das estratégias que adotei e se mostrou muito significativa foram as visitas domiciliares, pois elas propiciaram momentos de interação conjunta com as famílias do estudo. Foi durante estas visitas que pude checar a ocorrência ou não da infecção hospitalar e também, avaliar a aplicação da metodologia proposta. Foram estratégias que ajudaram a potencializar o poder vital dos pacientes e seus familiares, pois todos eles se sentiram valorizados com minha

disponibilidade em ir visitá-los. Por outro lado, era a oportunidade que tínhamos para sanar algumas dúvidas que tivessem perdurado, e também para conhecer o lugar onde viviam.

Em algumas trajetórias, telefonemas foram meios por nós usados para comunicação sobre o estado do paciente, bem como para compartilhar informações sobre saúde-doença.

Apreciar o conceito de enfermagem proposto neste estudo à luz dos dados por ele apresentados, foi um verdadeiro exercício de reflexão, que mexeu profundamente no meu ser. Participar da configuração da Arte da Enfermagem neste Jardim foi estar sensível para perceber as necessidades e o ritmo de cada um, em cada momento da trajetória; foi usar criatividade e imaginação para reconhecer os recursos que se apresentavam naquele momento; e foi lançar mão de habilidades para articular necessidades e recursos, sempre no intuito de fortalecer o poder vital de cada uma de suas Flores.

Neste caminhar pela arte, tivemos como companheira inseparável a Ciência, enquanto suporte, respaldo e direcionamento durante toda a Trajetória. Ao vivenciar a Enfermagem - Arte e Ciência - ela mostrou-se como integrante do meio ambiente - conforme concebido neste marco; mostrou-se atuante no processo saúde-doença a que estamos expostos sempre buscando a humanização da assistência, conforme a concebia Florence Nightingale.

Ao iniciar este processo de análise não o planejei desta maneira, posso dizer que não o imaginei, mas fui aos poucos, passo-a-passo, vendo-o se delinear. E acredito que sua riqueza está, justamente, nesta sua forma de se apresentar, autêntico e singular, contribuindo para a pluralidade da Prática da Enfermagem.

E como foi minha prática durante esta Trajetória?

Quando iniciei a implementação desta Trajetória da Assistência, minha primeira percepção foi de que esta Metodologia, embasada num Marco Conceitual, proporcionava-me

uma perspectiva de assistência sistematizada e singular. Eu levava o embasamento teórico para desenvolver a prática, e sabia que a prática deste momento enriqueceria o teórico para o próximo encontro. No transcorrer da Trajetória, sentia-me motivada para prosseguir, principalmente porque começavam a surgir, na prática, pontos do Marco Conceitual que a embasavam.

Na primeira etapa desta Metodologia, Conhecendo-nos, usei um Roteiro Básico para coleta de informações, o qual consta de duas fases distintas: uma referente ao paciente/família e outra referente a mim mesma. Este roteiro auxiliou-me na sistematização da coleta de dados, porém não senti necessidade de segui-lo à risca, pois os dados fluíam naturalmente nos diálogos e observações. Os itens deste roteiro referentes a Dados de Identificação, Tipo de Admissão e História de Saúde-Doença embasaram a Análise Documental.

Desde a minha graduação eu me sentia incomodada em não poder me expor para o paciente. Isto era uma "cobrança" na época, quando alguns professores nos diziam: "Deixem a vida particular de vocês em casa e venham para o hospital sem trazer seus problemas". Eu não gostava de me esconder atrás de uma profissão! Penso que para ser uma profissional competente e assistir ao ser humano integral eu preciso perceber-me, sentir-me e agir como um ser humano integral.

Neste Jardim, em que eu pude me mostrar, senti-me gratificada, me senti mais gente. Esta reflexão me remete ao pensamento de Horta (1976, p.III): "Como enfermeiros não deixamos de ser gente, membros do humano rebanho que habita a terra. Temos nossas fraquezas e fortalezas, nossas dores, nossas tristezas e alegrias, nossas gratificações e frustrações, estamos sujeitos a toda problemática que envolve também o ser humano a que nos propusemos assistir..."

Senti que ao se delinear, a etapa Conhecendo-nos tornou-se rica no processo interativo, pelo fato de eu estar disposta a me deixar conhecer e não somente estar ali para "saber coisas" a respeito dos pacientes e suas famílias. E esta minha atitude para com eles, como ser humano e

não apenas como profissional, e ao percebê-los também como seres humanos, levou-nos a desabrochar neste Jardim, fortalecendo assim nosso vínculo. Esta troca se configurou como um mútuo compartilhar, contribuindo para a cumplicidade entre enfermeira/paciente/família, levando-nos a nos sentirmos mais próximos e mais unidos na situação cirúrgica.

As etapas se desenvolviam com tal simultaneidade que eu sentia dificuldades em sistematizar seus registros. Qual vinha antes? E qual depois? Todavia, este fato vinha ao encontro do que eu propusera, que esta metodologia seria um processo dinâmico, aberto e contínuo; que as etapas se complementariam e ocorreriam simultaneamente, ou não. Sentia-me segura e respaldada por uma proposta embasada cientificamente. Eu refletia: Florence tinha uma visão avançada para seu tempo!... Com o respaldo de Florence as coisas foram acontecendo de forma harmônica!... Estas reflexões me animavam a prosseguir.

Eu conseguia perceber que a Arte se evidenciava a cada encontro, pois a sensibilidade estava sempre presente me subsidiando na percepção, entendimento e respeito ao ser humano e sua família. Esta sensibilidade embasava minha criatividade e imaginação e me levavam a refletir e lançar mão de habilidades para desenvolver esta metodologia. Contudo eu via nitidamente o embasamento científico como pano de fundo desta minha nova perspectiva de assistência.

