
Pesquisa**ANÁLISE DOS FATORES DE CUIDADO DE WATSON
EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA***Analysis of Watson's carative factors
in an Emergency Unity**Alcione Leite da Silva¹**Keyla Cristiane do Nascimento²**Mirela Schmidt Virgílio²**Regiane de Souza Mendonça²***RESUMO**

Este estudo teve por objetivo analisar a aplicação dos dez fatores de cuidado de Jean Watson no processo de cuidado a clientes e suas famílias em uma unidade de emergência de um hospital geral de Florianópolis. Foi baseado na modalidade de pesquisa convergente-assistencial, sendo desenvolvido com 91 clientes, no período de 03 de setembro a 30 de novembro de 2001. A utilização dos dez fatores de cuidado de Watson no processo de cuidado se mostrou efetiva na unidade de emergência, contribuindo para uma abordagem mais humana e de maior qualidade quando comparada com aquela que enfatiza somente a dimensão biológica.

UNITERMOS: cuidados de enfermagem; emergências; enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

No percurso de nossa trajetória em instituições hospitalares, procuramos entender e refletir sobre a prática de enfermagem. A prática cotidiana dos(as) profissionais de enfermagem requer mais atenção, tendo em vista sua ênfase em uma abordagem biologicista

1 Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Depto. de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Pesquisadora do CNPq.

2 Alunas da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

e rotinizada, a qual não atende, plenamente, às necessidades dos(as) clientes e de suas famílias. Baseadas no entendimento de que o cuidado de enfermagem pode e deve ir muito além dessa abordagem, buscamos na teoria de Jean Watson a possibilidade de oferecer um cuidado em emergência mais humanizado.

A escolha da unidade de emergência ocorreu pela frequência de situações que colocam em risco a vida do(a) cliente e, muitas vezes, o(a) mantém em estado grave, de sofrimento, de luta, resultando em exigências especiais quanto ao modo de cuidar. Nesta perspectiva, entendemos que sendo esta unidade um lugar onde se luta contra o tempo para salvar vidas, o cuidado integral ao ser humano é fundamental e possível de ser desenvolvido. Por crermos nisso, utilizamos os dez fatores de cuidado de Watson, os quais atendem a esta perspectiva.

Com base em nossa experiência, objetivamos neste estudo analisar a aplicação dos dez fatores de cuidado de Jean Watson no processo de cuidado a clientes e suas famílias em uma unidade de emergência de um hospital geral, público, situado no município de Florianópolis.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi baseado na modalidade de pesquisa convergente-assistencial, por se tratar de um método de pesquisa qualitativo, que inclui o cuidado a clientes, sendo estes(as) participantes envolvidos diretamente no espaço da pesquisa (PAIM; TRENTINI, 1999). A pesquisa convergente-assistencial não se propõe a generalizações; pelo contrário, é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial. Portanto, se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras (PAIM; TRENTINI, 1999).

O processo de cuidado, neste estudo, foi baseado nos dez fatores de cuidado de Watson (1985), os quais fornecem o arcabouço para o cuidado humano, a saber: 1) formação de um sistema de valores humanista-altruísta; 2) instalação de fé-esperança; 3) cultivo da sensibilidade do próprio “eu” e ao das demais pessoas; 4) desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança; 5) promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;

6) uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão; 7) promoção do ensino-aprendizagem; 8) provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sócio-cultural e espiritual; 9) assistência com gratificação das necessidades humanas; e 10) permissão de forças existenciais-fenomenológicas.

2.1 Caracterização do contexto e da população alvo

O contexto da pesquisa pode ser definido como aquele espaço onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa. A pesquisa convergente-assistencial constitui, por si só, um espaço social, pois lá há presença de pessoas engajadas em atividades de saúde, tais como, trabalhadores(as) de saúde, pacientes, familiares e outros (PAIM; TRENTINI, 1999).

Esta modalidade de pesquisa valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. Nesse tipo de pesquisa, a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos na situação e, entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema em estudo. Os(as) participantes não assumem apenas a condição de informante, mas constituem parte integrante do estudo (PAIM; TRENTINI, 1999).

Neste estudo, escolhemos como contexto da pesquisa uma unidade de emergência de um hospital público de Florianópolis, Santa Catarina. Participaram clientes que deram entrada na emergência, no período de 03 de setembro a 30 de novembro de 2001. Neste período, o processo de cuidado foi desenvolvido com 91 clientes (61 do sexo masculino e 30 do sexo feminino), com idades variando entre 17 a 82 anos, predominando as faixas etárias dos 20 aos 30 anos e dos 40 aos 50 anos de idade. Mais da metade (61,5%) dos(as) clientes eram casados(as) e procedentes de Florianópolis e de municípios vizinhos. O motivo da admissão dos(as) clientes no setor de emergência foram os mais diversos: abdome agudo, crise convulsiva, cálculo renal, ferimento por arma branca, dor de garganta, hemorragia digestiva alta, leptospirose, entre outros.

2.2 Técnicas de obtenção de informações

As técnicas para a obtenção das informações foram: observação de campo e entrevista. A observação teve como propósito

determinado perceber com detalhes as ocorrências na unidade de emergência. A entrevista consistiu-se em um espaço de interação humana, com vistas a obtermos informações fidedignas sobre o processo de cuidado recebido pelos(as) clientes e familiares (PAIM; TRENTINI, 1999). A entrevista semi-estruturada foi utilizada após a realização do processo de cuidado, quando o(a) cliente estava deixando a unidade de internação. Com a intenção de avaliar o processo de cuidado recebido, elegemos as seguintes questões: Como você se sentiu sendo cuidado na emergência deste hospital?; Você tem alguma sugestão para melhorar este cuidado?.

2.3 Registro das informações

Os dados da entrevista, obtidos quando da alta dos(as) clientes, foram cuidadosamente transcritos e codificados de acordo com os fatores de cuidado, com vistas à análise destes fatores. Utilizamos também o diário de campo, no qual registramos todas as descrições e informações coletadas durante o processo de cuidado. Nos registros do diário de campo foram incluídas as descrições do processo de cuidado desenvolvido. As notas das interações com os(as) clientes foram feitas logo após cada encontro para garantir o registro mais completo e detalhado. Incluímos, também, nossas percepções, emoções e sentimentos que permearam o processo de cuidado. Visando manter o anonimato dos(as) clientes, criamos um código para identificá-los(as), no qual utilizamos M ou F para o sexo e um número para a ordem do processo de cuidado.

