

CLARICIA TEREZINHA THOMAS

**CUIDADO DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM FASE TERMINAL:
UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA TEORIA DE TRAVELBEE,
IMPLEMENTADA COM CLIENTES E DISCUTIDA COM ENFERMEIRAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
- ENFERMAGEM -**

Florianópolis, novembro de 1998.

**CUIDADO DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM FASE TERMINAL:
UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA TEORIA DE TRAVELBEE,
IMPLEMENTADA COM CLIENTES E DISCUTIDA COM ENFERMEIRAS**

por

Clarícia Terezinha Thomas

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, como requisito para a obtenção do grau de MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Orientadora:

Dr^a Vivina Lanzarini de Carvalho.

Florianópolis - SC

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - Universidade Conveniada
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL
REPENSUL
EXPANSÃO PÓLO III

Título: CUIDADO DE ENFERMAGEM A CLIENTES EM FASE TERMINAL: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA TEORIA DE TRAVELBEE, IMPLEMENTADA COM CLIENTES E DISCUTIDA COM ENFERMEIRAS


Autora: Claricia Terezinha Thomas

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

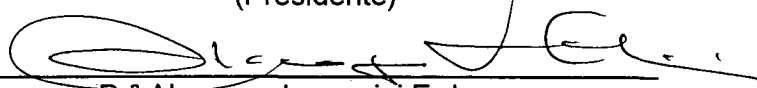
Mestre em Assistência de Enfermagem

sendo APROVADA e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

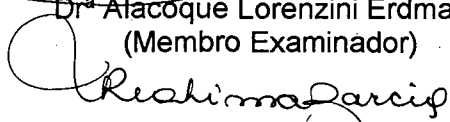
Banca Examinadora:



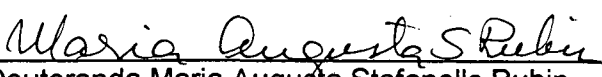
Dr^a Vivina Lanzarini de Carvalho
(Presidente)



Dr^a Atacoque Lorenzini Erdmann
(Membro Examinador)



Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia
(Membro Examinador)



Doutoranda Maria Augusta Stefanello Rubin
(Membro Examinador)

Dr. Ivo Gelain
(Suplente)

MENSAGEM

“O espírito é uma dimensão aberta de vida. A pessoa sempre pode ser mais. Seu espírito tem um endereço divino, de eternidade. O animal, não. Ele tem uma vida fechada de identidade definida. O ideal da vida espiritual, portanto, é o de crescer para além e para fora de si mesma em direção ao absoluto. E isto acontece quando a pessoa vive total e plenamente o destino que tem. Fechada em si, como um ser irracional, a pessoa define e se descaracteriza. Literalmente, seu limite é Deus, o grande Outro”.

Neylor J. Tonin

AGRADECIMENTOS

Ao concluir os trabalhos desta dissertação sinto-me no dever e na alegria de externar minha profunda gratidão a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial:

Às minhas coirmãs de congregação religiosa, mais especificamente àquelas que compartilham comigo o dia a dia, pelo apoio recebido, carinho e constante estímulo.

Aos mestres e coordenadores de curso que além de professores, foram altruístas com seu saber, exemplo e entusiasmo, motivando a empreender a busca.

Aos colegas, mestrandos do curso, pela amizade, apoio, incentivo e compreensão.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da FAFRA, pela compreensão, incentivo e torcida. Um agradecimento especial àquelas que contribuíram na reflexão e partilha da temática.

À gerente dos serviços de enfermagem do Hospital de Caridade pela autorização para realizar a Prática Assistencial, nessa instituição e às colegas enfermeiras do Hospital de Caridade que contribuíram, compartilhando com suas vivências e experiências.

Aos clientes que me oportunizaram esta vivência.

Meu agradecimento especial à professora Vivina Lanzaolini de Carvalho, orientadora desta dissertação. Inicialmente pela valorização da idéia deste estudo. Pela sua disponibilidade em me orientar, pelo seu constante incentivo e paciência, pela sua orientação segura e por acreditar nas minhas possíveis potencialidades.

Obrigada!

SUMÁRIO

Capítulo I – Delineando o Estudo	01
Considerações iniciais	01
Objetivos	09
Capítulo II – Empreendendo a Busca	11
Fundamentação Teórica	11
Concepções teóricas de Travelbee.....	11
Afirmações de Travelbee.....	12
Desenho do marco.....	20
Descrição do marco e do desenho.....	21
Concepções de outros autores que corroboram com os princípios de Travelbee.....	22
Aspectos gerais da finitude	24
A educação como possibilidade de humanização	33
Aspectos éticos para cuidado humanizado	36
Necessidades espirituais dos clientes e a questão da morte em algumas religiões e culturas.....	42
Concepções filosóficas da finitude	45
Visão cristã sobre os limites do homem e sua transcendência.....	49
Trajetória Metodológica	53
Sujeitos do estudo	54
Instrumentos de trabalho	55
Os encontros	55
Capítulo III – Implementando os Cuidados e Discutindo a Prática	58
Encontro Original com Alice.....	58

Encontro Original com Bernardo	61
Encontro Original com Claudia	65
Encontro Original com Daniel.....	67
Encontro Original com Elisa.....	70
Quadro Sinóptico A	72
Quadro Sinóptico B	74
Quadro Sinóptico C.....	76
Quadro Sinóptico D	78
Quadro Sinóptico E	80
Avaliação dos achados com os Clientes	82
Encontro original com o grupo de enfermeiras (EP e EA).....	84
Quadro Sinóptico EA	96
Quadro Sinóptico EP	98
Avaliação dos achados com as enfermeiras	100
Análise e interpretação dos dados	101
Interação humana	102
Emoção	103
Ação educativa	104
Sensibilidade e ética.....	105
Cuidado humanizado	107
Necessidades espirituais	109
Capítulo IV – Finalizando o Estudo.....	112
Considerações finais	112
V – Referências Bibliográficas	117
VI - Anexos	

Resumo: Esta dissertação de mestrado apresenta o relato da vivência com cinco clientes em fase terminal e reflexões e depoimentos sobre os cuidados de enfermagem a pacientes terminais nas instituições hospitalares de dois grupos de enfermeiras: enfermeiras professoras e enfermeiras assistenciais.

A proposta de trabalho fundamenta-se nos princípios, pressupostos e etapas metodológicas da Teoria Interacionista de Joyce Travelbee, implementadas com o Processo de Enfermagem. Apresenta também, uma revisão da literatura que permite compreender a evolução e a forma de tratamento dado pela sociedade aos clientes terminais, bem como a influência da ciência e da tecnologia sobre esse processo de transformação. Apresento uma reflexão crítica sobre afirmativas de vários autores sobre a morte, as questões éticas e a religiosidade. Mostra a ciência e a tecnologia como fatores de desvalorização da pessoa humana, principalmente do cliente terminal. Discute com as enfermeiras as modalidades de atendimento já consagradas e mostra uma forma de cuidar, condizente com a enfermagem humanizada, colocando em destaque o valor do homem em sua essência e transcendência

Abstract: This work presents a report about the experience with five terminal patients and some reflexions and statements about the nurse care to these patients in hospitals where two groups of nurses worked: nurse teachers and nurse assistants.

The work proposal is based in principles and methodological phases of Joyce's Travelbee Interactionist Theory which is correlated with the nursing process.

The study presents a literary review that allow us to understand the evolution and treatment given by the society to the terminal patients, as well as science and technological influence to the transformation process.

It presents also a critical reflexion about some authors and their opinion about death, ethic questions and religiosity.

The work shows science and technology as devaluation factors of the human being, mainly of the terminal patients and a discussion with nurses about the assistance modes already consecrate. And finally it presents a manner to take care corresponds with the nursing humanized detaching the human value in its essence and transcendence

CAPÍTULO I DELINEANDO O ESTUDO

Considerações Iniciais

Este trabalho é fruto de um interesse que acompanhou minha trajetória de vida pessoal e profissional. O cuidado de enfermagem prestado ao cliente em fase terminal de vida foi uma das grandes inquietações, desde o início da minha carreira na enfermagem em 1974, como aluna do Curso de Auxiliar de Enfermagem. Nos primeiros dias de estágio ao nível hospitalar, deparei-me com a realidade da morte institucionalizada, que causou em mim, grande impacto emocional.

Trazia vivas algumas experiências de morte ocorridas na minha infância. Perda de parentes queridos, como minha avó paterna e outras pessoas da comunidade local em que vivíamos. A partida de um membro da comunidade era acontecimento assumido e vivenciado pela comunidade. Quando se tratava de uma pessoa idosa, com doença crônica, que evoluía para a iminência da morte, familiares e pessoas amigas mantinham-se próximas e se revezavam ao lado dela. Todos procuravam além de marcar presença, ser força encorajadora e animadora para o moribundo neste momento. Como tratava-se de uma comunidade 100% católica praticante, a assistência espiritual era uma das grandes ênfases, sem descuidar do conforto físico e emocional. Trago à memória a cena de familiares ao lado de seu ente querido, ressaltando suas virtudes, prática de boas obras. Marcas que o manteriam vivo através dos tempos no seio da família e da comunidade.

Outra experiência, ocorreu no primeiro período de estágio curricular em uma certa manhã na passagem do plantão, quando a plantonista falou: "Leito 102A", "Ana Maria, não está nada bem. Já foi sacramentada. Está em estado de semi-coma. O médico disse que não tem mais retorno." Imediatamente após a passagem do plantão, dirigi-me a enfermaria "102". Fora escalada para cuidar os clientes dos leitos "102B e 102C". A cliente do leito "102A", "Ana Maria", ficou aos cuidados de outros profissionais. No

dizer de minha supervisora, não tinha condições para cuidar de cliente em estado grave.

O leito da cliente "102A", Ana Maria encontrava-se cercado de biombos e vi que havia um torpedo de O₂ à sua cabeceira e por vezes um aspirador de secreções era acionado. As funcionárias escaladas para cuidar da cliente puxavam os biombos de um lado para outro. Pouco ou nada falavam durante a prestação dos cuidados. A enfermeira responsável pela unidade, na época chamada de Enfermaria de Senhoras, por vezes se aproximava da cliente, sem que percebesse o que fazia, mas nada falava e silenciosamente saía ajeitando também os biombos. Esta cena repetiu-se por alguns dias quando certa manhã já não se falava mais em "Ana Maria". Ela havia falecido na tarde do dia anterior. Cenas semelhantes foram se repetindo ao longo do curso também em outro hospital, campo de estágio para nossas atividades práticas. Foram situações inquietantes, mas acolhidas como uma realidade hospitalar a exemplo de tantas outras.

Depois de concluído o Curso de Auxiliar de Enfermagem, desenvolvi minha prática profissional em outra cidade e hospital, em unidade pediátrica.

Na pediatria, as crianças também permaneciam sem a presença permanente da mãe ou familiares, aos cuidados da enfermagem. Em situações de risco de vida, a criança era transferida para um "quartinho" individual e solicitada a presença da mãe ou familiar para permanecer com a criança. Esta realidade parecia-me mais humana e não me causava tanto impacto.

Quando em 1982 retornei à Instituição de Ensino, já referida, para o Curso de Graduação Enfermagem, nos dois hospitais o cuidado ao cliente terminal havia mudado um pouco. Período em que em ambos os hospitais foram instaladas UTIs. Os clientes mais graves eram removidos para tais unidades. Na clínica geral, foram alocados carrinhos de emergência, já que as UTIs não tinham espaço para acolher a todos os clientes graves. Dessa forma, muitos clientes em estágio final de vida permaneciam nas unidades e recebiam cuidado dos alunos no período em que eles permaneciam no estágio. Frequentemente era possível perceber a inquietação por parte dos funcionários, quando escalados para cuidar de algum cliente em estágio de

morte iminente, ou mesmo ouvir manifestações como: ...”mas, ainda não se foi”... “no meu plantão também não vai”... “vou fazer o possível para entregá-la com vida!” “Boa sorte para ti!” Muito diferente não eram as reações quando o cliente terminal ficava aos nossos cuidados, durante o período de estágio. Entregar o cliente com vida para o plantão seguinte parecia caracterizar cuidado eficiente. Para esclarecer, sem dúvida, todos os cuidados de rotina, os procedimentos técnicos e todo tratamento medicamentoso era mantido dentro das normas e possibilidades do hospital.

Outras vezes, na hora da passagem do plantão falava-se: o médico assistente avaliou o(a) cliente e disse, ou deixou registrado no prontuário, “SSP” (Se Parou Parou). Esta manifestação por parte do médico assistente, parecia aliviar a equipe de enfermagem, que já não se preocupava mais com formas de intervir caso o (a) cliente viesse a falecer. Nesses casos a morte, normalmente acontecia no anonimato, silenciosamente, sem muito “alarido” para não chamar atenção dos outros clientes que compartilhavam o mesmo quarto. Diferente era a reação por parte da enfermagem diante da iminência da morte de um cliente, tido como terminal, sem a manifestação “SSP” por parte do médico assistente.

A tentativa de reanimação era quase um impulso natural e acionava toda a equipe. Quando uma parada cardíaca ocorria estando os familiares junto do cliente, a esses era solicitado se distanciar do seu familiar até a declaração de óbito pelo médico.

Esta forma de proceder e agir sempre despertavam em mim, inquietações e questionamentos: como pode alguém morrer sereno e tranquilo abaixo de golpeadas, sem a presença de uma mão amiga para um afago, carinho ou aperto de mão de despedida?