No início, encontrei dificuldades em Desenhar o Trajeto e Selecionar Estratégias em conjunto com o paciente e sua família, até por uma questão de hábito. Acredito que o pensamento se configura, mas a ação é tão automática que, quando percebemos, já a executamos; não como a pensamos mas como estamos condicionados a fazer. Consciente disso, passei a me alertar para o fazer reflexivo. Aos poucos iniciei a transpor esta minha dificuldade e já planejava e atuava em conjunto com o paciente/família. Estes acontecimentos fortaleciam a

assistência na situação cirúrgica e, além de confirmar meu pensamento de que é fundamental o envolvimento da família, mostrava-me como fazê-lo.

Por outro lado, muitas vezes, durante esta caminhada eu me sentia solitária. Eu estava descobrindo e propondo uma nova forma de assistir ao ser humano, englobando sua família, e isto era diferente para a Equipe de Saúde do hospital; e o novo, muitas vezes retrai as pessoas e desperta resistências e desconfianças. Este caminhar solitário, em termos de equipe, foi talvez a maior dificuldade que encontrei. Passei, então, a refletir sobre o que estaria me levando a este sentimento e a esta reação da equipe.

Por acreditar que a prevenção de infecções passa por um trabalho junto à Equipe de Saúde, e que ele vinha sendo desenvolvido pela CCIH do hospital, minha opção foi focar a prevenção de infecções com o paciente/família. Este foi um ponto inovador na minha proposta: envolver o paciente e sua família na prevenção de infecções, o que constituiu-se também em um desafio. Ao implementar esta proposta senti que fui além da atuação que vem sendo desenvolvida nesta área, focalizei minhas ações no paciente/família, compartilhando algumas com a equipe, também por não acreditar numa atuação isolada do enfermeiro.

O fato de eu ser uma pessoa de fora, uma "estranha no ninho", dificultou a interação com a Equipe de Enfermagem. Eu tentei me aproximar e penso que em parte consegui, porém algumas das nossas atitudes divergiam, até porquê minha proposta diferia da Metodologia adotada pela equipe. Eu não tinha um horário fixo para ir ao hospital, meu horário era determinado pelo Desenho do Trajeto junto com o paciente/família. Este fato levou-me a freqüentar todos os turnos de trabalho, o que me proporcionou conhecer toda a equipe mas, ao mesmo tempo, dificultou a formação de um vínculo maior entre nós. Percebi também, que os enfermeiros tinham muitas atividades e que, mesmo se interessando pelo meu trabalho, não tinham tempo para aprofundarmos sua discussão.

Sei que é difícil chegar a um grupo já formado, que se conhece e interage há tempo e se integrar num período curto como foi a aplicação desta metodologia. Existia de minha parte a intenção em participar do grupo, mas sabíamos que isto seria temporário, fato que nem sempre motiva o grupo a "aceitar mais um".

Lembrei-me que em nosso primeiro contato, fui questionada sobre a falta de praticidade das Dissertações de Mestrado - eles sentiam falta da relação Teoria-Prática, e eu lhes colocara que minha proposta contemplava esta integração. Uma colega solicitou-me retorno de minha proposta para o grupo da unidade, dizendo que geralmente os resultados das pesquisas ali realizadas não chegavam ao conhecimento deles. Combinamos que eu traria este retorno, e ainda durante a coleta de dados trouxe-lhes resultados parciais.

Estas reflexões levaram-me a perceber que as dificuldades não eram somente minhas, mas elas se estendiam também à Equipe de Enfermagem. Percebi a importância de compartilhar os resultados de um trabalho com os co-participantes, numa forma de reforço, incentivo, reconhecimento, consideração e retroalimentação. Este compartilhar pode se configurar numa forma de integração Docente-Assistencial, o que fortalecerá a qualidade do cuidado ao ser humano.

A aplicação da Metodologia refletia o Marco Conceitual na prática. Era fascinante perceber que o **fazer, fazendo e aprendendo e teorizando à luz da prática** concretizava-se no dia-a-dia. Aplicá-la foi um constante desafio, a cada encontro novas faces se mostravam, e dentre elas surgia o inesperado que levava à **Reprogramação do Desenho**. Pude sentir a firmeza do respaldo científico para a mobilização do meio ambiente, a fim de propiciar ao ser humano e sua família condições de potencialização do poder vital. Todavia chamou-me a atenção como isto ocorreu de forma harmônica e em sintonia com o paciente, como uma arte.

Considerando que, apesar de todo o avanço tecnológico e científico, pensar e fazer prevenção de infecções hospitalares continua sendo uma questão atual e relevante, foi muito interessante trajetar pensando e fazendo prevenção de infecções diretamente com o paciente e sua família. Este propósito diferiu do habitual em nossa realidade, e lançou um novo olhar à prevenção de infecções, resgatando os conhecimentos anteriores à luz de uma nova realidade.

Ao finalizar a Trajetória pelo Jardim deste estudo, percebi nitidamente que ela possui um início, um segmento e um final. Onde existe um crescente de dependência do paciente e sua família, que necessitam de cuidados humanizados e competentes, para logo a seguir buscar sua independência. Reforcei também minha percepção de que o ser humano não vivencia a situação cirúrgica sozinho, sua família caminha com ele por este Trajeto e que é fundamental que a Enfermagem atue em conjunto com eles, com sensibilidade para esta percepção.

Como ocorreu o trajetar com a Família?

Existem trabalhos onde se procura atender às necessidades dos familiares de pacientes. A presente proposta é inovadora ao incluir o paciente/família, não como receptores, porém como atuantes na assistência. Cabe então, neste momento uma discussão e análise de como isto ocorreu no transcorrer desta Trajetória.