2.4 Análise das informações

A análise teve como base as informações registradas, sendo agrupadas de acordo com os dez fatores de cuidado de Watson (1985).

2.5 Princípios éticos da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução n^o, 196 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Instituição na qual o estudo se desenvolveu. No processo da pesquisa, procuramos assegurar a liberdade dos(as) clientes de aceitar ou recusar a participar deste estudo, a veracidade e confidencialidade das informações, evitando qualquer atitude

que gerasse constrangimento ou tensão, bem como manter respeito às crenças e valores dos(as) mesmos(as).

3 FATORES DE CUIDADO

Analizamos, a seguir, a aplicação dos fatores de cuidado ao ser humano em situação de urgência/emergência.

FATOR 1 – Formação de um sistema de valores humanista-altruísta

Watson (1985) refere que o cuidado deve ser baseado em um conjunto de valores humanos universais, como: bondade, interesse e amor por si e pelos outros. A formação de um sistema de valores humanista-altruísta inicia, usualmente, cedo na vida de uma pessoa e continua ao longo do seu processo existencial. No entanto, é na maturidade que este sistema se torna mais evidente.

Desde cedo, a criança aprende a ser mais ou menos altruísta, mais ou menos afetiva, dependendo da sua formação e socialização na família, na escola, na convivência com as pessoas. A cultura desempenha um papel importante nesta formação, tendo em vista que ela se encontra na base das formas de expressão de um povo. As experiências de vida darão o tom na formação do ser, contribuindo para despertar ou sufocar a formação destes valores e, conseqüentemente, desenvolver ou não a capacidade para o cuidado.

Os valores humanista-altruístas emergem do comprometimento e da satisfação pessoal em auxiliar o outro. O(a) profissional de enfermagem que expressa o comportamento altruísta em relação a si e aos outros, possui melhores condições de vivenciar o cuidado humano. Esse fator reflete os valores pessoais de quem cuida e de quem é cuidado, e mostra o que a pessoa é na sua mais íntima essência.

A utilização deste fator de cuidado na prática pode exigir inúmeras reflexões por parte daquele(a) que cuida. Várias foram as vezes em que nos sentimos compelidas a refletir sobre algumas questões, tais como: Quem somos? De que maneira vivemos? De que forma nos relacionamos com o mundo? Como expressamos nossos valores humanista-altruístas ao próximo? De que forma nossas experiências pessoais interferem no processo de cuidar?

Percebemos que enquanto caminhávamos em direção a um mesmo objetivo, tomávamos trilhas diferentes. Isso acabou por ser uma experiência maravilhosa, na qual tivemos a verdadeira oport-

tunidade de sentirmos nossa individualidade e de valorizarmos as nossas diferenças. Não basta somente estarmos atentas à individualidade de quem é cuidado, mas também à de quem cuida. A relação de cuidado, a nosso ver, deve oportunizar, além do ato de fazer pelo outro, a possibilidade de auto-conhecimento e de auto-transformação, que é a base do cuidado de si, para poder cuidar do outro. Este processo deve fazer parte do nosso cotidiano.

Assim, estávamos conscientes de que era necessário conhecer e respeitar o sistema de valores individuais de cada pessoa a ser cuidada, para que a interação fosse efetiva. A partir disso, procurávamos ouvir o outro, estarmos atentas às suas necessidades. Sabíamos que precisávamos considerar que o(a) cliente se encontrava em um ambiente estranho, vivendo uma situação estressante. Além do interesse pela pessoa do outro e pela situação vivenciada, procuramos expressar nosso afeto, estabelecer um comportamento empático, centrando o cuidado na pessoa que cuidávamos. Procurávamos estar atentas ao que acontecia ao nosso redor, ouvir com atenção o(a) cliente, observar suas formas de expressão, com vistas a descobrirmos como ele ou ela gostaria de ser cuidado(a). Os depoimentos selecionados evidenciaram suas percepções:

Todo cuidado abrange o conversar, o dar um pouco de atenção (cliente 18F).

Eu cheguei ali, queria que qualquer um ficasse ali conversando. Já pensou tu chegar ali sem ar, aí poder dar uma complicação e, então, se eu tivesse uma atenção, orientação, dizendo que isso acontece (cliente 23M).

Consideramos, em todo momento, o fato do(a) cliente se encontrar em situação de emergência/urgência, a qual pode surgir repentinamente e gerar grandes preocupações e ansiedades. Muitos deles(as) expressaram seus medos, principalmente em relação à possibilidade da morte e, na maioria das vezes, demonstraram que precisavam de alguém naquele momento em que se sentiam extremamente vulneráveis.

Ao cuidarmos, éramos freqüentemente solicitadas pelo(a) cliente a dar explicações sobre o que estava acontecendo, o que seria feito, ou simplesmente a segurar sua mão, ou a conversar ou escutá-lo(a) um pouco mais. Aqueles momentos se consistiam em um processo de descoberta e aprendizado, tendo sido extremamente

gratificante sentir que a relação de cuidado oportuniza, além do ato de fazer pelo outro, a possibilidade de auto-conhecimento.

A nossa experiência na emergência nos mostrou que no cotidiano das ações de enfermagem, os(as) profissionais parecem ainda não ter compreendido o verdadeiro significado e abrangência do cuidado humano. Entre os(as) próprios(as) profissionais de enfermagem a presença desse fator de cuidado ocorre de uma maneira esporádica e, muitas vezes, sem a valorização necessária. Constatamos que o cuidado, nesta unidade, possui características muito mais técnicas do que expressivas. É comum vermos os(as) integrantes da equipe de enfermagem utilizarem a maior parte do seu tempo de trabalho com manuseio de equipamentos, distribuição de clientes e resolução de problemas administrativos.