Ao ingressar no Curso de Mestrado Assistência em Enfermagem, da UFSC Expansão Pólo III, Santa Maria, convênio REPENSUL, na primeira disciplina do curso, Fundamentos Teóricos da Educação, foi-nos solicitado escolher um assunto que seria apresentado no Seminário de Controvérsias. Imediatamente veio-me à mente o cuidado institucionalizado prestado aos clientes terminais. Duas colegas desenvolveram e apresentaram comigo o trabalho, em que refletimos sobre o cuidado proporcionado aos clientes

terminais nas instituições hospitalares, onde muitas vezes as estruturas, normas e rotinas se sobrepõem a questões mais humanizadas. Onde as pessoas envolvidas com o cuidado são cada vez mais cobradas para dar conta de todos os recursos que a tecnologia impõe. A partir de então, em diversos trabalhos do curso abordei o assunto. Desenvolvi também a Disciplina da Prática Assistencial junto a clientes em fase terminal, quando com dois grupos de enfermeiras desencadeei um processo de reflexão sobre o tema. O Projeto e o Relatório da Prática Assistencial são a base dessa dissertação.

É oportuno dizer que essa experiência despertou em mim interesse e compromisso para prosseguir o trabalho, mesmo após a conclusão da atividade acadêmica.

Diante da iminência da virada de mais um século, onde diversos segmentos da humanidade param para repensar a sua forma de agir, na tentativa de assumir uma postura consciente e coerente, diante da evolução da ciência e da tecnologia, como profissional da saúde, a favor da vida e da dignidade em todo seu ciclo, acho oportuno lançar um olhar crítico sobre o cuidado que vem sendo dispensado aos clientes em fase terminal de vida, frente a todas as possibilidades de intervir que os avanços dispõem.

Proporcionar ao cliente em fase terminal uma morte serena e tranqüila, em nossa época gera um verdadeiro dilema. A partir de meados deste século, convencionou-se que o lugar para morrer é o hospital e mais precisamente a Unidade de Terapia Intensiva - UTI. Neste ambiente a equipe de enfermagem passa a substituir os familiares ao lado do cliente. Profissionais que nem sempre dispõem de tempo e disposição para lidar com a ansiedade e os temores do cliente. Para assegurar o profissionalismo da equipe multi profissional a ciência e a tecnologia são acionadas para distanciar a morte ao máximo, a qualquer custo, muitas vezes sem questionar qualidade de vida e conseqüências para o cliente e família, expondo-os desta forma a sofrimentos excessivamente dolorosos e prolongados. Nesse cenário o mais importante já não é mais o cliente e sim o profissional que cuida dele e da sua saúde, seus conhecimentos, suas

habilidades técnicas e sua sensibilidade estão sendo desafiados a todo momento.

Ouve-se dizer que profissionais, médicos e enfermeiros necessitam se reciclar e se especializar para monitorar com eficiência os novos equipamentos e a terapia medicamentosa, para assegurar, dessa forma, uma assistência qualificada ao cliente em estado crítico. Nesse mesmo ambiente, pouco ou nada se fala que esses mesmos profissionais necessitam se atualizar em questões éticas, para acompanhar de forma humanizada os dias de vida que ainda restam ao cliente, assegurando-lhe a dignidade como pessoa humana, que passa por uma situação especial na vida.

Essa forma de proceder traz o entendimento de que a morte não é mais vista como o limite natural da vida humana ou algo inerente à própria existência. A medicina, na atualidade, parece encarar a morte como um resultado acidental diante do objetivo de sua profissão que é a busca da saúde e a cura das doenças. Nessa concepção, que no meu entender é da maioria dos profissionais da saúde, a morte ocorre quando a medicina falha ou está fora do seu escopo científico. O paradigma de curar, vencer a morte, facilmente torna o profissional prisioneiro do domínio tecnológico e científico.

A presença maciça da tecnologia é um fator importante para o tratamento da saúde e manutenção da vida. Mas não se pode também ignorar que à medida que a prestação de serviços do sistema de saúde se tornou cada vez mais dependente da tecnologia as práticas humanistas, como manifestações de apreço, preocupação e presença solidária com os doentes não são mais colocadas como questões prioritárias.

Não se trata de cultivar uma postura contra a evolução da ciência e da tecnologia, o que seria uma ingenuidade. Questiono seu uso em certas situações, visando contribuir para o morrer com dignidade, de clientes terminais.

Os esforços empreendidos no desenvolvimento do estudo e da prática visavam principalmente dar ao cliente em fase terminal um cuidado humano, solidário que pudesse contar com elementos como sensibilidade, trabalho partilhado da equipe, presença física junto ao cliente, entre outros.

Há muitos que pensam que a medicina evoluiu tanto, que tornou o processo de morrer muito difícil e prolongado. Há quem diga também, que a dificuldade para morrer seja a razão de se buscar a eutanásia a fim de proporcionar morte tranqüila para clientes terminais. Sobre a eutanásia, não podemos mais fugir de sua discussão, uma vez que ela está sendo colocada até nos dispositivos legais, em Projeto ora tramitando no Congresso Nacional.

Mais freqüentemente, no ambiente hospitalar, o processo de morrer segue uma trajetória anônima e silenciosa. Não se fala sobre ela. O cliente a vivencia calado, sem partilhar com ninguém seus temores e angústias.

Na era da tecnologia, percebe-se que o homem passa por profundas transformações em sua forma de aceitar e compreender as situações da vida. Muitos valores, até então tidos como estáveis, merecem uma reavaliação. As intervenções no processo de nascer, viver e morrer remetem a questões éticas que devem ser assumidas e refletidas pelos profissionais da saúde, para a formação de uma postura e de uma consciência crítica baseada em princípios e valores humanos. Não se pode mais sustentar uma consciência ingênua em moldes tradicionais para argumentar atitudes e formas de agir, que afrontam a capacidade intelectual, a sensibilidade humana e os princípios éticos de quem assiste pessoas desenganadas. A falta de preparo e de reflexões sobre a morte deixa os profissionais perplexos diante da tomada de decisões em situações de morte iminente, já que não conseguem diferenciar os deveres do compromisso profissional, com a possibilidade cada vez mais avançada que a tecnologia oferece. Frequentemente reclamam que não estão sendo preparados para lidar com a morte da mesma forma que são preparados para a manutenção da vida.

Questões culturais e crenças religiosas influenciam decisivamente na aceitação ou não da morte. O morrer torna-se um processo mais sereno para quem não vê na morte um fim último e sim uma passagem para um estágio de vida em plenitude no além. Neste estudo, eu me coloco assumindo minha crença e religiosidade cristã católica.

A constatação na prática da forma de lidar com a morte pelos profissionais da saúde, e sustentado pela literatura, permite-me formular

questionamentos como: Para que serve o maior conhecimento biológico que leva ao diagnóstico e prognóstico mais preciso? E os analgésicos poderosos que aumentariam a possibilidade de controlar a dor? E as máquinas sofisticadas que objetivam controlar órgãos que entram em disfunção? E o conhecimento psicológico que é um instrumento precioso no sentido de aliviar ansiedades e sofrimentos? Quais as razões da obstinação terapêutica que busca prolongar a vida como se a morte fosse um mal a ser combatido com todas as armas possíveis? E afinal, pode-se interferir ou não nos limites estabelecidos pela existência, enquanto processo natural? A quem interessa? A quem beneficia? Será que todas as possibilidades que hoje existem beneficiam ou vem em benefício da vida ou apenas retornam ao interesse de quem os inventou? Ou será que a vida ainda manifestada em algum de seus sinais é mais importante que a morte?

Devido a ampla produção dos recursos disponíveis para a manutenção da vida, é de suma importância o empenho para resguardar, no momento da morte, a dignidade da pessoa humana, bem como a de ampliar a compreensão sobre a vida em suas diversas dimensões, para desta forma contrapor ao tecnicismo, que ameaça se tornar abusivo com sua forma de intervir no processo de viver e morrer. As possibilidades que a ciência e a tecnologia oferecem merece uma avaliação criteriosa, com a participação de todos os membros da equipe que envolvem o cuidado humano, bem como do cliente e de seus familiares.

Segundo Vargas (1990), moralistas cristãos têm consenso em afirmar que ninguém é obrigado a usar de meios extraordinários para manter a vida. No seu entender é lícito contentar-se com meios normais que a medicina dispõe. Não se pode, portanto, impor a ninguém a obrigação de recorrer a um recurso demasiado oneroso. "Recusá-lo não equivale ao suicídio", significa antes a aceitação da condição humana, preocupação de evitar por em ação um dispositivo médico desproporcional com os resultados que se podem esperar, enfim, vontade de não impor obrigações demasiado pesados ao cliente, á família ou á coletividade. Ainda, conforme o autor, na iminência de uma morte inevitável, apesar dos meios usados, é lícito em consciência tomar a decisão de renunciar a tratamentos que dariam somente

um prolongamento precário e penoso da vida. Esta reflexão, de acordo com ele, inspira-se no profundo desejo de servir o homem segundo o desígnio do Criador, “se por um lado, a vida é um dom de Deus, pelo outro, a morte é inevitável; é necessário, portanto, que sem antecipar de algum modo a hora da morte, se saiba aceitá-la com plena responsabilidade e com toda a dignidade” (p.279).

Todos esses questionamentos remetem a desafios que a sociedade tem hoje diante de si, aos quais deve responder com urgência para humanizar a vida no seu ocaso e para se situar melhor em relação á morte como parte inerente à vida.

A enfermagem está partilhando desses desafios e muitas inquietações surgem. Para encaminhar respostas a estas perplexidades formulei as seguintes questões: a qualidade do cuidado aos clientes terminais sofre as conseqüências do contexto social/cultural, do progresso da ciência e da tecnologia que valoriza a competência dos profissionais pelo resultado das suas ações em detrimento do valor da pessoa humana? De que forma o enfermeiro pode contribuir para melhorar a qualidade do cuidado e da assistência ao cliente em fase terminal? Uma vez que a enfermeira deve levar em conta que o cliente é um ser humano que deve ser protegido e respeitado em sua dignidade e resguardado o direito de participar nas decisões da continuidade de seu tratamento e que nem todas as possibilidades de intervir para manter a pessoa com vida, visam beneficiar o cliente.

Frente ao exposto e dada à minha preocupação com o cuidado proporcionado aos clientes em fase final de vida, busquei subsídios nas teorias de enfermagem. O estudo das teorias de enfermagem ampliaram a visão e concepção sobre as formas de relacionamento enfermeira/cliente, bem como sobre o tema “cuidado”. O estudo levou-me a compreender mais da importância de um referencial teórico para delinear uma prática.

Durante o estudo das teorias de enfermagem, imbuí-me nos princípios da Teoria Interacionista de Joyce Travelbee, que dão muita ênfase ao amor, á esperança, comunicação e importância de se descobrir um sentido para as vivências. Ela estabelece uma forma progressiva de interação entre cliente e

enfermeiro. Interação que inicia com um primeiro contato, onde é estabelecido um pacto entre o cliente e a enfermeira. Pacto que vai evoluindo para a etapa das identidades emergentes, empatia, simpatia até a etapa do "Rapport" ou eu terapêutico. Travelbee achava que a enfermagem precisava de uma revolução humanística

Os estudos de Joyce Travelbee (1979) e o processo por ela proposto corroboram no respaldo teórico da dissertação e na ordenação dos passos a serem adotados na metodologia da prática desenvolvida.

Ao elaborar o projeto de prática assistencial, procurei orientá-la na forma de interagir seguindo os princípios e as etapas propostas no processo de Travelbee, enunciadas por Hobbie et al (1994).

Após escolher princípios, pressupostos e metodologias, decidi enfrentar o desafio de inovar no cuidado de clientes terminais e também discutir a temática com grupos de enfermeiras. Para o desenvolvimento dos demais aspectos do trabalho, busquei subsídios em autores como Pessini, Airês, Libânio, Pitta, entre outros.

Em face do exposto, espero que o estudo traga uma efetiva contribuição para:

- Novas abordagens na dinâmica do cuidar e do assistir que tendem a valorizar as ações interativas da equipe, o que sugere a valorização do trabalho realizado na sua totalidade;
- As manifestações das pessoas quando falam sobre o assunto;
- O valor do ser humano em qualquer situação;
- A participação das enfermeiras junto à equipe multidisciplinar nas decisões a serem tomadas no tratamento do cliente terminal;

Para delimitar as buscas inerentes ao tema e ao cuidado de enfermagem elaborei os seguintes **objetivos**.

- Realizar um cuidado de Enfermagem à clientes em fase terminal, fundamentado na Teoria Interacionista de Joyce Travelbee, implementado com clientes terminais e discutido com enfermeiras.
- Desencadear um processo de reflexão sobre os cuidados dos clientes em fase terminal com enfermeiros assistenciais e enfermeiros professores.

- Registrar as emoções, anseios e necessidades de clientes em fase terminal, a fim de assisti-los como seres únicos, para através de um cuidado de enfermagem afetivo e efetivo, ajudá-los a encontrar significado para as experiências vividas.

CAPÍTULO II EMPREENDENDO A BUSCA

Fundamentação teórica

Ao buscar fundamentação teórica do estudo, julguei necessário investigar a compreensão de alguns temas relacionados com os cuidados de enfermagem a clientes em fase terminal, revendo as idéias de vários autores sobre questões que permeiam a temática escolhida.

A base teórica do estudo se desenvolve, portanto, com os seguintes tópicos: afirmações teóricas de Travelbee; desenho do marco; descrição do marco; concepções de outros autores que corroboram com os princípios de Travelbee; aspectos gerais da finitude; a educação como possibilidade de humanização; aspectos éticos para os cuidados humanizados; necessidades espirituais dos clientes; religiões e aspectos culturais no Brasil; concepções filosóficas da finitude; visão cristã sobre os limites do homem.