Molter, citada por Daley (1984) afirma que é essencial para o paciente ser considerado como um membro de uma unidade familiar. Esta afirmação fortaleceu minha proposta de atuação junto ao ser humano e sua família durante a situação cirúrgica.

Durante esta Trajetória, meu enfoque foi no ser humano que se submeteu à cirurgia, e sua família. Nesta perspectiva, o envolvimento dos familiares na situação cirúrgica buscava potencializar o poder vital do paciente e, conseqüentemente, sua recuperação mais rápida. Titler et al.(1991) cita um estudo de Daley, o qual indica que a primeira necessidade de familiares é

obter informações sobre o estado do paciente. Esta era uma de minhas preocupações, o que levou os familiares a se sentirem mais seguros e tranquilos na situação. Isto foi verbalizado pela filha de Margarida : "...fiquei muito tranqüila quando você disse que ele estava bem. Eu sabia que você ia estar com ele." Esta tranqüilidade também se refletia em Margarida: "Quando você falou com elas, eu fiquei melhor."

Agindo desta maneira pude perceber que minha interação com os pacientes e suas famílias foi fluindo no transcorrer da Trajetória por este Jardim. Os pacientes faziam questão de promover o encontro entre seus familiares e eu, e facilitavam a programação das visitas domiciliares.

Sendo que entre meus objetivos eu contemplara a prevenção de infecções, atuando diretamente com o paciente, não pude deixar de envolver sua família neste processo. Até porque muitas vezes a própria família pode ser fonte de transmissão de microorganismos causadores de infecções. Este fato, muitas vezes, contribui para que as organizações hospitalares restrinjam o contato entre pacientes e familiares. Meu papel neste contexto foi o de orientar paciente/família sobre medidas simples, mas necessárias, para evitar a contaminação, tais como: lavagem das mãos, não tocar na incisão desnecessariamente, evitar sentar-se na cama do paciente, técnica para troca de curativos, entre outras. Percebi que tanto pacientes como familiares possuíam algumas noções sobre infecções e, então eu procurava sempre partir dos seus conhecimentos prévios e complementar as orientações.

Segundo Leavitt (1984) a doença pode mudar os papéis dos vários integrantes da unidade familiar, temporária ou permanentemente. Esta afirmação pode ser constatada neste estudo, pois no momento em que os pacientes eram hospitalizados, outro membro da família assumia seu papel, não na sua totalidade, mas nas funções que a hospitalização os impedia de realizar. Algumas vezes isto incomodava os pacientes mas, na sua maioria, servia de incentivo

para se recuperarem e voltarem a assumir seus papéis. Eles planejavam suas altas e períodos de recuperação, sempre contemplando o apoio familiar.

Durante a Trajetória por este Jardim, percebi que as Flores buscavam em seus familiares o fortalecimento de seu poder vital. Pudemos várias vezes analisar juntos as situações que se apresentavam e olhá-las de forma a serem potencializadoras. Como no caso de Cravo que, ao se sentir "cobrada" pelo filho por estar restrita ao leito, percebeu que deveria aceitar a situação e reagir para melhorar, pois seu filho precisava dela. Esta minha percepção foi reforçada por Geley, quando nos diz que a maior parte dos pacientes influenciam ou são influenciados por seus familiares (apud Daley, 1984).

Chamou-me a atenção o fato de que os familiares, muitas vezes, procuravam-me para conversarmos sobre o paciente e, após isto, eu percebia que seu poder vital estava fortalecido. Isto é refletido pela própria tranqüilidade dos familiares e pela aceitação à minha assistência.

Em determinados momentos desta Trajetória pude ver que a assistência à família se sobrepunha à assistência ao indivíduo. Por exemplo a grande preocupação das filhas de Margarida com a sua esposa. Elas solicitavam a minha atuação com a mãe e não somente com o pai. Outra situação foi durante uma das visitas domiciliares a Orquídea, quando ele dirigindo-se a sua filha, disse-lhe: "Conte prá ela o que tu sente, mostre as feridas na tua língua"; ou ainda quando a filha de Dália contou-me que estava para ser operada e perguntou-me: "Se eu for operada da minha úlcera tu também cuida de mim?"

Esta assistência, ora ao ser humano "doente" se estendendo à sua família, ora à família em que um de seus membros se encontrava "doente", facilitou o nosso processo interativo. Desta forma pudemos Desenhar o Trajeto e Selecionar Estratégias em conjunto, não apenas durante o período de hospitalização, mas também para o período pós-alta. Dentre as estratégias selecionadas, contemplamos cuidados que seriam executados também pelos familiares e

pudemos compartilhar conhecimentos a respeito das mesmas. Concordo com Gillis et al. (1989) quando salientam que o lar pode ser visto como um lugar cômodo, no qual a família provê os cuidados, porque os familiares já estão presentes. E, indo além neste pensamento, digo que o enfermeiro pode e deve compartilhar conhecimentos sobre cuidados, visando facilitar esta atuação familiar.

Em nossa realidade hospitalar, a família nem sempre participa dos cuidados ativamente, nem mesmo do levantamento das necessidades dos pacientes. Segundo Temple (1983), a maior barreira para a implementação do cuidado de enfermagem, focalizado na família, é a falta de preparação educacional, não em Teoria de Famílias, mas em habilidades para desenvolvê-la (apud, Leavitt, 1984).

A abordagem do cuidado a famílias não é nova, ela já percorre os caminhos da Enfermagem há muito tempo. Se nos reportarmos à bibliografia deixada por Florence Nightingale veremos que sua preocupação com a família era evidente, seja no intuito de orientar mães e cuidadoras de familiares, seja no envolvimento das esposas dos soldados com o cuidado higiênico aos mesmos, na Criméia.

Em uma revisão de literatura (Whall, 1986) mostrou que a família como receptora de cuidados deve ser identificada como o foco do cuidado de enfermagem, e que este pensamento iniciou com as instruções deixadas por Florence Nightingale (apud, Gillis et al., 1989).