Em nossa opinião, a maioria dos currículos dos cursos de enfermagem apresenta lacunas em relação ao desenvolvimento da capacidade humanista-altruísta, apesar deste ser um fator importante no cuidado de enfermagem. Consideramos de importância vital na formação do(a) profissional de enfermagem a criação de espaços que favoreçam o desenvolvimento destas capacidades potenciais do(a) futuro(a) profissional. Conforme Watson (1985), a humanização dos valores se amplia com a exposição, estudo e exploração de diferentes filosofias, crenças e estilos de vida. As experiências passadas, assim como o estudo e a exploração ajudam na expressão de elevados níveis de sentimentos, pensamento e comportamento em relação aos outros. Os valores humanísticos e o comportamento altruísta podem ser desenvolvidos através (por exemplo) de experiências com diferentes culturas, do estímulo à compaixão e outras emoções, do estudo das ciências humanas, da literatura e experiências artísticas, exercícios de clarificação de valores e experiências de crescimento pessoal. Deste modo, o desenvolvimento da capacidade expressiva do(a) aluno(a), aqui mais especificamente falando dos valores humanístico-altruísta, somado ao conhecimento técnico-científico, poderão contribuir sobremaneira para uma melhor expressão do cuidado de enfermagem.

FATOR 2 - A promoção da fé-esperança

Segundo Watson (1985), o(a) enfermeiro(a) e outros(as) profissionais da saúde não podem ignorar o importante papel da fé-esperança no cuidado e no processo de cura. Esta teórica afirma que os efeitos terapêuticos da fé-esperança têm sido documentados

através da história e têm tradicionalmente sido importantes no tratamento para aliviar os sintomas da doença. Ainda em sua opinião, a fé-esperança pode ajudar o(a) cliente a aceitar informações e se engajar em atitudes de mudança na busca de comportamentos saudáveis. Fé-esperança é tão básico que pode afetar o processo de cura e os resultados da doença.

Promover fé e esperança é acreditar e fazer crer na possibilidade de mudança da realidade que se vivencia, de gerar motivação e, conseqüentemente, de favorecer o bem-estar. Na unidade de emergência, nos deparamos com várias pessoas que, em situação de emergência/urgência, transpunham seus medos e inseguranças, quando cuidadas. Coube a nós, naqueles momentos, estarmos juntas ao(à) cliente e a sua família e incentivar a mudança de comportamento, com vistas a um maior bem-estar, mesmo diante da situação vivenciada.

Em outras ocasiões em que as condições do(a) cliente permitiam, conversávamos com ele(a) e seus familiares, procurando conhecer suas crenças para que facilitasse o nosso objetivo de promover fé-esperança em relação à saúde e à vida. Procurávamos valorizar e despertar sentimentos que promovessem alguma forma deles(as) saírem daquela situação em que se encontravam e a desenvolverem suas forças e capacidades interiores.

Com cada cliente e familiar e, em cada situação, procurávamos uma abordagem apropriada. Enfatizávamos que a vida é feita de momentos que mudam a cada instante e em muitos deles somos defrontados(as) com desafios que devem ser superados, à medida que buscamos forças em nossas experiências pessoais, em nossas crenças e valores, para nos sustentar e nos dar motivação interior para lutarmos. Alguns depoimentos foram significativos para nós, dos quais selecionamos os seguintes:

Nós precisamos ter uma cesta básica que deve conter: amor, amizade e fé e isso nós encontramos aqui junto de vocês (cliente 01M).

Vocês transmitiram muita paz e calma na hora em que a gente mais precisou (familiar 07M).

Nós que cuidamos também necessitamos valorizar esse comportamento em nosso cotidiano, pois vivenciamos momentos de estresse e o fortalecimento da nossa fé-esperança é vital para

podermos auxiliar os(as) clientes que estão sob nossos cuidados. Em alguns momentos também nos sentimos desesperançadas e precisamos nos fortalecer para poder seguir em frente.

Grandes experiências foram oportunizadas na utilização deste fator de cuidado, porque mantivemos nossa mente aberta ao auto-conhecimento, ao grau mais elevado de consciência, à força interior e ao poder de experiência intuitiva.

FATOR 3 - O cultivo da sensibilidade do próprio “eu” e ao das demais pessoas

O cultivo da sensibilidade ao “eu” e ao das demais pessoas explora a necessidade da existência de emoção nas relações de cuidado. Em sendo um dos fatores integrantes do cuidado, contribui para a construção de uma relação afetiva, amorosa e humanizada em emergência. Este fator se encontra intimamente ligado aos dois anteriores.

Para Watson (1985), muitas pessoas não desenvolvem seus potenciais de sensibilidade. Elas tendem a buscar as oportunidades fora delas mesmas, apesar da fonte para o desenvolvimento estar dentro delas. O ponto inicial está em desenvolver um nível de consciência sobre os próprios sentimentos. No entanto, refere Watson (1985), as pessoas freqüentemente ficam amedrontadas de olharem-se interiormente, porque elas sentem medo de que se forem honestas para consigo mesmas elas só verão imperfeições. Então, elas negam seus sentimentos e se recusam a lidar com eles ou se tornam consumidas por eles.

Para que o cuidado seja efetivo, todos(as) os(as) envolvidos(as) necessitam desenvolver seus próprios sentimentos e entender o seu ser como parte integrante na interação, pois à medida que expressamos nossos sentimentos, expressamos a nossa humanidade. Quando reconhecemos e usamos a nossa sensibilidade e sentimentos, promovemos o auto-desenvolvimento e auto-realização e encorajamos o mesmo processo nas outras pessoas. Assim, podemos contribuir para que elas se sintam compreendidas, aceitas e capazes de mover em direção a uma maior conscientização e comprometimento com o seu processo evolutivo.

Cada dia, procurávamos, cada uma à sua própria maneira, avaliar a nossa capacidade de sentir e lidar com os nossos sentimentos. Essa busca possibilitou-nos um maior auto-conhecimento, à medida que, de forma autêntica, detectávamos nossas capacidades

potenciais e limitações, procurando aceitar-nos e ao mesmo tempo transformar a forma de expressar nossos sentimentos. A expressão da sensibilidade pareceu-nos transformar o ambiente e criar condições para a expressão da empatia, respeito, amor e, assim, estabelecer relações de ajuda e apoio ao outro.