Acredito que pela revisão proposta poderei ampliar, também, a compreensão sobre o processo de morrer, encontrar bases para normalizar o cuidado a ser implementado com os clientes e discutido com as enfermeiras, contemplando ações para um cuidado mais humanizado.

Concepções teóricas de Travelbee

Como mencionado na introdução, o estudo fundamenta-se na Teoria Interacionista de Travelbee (1979). Ela serve de referencial teórico na medida em que permite ampliar a compreensão sobre o processo de morrer e alicerçar as ações de enfermagem em vista de um cuidado participativo e humano aos cliente.

De acordo com Hoble et al (1994), balizei informações sobre a vida e obra da autora cujos conceitos me orientam.

Joyce Travelbee foi enfermeira psiquiátrica profissional, educadora e escritora. Nascida em 1926 no Hospital de Caridade e Escola de Enfermagem em Nova Orleans. Ela obteve o Grau de Bacharel em Ciências em educação para enfermagem da Universidade Estadual da Pensilvânia em 1956. No verão de 1973, Travelbee começou um

programa de doutorado na Flórida, mas não conseguiu finalizá-lo devido à sua morte prematura no final daquele ano. Ela morreu aos 47 anos após uma breve doença, sem deixar família.

Travelbee iniciou sua carreira como educadora na enfermagem em 1952, lecionando enfermagem psiquiátrica no Hospital Depaul Escola Afiliada, Nova Orleans, enquanto trabalhava no seu bacharelado. Ela também lecionou enfermagem psiquiátrica no Hospital de Caridade e Escola de Enfermagem, na Universidade Federal da Louisiana, na Universidade de Nova Iorque na cidade de Nova Iorque e na Universidade do Mississippi em Jackson. Em 1970 ela foi nomeada Diretora de Projetos no Hotel Dieu, Escola de Enfermagem em Nova Orleans. Na época de sua morte, Travelbee era diretora da graduação na Escola de Enfermagem da Universidade Estadual da Louisiana.

Travelbee começou a publicar artigos em periódicos de enfermagem em 1963. Seu primeiro livro, Aspectos Interpessoais da Enfermagem, foi publicado em 1966 e 1971. Um segundo livro, Intervenção na Enfermagem Psiquiátrica, foi publicado em 1969.

As afirmativas teóricas enunciadas por Travelbee em 1966, traduzidas por Hobbie são importantes para que se estabeleça uma relação enfermeiro-cliente em vista do cuidado humanizado ao cliente terminal. São enunciados cuja compreensão leva o enfermeiro a perceber o cliente como um ser único com direitos e possibilidades e a enfermeira como pessoa singular, com capacidades para ajudar seu cliente encontrar um sentido para suas experiências, mesmo sendo essas de dor e sofrimento.

Afirmações de Travelbee:

- O propósito da enfermagem é alcançado pelo estabelecimento de um relacionamento humano.
- A condição humana é partilhada por todos os seres humanos e é dicotômica por natureza.
- A maioria das pessoas, algum dia e em graus variáveis, experienciará alegria, satisfação, felicidade e amor.
- Todas as pessoas, algum dia de suas vidas, confrontar-se-ão com a doença e a dor (sofrimento mental, físico ou espiritual), e possivelmente irão deparar-se com a morte.
- A qualidade e a quantidade do cuidado de enfermagem dispensado a um ser humano doente são muito influenciadas pela percepção da enfermeira sobre o cliente.

- Os papéis de enfermeira e cliente têm de ser transcendidos para que se possa estabelecer um relacionamento humano.
- A doença e o sofrimento são conflitos espirituais bem como experiências físico emocionais.
- O processo da comunicação possibilita “à enfermeira estabelecer um relacionamento humano e portanto alcançar o propósito da enfermagem.”
- Indivíduos podem ser auxiliados a encontrar um sentido na experiência da doença e do sofrimento. Os sentidos podem fazer com que o indivíduo vença os problemas produzidos por estas experiências.
- Os valores éticos e espirituais da enfermeira, ou suas crenças filosóficas sobre a doença e o sofrimento determinarão até que ponto ela será capaz de auxiliar os indivíduos e as famílias a encontrarem sentido (ou não) nestas experiências difíceis.
- É da responsabilidade do profissional da enfermagem (practitioner) auxiliar os indivíduos e famílias a encontrar um sentido na doença e no sofrimento (se for necessário).

Essas afirmações teóricas suscitam considerações principalmente no que se refere à enfermeira, como a responsável pelos cuidados, uma vez que na visão atual, autores como Waldow (1998), Libânio (1993), Leininger (1985), entre outros enfatizam que essa responsabilidade vai além de meros procedimentos técnicos. São cuidados que levam em consideração o cliente como um ser bio-psico-social e espiritual. Dessa forma, enfatizo os aspectos emocionais e espirituais do cliente. Assim é possível perceber o cuidado emocional como um fator integrante dos cuidados e de responsabilidade da enfermeira, já que ela está mais próxima do cliente, interagindo com ele e participando de suas tensões, medos e preocupações como também de suas alegrias e esperanças.

Para melhor compreender a forma de interação enfermeira-cliente, preconizada por Travelbee em sua teoria, e interpretada por Hobbie et al passarei a citar alguns conceitos por ela enunciados que são de fundamental importância para o cuidado centrado nas necessidades do cliente (1994).

- **Ser humano:** um ser humano é definido como um indivíduo único insubstituível - um ser que está uma vez neste mundo - parecido e no

entanto diferente de qualquer pessoa que já tenha vivido ou que um dia viverá.

- **Cliente:** o termo *cliente* é um estereótipo útil para a economia comunicativa. Na verdade, não existem clientes. Existem apenas indivíduos que necessitam de cuidado, atendimento e assistência de outros seres humanos, os quais, acredita-se, possam fornecer a assistência necessária.
- **Enfermeira:** a enfermeira também é um ser humano. A enfermeira possui um conjunto de conhecimentos especializados e a habilidade de usá-lo com o propósito de auxiliar outros seres humanos a prevenir doenças, recuperar a saúde, encontrar sentido na doença, ou a manter o grau mais alto de saúde possível.
- **Doença:** A doença é uma “categoria e uma classificação.” Traveibee não usou o termo *doença* como uma definição de estar sem saúde, e sim explorou a experiência humana da doença. Travelbee definiu doença através de critérios objetivos e subjetivos. Os critérios objetivos são determinados pelos efeitos exteriores da doença sobre o indivíduo. Os critérios subjetivos referem-se à maneira pela qual o ser humano percebe a si mesmo como estando doente.
- **Sufrimento:** o sofrimento é um sentimento de desprazer que abrange desde simples desconforto transitório mental, físico ou espiritual até a angústia extrema, e as fases além da angústia, como a fase nociva do “não me importo” desesperado, e a fase terminal da indiferença apática. O sofrimento pode ser colocado em uma linha progressiva.
- **Dor:** a dor em si não é observável - apenas seus efeitos são notados. A dor é uma experiência solitária, difícil de comunicar completamente a outro indivíduo. A experiência da dor é única para cada indivíduo.
- **Esperança:** a esperança é um estado mental caracterizado pelo desejo de alcançar um fim ou atingir um objetivo combinado com um certo Grau de expectativa de que o quê está sendo desejado ou procurado é atingível. A esperança está relacionada com a confiança nos outros, escolha, vontade, confiança, perseverança e coragem, e está orientada para o futuro.

- **Desesperança:** a desesperança é estar desprovido de esperança. É dirigir-se aos aspectos negativos do existir.
- **Comunicação:** a comunicação é um processo que pode possibilitar à enfermeira estabelecer um relacionamento humano, e portanto atender ao propósito da enfermagem, ou seja, auxiliar indivíduos e suas famílias a prevenir e lidar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, auxiliá-los a encontrar sentido nestas experiências.
- **Interação:** o termo *interação* se refere a qualquer contato durante o qual dois indivíduos têm influência recíproca, um sobre o outro, e se comunicam verbalmente e/ou não-verbalmente.
- **Interação Enfermeira-Cliente:** o termo *interação enfermeira-cliente* se refere a qualquer contato entre uma enfermeira e um doente e é caracterizado pelo fato de que ambos os indivíduos percebem o outro de uma maneira estereotipada.
- **Necessidade de Enfermagem:** uma necessidade de enfermagem é qualquer exigência do doente (ou da família) que possa ser atendida pelo praticante de enfermagem profissional e que repouse dentro da esfera da definição legal da prática da enfermagem.
- **Uso Terapêutico do Eu:** o uso terapêutico do eu é a habilidade de usar a personalidade conscientemente e em completa ciência numa tentativa de estabelecer uma ligação e de estruturar a intervenção da enfermagem. Isto requer "auto-compreensão, auto-entendimento," um entendimento da dinâmica do comportamento humano, habilidade para interpretar o próprio comportamento bem como o comportamento de outros, e a habilidade de intervir eficientemente em situações de enfermagem.

Para Travelbee (1979), o relacionamento humano é de fundamental importância para o alcance dos propósitos estabelecidos pela enfermagem. Relacionamento que inicia com o primeiro encontro de duas pessoas com um propósito a alcançar. Esse só se estabelece quando cada participante percebe o outro como ser único e quando entre esses não acontece qualquer forma de pressão ou submissão. Dessa forma, a relação pessoa-pessoa constitui uma meta a ser alcançada. Fruto de uma série de ações planejadas entre dois seres. Uma característica do relacionamento

enfermeira cliente é a modificação de comportamento, como resultado de um processo interativo, onde a enfermeira cresce como ser humano, como resultado do contato com uma pessoa emocionalmente enferma e o enfermo, como resultado amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e descobrir alternativas para enfrentar seus problemas. A relação pessoa-pessoa leva ambos a aprender mais a cerca de si mesma. A enfermeira aumenta progressivamente o conhecimento de suas próprias possibilidades. Ela aprende a respeitar e a apreciar a singularidade de cada cliente e se dá conta que cada cliente reage de uma forma singular, diante de uma doença ou diagnóstico. A habilidade de interagir positivamente com o cliente não é adquirida com facilidade, constituindo uma conquista corajosa e perseverante e que requer uma profunda compreensão da pessoa humana.

Outro fator salientado pela autora, é a comunicação. Segundo ela, a habilidade para comunicar-se permite que o ser humano se relacione com os outros de igual para igual, sem emitir juízos de valor. Os juízos emitidos referentes aos outros membros, normalmente são reflexos de si mesmo e refletem a experiência pessoal de vida.

A autora enfatiza a importância de a enfermeira habilitar-se para as diversas formas de comunicação, a verbal e a não-verbal. A não-verbal que pode ser por manifestação de gestos, expressão facial, marcha, postura, tom de voz, gemidos.

Importante, é que a comunicação seja compreendida por quem a emite e a recebe. Quem envia a mensagem deve aprender a capacidade de perceber se a mensagem foi compreendida pelo receptor.

Segundo a teórica, comunicar-se bem com as pessoas enfermas é um dos principais métodos para a enfermeira atingir as metas dos seus objetivos. Diz Travelbee (1979, p.61): "é essencial que a enfermeira utilize habilmente o processo da comunicação se deseja alcançar os objetivos da intervenção de enfermagem." Ainda, no pensamento da autora, a enfermeira que infunde confiança, abre novos caminhos de comunicação. É sensível e tem tato para perceber quando deve falar ou decidir, quando é o momento oportuno. A autora apresenta uma forma de atuar simples, centrada na comunicação. Ela procurou resgatar para dentro das instituições de saúde a

humanização da assistência aos clientes psiquiátricos, através de um relacionamento interpessoal positivo. Em sua teoria dá ênfase ao processo patológico, ao sofrimento, à dor. A pessoa humana é atendida em seu todo, conforme sua própria afirmativa:

É uma necessidade imprescindível que todas as enfermeiras tenham um conhecimento do cliente como um todo (...) Formam uma unidade e constituem um todo (...) É óbvio que o que afeta uma parte, afeta a outra, e a sensação de bem-estar ou de mal-estar, seja na mente ou no corpo, produz reações que não se limitam a uma só parte, sendo que afetam a totalidade do ser humano. (p.07)

Em sua teoria dá grande ênfase a relação humanística e acentua a necessidade de a educação em enfermagem contemplar mais a assistência emocional e espiritual, os valores e a comunicação, assegurando uma assistência menos mecanizada e fragmentada. Concordo que e acrescento que o sofrimento é uma experiência singular de cada ser humano em sua unicidade, de tal sorte que, valorizar a enfermagem humanizada, permite destacar esses aspectos que só o homem possui.

Outro enfoque enfatizado por ela para uma assistência humanizada, é o amor. Amor traduzido em gestos e obras. Amor que se expressa por gestos e não por palavras e pensamentos. É basicamente um ato de vontade e não de emoções e é um ato livre da pessoa humana, mas comprometedor. A condição para amar o outro tem como princípio o amor a si próprio, "se um indivíduo não se ama e se respeita a si mesmo, como pode amar e respeitar os demais?" Seguindo, a autora diz: "a capacidade de transcender-se consiste basicamente em ser capaz de amar, de preocupar-se desinteressadamente pelos outros", (p. 08).

Traveibee (1979) identifica três aptidões básicas para alguém exercer a enfermagem junto a clientes psiquiátricos e que, são aptidões indispensáveis às enfermeiras, para ajudar o cliente terminal a ter uma morte serena e tranqüila.

- A primeira, e a mais importante, é amar a si mesma e os demais. Atendendo este requisito a enfermeira é capaz de fomentar, estimular, ensinar e ajudar as pessoas a amarem-se a si mesmas. A capacidade de amar a si mesmo antecede à capacidade de amar aos outros. Se um

indivíduo não ama e respeita a si próprio, como poderá amar e respeitar aos outros?