E agora, após esta experiência, como percebo minha prática?

Ir para a prática com esta proposta metodológica embasada num Marco Conceitual, foi como usar um óculos depois de muito tempo de visão limitada. Quando colocamos um óculos pela primeira vez estranhamos, sentimo-nos incomodados, não enxergamos muito bem enfim, parece que atrapalha. Mas, aos poucos nos habituamos com ele, as coisas ganham colorido e

formas diferentes, ficam mais claras e nos perguntamos como pudemos ficar tanto tempo na "cegueira"? Sim, meu processo de "enxergar melhor" foi assim, timidamente, esboçando meu pensamento, procurando reforçá-lo e tentando ver com meu novo olhar.

E, nesta minha busca, encontrei Florence Nightingale e senti-me desafiada a voltar minha atenção até a sua época, tentar resgatar suas experiências e ensinamentos e reportá-los para o nosso dia-a-dia.

Se para mim construir um Marco era um desafio, construí-lo embasado nos escritos de Florence Nightingale, e coerente com os meus valores e crenças pessoais constituía-se um desafio ampliado. Mas, hoje, ao registrar minhas percepções sobre esta caminhada estou convicta de que o venci.

Conviver com Florence e seu pensamento humanístico na situação cirúrgica, que é uma situação considerada avançada tecnológica e cientificamente, e fria por natureza, foi coerente. Poder perscrutar sobre o poder vital que ela afirmava que o ser humano possuía e, conseguir enxergá-lo, não só nos pacientes mas em todo ser humano, foi muito gratificante. Mais gratificante ainda foi conseguir descobrir e manejar os recursos disponíveis para a potencialização deste poder.

Enfim, trabalhar com uma metodologia embasada num Marco Conceitual conduziu-me ao fazer reflexivo, proporcionando-me satisfação na minha prática assistencial. Posso afirmar que esta Trajetória Metodológica foi a arte de dirigir o espírito na investigação e na ação. Foi a confirmação do que Florence dizia: "A Enfermagem é uma das artes, poder-se-ia dizer a mais bela das artes".

7-VISLUMBRANDO O “JARDIM” DA ENFERMAGEM COM

FLORENCE NIGHTINGALE

*Porque eis que passou o inverno,
cessou a chuva e se foi;
aparecem as flores na terra,[...]
e as vides em flor exalam o seu aroma.
Cantares, 2,11, 12,13.*

Ao findar este estudo sinto necessidade de resgatar pontos desta trajetória, trazendo-os para o dia-a-dia da Enfermagem e tentando olhar para o futuro visualizando como os ensinamentos deixados por Florence Nightingale podem ser aplicados.

Quando iniciei este estudo minha preocupação estava focalizada no ser humano/família ao vivenciarem a situação cirúrgica, e o meu olhar voltado para a prevenção de infecção hospitalar. Inquietava-me o modo como os familiares, e muitas vezes o próprio paciente, eram mantidos alheios à situação cirúrgica; da mesma forma, a atuação em prevenção de infecções não contemplava ações conjuntas com o paciente/família. Estas questões foram o ponto de partida para a Trajetória da Enfermagem junto ao Ser Humano e sua Família na Situação Cirúrgica.

Para percorrê-la, busquei Florence Nightingale como companheira, por acreditar que seu suporte seria o mais adequado para meu propósito. Na época conhecia muito pouco sobre a atuação de Florence e seus escritos. Contudo, estava ciente que ela havia contribuído sobremaneira para o desenvolvimento da Prática Profissional da Enfermagem e que poderia ser

resgatada. Eu não me enganei. Trajetar pela Situação Cirúrgica com seu respaldo foi desafiador, instigante, seguro, harmonioso e gratificante.

A cada leitura que eu aprofundava sobre Florence Nightingale e sua prática eu me sentia mais motivada para prosseguir. Contextualizar sua atuação foi algo fascinante, assim como fazer as leituras que ela fizera, “conhecer” seus contemporâneos e compreender as raízes de seu pensamento. Quanto mais eu lia suas notas mais atuais e aplicáveis me pareciam.

Um contraponto que estas leituras evidenciaram foi que em nossa realidade a formação/atuação da Enfermagem possui fortes raízes biologicistas, centrada no modelo biomédico. Estas raízes levam os profissionais a se concentrarem em partes cada vez menores do corpo e perderem de vista, freqüentemente, o paciente como ser humano. São os chamados especialistas com quem convivemos. Além disto, os avanços científicos na Área de Saúde, levaram à uma ênfase excessiva na tecnologia médica, acreditando ser este o único caminho para melhorar a saúde (Capra, 1982). Este fato é especialmente percebido em se tratando de Prevenção de Infecção Hospitalar, quando grande enfoque é dado à tecnologia e treinamento de pessoal, sem se deter à atuação preventiva direta, e em conjunto com o ser humano/família.

Acredito que o Jardim deste Estudo venha contribuir para que, sem negar o conhecimento biológico, mas sim conhecendo, utilizando e superando este conhecimento, a Assistência de Enfermagem avance para uma abrangência humanística e coletiva, visando cuidar do ser humano singular e integral, possuidor de um poder vital, que interage com sua família e com o meio ambiente.

Este Estudo amplia a possibilidade para o envolvimento da Família no cuidado ao Ser Humano hospitalizado, e na prevenção de infecção hospitalar no cotidiano da assistência. Mostra que este envolvimento familiar não demanda mudanças estruturais, passa sim pela reformulação

do modo de ver a assistência, levando o enfermeiro a avançar da visão assistencial ao indivíduo isolado para a visão do assistir ao ser humano membro de uma família.