As emoções e sentimentos, que tivemos durante nosso processo de cuidar, foram experiência únicas, que contribuíram muito para o nosso crescimento enquanto cuidadoras. Cada momento foi especial e só nós podemos realmente saber o valor de cada um deles, que nos motivou a agir, a criar e a estar em constante transformação e aprimoramento. O depoimento dos(as) clientes, a seguir, nos mostrou a importância desse fator no cuidado.

Senti o amor, o afeto e o carinho de vocês. Foi muito bom essa sensação de bem-estar, de prazer, de harmonia (cliente 01M).

A carreira de vocês está no carinho e na dedicação, continuem sempre assim (cliente 23M).

Ao mesmo tempo em que expressávamos nossos sentimentos e também permitíamos que o(a) cliente e sua família o fizessem, deparávamos com um cotidiano de cuidar em emergência menos estressante, no qual a sensibilidade e a autenticidade encontravam seus espaços. Nesta perspectiva, nossas interações se davam de forma oposta àquelas nas quais a manipulação e a imposição são freqüentes. Simplesmente permitíamos a nós e aos demais sermos quem éramos.

Ao procurarmos ser autênticas, nos permitíamos expressar nossas limitações e dificuldades enquanto cuidadoras. Situações como identificação com a situação do outro, medo de não conseguir, o aparecimento de dúvidas e incertezas, tão comuns na condição de ser humano que somos, revelaram nossas fragilidades, que procuramos reconhecer e explorar. Nesse sentido, procuramos ser autênticas para conosco e para com os outros, colocando-nos de forma aberta às experiências.

Entendemos que o amor também precisa estar presente, pois é um elemento facilitador que nos alimenta, nos entenece, nos valoriza e engrandece a nossa humanidade e, por conseguinte, o cuidado de enfermagem.

Fica, então, evidente que o cultivo da sensibilidade é uma questão pessoal, mas pode ser estimulado e desenvolvido com a ajuda externa. Faz parte da dimensão pessoal de cada um, num processo que cresce com o amadurecimento. Esta compreensão nos leva a buscar continuamente uma melhor compreensão de nossos sentimentos, bem como dos outros seres com quem nos relacionamos. É uma meta que não se atinge, se conquista a cada dia.

FATOR 4 - O desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança

O estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança é um modo de originar um vínculo entre os(as) participantes do processo de cuidado. Na situação de emergência/urgência em que o(a) cliente e sua família se encontram num momento tão crítico de suas existências, há a necessidade desse vínculo para que o processo se torne o menos traumático possível. A relação necessita acontecer pela presença de empatia, compatibilidade e calidez para que se gere ajuda e confiança entre quem cuida e quem é cuidado.

No desenvolvimento do processo de cuidado, esse fator contribuiu de maneira muito satisfatória, pois ao estabelecermos uma relação de confiança e sermos aceitas pelo outro ser humano, tudo se tornava mais agradável. Para tanto, buscávamos estar abertas para o outro, expressar nossa sensibilidade e interesse para com a sua condição, evitar julgamentos e ser autênticas. Sabemos que uma relação de ajuda-confiança pode demorar um certo tempo e isto pode desencorajar os(as) profissionais que atuam em emergência a incorporar este fator no cuidado, tendo em vista o curto espaço de tempo em que o(a) cliente e sua família lá permanecem. Contudo, a nossa experiência mostra que é possível, que esta relação pode se dar instantaneamente, quando expressamos nossa humanidade. Ninguém esquece um único gesto de atenção, de respeito e de solidariedade em um momento de dificuldade. Este fica registrado em nossa lembrança, assim como quem o praticou.

Na equipe de enfermagem, a presença deste fator nos relacionamentos poderia unir a equipe e criar uma atmosfera de maior solidariedade, com conseqüente favorecimento do cuidado ao outro, seja cliente ou colega. No entanto, a sua ausência gera, como presenciemos, competitividade e falta de colaboração, com ênfase no individualismo ao invés do coletivo.

Constatamos em nossa prática como é difícil colocar-nos no lugar do outro, principalmente em certas situações de gravidade. Por sentirmos quão difícil eram as situações vivenciadas pelos(as) clientes e seus familiares é que reforçávamos a relação interpessoal, a comunicação efetiva, nos sensibilizando e nos envolvendo, com vistas a buscarmos soluções para os problemas encontrados. Isso acabava por criar uma grande aproximação com o(a) cliente e confirmava uma relação de ajuda e de confiança, favorecendo a harmonia no processo de cuidar.

A compatibilidade foi outra característica muito presente no cuidado. O nosso comportamento era sempre o mais verdadeiro possível, agindo de forma honesta e aberta com o outro e isso promovia um ambiente favorável à tomada de decisões. Era comum notarmos que os(as) clientes demonstravam mais compatibilidade por uma de nós. Isso acontecia todos os dias. O mesmo acontecia conosco no papel de cuidadoras.

A calidez que, segundo Watson (1985), é a aceitação da pessoa que se cuida de forma positiva, também mostrou sua contribuição no fortalecimento da relação de ajuda e confiança entre nós e os(as) pacientes.

Embora o humor não seja mencionado neste fator, acreditamos que ele é importante no estabelecimento de uma relação efetiva. Sabíamos que deveríamos ter bom senso para saber o momento certo e a forma certa de humor. Entendíamos que havia momentos em que ele não seria bem vindo, mas havia muitos outros em que ele fazia falta. O sorriso se fez presente e para nossa felicidade era muitas vezes retribuído. Muitos(as) clientes demonstraram o quanto isso foi importante:

Não é só a questão da injeção ou do comprimido e sim as conversas. Às vezes os pacientes ficam ruins, mas vocês chegam rindo, brincando ou falando uma coisa boa e o paciente vai se sentir melhor (cliente 06M).

Continuem sempre assim sorridentes (cliente 24M).