- A segunda aptidão é enfrentar a realidade. É função da enfermeira ajudar as pessoas a identificar o problema e enfrentá-lo de forma realista. O que requer o conhecimento do mundo em que se vive e da atitude para orientar-se nele. Isto leva as pessoas a aceitar a vulnerabilidade e as limitações da condição humana.
- A terceira aptidão é a de encontrar um propósito e sentido para a vida. A função da enfermeira é ajudar as pessoas a desenvolver uma filosofia de vida que as leve a descobrir sentido, mesmo para as situações de pressão e sofrimento.

A adesão a essas idéias não exige de mim nenhuma adequação específica, porque traduzem, especialmente a terceira, uma opção de vida livremente consentida.

A compreensão dos conceitos de Travelbee são fundamentais para a elaboração de um plano assistencial que corresponda ao atendimento das necessidades do cliente. A autora ressalta a importância das relações interpessoais como processo de auto-realização e, conseqüentemente como fim da enfermagem. Essa relação interpessoal ajuda a encontrar o significado da dor e da doença na vida das pessoas, porque leva a compartilhar com alguém que a possa auxiliar no direcionamento de seu sofrimento.

É própria a abordagem com relação à visão da morte como algo construtivo, tanto para o indivíduo como para a família, uma vez que, procura valorizar o sentimento que o sofrimento e a dor provocam no ser humano.

A autora em seus estudos propõe uma metodologia para o cuidado dos clientes, que se processa de uma forma progressiva, na medida em que os encontros enfermeira/cliente se repetem. Hobbie et al (1994) em seu estudo sobre a teoria de Travelbee, classifica essa evolução em cinco etapas assim entendidas:

1ª Etapa: Encontro Original

É o primeiro encontro de duas pessoas que não se conhecem. Momento do reconhecimento estereotipado e da apreciação das primeiras impressões.

2ª Etapa: Identidade Emergente ou Singularidades Individuais

Etapa da identificação como seres singulares, cliente e enfermeiro. Momento em que o relacionamento começa a aflorar. A enfermeira projeta-se além de si, projeta-se no outro, nos seus problemas. Início do vínculo de uma relação pessoa/pessoa.

3ª Etapa: Empatia ou Envolvimento Emocional

Inicia a partilha, troca de experiências, não só por palavras, mas por desejo de compreender o outro, mas ainda não desvelam seus sentimentos. A empatia é primordial para o estabelecimento e manutenção de uma relação positiva. Já que pode ser definida como a capacidade de sentir o que o outro está sentindo. O que possibilita a compreensão dos sentimentos e necessidades do atendimento. É através da empatia que se adquire as condições necessárias para avaliar o que realmente se faz necessário ao cliente.

4ª Etapa: Simpatia ou Solidariedade

Momento do envolvimento, quando a enfermeira deseja aliviar o cliente do sofrimento. Cria ações prestativas de enfermagem. Entra em ação o eu terapêutico. Começa o envolvimento emocional, a partilha dos sentimentos.

5ª Etapa: Cumplicidade ou Rapport

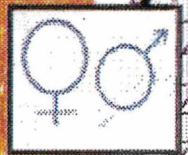
Início do alívio. As ações de enfermagem aliviam o cliente. Ambos, enfermeira e cliente, relacionam-se como pessoas humanas. O cliente deposita confiança no enfermeiro. Juntos, enfermeira e cliente, encontram significado para suas experiências.

A metodologia proposta por Traveibee serviu, portanto, de referencial na elaboração dos instrumentos que nortearam os passos percorridos na implementação da prática.

DESENHO DO MARCO

TRANSCEDÊNCIA

ORIGEM DA VIDA



VIDA MORTE

FINITUDE

DESCOBERTA

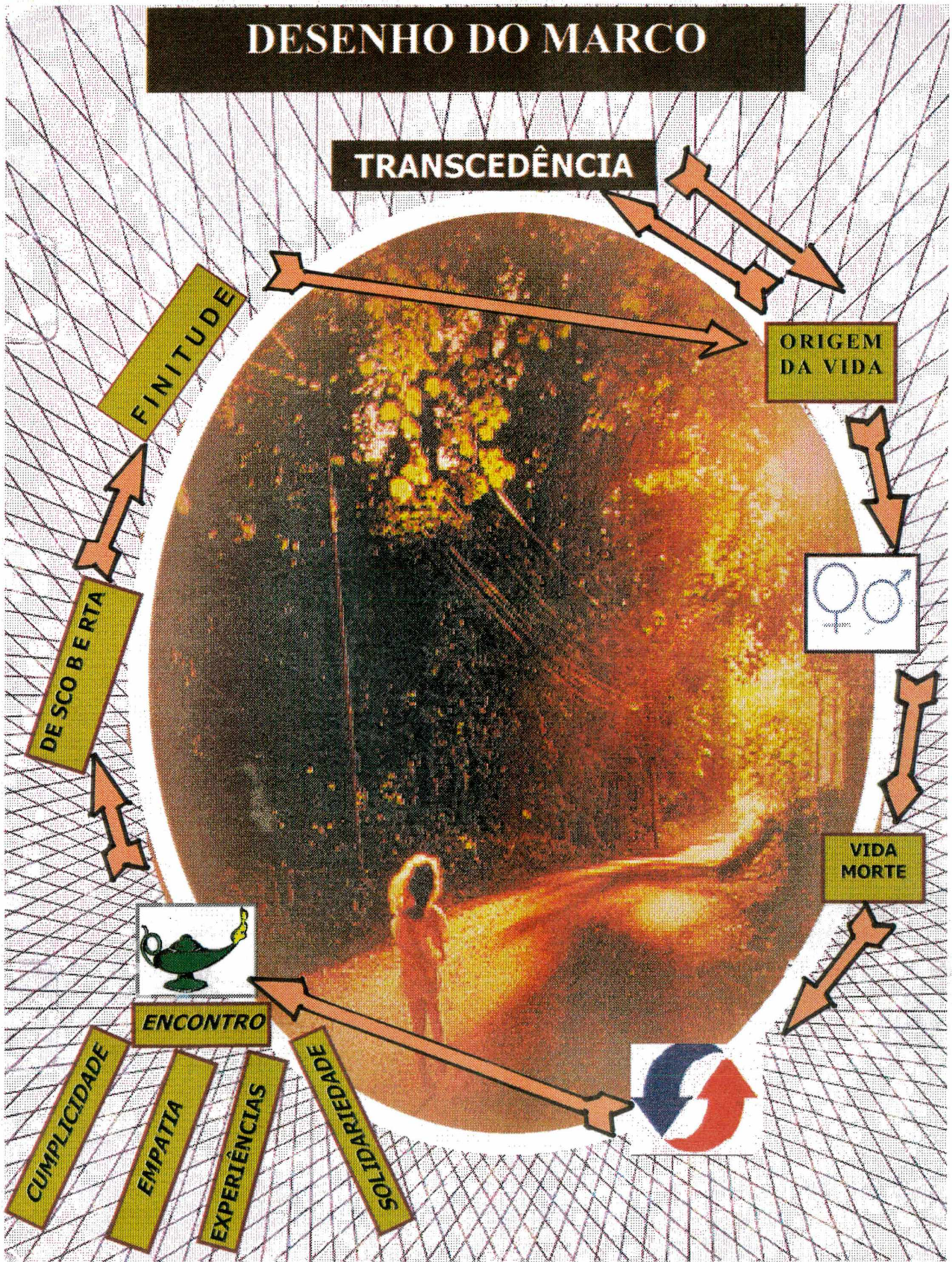
ENCONTRO

CUMPLICIDADE

EMPATIA

EXPERIÊNCIAS

SOLIDARIEDADE



Descrição do Marco e do Desenho

Através do desenho intencional expressar uma compreensão sobre a evolução da vida em suas diversas fases.

Ela tem sua origem no infinito que é a transcendência, se concretiza como pessoa humana pela união dos genes do homem e mulher. Uma vez originada como ser humano ela se desenvolve num contínuo vai e vem neste mundo, equilibrando-se entre situações de saúde e doença. Independente da idade, por vezes o desequilíbrio prevalece, e se instala a doença. Nesse momento, é que entram as ações de enfermagem, cliente e enfermeira, buscam alternativas para recuperar a saúde e/ou preparar-se para a morte, quando a vida não é mais possível. Neste estágio, é necessário amenizar a dor e o sofrimento e descobrir um sentido para cada uma das situações vivenciadas. Com a morte, a vida física termina e a espiritual volta à sua origem, transcendendo-se no infinito para a eternidade.

Concepções de outros autores que corroboram com os princípios de Travelbee

No que se refere ao cuidado, vários aspectos de mudança são apontados como orientadoras para que verdadeiras mudanças venham se processar.

A forma de entender o papel da enfermagem na concepção de Travelbee encontra respaldo no pensamento de Manzoli (1981, p.11) que assinala:

Se a enfermagem pretende dar um passo em direção ao status da profissão "adulta" e liberal, tem que se voltar mais às ciências humanas, sobretudo, as que enfocam o homem como ser integral, consciente de si próprio, dos seus valores, dos valores dos outros, enfim do mundo que o rodeia.

O suporte emocional mútuo entre as enfermeiras é necessário na manutenção do equilíbrio de toda a equipe pelas possibilidades de apoio recíproco, base da solidariedade. Quando o grupo for coeso e sustentar suas práticas por uma filosofia em comum, será evidenciada a autonomia profissional do grupo, criando possibilidades que fortalecem a postura científica e humana. O cuidado centrado em uma filosofia humanística, é um movimento que busca diminuir a crise da fragmentação do ser humano em nosso século

A forma de ver, entender, acolher e interagir com o cliente preconizado por Travelbee surge como um movimento contrário à fragmentação, numa tentativa de combater a violência da desumanização, e em meio a crise, propor um novo paradigma permeado por valores centrados no respeito à pessoa humana principalmente quando esta se encontra com sua saúde abalada, necessitando de ajuda.

Manzoli (1981), faz um comentário de que a prática da enfermagem, hoje em dia, difere da antiga, porém a mudança não chegou a atingir sua essência porque esta é imutável. Os valores individuais somam-se aos da classe de enfermagem como amor, honestidade, gosto, alegria, prazer em fazer e aperfeiçoamento constante, que são importantes no estabelecimento

da atual visão do cuidado. Assim, essa forma de cuidar e interagir com o cliente, requer dos profissionais habilidades afetiva, motora e cognitiva, adquiridas através do ensino formal e informal, vida acadêmica e comunitária e aquelas adquiridas durante o processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Ainda na mesma linha de compreensão sobre o cuidado, Manzoli (1981) identifica-se com o pensamento de Traveibee: “Amar é conhecer, não se pode conhecer verdadeiramente sem amar” (p.27).

A visão humanista é a ênfase no cuidado humano como uma perspectiva unificadora e consiste na principal mudança. Nesta perspectiva há uma rejeição sobre a predominância do enfoque biomédico. No entender de Waldow (1998), os conteúdos praticamente não mudam, apenas a forma de abordagem precisa ser modificada. Na visão da autora, uma nova perspectiva inclui o fato de a enfermeira reconhecer o cliente como indivíduo único e pessoa em sua totalidade. Esse nível de compreensão consiste em reconhecer o valor intrínseco do cliente que tem certos direitos éticos e que é capaz de utilizar sua inteligência para escolhas pessoais e ao tomar decisões. Outro aspecto sugerido para que mudanças no cuidado ao cliente aconteçam, é o desenvolvimento do pensamento crítico, o que no meu entender é a base para o cuidado de todo o cliente terminal.

A literatura, no dizer de Waldow (1996), menciona que a intenção real de cuidar é não esperar reciprocidade. O cuidado deve ser despertado pelo desejo natural de ajudar e envolve esperança.

O cuidado requer, imprescindivelmente, conhecimento do outro ser. Desta forma, no dizer da autora: “o cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada” (p. 38). Assim, na visão atual do cuidado, estar bem intencionado não é suficiente para garantir uma resposta positiva de cuidado, é preciso conhecer e interagir.

Ainda na compreensão da autora, outro ingrediente apontado é a capacidade do cuidador modificar seu comportamento frente às necessidades do outro, ou seja, aprender até com os erros, adquirindo assim um comportamento mais flexível, o que pode ser definido como alterar

ritmos. Paciência é apontada como outro ingrediente, significando com isso, permitir que o outro cresça em seu próprio ritmo e na sua própria maneira de ser.

Outro ponto forte, apontado por Waldow, é a honestidade, que consiste em estar aberto para si próprio e para o outro. Isso engloba aceitar o outro como ele é, não como desejaria que fosse. Acentua também a confiança como uma qualidade ou ingrediente, que requer confiar na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar, também com sua maneira e com seu ritmo. Cuidar é uma palavra que acompanha o homem no seu existir, expressando os cuidados do homem consigo mesmo e com o outro.

Leininger (1985) define o cuidado como “fenômeno de assistência”, apoio ou facilitação a outro indivíduo ou grupo com necessidades antecipadas ou evidentes, com o objetivo de melhoria da condição humana ou do estilo de vida.