Penso que contribuirá para uma abordagem de prevenção de infecção hospitalar, onde se busca, além da prevenção convencional, estimular o sistema imunológico do paciente para que ele tenha maior resistência ao processo infeccioso. Esta abordagem concorrerá para "...uma nitidez maior no estabelecimento de prioridades e modos de vida, permitindo que as pessoas se tornem conscientes de suas forças pessoais anteriormente desconhecidas para mobilizá-las em favor de sua cura", (Remem, p.197) e também de prevenção de complicações, dentre elas a infecção hospitalar.

O Jardim deste Estudo deixa transparecer a aplicação de uma Metodologia de Assistência, fundamentada num Marco Conceitual. Mostra que a principal função de uma Metodologia é direcionar a prática de forma a facilitá-la; que a metodologia pode ser simples e objetiva e principalmente aplicável à nossa realidade. Ela requer algumas reformulações na nossa prática, mas com certeza facilitará nosso desempenho e nos aproximará do ser humano e sua família.

Ao chegar neste ponto da Trajetória por este Jardim, vejo a vivência do ser humano e sua família numa Situação Cirúrgica com maior clareza. Acredito que ao cuidar de suas Flores, embasada num Marco Conceitual, buscando compreendê-lo, fui levada a "desaprender" alguns pontos que aprendera, libertando-me de conceitos, conhecimentos e práticas ultrapassadas e que no momento não eram mais úteis; e, por conseguinte a "re-aprender" conhecimentos que enriqueceram minha atuação.

Este processo de aprendizagem foi rico na minha "experiência de crescer" e conduziu-me a algumas reflexões sobre a continuidade desta Trajetória de Assistência.

Acredito ser de fundamental importância que a Enfermagem aprofunde conhecimentos sobre a influência do poder vital na vida do ser humano e como pode potencializá-lo. Digo isto resgatando o que Florence afirmava: que o ser humano é possuidor de um poder vital usado para vivenciar o processo saúde-doença.

O cuidado ao paciente nos períodos pré, trans e pós-operatórios deu-me uma ampla visão de como a situação cirúrgica se processa com o ser humano/família. Saliento alguns pontos que acredito serem relevantes para este aperfeiçoamento: a participação da família no levantamento das necessidades e nos cuidados ao paciente; o envolvimento do paciente/família nos cuidados de prevenção de infecções hospitalares; o esclarecimentos ao paciente/família sobre os procedimentos, diagnósticos, aparelhagem, conduta e riscos a que ele está exposto; a importância do suporte epidemiológico permeando toda esta atuação; a fundamental importância para o paciente conhecer algum integrante de Equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico e da Sala de Recuperação Pós Anestésica, para ser o elo de interação naquela unidade; e ainda o respeito aos conhecimentos do paciente e do seu tempo para a aprendizagem do desconhecido.

Considerando o acima exposto, penso ser importante para a Prática da Enfermagem a continuidade da Trajetória por este Jardim, visando o cuidado ao ser humano e sua família, e propiciando-lhes as melhores condições para que seu poder vital possa ser potencializado para um viver saudável, como Florence dizia.

Olhando para este Jardim através das “lentes do ensino”, vejo que ele pode despertar a formação de profissionais voltados para o cuidado ao ser humano/família, de forma integral e humanística; além de conduzir ao resgate e destaque da História da Enfermagem, que fundamenta o desenvolvimento da profissão.

Meu pensamento caminhou junto ao pensar de Florence e em todos os momentos eu percebi a Enfermagem como Ciência e Arte. Possuo agora subsídios para concordar com ela,

pois o embasamento da Ciência - Marco Conceitual e Metodologia - iluminou o caminho, proporcionando-me segurança e direcionamento para percorrê-lo. E a Arte permeou todo o seu contexto, subsidiando sua configuração humanizada. Reporto-me a Buscaglia para retratar o processo da arte nesta caminhada:

Dominar uma arte exige tempo, a compreensão da arte e a sensibilidade para utilizar o material necessário, e extrema paciência enquanto se aprendem as habilidades básicas. Inclui o desejo de experimentar, fracassar, arriscar, conhecer frustração e mesmo desespero, antes de se poder abandonar técnicas aprendidas mecanicamente e projetar-se, plenamente, na criação própria (1978, p.160).

Ao sentir o aroma deste Jardim, ao regar suas flores, ao vê-las desabrochar..., percebi o quanto Florence Nightingale semeou no Jardim da Enfermagem e o legado que ela nos deixou:

A enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.

REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA

*Referência bibliográfica
é o conjunto de elementos que permite
a identificação de documentos impressos ou registrados
em qualquer suporte físico, tais como:
livros, periódicos e material audiovisual.*
ABNT

- A HISTÓRIA DE FLORENCE. Daryl Duque. Inglaterra. Cypress Point Productions: Columbia Pictures International Television, 19___. 1 videocassete(140 min): leg., color, 12mm. VHS NTSC.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yalzlle. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.
- ARRUDA, Eloita Neves. Viagem para o futuro através da pesquisa em enfermagem. Columbus, Ohio, U.S.A: Conferência proferida na abertura da Conferência Internacional de Pesquisa Enfermagem, maio de 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Manual de controle de infecção hospitalar. 2 Ed. Brasília, 1987.
- BREILH, Jaime. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Universidade Estadual Paulista: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.
- BRENNER, Charles. Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica. São Paulo: Imago, 1975.
- BROWN, Pan. Florence Nightingale. São Paulo: Globo, 1993.
- BUSCÁGLIA, Leo. Amor. Rio de Janeiro: Record, 1972.
- _____. Assumindo a sua personalidade. Rio de Janeiro: Record, 1978.
- CANEDY, Brenda Haran. Florence Nightingale: woman with a vision In: KJERVIK, Diane K.; MARTINSON, Ida M. Women in stress: a nursing perspective. New York: Appleton-Century-Croffs, 1979.