Observamos o quanto é fundamental o estabelecimento de uma relação com acolhimento e colaboração. Foi muito importante para nós sabermos que estávamos fazendo diferença, a qual se mostrou evidente nas despedidas. Era comum ocorrer situações dos clientes, ao serem transferidos para outras unidades, virem nos pedir para

que fôssemos visitá-los. Era com certeza o resultado do estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança, a qual é fundamental para a construção de um cuidado efetivo e de qualidade. Neste sentido, o(a) cliente e sua família sabem reconhecer quando este cuidado faz diferença.

FATOR 5 – A promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos

A expressão de sentimentos positivos e negativos precisa estar presente no processo de cuidado e os(as) cuidadores(as) precisam assumir o papel de facilitadores(as). Esta expressão melhora o nível pessoal de percepção e facilita a compreensão das situações vividas na emergência. Todavia, parece-nos necessário que os(as) cuidadores(as) também possam ter espaço para exteriorizar os seus próprios sentimentos.

A valorização dos sentimentos permeou o nosso cuidado e tivemos a oportunidade de observar o quanto o simples ato de expressá-los melhora a situação em que o ser se encontra, seja ela qual for.

Ao facilitar a expressão de sentimentos negativos ou positivos é preciso, muitas vezes, penetrar na história contada por alguém, entrar na vida do outro, conhecer seu estilo de vida, seus sentimentos, aspirações e estado de espírito, além de experimentar o poder da emoção, intuição e o mundo das relações.

Verificamos que, na unidade de emergência, estamos muito expostas a sentimentos contraditórios, intensos e profundos, vinculados às questões existenciais básicas sobre a vida e a morte dos(as) clientes. Neste sentido, se faz necessário que os(as) profissionais desta unidade tenham um espaço para manifestar e compartilhar os seus próprios sentimentos e, assim, refletirem sobre sua existência.

Entendemos a emoção como parte da vida de uma pessoa. Assim, se faz necessário haver no cuidado espaço para a expressão de sentimentos, deixando fluir a sensibilidade, ter o desejo de aliviar o sofrimento do outro, com vistas a promover e manter a integridade emocional dos seres que cuidamos. Para isso, é importante estar aberto ao outro, mostrar disponibilidade e, assim, compreender o significado de estar com o outro, estimulando a verbalização de seus medos, receios, enfim, seus sentimentos em relação à sua situação de vida.

Ter esse tipo de comportamento em uma emergência pode ter parecido estranho, mas conseguimos mostrar a nós mesmas e aos outros que é possível. Nem sempre as condições eram favoráveis, mas adaptamos e promovemos momentos de aprendizagem. Fomos criticadas por estarmos sentadas ao lado do(a) cliente, pois isso provocava a impressão de que não estávamos fazendo nada. Porém, enfrentamos mais esse desafio, procuramos explicar o que estávamos fazendo e seguimos. O resultado positivo estava na expressão de satisfação de cada cliente e família que cuidávamos e este reconhecimento se constitui em um prêmio difícil de descrever.

FATOR 6 – O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão

A promoção da pesquisa e solução sistemática de problemas é para Watson um importante fator para a ciência do cuidado. Watson (1985) acredita que sem o uso sistemático do método científico de solução de problemas, a prática eficaz é acidental, na melhor das hipóteses, e é fortuita ou prejudicial, na pior das hipóteses. O método científico de solução de problemas é, para a autora, o único método que permite o controle e a previsão, e isso permite a auto-correção.

O modelo tradicional de processo de enfermagem vem sendo considerado uma forma de sistematizar o cuidado de enfermagem aos(às) pacientes. Esse método, adaptado do modelo biomédico, atualmente vem sendo questionado por teóricas do cuidado. Segundo Waldow (2001), para as teóricas do cuidar/cuidado, o contexto do processo de enfermagem condiciona o(a) enfermeira a, antes de tudo, encontrar alguma necessidade que requeira correção, para legitimamente oferecer um cuidado apropriado. Este enfoque na necessidade ou problema e na cura, distraem a enfermeira de sua missão primária que é o cuidar, resultando em objetificação, ritualismos e rótulos, despersonalizando e favorecendo o não envolvimento, como consequência, o contexto de enfermagem é perdido.

Neste estudo, optamos por não trabalhar com as etapas tradicionais do processo de enfermagem. Contudo, apesar das críticas acerca da identificação dos problemas, decidimos utilizá-lo.

Deste modo, através de nossas relações diárias com os(as) clientes e seus familiares, procurávamos durante o cuidado não só fazer uma avaliação da situação de cada um(a) deles(as), mas ver

as prioridades de atendimento na resolução de problemas. Considerando que na unidade de emergência a grande maioria dos(as) clientes e seus familiares permanecem por um curto espaço de tempo, achamos que a resolução de problemas se constituiu em uma abordagem apropriada.

FATOR 7 – A promoção do ensino–aprendizagem interpessoal

Conforme Watson (1985), a promoção do ensino-aprendizado interpessoal inclui o processo de engajamento das pessoas envolvidas no processo de cuidado, bem como o fornecimento de informações, considerando a natureza do aprendizado e do processo interpessoal estabelecido. Reflete o dever moral que os(as) cuidadores(as) têm de dar ao outro ser subsídios para o entendimento de sua situação e, assim, colaborar para seu bem-estar. Todavia, é importante estar aberto(a) à possibilidade de também aprender com o ser cuidado, permitindo a participação e autonomia deste e, conseqüentemente, fugir do tradicional modo unidirecional do processo de educação em saúde.

Na emergência, a informação parece ser fator primordial a clientes e suas famílias. Por se tratar de situações que, muitas vezes, surgem repentinamente, elas, freqüentemente, são acompanhadas de ansiedade e dúvida acerca da situação, da sua gravidade, de suas causas e conseqüências.

O fato de ser a emergência um setor caracterizado pela pressa e pela agilidade do atendimento, escutamos, muitas vezes, os(as) profissionais dizerem não ter tempo para dar explicações e informações. Contudo, a falta de informações acabava criando, em vários momentos, um grande caos no posto de enfermagem e principalmente nas outras dependências da unidade, nas quais os(as) clientes e familiares permaneciam.