O cuidado ao cliente em fase terminal envolve, principalmente, os aspectos de apoio e de melhoria da condição humana conforme afirmado pela autora citada, mas vai além, na medida em que, por envolver a sensibilidade humana, se torna uma experiência única na relação enfermeira cliente. Dentro dessa perspectiva, o cuidado requer a presença da enfermeira, o maior tempo possível, ou ao menos a continuidade dessa presença humana e sensível na pessoa dos demais componentes da equipe de enfermagem ou dos familiares. Com isso, o cuidado ao cliente terminal deveria ser implementado pela enfermagem de modo a permitir as manifestações dos comportamentos, das crenças e dos valores que permitem ao enfermo sentir-se melhor ou ter uma morte tranqüila. A expressão de presença e afeto deve ceder espaços para a criatividade da enfermeira nas situações singulares desta relação.

Aspectos gerais da finitude

A seguir, faço um levantamento bibliográfico para descrever aspectos ligados á finitude, morte digna, sensibilidade, humanidade, ética, entre outros, construindo uma reflexão crítica sobre suas afirmativas.

Estão ocorrendo, nos últimos tempos, rápidas mudanças no campo técnico-científico. Na área da saúde, exigências crescentes surgem para melhorar a assistência mesma e transformações e avanços são significativamente observados nas instituições hospitalares pela introdução de tecnologia de ponta e medicamentos de última geração. O desequilíbrio de valores gera, com freqüência, inquietação e ansiedade entre as pessoas, especialmente entre as que se vêem envolvidas direta ou indiretamente com a assistência aos clientes terminais.

A busca desenfreada pela manutenção da vida e derrota da morte permitem fazer algumas considerações. A vida e a morte norteiam as diretrizes da humanidade desde o início dos tempos. Assim, no dizer de Ariês (1990), lutar contra a morte parece ser extremamente elementar. De acordo com Alves (1991, p.27), "para recuperar a sabedoria de viver deveríamos nos tornar discípulos da morte e não inimigos". Embora hoje a morte esteja afastada do convívio social, nem sempre foi assim. Pitta (1991) mostra que historicamente houve uma transformação na forma de lidar com a morte. Na Idade Média, a morte era experienciada por uma sociedade que não se recusava a vivenciá-la. Os doentes que morriam em suas casas não eram isolados. Ao contrário, recebiam visitas, tinham tempo para dar suas últimas instruções e o grupo familiar podia, aos poucos, elaborar os acontecimentos.

Ariês (1990) nos fala em um momento em que o nascimento e a morte são feitos publicamente, em que não existe a noção de privacidade e os fatos são encarados com naturalidade, como parte da vida do indivíduo e do quadro social. Hoje, no dizer do autor, defrontamo-nos com uma despersonalização da questão da morte e da doença. A morte transformou-se em algo temido, um tabu sobre o qual não se pode falar. Atualmente, a morte é escondida nos hospitais, onde a família tem acesso restrito, as visitas são controladas e os doentes não têm domínio nas decisões, tomadas acerca de sua condição de vida. Tal postura pode ser percebida

hoje nos hospitais onde o contato maior com o doente é feito pelos profissionais que atuam nessa área, mais especificamente médicos e a equipe de enfermagem. Vemos, então, que uma tarefa que era coletiva em tempos passados, hoje pertence a uma equipe de enfermagem que é a única que permanece 24 horas junto ao cliente em fase terminal e que nem sempre está preparada para esta responsabilidade. O fato de se concentrar em equipamentos, em desempenho técnico revela a rejeição da morte, incômoda, apavorante. A canalização da sua energia sobre o equipamento reafirma seu profissionalismo na luta para vencer a morte.

Libânio (1993, p.59), assim se manifesta: "Hoje morre-se com grande frequência na mais absoluta ignorância ou, pior ainda, na mais absoluta solidão. Em torno do moribundo reina um verdadeiro teatro. É o teatro da civilização que não sabe o que fazer da morte". O homem é o único ser vivo que tem consciência de estar caminhando para a morte. Não há nada mais certo, na vida das pessoas do que a morte e então, porque negá-la?

Essa forma de proceder é a de uma sociedade construída por e para pessoas sadias, que geralmente esquecem os doentes e o limite da vida. Segundo Vargas (1990, p.231), "é uma forma de auto-ilusão não querer pensar ou falar sobre a morte". Talvez, o fato de se falar mais sobre a morte, possibilitaria melhor compreensão do seu significado e conseqüentemente uma aceitação com menos sofrimento.

Assim, no dizer de Libânio (1993), é ingênuo pensar que a morte nas mãos da moderna tecnologia é menos sofrida, mais benigna do que na antigüidade. Em nossa cultura, que carece de valores humanos, o bom profissional é o bom técnico, com domínio de todos os detalhes da moderna tecnologia e terapia médica. Foram justamente esses os motivos que me levaram a abordar esta temática, que tem aderência com as afirmativas do autor, uma vez que o profissional, além de ser um bom técnico, deve estar atento à forma como o ser humano vivencia essa situação vida-morte e ser sensível às necessidades por ele manifestadas.

Embora o presente trabalho não tenha por propósito levantar questões polêmicas relacionadas à eutanásia e distanásia senti necessidade de conceituar esses termos.

Eutanásia, segundo Geiain (1983, p.37) “é um assunto controvertido e induz à reflexão sobre diversos temas como o direito de viver, de morrer, de dispor da própria vida e da vida dos outros”. O autor ainda assinala que através dos tempos, a eutanásia sofreu, quanto ao seu significado, enfoques diferentes. “No passado significava morte honrosa, bonita, sem sofrimentos atrozes. Hoje é definida como sendo prática que abrevia a vida, para evitar dores e moléstias ao cliente”. Esta pode ser a pedido do próprio cliente, dos seus familiares ou simplesmente por iniciativa de terceiros. Hoje em dia analisa-se o conceito eutanásia positiva e eutanásia negativa. Sendo que a eutanásia positiva é entendida como o uso da planificação da terapia para tornar presente a morte antes da evolução natural. E eutanásia negativa, é conceituada como sendo a omissão planificada de cuidados que, provavelmente, prolongariam a vida. Ainda conforme o autor, eutanásia pode ser definida como “uma ação ou omissão que por sua natureza ou na sua intenção cause a morte, com o fim de aliviar qualquer dor”. A eutanásia situa-se, pois, no nível das intenções ou dos métodos” (p.39). Quanto à distanásia, o mesmo autor afirma: “Ninguém está obrigado ao impossível”. Conceitua distanásia “como a prática que procura afastar o mais possível a morte, prolongando por meios extraordinários a vida de um enfermo, de um ancião ou de um agonizante já desenganado, sem esperança humana de recuperação” (p.37). No capítulo “O ser humano tem direito de morrer dignamente”, Gelain transcreve a resposta do Papa Pio XII quando questionado sobre analgésicos e narcóticos potentes que poderiam abreviar a vida do cliente, “se não houver outros medicamentos e se em tais circunstâncias isto não impedir o cumprimento de outros deveres religiosos e morais, sim” (p. 41). Neste caso, com efeito, está claro que a morte não é desejada ou buscada de nenhuma maneira; simplesmente se tenta amenizar a dor de forma eficaz.

Vargas (1990, p.234), define eutanásia como “proporcionar uma morte fácil e indolor a um cliente que está morrendo, em virtude de uma enfermidade fatal”. A morte pode ser induzida pelo próprio cliente, sem conhecimento e cooperação de outras pessoas. Ou pode ser efetuada por outros, a pedido do cliente ou com seu consentimento, eutanásia positiva. A

omissão do tratamento desnecessário, isto é, não prolongar o processo de morrer através de aparelhos que mantenham a vida, tal como o respirador artificial, é eutanásia negativa. O autor não conceitua distanásia, mas diversas vezes se refere a investimentos inúteis que prolongam o sofrimento do agonizante.

Pessini (1997, p.75), entende distanásia como antônimo de eutanásia e define como “morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento” e ainda a compara com a “mamba” e como sinônimo de tratamento inútil ou obstinação terapêutica. Segundo este autor, (p.76), “mamba” é uma serpente africana peçonhenta, cuja picada inflige grande sofrimento antes da morte quase certa.

Entendida dessa forma, distanásia pode ser considerada em muitas situações um problema ético de primeira grandeza, uma vez que o desenvolvimento técnico-científico interfere de uma forma decisiva nas fases finais da vida humana. Segundo Pessini (1997), o que antes era atribuído ao processo aleatório da natureza ou a Deus, hoje o ser humano assume como sendo de sua responsabilidade. Essa intervenção no processo de morrer requer questionamentos éticos sérios. Quanto mais de ponta for a instituição de saúde, tanto mais possível e sofisticada pode ser a distanásia. Dessa forma, o cliente corre o risco de morrer tecnicamente bem assistido carecendo, porém, de humanidade.

O ambiente hospitalar apresenta a todo o momento, situações-limite para esses profissionais. O limite sempre é caracterizado pela morte, parâmetro de sucesso-fracasso para a maioria desses trabalhadores.

Segundo Kübler-Ross (1989), o cliente terminal ao receber a notícia ou sentir que a morte está próxima, passa por diversos estágios, por ela identificados como: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e finalmente aceitação. Em um dos seus relatos de caso, ela escreve a respeito de um doente que sempre acreditou no milagre, recebe-a um dia com estas palavras: “creio que o milagre é este: estou pronto e agora não tenho mais medo” (p.82).

A autora descreve os estágios da seguinte forma:

O primeiro estágio, o de negação, refere-se àquele em que o cliente busca reassegurar-se do diagnóstico, questionando a enfermeira e o médico sobre seu estado de saúde. O cliente acredita que certamente deve haver algum erro que possa explicar o que está se passando com ele. Durante este estágio a enfermeira deve estar ciente de que o cliente não está pronto para conhecer a gravidade do seu mal. Alguns doentes mantêm-se nesse estágio até a iminência da morte.

Passado o estágio de negação, a autora explica o estágio do isolamento em que diz que o cliente entra num incompreensível período de hostilidade, atacando violentamente os que o cercam. Logo, é de suma importância que a enfermeira conheça as características desse estágio, pois assim será mais fácil ter paciência e tolerância com o cliente.

O terceiro estágio da morte é o de barganha. Nesse, o cliente promete, faz juramentos de reconciliação, tais como arrepender-se de seus pecados, promete ajudar o próximo e não maltratar os outros, se puder viver mais algum tempo. Compete à enfermeira, nesse momento, manter o cliente o mais confortável possível.

O cliente enfrentará na fase de depressão a inutilidade de seus esforços para a barganha. Durante a depressão, o cliente pode não querer falar, desejando ver só os parentes mais próximos e mais queridos, pois, nesse estágio ele se preocupa bastante com a família. A assistência de enfermagem nesse momento compreende em deixar o cliente com seus familiares, para que tenham momentos a sós.

O estágio final da morte, citado pela autora, a aceitação, surge quando o cliente admite o seu fim próximo e se prepara para isso. Sente-se cansado, mas em paz, e a atenção de enfermagem geralmente volta-se para a família, que é quem precisa de maior apoio nesse momento.

Quanto aos estágios de morrer, esses constituem guia importante para a enfermagem compreender as diversas fases que os doentes à morte podem atravessar, sem perderem de vista que tais fases não são absolutas, isto é, que nem todos os clientes passam por todas elas, nem nas mesmas seqüências e durações. É importante também, o conhecimento dos estágios do morrer para se entender que a cólera, a raiva do cliente dirigida ao

peçoal de enfermagem fazem parte desse processo, cuja compreensão do assunto leva os profissionais a desculparem os ataques feitos a eles ou à instituição. O profissional da saúde saberá que, diante do cliente em fase de depressão, não deve sentir-se culpado, em conflito ou temeroso por perder a capacidade de manter um relacionamento profissional esperado.

Todo cliente, antes de mais nada, é uma pessoa que sente e sofre como ser humano, principalmente quando se defronta com a experiência e a possibilidade da morte. A situação de estar doente pode deixá-lo ainda mais vulnerável aos sentimentos.

No entender de Libânio (1993), mais do que ninguém o doente necessita falar sobre sua situação, seu estado de saúde/doença, receber ajuda e apoio dos que o cercam, somente quando o momento anterior é trabalhado, é que o enfermo alcança a etapa seguinte, chegando à serenidade, à calma e à reconciliação consigo mesmo e com a doença. A morte desponta, então, para ele como um momento de paz, de encontro com Deus. O autor questiona o sentido do prolongamento mecânico da vida, sem humanismo, que no seu entender resulta apenas em exibição técnica. O questionamento é pertinente quando os profissionais da saúde não levam em conta como prioridade a dignidade do ser humano e o respeito pelos diferentes estágios inerentes à vida, inclusive a morte.

No entender de Pessini (1997), em nossa sociedade reina uma verdadeira tecnolatria, sendo este um dos principais perigos de negligenciar no contexto clínico, com a tendência de os tratamentos se concentrarem apenas nos sofrimentos físicos, como se estes fossem a única fonte de angústia para o cliente. Sobre isso, Angerami (1997, p.86) assim se manifesta: "Esta tendência permite continuar agressivamente com tratamentos médicos fúteis, na crença de que, enquanto o tratamento protege o cliente da dor física ele o protege de todos os outros aspectos". Dessa forma, o cliente em fase terminal corre o risco de ser exposto a sofrimentos excessivos de origem psicológica e mental e desprovido de assistência para minorá-los. Em virtude dessa realidade, surge a necessidade de se abrir espaço para discutir questões com os profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, que vivenciam as

circunstâncias no dia a dia do exercício da sua profissão e com a população em geral, já que todos, um dia, passarão inevitavelmente pela morte.

Retomando a questão da tecnologia, Apel (1994, p.72) observa o seguinte: “As conseqüências tecnológicas da ciência produziram nos dias de hoje uma tal extensão e alcance para ações e omissões humanas, a ponto de não mais ser possível contentar-se com normas morais que regulamentam a convivência humana em pequenos grupos”. Diante do exposto, entendo que não basta cada um fazer o melhor, é preciso formar um consenso no grupo, e este só é possível quando se abre o espaço para diálogo, reflexão e envolvimento conjunto em situações reais.