- CARRARO, Telma Elisa et al. Aspectos éticos e legais no centro cirúrgico. In: GUELLERE, Terezinha; ANTONIO, Maria Celicina; SOUZA, Maria de Lourdes. **Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**. 3. Ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1993. p. 124-150.
- CHINN, P. L.; JACOBS, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**, St. Louis: C. V. Mosby, 1982.
- CONNOR, Susan Scholle, FUENZALIDA-PUELMA, Hernán L. Bioética: prestação del número especial. **Bol. Of. Sanit. Panam.** Washington, v.108, p.369-373, mai/jun, 1990.
- CULVER, David H. et al. Surgical wound infection rates y wound class, operative procedure, and patient risk index. **The American Journal**. p. 152-157.
- DALEY, Linda. The perceived in imediate needs of families with relatives in the intensive care setting. **Heart and Lung**, v.13, n.3, may 1984. p. 231-237.
- DENNIS, Karen E.; PRESCOTT, Patrícia A. Florence Nightingale: yesterday, today, tomorrow. **Advances in Nursing Science**. p.66 - 81, jan 1985.
- DUCHIADE, Milena Peraccini. Epidemiologia ambiental: uma (antiga) ciência nova? In: **Informe Epidemiológico do SUS**. Rio de Janeiro: ENPS - FIOCRUZ, Nov. 1992.
- ESCOBAR, Alonso Llano. El morir humano ha cambiado. **Bol. Of. Sanit. Panam.** Washington, v.108, p.391-398, mai/jun, 1990.
- FERRAZ, Edmundo Machado. Infecção da ferida operatória em cirurgia abdominal. In: ZANON, Uriel; NEVES, Jaime. **Infecções hospitalares: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.
- FERRAZ, Yvone Demonte; BLOWER, Rosália Ferraz; BAIMS, Ludimyla Ferraz Blower. **Fauna e flora do Brasil**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1990.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLETCHER, Robert H.; FLETCHER, Suzanne W.; WAGNER, Edward H. **Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FLORENCE NIGHTINGALE MUSEUM. **Discover a woman of fame, power and influence**. London. 199_. Catálogo de Exposição.
- FREUD, Sigmund. **Obras completas**. 3. Ed. Espanha: Biblioteca Nueva, (1905 - 1915) 1917.
- GAYNES, Robert P. et al. The national nosocomial infections surveillance system: plans for the 1990s and beyond. **The American Journal of Medicine**. Atlanta: v.91, p. 116-120, sept. 1991.

- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GHEZZI, Maria I. L. **Convivendo com o ser morrendo**. Porto Alegre, Sagra, 1991.
- GILLIS, Catherine et al. **Toward a science of family nursing**. New York: Addison, Westey, 1989.
- GOMES, Alberto Calheiros et al. A problemática da infecção hospitalar. **Revista Âmbito Hospitalar**. São Paulo, n.7, p. 2-6, nov, 1988.
- GRAAF, Karen R. de; MOSSMAN, Cinthia L., SLEBODNIK, Maribeth. Arte e ciência de la enfermeria humanista: Florence Nightingale. In: MARINNER, Ann. **Modelos y teoria de enfermeria**. Barcelona: Rol, 1989.
- HIPÓCRATES. Aires, águas y lugares. In: **El desafio de la epidemiologia: problemas y lecturas seleccionadas**. OPAS/OMS (1988)
- HORTA, Vanda de Aguiar. Gente que cuida de gente (editorial). **Enfermagem em novas dimensões**. São Paulo, v. 2, n. 4, p. III, set./out., 1976.
- JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 19__.
- LEAVITT, Maribelle B. Nursing and family - focused care. **The nursing clinics of North America Philadelphia**, v.19, n.1, mar. 1984, p. 83-87.
- LEME, Maria Terezinha C. L. **Flashes em controle de infecção**. Curitiba: Relisul, 1990.
- LE SHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus, 1992.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACMAHON, Brian; PUGH, Thomas. **Princípios y métodos de epidemiologia**. México: Fournier, 1975.
- MADUREIRA, Valéria Fraganello; RADÜNZ, Vera. [Fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem]. Florianópolis: UFSC/Centro de Ciências da Saúde, 1992. Trabalho apresentado na disciplina Fundamentos Filosóficos e Teóricos de Enfermagem.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. Ser e tornar-se saudável. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.1, n.2, p.36-55, 1992.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

- NEVES, Eloíta Pereira, GONÇALVES, Lúcia H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis Anais... Florianópolis; UFSC, 1984, p. 210 - 229.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Condon: Harrison, 1859.
- _____. *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New York: Dover Publications, 1969.
- _____. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez, 1989.
- NITSCHKE, Rosane G. *Nascer em família: o caminho da interação familiar saudável*. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- PAIXÃO, Waleska. *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.
- PALMER, Irene Sabelberg. Florence Nightingale: reformer, reactionary, researcher. *Nursing Research*. Philadelphia, vol 26, p.84-89, mar/apr. 1977.
- _____. Florence Nightingale and the Salisbury incident. *Nursing Research*. Philadelphia, v. 25, n. 5, sept/oct. 1976.
- _____. Nightingale revisited. *Nursing Outlook* [S.I.] v.31, n.4, jul./aug. 1983.
- PARSE, Rosemarie Rizzo. *Nursing science: major paradigms, theories, and critiques*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1987.
- PEARLMUTTER, Deanna et al Models of family - centered care in one acute care institution. *Nursing Clinics of North America*. Philadelphia, v.19, n.1, p. 173 -189, Mar., 1984.
- PEARSON, Alan, VAUGHAN, Barbara. *Nursing models for practice*. Maryland: Aspen, 1986.
- PERACCINI, Maria Helena; GOVEIA, Vania Regina. Desafios de assistência de enfermagem: proposta de soluções - na infecção hospitalar. In: PRIMEIRO CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1. 1988, São Paulo, Anais. São Paulo: Gráfica da 3M, 1988. 376. p.96-100.
- POLETTI, Rosete. *Les soins infirmiers: théories et concepts*. Paris: Le centurion, 1978.
- REED, Pamela G.; ZURAKOWSKI, Tamara L. Nightingale: a visionary model for nursing. In: FITZPATRICK, Joyce J.; WHALL, Ann L. *Conceptual models of nursing: analysis and application*. Maryland: Préntice Hall, 1983. p.11-25.
- REMEN, Raquel Naomi. *O paciente como ser humano*. São Paulo. Summus, 1992.