Escutamos muitas reclamações de clientes que chegaram ao ambiente hospitalar e receberam poucas informações quanto ao cuidado que receberam, gerando ansiedade e expectativa em relação à sua internação e recuperação. Isso, logo no início do processo, acabou por criar preocupações e ansiedades.

Embora na enfermagem a educação em saúde seja uma de suas atribuições mais importantes, freqüentemente, observamos a ausência desta e as desculpas se avolumam, como falta de tempo, falta de pessoal, intercorrências, etc. Segundo Watson (1985), o(a) enfermeiro(a) se diferencia dos(as) demais profissionais de

enfermagem, pela sua maior capacitação no desenvolvimento deste processo. No entanto, a autora refere que na prática clínica, os(as) enfermeiros(as) freqüentemente descuidam dos aspectos interpessoais e de aprendizagem. Sabemos que em nossa realidade esta lacuna é mais acentuada, tendo em vista que o(a) enfermeira permanece a maior parte do seu tempo de trabalho desempenhando outras atividades administrativas, como foi verificado por nós nesta unidade, não atuando na educação em saúde.

Conforme Watson (1985), tem sido reconhecido na teoria e prática que o fornecimento de informação é uma forma explícita de reduzir o medo e a ansiedade associados ao estresse. Isto porque estes sentimentos estão associados à incerteza e seriedade de uma condição, do procedimento, da cirurgia ou do tratamento. A autora, ao compilar dados de uma série de estudos na área, afirma que a promoção do processo ensino-aprendizagem interpessoal pode: 1) promover expectativas acuradas e reduzir a discrepância do desconforto entre o grau de estresse esperado e o grau de estresse vivenciado; 2) aumentar a habilidade de predizer o que acontecerá, proporcionando uma sensação de controle e redução do medo; 3) criar uma preocupação realista e um ensaio mental para a aceitação emocional do estresse; 4) mudar crenças e reduzir as fantasias que podem ser causadas pelo estresse; 5) levar a uma compreensão para lidar com a doença e sua concepção de uma forma menos estressante; 6) estar intimamente envolvida na avaliação das situações enquanto ameaça e a avaliação de formas de reduzir a ameaça (WATSON, 1985).

Ao procurar criarmos estratégias para minimizar a situação de estresse no ambiente da emergência, buscamos desenvolver a capacidade de perceber o que o outro estava sentindo, assim como seu nível de compreensão. Esta percepção foi fundamental para podermos identificar as informações necessárias e a forma de fornecê-las para que pudessem contribuir para a redução do medo e da ansiedade do(a) cliente e seus familiares.

A maior dificuldade no relacionamento com os familiares esteve relacionada ao manejo da ansiedade. Observamos que essa situação pode ser amenizada com a simples ação de informar e estar disposto a tirar dúvidas quando estas surgirem. Deste modo:

A família é outra variável importante. Sua presença e carinho são fundamentais e a equipe deve estar atenta, esclarecendo, informando e dando apoio, pois assim haverá

grande ajuda para o crescimento do ser cuidado. Se a família não se sente esclarecida suficientemente, se os membros da equipe são indiferentes aos seus sentimentos e necessidades, a família, ao invés de ajudar, pode dificultar o processo de cuidar (WALDOW, 2001, p.155).

Na emergência, sentimos a necessidade de facilitar, sempre que possível, aos seres que cuidamos, a oportunidade de compreender o que estava acontecendo, para poder minimizar o estresse e a ansiedade do momento crítico, vivenciado naquela específica situação. Nas falas dos(as) clientes podemos verificar o quanto isso é importante:

Só o fato de tu me explicar o que vai acontecer na minha cirurgia já me ajudou muito. Eu estava preocupado porque o médico não me explicou quase nada e eu estava com muito medo (cliente 31M).

Aqui é um lugar tranquilo, com bom atendimento, vocês estão sempre aqui conversando com a gente (cliente 02M).

Eu estava de alta e não sabia o que fazer porque só recebi esse papel e não sabia o que ia fazer (cliente 28M).

Com base em nossa experiência, apoiamos o pensamento de que o processo ensino-aprendizagem é vital no cuidado ao(a) cliente e sua família. Naturalmente, que dependendo das condições do(a) cliente (inconsciência), nem sempre é possível, o que não o inviabiliza de ser desenvolvido com a família. O estresse afeta o sistema imunológico, podendo causar desconfortos de ordem geral em quem os vivencia (GROËR, 1991; MALKIN, 1992). Deste modo, a promoção da saúde passa automaticamente pela ênfase neste processo. Acreditamos que também poderemos diminuir o estresse da equipe de enfermagem, à medida que esta possa lidar com clientes e familiares bem informados e menos ansiosos.

FATOR 8 – A promoção de um ambiente de apoio, proteção e/ou de correção mental, física, sócio-cultural e espiritual

Segundo Watson (1985), inúmeras variáveis afetam a vida e o bem-estar da pessoa, devendo ser considerados no cotidiano do

cuidado de enfermagem. Estas variáveis podem ser externas e internas à pessoa, sendo ambas interdependentes. Ambas afetam igualmente tanto a saúde como a doença. Embora Watson considere que existem inúmeras variáveis, ela enfatiza as externas neste fator de cuidado, tais como: conforto, privacidade e segurança, além de um ambiente estético e limpo.

O conforto, ao ser considerado uma variável externa, pode ser controlado em parte pelo(a) enfermeiro(a). Para Watson (1985), a ausência de conforto se torna crítica para o bem-estar físico e mental do(a) cliente e incluímos aqui a família. Frequentemente, as perdas da identidade e da independência, associadas à hospitalização, são fontes de desconforto e devem ser consideradas nos cuidados. Watson (1985) inclui entre as medidas de conforto no cuidado de enfermagem: 1) remover estímulos nocivos do ambiente externo (claridade da luz, barulhos, aquecimento ou ventilação inadequados e ambiente sujo e desorganizado); 2) dar atenção a posição do(a) cliente e mudá-lo(a) frequentemente de posição; 3) tornar a cama confortável; 4) aliviar a tensão através de exercícios e massagens; 5) desenvolver procedimentos terapêuticos (aplicar calor, administrar medicamento para aliviar a dor, exercícios de inalação, relaxamento, etc.); 6) identificar as implicações da doença para o(a) cliente e o uso de recursos disponíveis para apoiar ou proteger; preparar o(a) cliente para o que esperar e o que é esperado enquanto se maximiza o controle, escolhas e alternativas do(a) cliente; e 7) modificar as abordagens para o(a) cliente de acordo com a severidade, extensão e fases do cuidado.