Esse alerta remete-me ao compromisso, como enfermeira, de zelar para que todo cliente venha a ter ambiente para acolher a morte em paz e dignamente, livre de qualquer natureza de opressão e sem imposição de sofrimentos adicionais. Assim, segundo Pessini (1997, p.37), “o humanismo é a atitude à altura para dar assistência à pessoa que caminha para a morte”. Desse modo, para prestar aos doentes terminais assistência idealizada, não basta competência técnica, mesmo que de alto nível. Requer profissionais sensíveis ao sofrimento humano, capazes de se envolver de forma positiva com quem sofre, dispostos ao diálogo, respeitadores da liberdade, reconhecedores da dignidade do ser humano mesmo nas circunstâncias mais adversas. Pois, se humanamente é impossível vencer a morte, devemos descobrir algo para amenizar a tristeza e dar sentido à perda da vida biológica. Já mencionei anteriormente, que para quem crê, tem fé, a morte não termina com tudo. A vida continua de uma outra maneira. A crença em Deus, enquanto ser transcendente, dá sentido à vida e à morte. Segundo Baldessin (1998) a promessa da ressurreição de Jesus é geradora de vida eterna e morte biológica também pode ser vista como geradora de vida. Se não morrêssemos, no dizer do autor teríamos que limitar os nascimentos, porque sem espaço, a humanidade deixaria de se enriquecer biologicamente e culturalmente. Quantas pessoas nascem com novos ideais e novas descobertas que contribuem para a própria vida e são geradoras de nova vida. Entretanto, mesmo negando a morte, a toda hora estamos cultuando a morte nas pessoas que morreram. Quantos cerimoniais

realizados são dirigidos aos mortos. Muitas vezes o velório passa a ser um ponto de encontro de famílias. Famílias separadas por desentendimentos, às vezes tornam-se mais sensíveis e se aproximam. A simples observação de uma pessoa que morre é uma experiência emocionante e singular para o homem. Por isso, aqueles que, por profissão, devem tratar dos moribundos, necessitam treinar-se para serem capazes de ajudar o seu próximo, nos últimos dias e momentos de sua vida. Somente quando entendemos a morte como parte da existência, é que poderemos estar com o doente em sua terminalidade.

Baldessin (1997,p. 05), diz: “Hoje, com a revolução provocada pela técnica, fazendo com que o homem aumente seu poder sobre a morte, parece não ser tão absurdo vê-la como uma solução”. Ele justifica sua afirmativa com a seguinte narrativa:

“Lembro de um fato acontecido num hospital: uma pessoa tetraplégica dependia de respirador, e, portanto, uma vaga na UTI. Depois de permanecer durante muito tempo ocupando um leito que poderia servir para alguém com maior possibilidade de vida, foi decidido que a comissão de ética se reuniria no dia seguinte para discutir o futuro desse cliente. Embora antes nunca tivesse tido problemas respiratórios, na noite que antecedia a reunião, o cliente teve uma parada cardíaca e veio a falecer. Sem entrar em polêmica do certo ou do errado, essa morte não resolveu um grande problema?... Quantas vezes já não agradecemos a morte de alguém?...”

Passados oito séculos, com todo o avanço da ciência e da tecnologia o inevitável, a morte corporal, é uma constante no dia a dia da nossa sociedade. E muitas vezes encarada da forma mais estúpida e desumanizada, e/ou mesmo silenciada. Por mais que muitas pessoas de nossa sociedade possam chegar à idade adulta sem um contato pessoal mais íntimo com a morte, mais cedo ou tarde ela aparece. Continua sendo inevitável.

Para o ser humano que aceita a morte como a passagem e não um fim, a morte significa um aperfeiçoamento antropológico, uma transcendência para o além, um poder, estar numa instância maior que nos acolherá junto de Deus que é transcendente.

A transcendência da vida, apoio-me na fé respaldada na Bíblia que diz que originalmente Deus criou o homem para a vida e a eterna felicidade. Sua disposição era manter a graça do sopro de vida no ser humano para

sempre. A morte, como consequência foi introduzida pela recusa humana, pela soberba do pecado. O amor de Deus é infinito e permite ao homem uma chance de ser feliz para sempre após a missão pela terra.

A educação como possibilidade de humanização

Considerando a educação como um processo contínuo na vida humana que se constrói à medida que o educando se torna capaz de tomar decisões como um ser responsável, racional e livre, inspirado em valores pessoais de vida, permito-me fazer algumas considerações.

A ciência não é neutra como também não é neutra a educação sobre o comportamento das pessoas. É importante que a escola dê oportunidades reais para que se crie em seu interior um processo educacional mais sensível às singularidades dos comportamentos dos estudantes, pois assim nela poderão ser aprendidos aspectos que levam a humanização dos próprios grupos humanos em suas diferentes condições de vida. Nossa sociedade valoriza o ser saudável e em plena atividade. O enfermo, o deficiente, o louco, o velho, o delinqüente são vistos como especiais. No entanto, a educação que leva em consideração os princípios valorativos da pessoa como ser total não deve desconsiderar o valor da pessoa em si e não pelo que ela produz ou pela condição a que se impôs ou que lhe foi imposto na sociedade em que vive.

Falando sobre a finitude, busco, em autores do campo da educação geral e da educação em enfermagem, subsídios teóricos e alguns conceitos e pressupostos que são significativos para a compreensão de ações de enfermagem, que serão propostas. As idéias de tais autores, na minha percepção, não colidem com a dos demais autores já referidos.

Werneck (1992, p11) afirma que "a educação é um processo de aperfeiçoamento humano, cuja função é promover uma realização pessoal, no sentido de crescimento e formação do indivíduo". Desta forma a educação não pode ser vista como uma técnica ou algo acabado e sim, como algo que se estrutura na pessoa a partir das influências formais e informais do meio. Sendo inacabada, ocorre continuamente. Entendo que a

tarefa do educador deverá ser a de propiciar ambiente, subsídios teóricos para a reflexão sobre as diferentes temáticas. Aqui gostaria de partir do seu sentido etimológico que quer dizer tirar de dentro (*ex+ducere*). Para educar, o papel do professor é desencadear um processo de reflexão, permitindo aos participantes manifestarem seus sentimentos e sua compreensão referente ao assunto, sem primeiro adestrá-los com argumentos e imposições de normas sociais, previamente elaboradas ou pela reprodução do pensamento dominante no contexto social. No entanto não se pode negligenciar a importância que o contexto social e cultural exerce sobre as pessoas. Minayo (1994) reforça a idéia de que o comportamento social, individual e coletivo, obedece aos modelos culturais absorvidos internamente nos grupos sociais. Dessa forma, considera-se que a cultura é apreendida, assimilada, é transmitida através das gerações nos grupos sociais. Não são determinantes genéticos do comportamento humano as maneiras de pensar, sentir e fazer, mas o homem as desenvolve em seu ambiente social/cultural.

No mesmo eixo, Demo (1998) define cultura como sendo um padrão de comportamento assimilado de forma comum num grupo social. A partir de cada cultura são definidas as formas de sentir e os modos de agir de cada grupo, com os aspectos culturais influenciando no processo educativo.

Freyre (1989), no relato da história da colonização do Brasil, aponta a dissolução cultural dos indígenas com a intrusão européia, havendo assim uma absorção cultural pelo grupo mais forte, do dominador sobre o dominado. Desta forma, cultura é uma influência controladora, no sentido de que influencia o modo como cada fator é representado nas situações da vida. Como profissional da saúde e educadora em enfermagem devo me preocupar constantemente em dispensar aos clientes em fase terminal um cuidado de enfermagem que não vise apenas ao bem estar físico, mas que inclua, também, aqueles aspectos que dizem respeito ao ser, à fé, às crenças e à sua individualidade, valorizando os componentes que integram a cultura do cliente em fase terminal.

Dentro dessa perspectiva percebo que também o meio exerce influência sobre o processo ensino/aprendizagem.

Sartori (1996, p. 39), sobre essa questão refere:

O educador deve estar convicto que o processo educativo não se restringe apenas a um determinado aspecto do ser humano em suas expressões cognitiva, afetiva e psicomotora, mas que esta é também uma questão de complementaridade, da unidade e da integração do indivíduo consigo e com o meio.

Sendo assim, o processo educativo permite ao educando tornar-se capaz de tomar decisões como um ser participativo, responsável, racional e livre, sustentado em valores humanos e princípios éticos. Assim, na idéia do autor citado, o processo educativo, deve acontecer numa interação entre educador e educando assimétrica e horizontal, o que não implica em uma conduta de dominação sem crescimento pelo educador. Nessa interação espera-se que o educador possibilite ao educando assumir sua existência, segundo valores que não são impostos mas propostos e que o próprio educando se atualize mediante sua capacidade e compreensão e de acordo com o meio onde vive.

A educação, nesta linha de reflexão, faz-me ver que a função do educador jamais se reduz a transmitir conhecimento, porque antes disso é mister construir conhecimento com as próprias experiências e vivências. Neste sentido, volto a referir Demo (1991, p.10) quando afirma "que não tem nada a ensinar quem não construir espaço científico." Ainda, segundo Demo, não se constrói a competência exigida pela cidadania através de treinamentos reprodutivos e desenvolvidos verticalmente, de cima para baixo. Deveríamos preferir a horizontalidade de um curso onde se desenvolvam habilidades construtivas, buscando "formar a competência capaz de preparar a vida e dar conta de novos desafios, dentro do contexto da educação continuada" (1994, p.109). A educação em enfermagem durante muitos anos esteve fundada em manuais e técnicas. Na atualidade busca-se resgatar um espaço que, por um longo período de sua história, não foi considerado como prioridade pelo enfermeiro, o cuidado que lhe é próprio em sua dimensão. O verdadeiro sentido do cuidado, exige além de todo um saber técnico-científico, uma grande dimensão humana, carregada de emoção e sensibilidade, integrando a formação acadêmica e continuada da enfermeira.

Essa forma de entender a educação exige uma profunda reflexão sobre a construção do saber e da própria experiência, bem como reconhecimento consciente das limitações da ação pedagógica. O professor lida com seres humanos, numa inter-relação de sujeitos, necessitando ter a suficiente clareza sobre as possibilidades e fins do ato de ensinar. Sendo o enfermeiro, um educador assume essa condição em todas as atividades que desenvolve, inclusive com o doente terminal.

Ainda segundo o mesmo autor (1994), a sociedade capitalista criou a idéia de inovar para poder competir. Desse modo se, por um lado, instituiu um processo de sofrimento e violência sobre os modos de vida principalmente das classes menos favorecidas da sociedade, por outro lado obteve um homem em constante busca de aperfeiçoamento, tendo em vista a melhoria das condições de vida e a melhoria de rendimento no trabalho profissional na tentativa de encontrar espaço em que a mão de obra especializada e a obtenção de um produto ou serviço de melhor qualidade seja fruto de uma consciência competitiva. Isso confirma, mais uma vez, que o progresso científico influi em todos os meios sociais, alterando o comportamento das pessoas e da sociedade como um todo. Sentimos mais uma vez necessidade de reflexão conjunta, sessões de estudo e, principalmente, através da tomada de consciência sobre o conhecimento da realidade histórica e social do meio em que atuamos e da própria situação conjuntural em que estamos inseridos.

Aspectos éticos para cuidado humanizado

O grande desenvolvimento tecnológico obtido a partir da segunda metade deste século, estendeu os limites da ciência à dimensões antes inimaginadas. Entretanto, tal processo levou ao surgimento de muitas situações dilemáticas, despertando grandes polêmicas. Frente a essa complexidade faz-se necessário ter clareza sobre os termos “moral” e “ética”. Palavras que muitas vezes são usadas com um significado comum. Moral é o conjunto de princípios, valores, normas e regras que orientam a conduta do homem, individual ou coletivo para o bem. Dessa forma permite

definir algo como moralmente bom ou mau. E ética é o juízo de valores dessa conduta humana, que permite a qualificação do ponto de vista do bem e do mal. Portanto, a tarefa da ética é estabelecer razões que justifiquem o que deve ser feito, o que equivale a dizer que o papel da ética é procurar razões, através de uma reflexão crítica sobre o que deve ser feito ou deixado de fazer. Os avanços na última década do milênio que está para findar, na área da tecnologia e ciência da vida, a chamada bioética, desperta novos dilemas que tocam justamente no cerne do sentido e significado da vida humana, uma vez que a conceituamos como ética da vida. Segundo Pessini (1994), a bioética nasce para proteger a vida diante de todas as inovações técnico-científicas na área das ciências da vida e é resultante de diversos campos de saber biomédico como medicina, enfermagem, sociologia, biologia, filosofia, teologia que se unem nos esforços de investigação dos valores humanos. A base fundamental da bioética segundo Pessini (1994, p. 83), é “a sacralidade de vida humana”. Uma vez que o autor defende a vida como um dom de Deus, também ela se assemelha ao Criador conforme palavras textuais da Sagrada Escritura (Gn. 1,26) “Então Deus disse: façamos o homem à nossa imagem e semelhança... (1,27) Deus criou o homem a sua imagem e semelhança... (1,28) Deus os abençoou:...” Esta forma de compreender o homem, faz-me entender que toda a pessoa humana traz em si um germe divino que deve ser respeitado, e dessa forma toda intervenção na vida da pessoa humana deve considerar os benefícios inerentes, bem como sua autorização e consentimento, quando este em plenos poderes de consciência e/ou por alguém responsável quando este não tem condições decisórias.