SASS, Hans-Martin. La Bioética: fundamentos filosóficos Y aplicación. **Bol. Of. Sanit. Panam.** Washington, v.108, p.391-398, mai/jun, 1990.

SEYMER, R. Lucy. **Florence Nightingale.** São Paulo: Melhoramentos, 19__.

SILVA, Graciette Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Luiz Jacintho da. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.19, n.4, 1985.

SOLOMON, G. F. Psiconeuroimunologia: interações entre o SNC e o sistema imune. **Journal of Neuroscience Research,** n.18, p. 1- 9, 1987.

STARLING, Carlos E. F. et al. **Sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares por componentes: metodologia NNISS aplicada a hospitais brasileiros.** Belo Horizonte: [s.n.], 1992.

SUASSUNA, I. **Ignaz Philipp Semmelweiss: um médico antes de seu tempo.** Brasília, [s.n.]ca.1980.

THORWALD, Jürgen. **O século dos cirurgiões.** São Paulo: Hemus, 1976.

TITLER, Marita G. et al. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. **Families in critical care.** [S.l.] v.20, n. 2, march 1991. p. 174-227.

TORRES, Gertrude. **Theoretical foundations of nursing.** Connecticut: Appleton-century-crofts, 1985.

_____. Florence Nightingale In: GEORGE, Julia. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos.** 3.ed. Curitiba: Ed. da UFPR, 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - H. U. - **Boletim informativo - ano 1992.** Florianópolis, 1993.

VERNON, M. D. **Motivação Humana.** Petrópolis: Vozes, 1973.

WIDERQUIST, Joann G. The Spirituality of Florence Nightingale. **Nursing Research,** Philadelphia, v.41, n.1, p.49-55, jan/feb. 1992.

WOODHAM-SMITH, Ceril. **Florence Nightingale.** Nova York: Mac Graw - Hill, 1951.

ZANON, Uriel; NEVES, Jaime. **Infecções hospitalares: prevenção diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL 1ª ETAPA

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S E R H U M A N O	<p>ser singular, integral, indivisível, insubstituível;</p> <p>- se relaciona e interage com o meio ambiente;</p> <p>- expressa crenças e valores que permeiam suas ações, saudáveis ou não;</p> <p>- apresenta aptidões, sentimentos, atributos;</p> <p>- possui poder vital usado para vivenciar o processo saúde/doença;</p> <p>- participa de grupos, sendo, um deles, a família;</p>	<p>- o ser humano e sua família ao vivenciarem a situação cirúrgica;</p> <p>- como está ocorrendo o relacionamento / interação com o meio ambiente;</p> <p>- quais são suas crenças e seus valores;</p> <p>- suas ações são saudáveis ou não;</p> <p>- seus sentimentos em relação à situação cirúrgica;</p> <p>- suas expectativas na situação cirúrgica;</p> <p>- receptividade para aprendizagem de ações saudáveis;</p> <p>- suas aptidões;</p> <p>- sua auto-imagem;</p> <p>- nível de confiança e esperança;</p> <p>- aceitação da situação cirúrgica;</p> <p>- seus planos para o futuro;</p> <p>- suas ligações afetivas;</p> <p>- composição da sua família;</p> <p>- seu relacionamento com a família</p>	<p>- assistência direta;</p> <p>- diálogo informal com o cliente e/ou sua família, e com a equipe de saúde;</p> <p>- consulta ao prontuário;</p> <p>- observação.</p>

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
M E I O A M B I E N T E	<ul style="list-style-type: none"> - envolve condições e influências internas e externas; - propicia meios de prevenção; - contribui para a saúde ou para a doença; - abrange a situação cirúrgica vivenciada. 	<ul style="list-style-type: none"> - condições e influências internas: <ul style="list-style-type: none"> -resistência e imunidade; -reação ao tratamento; -auto-imagem; -conforto interno; -relacionamentos; -forças interiores; -crenças; -condições e influências externas: <ul style="list-style-type: none"> -conforto físico; -prevenção; -contribuições para a saúde; -biossegurança; -assepsia; -preocupações da equipe de saúde com o cliente e com a prevenção de infecções. Riscos: <ul style="list-style-type: none"> de infecções de vida cirúrgico anestésico - condições cirúrgicas; - condições para recepção de visitas; - envolvimento da família na situação cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação; - diálogo; - assistência.

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
S A Ú D E D O E N Ç A	<ul style="list-style-type: none"> - processo dinâmico e influenciável pelo ser humano e meio ambiente; - Saúde é ser capaz de usar bem qualquer poder que nós temos; - para viver de forma saudável é necessário usar os recursos disponíveis no meio ambiente; - pode ocorrer uma situação cirúrgica com risco de infecção hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - quais as influências do meio ambiente sobre o processo saúde/doença; - quais as influências do ser humano sobre o processo saúde-doença; - como o ser humano está usando o seu poder vital; - está reagindo ou se entregando ao processo; - tem esperança; - está colaborando com o tratamento; - como o organismo está reagindo; - está utilizando os recursos disponíveis/oferecidos para sua recuperação; - como está evoluindo a situação cirúrgica; - quais os riscos de infecção hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação - assistência - consulta ao prontuário - diálogo

Adaptado de Monticelli, 1994.