A privacidade é para Watson (1985) um fator importante no cuidado. A despersonalização que ocorre com a hospitalização e as questões íntimas, procedimentos e tratamentos ligados à hospitalização, tornam a privacidade da pessoa uma questão de interesse e atenção. Segundo a autora, a privacidade serve para manter a dignidade e integridade da pessoa. Deste modo, a integridade e confidencialidade profissional são partes importantes da privacidade. Intervenções voltadas para a privacidade incluem alívio emocional, criar espaço para a auto-avaliação e responder à dignidade básica de uma pessoa como um ser humano.

A segurança é fundamental no cuidado de enfermagem. O(a) profissional de enfermagem interessado(a) na segurança do(a) cliente fica alerta para as causas que a ameaça, como por exemplo: idade, estado de mobilidade, organização dos mobiliários e equipamentos, déficits sensoriais, orientação, desorientação. Medidas

básicas de segurança incluem controle da infecção (e.g., pela lavagem das mãos, cuidado com a pele, técnicas de isolamento, métodos de limpeza e práticas de esterilização) (WATSON, 1985).

A limpeza e a estética do ambiente nunca devem ser esquecidas no cuidado de enfermagem, à medida que podem promover a saúde. Segundo Watson (1985), muitas pessoas têm uma necessidade básica de limpeza e estética, sendo que a sua promoção favorece a qualidade do cuidado de enfermagem, promovendo um elevado nível de auto-valorização e dignidade. No entanto, refere a autora que a estética não pode ser gratificante se as necessidades de ordem inferior (limpeza, segurança, conforto e privacidade) estão comprometidas.

A nossa experiência nos mostrou que a natureza do ambiente exerce uma grande influência no(a) cliente com repercussões no cuidado de enfermagem. O ambiente de emergência é por sua natureza estressante e causador de sofrimento, devido às limitações impostas pela própria condição dos(as) clientes e pelas condições organizacionais a que estão submetidos(as).

A realidade que a emergência nos ofereceu para desenvolver esse fator de cuidado não é a das melhores, já que trabalhamos principalmente em reanimação e observação, onde vários(as) clientes ficam separados(as) somente por biombos e boxes que tiram a privacidade e onde a individualidade nem sempre é valorizada. Não oferecem conforto e mesmo segurança. Os(as) clientes ficam em macas enquanto esperam os resultados e essa espera pode durar dois, três, quatro ou mais dias dependendo do caso e da especialidade. Tudo isso acaba gerando desconforto e novos problemas, confirmados nos seguintes depoimentos:

... o ambiente aqui é muito desconfortável (cliente 14F).

O pior é ficar esse tempo todo deitado nessa maca, eu já estou ganhando outras dores que eu não tinha antes (cliente 12F).

O difícil aqui é que não tem lugar melhor para o acompanhante ficar (cliente 03M).

A entrada de acompanhante fica a critério do(a) enfermeiro(a) que se encontra de plantão e que, na maioria das vezes, só a permite em casos especiais, como idosos ou acamados. A permanência do

familiar na unidade é desconfortável para o mesmo, tendo em vista que a unidade não dispõe de acomodações apropriadas. Assim, quando não conseguem uma cadeira, permanecem sentados na escadinha do leito do(a) cliente.

Para reduzir os agravantes do ambiente, procuramos fornecer informações, reduzindo o medo e a ansiedade relacionados aos procedimentos; facilitar o toque e o envolvimento da família no processo de cuidar; buscar manuseio adequado de equipamentos enfocando a segurança e a humanização no cuidado; respeitar a integridade e a confidencialidade das informações.

Consideramos o desenvolvimento deste fator de cuidado como sendo um dos maiores desafios enfrentados por nós na unidade de emergência. Deste modo, é preciso uma maior conscientização da equipe de saúde, dos administradores para favorecer a promoção de um ambiente saudável, com vistas a criar um clima de bem-estar e de valorização dos(as) clientes, seus familiares e inclusive da própria equipe de saúde.

FATOR 9 – Assistência com gratificação das necessidades humanas

A assistência voltada para a gratificação das necessidades humanas procura atender aquelas necessidades do ser que, segundo Watson (1985), são biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intra-interpessoal. Todas estas necessidades possuem sua importância e precisam ser analisadas para que o indivíduo se sinta satisfeito e alcance o seu desenvolvimento e a sua saúde. A participação do ser cuidado está, principalmente, na ajuda da identificação de suas necessidades e, conseqüentemente, no fornecimento de subsídios para as prioridades no cuidado.

Na emergência, a atuação de enfermagem estava relacionada à uma prática de cuidado voltada ao atendimento rápido de situações de doença, prevenção de seqüelas e ações terapêuticas para a sobrevivência do indivíduo. Dadas estas características, se sobressaíram em nosso processo de cuidado as necessidades biofísicas e biopsíquicas.

A partir de nossa experiência, a utilização destas necessidades no cuidado se mostrou insatisfatória, tendo em vista a fragmentação do ser e as dificuldades sentidas em encaixar todos os problemas na lista de classificação das necessidades, proposta por Watson. Deste modo, nossa experiência mostrou a limitação da proposta de

Watson, pois ela restringe a atuação acadêmica ou profissional na busca de um cuidado efetivo e de qualidade.

Contudo, a incorporação dos outros fatores de cuidado nos ajudou a superar as limitações encontradas neste, com vistas ao desenvolvimento de um cuidado que caminhasse na busca da totalidade do ser cuidado. Devido às lacunas na literatura de estudos que valorizem o ser em sua totalidade, no cuidado em emergência, detectamos que este cuidado está, ainda, mais relacionado à dimensão instrumental do que à dimensão expressiva.