Hoje em dia, muitas questões dentro da bioética são embaraçosas, com saídas difíceis. Por isso, em nossas ações, devemos ter sempre presente que a técnica proporciona meios, mas não favorece fins. Assim, muitas situações difíceis e conflitantes nas ciências biomédicas multiplicam-se diante do desenvolvimento das ciências e das técnicas com elas relacionadas. Esses avanços não abrangem apenas a potencialidade da cura, mas atingem também as situações em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, apenas prolongam o processo lento de morrer.

Hoje é possível manter em estado vegetativo persistente uma pessoa ligada a um respirador e a um marcapasso em condições extraordinárias, quando já não existe mais esperança nenhuma de recuperação. Nestas situações, decisões apropriadas são muito difíceis de serem tomadas. Frente a todas as novas possibilidades, definir um diagnóstico terminal é muito difícil, por isso cada caso deve ser estudado como sendo singular, sem perder de vista a dignidade da pessoa humana e o fim último de sua existência. Tornam-se então, muito importantes os comitês de ética nas instituições de saúde, exigidos pela Resolução 196/96, uma vez que eles são os organismos de estudo, reflexão e orientação ética na área da saúde sobre dilemas morais que vêm cada vez mais, sendo suscitados em decorrência do progresso biomédico e em face dos direitos humanos. Desta forma, a ética, vem retomando o lugar de importância que vinha gradativamente perdendo nas últimas décadas, orientando como proceder frente a cada situação.

Segundo Pessini (1994), as normas da fé cristã ou de qualquer outra doutrina constituem normas éticas. Segundo ele, a ética cristã difere da ética grega e, até mesmo, da judaica. Estas duas últimas postulam o domínio da razão, sobre o comportamento humano. A ética cristã conduz a forma como o homem atua no mundo, lançando-se neste e lutando por sua verdade.

A fé, muitas vezes não é compreendida pelo reino da razão. Diante de tantos dilemas enfrentados hoje, agir eticamente, muitas vezes, implica decidir com bom senso, outras vezes implica agir de acordo com o código. Por vezes as questões tornam-se paradoxais, provocando angústia, fazendo surgir desespero, quando numa decisão estão implicados motivos antagônicos. Nesses casos é imprescindível fazer prevalecer as possibilidades de benefícios esperados sobre os riscos previsíveis, e respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos bem como os costumes. Diante da temática central dessa dissertação, que propõe um cuidado humanizado ao cliente terminal, algumas implicações dessa natureza tornam-se evidentes. Cuidar dignamente de uma pessoa que está a morte, implica respeitar sua integridade, assegurando-lhe: alívio da dor e do sofrimento tanto quanto possível, receber continuidade de cuidados,

participar das decisões sobre a continuidade de seu tratamento, ser ouvida como pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos e esperanças.

A percepção pela sociedade de que nem tudo o que é tecnicamente possível é também eticamente aceitável, estimulou a elaboração de normas éticas para a convivência humana e o desenvolvimento de pesquisas em seres humanos, com o objetivo de preservar a dignidade, proteger os direitos e propiciar o bem estar das pessoas.

As denúncias nos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e o aumento na propositura de ações de responsabilidade civil e criminal contra profissionais de saúde comprovam o descumprimento das obrigações profissionais e a afronta aos direitos das pessoas, capitulados nos códigos civil e criminal.

Acrescente-se a isso as modalidades de culpa das Empresas ou Instituições de Saúde que, na qualidade de pessoas jurídicas de direito público ou privado, respondem solidariamente pela obrigação de indenizar e reparar os danos causados por seus prepostos. De acordo com Fortes (1998), a grande maioria das reclamações não se restringem à falta de técnicas, referentes às habilidades, aos conhecimentos específicos necessários e sim ao descumprimento do dever de solidariedade, com agressão ao direito de liberdade, de segurança, de informação e pela omissão ao direito de livre consentimento e de privacidade. Os risco da negligência, imprudência e imperícia profissional, quando comprovadas em processo ensejam ação de reparação pelos danos causados. Frente a tal análise, vale reforçar que a ética não é contrária ao desenvolvimento técnico-científico, mas considera que os limites a serem estabelecidos devam ser dirigidos pelo princípio de garantias de respeito à dignidade humana. Dessa forma, todo ser humano, quando na posição de cliente, doente, deve ser tratado em virtude de suas necessidades de saúde, de seus direitos e seu bem estar e não como um meio para a satisfação de interesses econômicos no âmbito da ciência, tecnologia, indústria e comércio.

No caso dos profissionais de saúde, o abuso da utilização tecnológica pode ser motivado pelo desejo de ajudar os clientes, mas também derivar de

interesses lucrativos da busca de aumento de prestígio ou mesmo do prazer em poder manipular, receitar, prescrever mercadorias. Pode ainda decorrer do receio de estar descumprindo obrigações legais e desta forma incorrer ações de responsabilidade civil e criminal, além de processos administrativos. Na compreensão do autor aqui referido, esse receio deve ser minimizado pela tomada de decisão grupai, multi profissional, e com a participação do cliente quando esse em plenos poderes e/ou seus familiares, com avaliação das condições específicas de cada caso e situação. Para Fortes (1998, p.25), "a ética é um dos mecanismos de regulação das relações sociais do homem que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos". Ainda segundo o autor o descrédito da sociedade, de que o progresso científico e tecnológico venha resolver os problemas sociais, fortalece a necessidade da procura de novos caminhos éticos.

No Brasil, vale observar a evolução da legislação e do Código de Ética da Enfermagem. Segundo Germano (1993), a partir de 1955 os enfermeiros começaram a encaminhar seus debates no sentido de trabalhar a elaboração de um código de ética de enfermagem, com o objetivo de nortear as normas de conduta para o exercício da profissão. Em 1958, foi aprovado o primeiro código de ética de enfermagem brasileira. Segundo a autora, esse código foi fortemente influenciado pela proposta do grupo de religiosas e enfermeiras católicas, que fundamentaram sua proposta na Ética Religiosa. Em 1976, conforme Oliveira (1993), foi aprovado um novo código de ética para a enfermagem, ainda com os mesmos princípios e fundamentos filosóficos religiosos, com vigência até o ano de 1993.

Em 1986, com a eleição da chapa oposicionista na ABEn, iniciaram-se as discussões visando atualizar o Código de Ética da profissão. Após um somatório de esforços oriundos dos diferentes foros de discussão, foi finalmente elaborado o referido Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pelo COFEn, em abril de 1991..

Esse código passou, recentemente, por uma revisão, tendo sido aprovado conforme resolução COFEn 160/93 de 12 de maio de 1993.

No que diz respeito às inovações do novo Código de Ética, vale ressaltar que propõe a superar a estrutura de uma organização corporativista, centrada nos interesses exclusivos dos profissionais, para aliá-los ao objetivo central de organizar condições de trabalho compatíveis com a defesa dos princípios de melhoria da qualidade da assistência à saúde com mais autonomia profissional.

No preâmbulo, conforme escreve Germano (1993, p.55), em uma de suas partes, podemos fazer tal constatação.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de trabalho da enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível à toda a população.

Nesse sentido, várias referências são feitas aos direitos do cliente, conforme pode ser verificado em vários de seus artigos. No artigo 35, o atual código contempla a questão do consentimento do cliente na participação em pesquisas e tratamentos e, no artigo 44, proíbe ao profissional de enfermagem “participar de tratamento sem consentimento do cliente ou representante legal, exceto em iminente risco de vida”. O artigo 53, também referente ao Capítulo das Proibições, complementa: “Realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino, em que o direito inalienável do homem seja desrespeitado ou acarrete perigo de vida ou dano a sua saúde”.

Como vemos, esse aspecto explicita-se de forma mais contundente no atual código, garantindo, portanto, maior segurança ao cliente e à família.

Todas essas diretrizes demonstram a necessidade urgente, tanto ética quanto prática, da adequação das instituições científicas e dos pesquisadores aos princípios e às exigências legais, atualmente em vigor. Questões éticas devem ser consideradas como um elemento decisivo na formação e na prática profissional.

Vidal (1986) afirma que o modelo da ética racional ou civil concretiza-se num conjunto de orientações axiológicas, que constituem os critérios referenciais da bioética. O mesmo autor apresenta dois princípios básicos, o

primeiro o de não causar dano ao sujeito pelo axioma (primum non nocere) que tem sua origem no código hipocrático. O segundo, no princípio da liberdade de todo sujeito racional de ter o “direito de todos a uma justa distribuição dos benefícios e das obrigações no âmbito do bem estar vital.” (p. 64).

A seguir faço referência às questões teológicas e morais que permeiam esse estudo. Para tanto respaldome nas idéias de Vidal (1986, p. 252) ao afirmar: “A reflexão teológico-moral está empenhada em configurar-se em autêntico saber crítico e específico sobre o compromisso moral dos cristãos. Este saber denomina-se *Ética Teológica* ou *Teologia Moral*”.

Segundo o autor foi com a renovação moral pós-conciliar (Concílio Vaticano II) que se buscou devolver a identidade teológica à moral. Prosseguindo, o mesmo autor assinala a importância atual e futura da *Ética Teológica*. Os primeiros por ela defendidos revertem-se de significado histórico uma vez que propõem “um horizonte axiológico que devolva o entusiasmo à desmoralizada existência humana” (p.253). Aponta os caminhos para a convivência solidária. Tais princípios estão refletidos também na Doutrina Social da Igreja e, têm consonância com os ensinamentos de Tomás de Aquino (século XVI), o santo que nos legou um tratado teológico (*Suma Teológica*) “concreto e perfeitamente articulado dos atos humanos” (Maritain, 1973, p.15).

Necessidades espirituais dos clientes e a questão da morte em algumas religiões e culturas

A pessoa humana, necessita de algo além do meramente biológico, o que pode ser genericamente entendido como necessidades espirituais. Para melhor orientação sobre os cuidados espirituais dos clientes, apresento o que Atkinson & Murray (1985) entendem por necessidades espirituais, até para diferenciá-las de necessidades da prática de uma religiosidade institucionalizada. No entender dos autores, necessidades espirituais não representam o mesmo que religião, embora ambos possam compartilhar de

elementos comuns. A religião é uma crença no sobrenatural ou na força divina que tem poder sobre o universo e comanda a adoração e a obediência. A espiritualidade é uma qualidade mais ampla do que a religião. Provoca inspiração, reverência e respeito, mesmo nos que não acreditam em nenhum Deus. Não podemos ignorar que as necessidades espirituais podem ser fortemente afetadas ou apenas de forma mínima pela religião institucionalizada. A grande maioria dos clientes encontra a satisfação das suas necessidades espirituais na prática de uma religião. Para eles, a prática da religião fornece uma base de apoio, na qual podem acentar sua vida. Comportando um conjunto de valores e crenças que ajudam no cotidiano, mesmo que atormentado.

Atender o cliente em suas diferentes necessidades é um princípio básico da enfermagem. A falta de preparo e a falta de conhecimento necessário sobre diversas religiões, ou formas de expressão religiosa, pode inibir a enfermeira a dar abertura para o cliente externar suas necessidades espirituais.

Nessa mesma linha de reflexão, Libânio (1993), alerta que além do preparo para operar aparatos técnicos nas diversas áreas, a formação de profissionais enfermeiros deve oferecer também subsídios, para que se sintam seguros, para oferecer cuidados, que proporcionem conforto espiritual ao cliente. Atender suas necessidades espirituais visa auxiliá-lo em momentos de angústia e sofrimento, o que pode evitar o agravamento de problemas somáticos em seu estado clínico. Segundo o autor, a satisfação das necessidades físicas pode afetar a satisfação das necessidades espirituais e vice-versa.

Pela falta de preparo e conhecimento suficiente sobre os princípios das diversas religiões e sua forma de expressão, os profissionais podem questionar-se: como posso dar assistência espiritual, quando sei tão pouco sobre religião? Ao que Atkinson e Muray (1985) oferecem duas respostas: por um lado pode-se satisfazer as necessidades espirituais sem um conhecimento extenso sobre religião, uma vez que todas as pessoas têm necessidades espirituais semelhantes, a despeito de sua religião, e por outro lado, os profissionais poderão habilitar-se a aprender sobre várias religiões e

culturas, a fim de poder proporcionar um cuidado que atenda às necessidades do cliente. Já que as práticas religiosas variam de uma religião para outra, os clientes podem sentir-se solitários quando os profissionais que deles cuidam não comungam da mesma religião e quando pouco ou nada dela conhecem e tampouco demonstram interesse para encaminhar estes cuidados a líderes religiosos. É importante reconhecer que existem recursos disponíveis para ajudar na assistência espiritual aos clientes. O capelão, o pastor ou o líder espiritual do próprio cliente podem ser úteis ou até mesmo, serem os principais fornecedores de assistência.

Segundo Pessini (1997), um fator imprescindível é a acessibilidade da enfermeira para ajudar o cliente e/ou mesmo a família a expressar suas necessidades espirituais. Ainda segundo o mesmo autor, levando-se em conta junto aos clientes suas necessidades espirituais, cria-se a possibilidade de reviver a esperança e encontrar um significado para as vivências. Waldow (1998) também fala que muitas pessoas revelam bastante sobre si mesmas, quando sentem que a enfermeira as aceita como são, com seus sentimentos, crenças e valores. Nesse sentido, entendo que a enfermeira pode fazer muito para ajudar o cliente e sua família no atendimento às necessidades espirituais. De acordo com a autora, a escuta atenta e o encorajamento para que o cliente compartilhe, tanto os sentimentos positivos quanto os negativos, o ajudam a se sentir aceito. Em experiência junto aos clientes percebi e registrei que durante ou mesmo logo após os cuidados biológicos, os clientes gostam de falar sobre si e suas necessidades espirituais. Assim, reafirmo a importância de, durante os cuidados, a enfermeira abrir espaço e permitir que os sentimentos sobre as necessidades espirituais se exteriorizem.