CONCEITO	ELEMENTOS	O QUE CONHECER	COMO CONHECER
E N F E R M A G E M	<ul style="list-style-type: none"> - Articula Ciência e Arte; - observa princípios bioéticos; - objetiva propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável; - utiliza estratégias. 	<ul style="list-style-type: none"> - embasamento científico na assistência; - aplicação de sensibilidade, imaginação/criatividade e habilidade ao prestar cuidados; - existência de respeito ao cliente quanto a seus valores, crenças, sentimentos, capacidades e limitações; - existência de esclarecimento sobre riscos e benefícios a que o cliente está exposto; - existência de prioridade pela vida; - se a enfermagem propicia condições para potencialização do poder vital do cliente: <ul style="list-style-type: none"> - baixando sua ansiedade; - aumentando sua confiança; - melhorando sua auto-imagem; - propiciando-lhe motivação; - quais as estratégias utilizadas para prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde; - existência de preocupação com o conforto do cliente; - desenvolvimento de educação à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - observação - diálogo - conhecimento de normas e rotinas - consulta aos prontuários

Adaptado de Monticelli, 1994.

ANEXO 2

ROTEIRO BÁSICO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES - 1ª ETAPA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....
Endereço:.....
Como gosta de ser chamado:.....
Unidade/leito:..... Registro:.....
Data de nascimento: ___/___/___ Idade:.....
Estado Civil:..... Religião:.....
Ocupação:..... Grau de instrução:.....
Sexo:..... Posição na Família:.....

Familiar Próximo

Ligação:.....
Nome:.....
Endereço:.....

Tipo de Admissão

Data ___/___/___ Data da cirurgia ___/___/___
Diagnóstico
Inicial:.....
Cirurgia proposta:..... Cirurgia realizada:.....
Anestesia proposta:..... Anestesia realizada:.....
Equipe Cirúrgica:
Cirurgião..... 1º assistente.....
2º assistente..... 3º assistente.....
Anestesiologista:..... ASA.....
Tempo de cirurgia..... Prótese.....
Antibiótico () profilático () terapêutico () não utilizado

Entendimento do cliente sobre a situação:.....

Entendimento da Família sobre a situação:.....

História de Saúde/Doença relevantes no passado:.....

Alergias/Doenças
Infecciosas:.....
Medicamentos que toma no domicílio:.....
Hospitalização Anterior:.....
Cirurgia Anterior:.....
Anestesia Anterior:.....

2. RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- * Família
- * Amigos
- * Visitas
- * Pacientes
- * Equipe de saúde

3. VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- * Diagnóstico
- * Cirurgia-Anestesia
- * Expectativas
- * Riscos
- * Prevenção
- * Família
- * Planos para o futuro
- * Hospitalização

4. CONDIÇÕES DO MEIO AMBIENTE (HOSPITAL/DOMICÍLIO)

- * Recursos
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Biossegurança
- * Conforto

5. EQUIPE DE SAÚDE

- * Interesse
- * Riscos
- * Aprendizagem
- * Princípios bioéticos
- * Forças
- * Biossegurança

6. FAMÍLIA

- * Aceitação
- * Expectativas
- * Necessidades
- * Recursos

7. DEIXANDO-ME CONHECER

- * Apresentando-me
- * Compartilhando e colocando-me à disposição para deixar-me conhecer
- * Explicando o que estou desenvolvendo
- * Contando sobre meu curso e meu trabalho
- * Falando sobre minha família e minha cidade
- * Falando sobre meu processo saúde-doença

ANEXO 3

FATORES DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NA SITUAÇÃO CIRÚRGICA

- 1- Classificação do potencial de contaminação da cirurgia
- 2- Duração da cirurgia (acima de 2 horas ou do cut point*)
- 3- ASA**3, 4 ou 5
- 4- Hospitalização prolongada (pré e/ou pós-operatória)
- 5- Extremos de vida
- 6- Obesidade
- 7- Malnutrição
- 8- Diabetes mellitus não controlado
- 9- Politraumatismos
- 10- Insuficiência em um ou mais órgãos
- 11- Lúpus eritematoso
- 12- Artrite reumatóide
- 13- Câncer terminal ou em fase de quimioterapia e/ou radioterapia
- 14- Estado psicológico
- 15- Lesão de pele e/ou mucosas
- 16- Imunidade deficiente
- 17- Uso de prótese
- 18- Hospital escola (residentes, doutorandos, estagiários)

*Cut Point: corresponde ao valor em horas do tempo cirúrgico máximo de 75% das cirurgias analisadas no estudo NNISS.

**ASA: estado físico do paciente a ser anestesiado

Autores consultados: Starlig et al.; Zannon e Neves; Oniboni; Gaynes.

ANEXO 4

VARIÁVEIS QUE INTERFEREM NO PODER VITAL DO SER HUMANO

SUBJETIVAS:

Relações Interpessoais (família, amigos, equipe de saúde, companheiros de hospitalização, companheiros de trabalho,...)

Percepção e enfrentamento da doença

Estado emocional

Crenças e Valores

Auto-imagem

Planos para o futuro

Sentimentos (amor, esperança, afeto, medo, tensão, ansiedade, preocupações,...)

Incentivo/Motivação

OBJETIVAS:

Hospitalização

Processo cirúrgico-anestésico (cirurgia, anestesia, exames complementares, reação medicamentosa, sinais vitais, ingesta, excreta, cicatrização, complicações,...)

Riscos de Infecção Hospitalar

Ambiente externo

Equipe de saúde

Estado nutricional

Sono e repouso