Assim, procuramos cuidar de maneira que fosse algo além da satisfação das necessidades de sobrevivência e, dessa maneira, promovíamos o envolvimento das pessoas e o reconhecimento de suas individualidades. Com esta forma de atuar, os resultados do cuidado se tornaram evidentes, através do bem-estar, conforto, alegria e satisfação dos(as) participantes, cujos depoimentos selecionamos alguns:

Aqui não me sinto abandonado (cliente 24M).

Têm muitas pessoas que estão no hospital que o problema todo é emocional, então se vocês continuarem assim tendo sensibilidade, logo as pessoas vão se restabelecer (cliente 04M).

Aqui vi que as pessoas ainda se preocupam umas com as outras (cliente 01M).

Ao realizarmos o cuidado, procuramos fazê-lo com carinho e isso favoreceu nosso crescimento interior, proporcionando o cuidado de si e do outro e promovendo o bem-estar aos(às) participantes.

Ao transpormos a utilização exclusiva da dimensão técnica voltada para as necessidades biofísicas no cuidado, ampliamos a nossa forma de perceber, pensar e fazer enfermagem. Nesse sentido, concordamos com Waldow (1995) quando refere que a atenção e o carinho são requisitos importantes e atributos morais indispensáveis no sentido de descaracterizar o cuidado como apenas técnico.

FATOR 10 – A existência de fatores existenciais e fenomenológicos-espirituais

A existência de fatores existenciais e fenomenológicos-espirituais faz com que o ser cuidado transcenda seu sofrimento e

encontre significados na situação vivenciada. Implica no estar presente no momento de dor e de sofrimento, compreendendo as pessoas do ponto de vista de como as coisas se parecem para elas.

A aplicação deste fator no cuidado nos levou a valorizar as características de cada cliente, experimentar a sua subjetividade para que pudéssemos promover um cuidado efetivo e de qualidade. Para que isso realmente acontecesse, precisamos voltar-nos para o nosso interior e buscarmos o verdadeiro sentido de nossa existência para que depois pudéssemos ajudar outras pessoas a enfrentar a difícil situação de emergência em suas vidas.

Percebemos que ao lidar com as situações de emergência/urgência, as reações e comportamentos dos(as) clientes eram as mais diversas, evidenciando as suas individualidades. Naqueles momentos, precisamos buscar a compreensão da pessoa de acordo com sua experiência subjetiva para poder compreendê-la. Era como um quebra-cabeça que se ia montando em cada momento da relação e em cada reflexão. Buscamos entender o outro e fugir do julgamento que vivenciamos em nossa sociedade e, pior, em nossa profissão.

Dada a complexidade e amplitude da promoção deste fator no cuidado, sentimos nossos limites em desenvolvê-lo em sua totalidade. Pensamos que a sua efetividade no cuidado requer amadurecimento pessoal e profissional. Deste modo, cada ser o promoverá à sua maneira, de acordo com as suas aquisições em seu processo existencial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos dez fatores de cuidado de Watson no processo de cuidado se mostrou efetiva na unidade de emergência. Vale ressaltar que esses fatores não são complicadores para a efetivação do cuidado, mas se constituem em aspectos de inovação e desafio para a prática profissional, os quais, na maioria das vezes, são motivadores, levando ao auto-conhecimento e à humanização das relações e do cuidado de enfermagem.

Temos a certeza de que as experiências vividas no ambiente da emergência foram marcantes em nossas vidas, pois o desenvolvimento do cuidado humano se constitui em um referencial inovador e efetivo. Acreditamos que o seu desenvolvimento não só no cuidado aos(as) clientes, mas também no próprio cuidado entre os(as) profissionais de enfermagem poderá contribuir para uma melhor qualidade do trabalho e de vida, através de relações e ações

mais humanas. Para nós, este aspecto é muito importante dado ao fato deles(as) atuarem em um local onde é preciso observar, enxergar com olhos físicos e com olhos do coração, entender o não dito, confiar no vivido, sociabilizar o saber e o fazer, refletir sobre as vivências, buscar o auto-conhecimento e agir com presteza e sabedoria.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the development of Jean Watson's ten carative factors in the process of caring with clients and their families in an emergency unit of a general hospital in Florianópolis. It was based on the convergent-assistance research design, and developed with 91 clients, from September 3 to November 30, 2001. The development of Watson's ten carative factors in the process of caring was effective in the emergency unit contributing to an approach more humanized and with greater quality when compared to another which emphasizes only the biological dimension.

KEY WORDS: *nursing care; emergencies, nursing.*

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar lo desarrollo de los diez factores del cuidado de Jean Watson en el proceso de cuidado a clientes y sus familias en una unidad de emergencia de un hospital general, en Florianópolis. Utilizóse de la modalidad de investigación convergente-asistencial y fue desarrollado con 91 clientes, en el periodo de 03 de setiembre a 30 de noviembre de 2001. El desarrollo de los diez factores de cuidado de Watson en el proceso de cuidado es efectivo en la unidad de emergencia, contribuyendo para una abordaje más humana y de mayor cualidad cuando comparada con aqueja que enfatiza somiente la dimensión biológica.

DESCRIPTORES: *atención de enfermería; urgencias medicas; enfermería.*

REFERÊNCIAS

GROËR, Maureen. Psychoneuroimmunology. **American Journal of Nursing**, New York, v.91, n. 8, p. 33. Aug. 1991.

MALKIN, J. **Hospital interior architecture**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992.

PAIM, Ligya; TRENTINI, Mercedes. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergent e-assistencial**. Florianópolis, Editora da UFSC, 1999. (Série Enfermagem-REPENSUL). 162 p.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. *In:* _____.; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

WATSON, Jean. **Nursing the philosophy and science of caring**. Boulder. Colorado: Colorado Associated University, 1985.

Entrada na revista: 16/04/02

Início do período de reformulações: 10/05/02

Aprovação final: 05/09/02

Endereço da autora: Alcione Leite da Silva
Author's address: Av. Ivo Silveira, 2508/105 - Capoeiras
88.085-950 – Florianópolis –SC
E-mail: alcione@nfr.ufsc.br
E-mail: a.dasilva@latrobe.edu.au