Frente à exigência de não se poder ignorar ou descuidar o lado espiritual do cliente, reforça-se a importância de os profissionais superarem o tabu de não querer expor suas convicções religiosas, de fé e crença, e, desta forma, encarar com naturalidade, como qualquer outro cuidado, o fazer uma oração junto ao cliente ou fazer a leitura de um texto bíblico, mensagens fortalecedoras e esperançosas para o doente. Na verdade é impossível falar de cuidado humanizado ao cliente sem enfatizar a

relevância do cuidado espiritual e considerá-lo tanto quanto o cuidado biológico, como direito do ser humano em sua busca de satisfação.

Quanto às religiões no Brasil existe a prevalência do cristianismo em suas diversas modalidades de expressão. Alguns segmentos sociais adotam, porém, práticas religiosas de outras culturas não cristãs, como o judaísmo, o budismo, o confucionismo, o indianismo. Pelo fato de o Brasil ter recebido e continuar permitindo a entrada de imigrantes vindos de países, com diferentes culturas e religiões, e também porque fomos influenciados pelos europeus, pelos africanos e pelos índios em razão de nossas origens, precisamos saber conviver e respeitar as diversas manifestações religiosas ou culturais.

Concepções filosóficas da finitude

Desde os tempos remotos, o homem vem se indagando sobre a sua natureza e seu fim último. Definir o homem, conhecer o homem em profundidade continua sendo preocupação do nosso tempo. Na Bíblia, livro considerado sagrado, nos deparamos (Ec. 3;11) com um ensinamento que nos remete à transcendência "Ele tudo fez formoso em seu tempo; também pôs na mente do homem a idéia da eternidade, se bem que este não possa descobrir a obra que Deus fez desde o princípio até o fim".

Nesse contexto, o tema morte foi também explorado e mistificado sob diversas formas. Na opinião de Morin (1997, p.83): "Na atualidade buscam-se maneiras de reexplorar e reintegrá-la no convívio com uma nova face, nova ciência, denominada "Tanatologia". Por mais que se possa definir o homem, não se pode perder a perspectiva do mistério que o envolve. Ninguém, até hoje, respondeu satisfatoriamente a pergunta: o que é o homem na sua totalidade? O dualismo da filosofia grega ainda não foi de todo superado, nem o olhar do homem como uma composição de duas realidades: corpo e alma. Conceção esta que penetrou profundamente na mensagem cristã. A visão dualista de homem deve ser posta de lado, quando se admite que ele não deve ser fragmentado. Ele é uma unidade

corporal e espiritual. No dizer de Susin (1994, p. 28), “a alma é para animar, para dar vida ao corpo, para ser energia que unifica e articula bem um organismo.”

A partir dessa afirmativa, lança a pergunta: “pode uma alma existir sozinha, sem animar o corpo?” No seu entender, uma alma separada do corpo estaria tão incompleta que não poderia ser feliz, já que a pessoa é corpo e alma, um “continuum” psicobiofísico.

Muitos filósofos não consideram a morte do homem como uma estação final, mas apenas a morte do corpo. De acordo com eles a alma é imortal. Platão no século IV a.C. começa a juntar argumentos em favor da vida da alma, após a morte do corpo. Também Aristóteles, Sócrates, Descartes, Kant, admitem vida da alma após a morte biológica. Porém, Nietzsche (1984), afirmou que o homem é um ser para a morte, sendo a morte a suprema possibilidade de liberdade humana. Ele pensava que na morte o homem se demonstrava vivo, no mais alto grau. Sobre o posicionamento do referido autor, que foi adepto “moral evolucionista”, é novamente Maritain (1973, p. 433) quem nos explica: “o ateísmo de Nietzsche e o de Marx irão desmascarar a religiosidade sem fé da razão hegeliana, ao se voltarem contra o cristianismo. A fé de Kierkegaard chamará vingança contra essa religiosidade sem fé, levantando-se contra a razão”. Para os niilistas a morte é fim total do homem. Para os não-niilistas a morte não é fim total do homem. Heidegger (1969), diz que a morte não é uma possibilidade remota, mas presença constante. Para ele o ser humano está sempre ameaçado. A morte é a possibilidade não ultrapassável: “O homem mal começa a existir, já está lançado nesta possibilidade” (p.63). Para Boemer (1989), esta compreensão do fenômeno da morte como destino de cada um de nós implica assumir o discurso heideggeriano. No entender da autora, a análise da morte é uma importante interpretação que Heidegger faz do ser – aí. A morte não é o final da existência e sim um elemento constitutivo dela. Para a autora a existência não é dada ao ser como um caminho bem arranjado ao fim do qual está a morte, mas a morte como possibilidade atravessa a existência e a qualquer momento pode surpreendê-la. Nesta visão, o cliente terminal não é portador de um germe

de morte, de inevitabilidade que, os profissionais de saúde tanto temem e que os faz acreditar que dando o melhor de si ao cliente, o melhorasse segundo o seu referencial.

Na concepção de Morin (1997), a volta da morte é um grande fato da civilização. O problema de conviver com a morte vai se inserir cada vez mais profundamente em nosso viver, o que para ele, desemboca num como-viver, cuja dimensão é a um só tempo pessoal e social. O que dá a entender, mais uma vez, é que o caminho da morte deve conduzir o homem de modo mais profundo pelo caminho da vida, "uma reforma da morte só pode ser a outra face de uma reforma da vida." (p. 34) No seu entender, só poderemos compreender a humanidade da morte compreendendo a especificidade do homem. "o medo da morte é muito menos pronunciado entre os povos arcaicos do que nas sociedades mais evoluídas." (p. 38)

O mesmo autor faz uma análise retrospectiva da concepção da morte dos povos através dos séculos e diz que, desde tempos remotos da pré-história, as práticas relativas aos cadáveres revelavam a crença na imortalidade, que pode ser entendida por um prolongamento da vida por um período indefinido, mas não necessariamente eterno, era relativa a uma vida própria dos mortos. Assim, no seu entender, a morte é, a primeira vista, uma espécie de vida que se prolonga, de um modo ou de outro.

A própria forma de tratar o cadáver faz-nos entender que o morto não é mais um vivente comum, já que tratado de acordo com ritos especiais, enterrado ou cremado. No pensamento desse autor, as pompas da morte ultrapassam o fenômeno da morte. Com efeito, certas manifestações emocionais, provocadas por ocasião das pompas fúnebres, corresponde aos excessos aos quais se conduz a exaltação coletiva em qualquer cerimônia sagrada. O autor observa: "muitas vezes um enterro arruinou uma família chinesa, cujas economias de toda uma vida foram desviadas para a construção da casa do morto" (op. cit. p. 31).

Em relação ao cuidado com o corpo depois da morte vale enfatizar que este integra as ações de enfermagem. O cuidado de enfermagem ao corpo sem vida merece o máximo de atenção, em virtude de que, o cliente, mesmo inerte continua sob cuidados dos profissionais de enfermagem.

Também em nossa sociedade, no entender do mesmo autor, a dor provocada pela morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida. Quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado e respeitado, isto é, único, mais violenta é a dor. Nenhuma ou quase nenhuma perturbação acontece se morre um ser anônimo, que não era insubstituível. A morte de uma "criança qualquer" ou um feto, na qual se destroem, no entanto, todas as promessas de vida, não suscita muitas vezes, nenhuma reação, nenhum funeral e milhares de vezes o fato é totalmente ignorado e isolado no anonimato. Neste sentido, o autor chama a atenção para a sociedade atual atentar mais para as suas "bisbilhotices" da morte. E diz: "a morte de um artista de cinema, de um corredor ciclista, de um chefe de estado ou de um vizinho do mesmo andar é mais sentida que a morte de dez mil hindus durante uma inundação" (p. 32).

Percebemos, assim, que o horror da morte depende estritamente do envolvimento do indivíduo em relação ao seu grupo social, seu cargo e sua ocupação.

A saudade dos que partiram não deixa de ser uma perene lembrança perpassada de um sentimento de falta, conforme expressado por pessoas que perderam seus entes queridos.

Rodrigues (1983, p.29) assinala que "o absurdo da finitude humana reside em parte no fato de que a morte física não basta para realizar a morte nas consciências".

A morte foi concebida ou desenhada de inúmeras maneiras ao longo dos anos. No entanto, a partir do século XIX, deixa de ser enfatizada com as representações de morte que no fim da idade média eram consideradas macabras e que no século XVI à XVIII, eram tidas como eróticas, promovendo-se a ruptura da familiaridade do homem com a morte.

De acordo com Ariès, (1990) "a partir do século XIX, as imagens da morte são cada vez mais raras, desaparecendo completamente no século XX; o silêncio que então se estende sobre a morte significa que esta rompeu seus grilhões e se tornou uma força selvagem e incompreensível" (p. 92).

Apesar das contundentes afirmações, é possível apesar de tudo, abrir-se o debate para que os homens possam encarar a morte com mais

naturalidade, o que permitirá aos profissionais de enfermagem tornar menos dolorosa e menos sofrida a convivência com os clientes em fase terminal.

Visão cristã sobre os limites do homem e sua transcendência

Partindo da premissa de que é aceitando a nossa terminalidade que viveremos melhor nosso tempo presente, passo a apresentar algumas concepções teológicas e filosóficas sobre a morte e o morrer através dos tempos.

Na concepção de Kesselmeier (1985) “para viver sem medo a experiência da morte só há uma escolha: a vida.” No seu entender é preciso desvelar com coragem o mistério da vida para se encaminhar com mais serenidade para a morte. Segundo o autor, para o cristão que crê nas palavras de Cristo Jesus “Eu sou a Ressurreição e a Vida. Quem crer em mim, ainda que esteja morto viverá. E quem viver e crer em mim, não morrerá”, (Jo. 11, 25), a morte é o começo ou início de uma nova vida ou passagem para uma nova dimensão. Dessa forma é preciso viver a vida a partir de Cristo e não de nós mesmos.

Ainda na concepção do autor, a cultura ocidental, apesar de se manifestar como religiosa e adepta do Cristianismo, o assunto “morte” foi vítima de deformantes avanços técnico-científicos e tornou-se uma estranha, nos assuntos de planejamento da vida pessoal e coletiva.

Bagio (1985, p. 45) ao relatar sua experiência com a morte afirmou: “é estranho que a reduzimos a esta estranheza, pois é algo concreto no nosso itinerário, sabido companheiro de cada dia, tão real, como nada se nos apresenta com a mesma concretez, de maneira que mais energia gastamos em não pensar na morte do que gastaríamos nela pensando.” No seu cotidiano, todo ser humano tem experiências indiretas com a morte de alguém e também toma consciência de que a vida é efêmera. No dizer do autor acima referido, “o homem começa a ser morte no momento em que começa a ser corpo” (p. 66). No relato de sua experiência de morte, chama a atenção para a transitoriedade da vida humana e aponta a morte como a

prova irrefutável do absurdo da vida. Em seu entender, “homem nenhum pode viver com a morte nas costas, na certeza de que todas as coisas não valem nada” (p.68). Nesta mesma linha de pensamento, Susin (1994) diz que o homem é ator e autor em sua trajetória por este mundo e é responsável pela parte que lhe compete. No seu entender, o fim último do homem é o confronto com sua história e a felicidade consiste em se deparar com todo bem praticado, com a resposta positiva dada às possibilidades da vida e viver de hora em diante em paz, junto com o autor da vida. Como alguém que, no seu entender, “nos convoca à existência como um amigo, que chama alguém para ser seu amigo” (p. 10).

As grandes perguntas que o homem se faz e que muitas vezes o perturbam: de onde viemos e para onde vamos? Susin (1994, p. 52) responde: “somos criaturas de Deus, chamadas a viver uma história de filhos e companheiros. Caminhamos para a comunhão do Reino de Deus onde toda criatura chegará finalmente à harmonia feliz e cheia de paz, de repouso como num grande “domingo” de uma grande família.”

A fé cristã consiste em acreditar em Cristo Jesus: ele é o caminho. Dá-nos exemplo, é nossa norma. Ninguém mais do que Ele fez a experiência do amor. Doou a vida para um bem maior. Ele viveu a esperança na chegada do Reino de Deus. Sua missão consistiu em abrir caminho.

Ainda para Susin, seguir Jesus é ser um bom cristão, com o olhar para o Reino escatológico, definitivo, que vai congrega toda a criatura na comunhão de Deus.

Nesta concepção, a morte é um passo definitivo na missão: Jesus deu a vida até o fim. Jesus é o projeto de vida e missão para todo cristão. A morte abre as portas para todos os que o seguem. Ainda na visão do autor, o medo do homem diante da morte é consequência do pecado. Sem a consequência do pecado a morte biológica também aconteceria, mas não teria a violência destrutiva e desfigurada que possui. No dizer do autor, “seria um adormecimento pacífico para acordar no dia pleno de luz no Reino de Deus” (p. 24). Desta forma, o medo, o sofrimento, a incerteza, a angústia diante da morte são frutos da condição de pecadores. Ainda segundo o

autor, a condição de seres humanos nos leva à experienciar as frustrações da morte, diz: "se não soubermos integrar a violência da morte e valorizá-la, também não saberemos integrar a vida com seu fim último, que é a morte" (p. 25). Esta forma de entender a vida e vivê-la de acordo com um objetivo maior corrobora com Traveibee, quando insiste na questão de encontrar-se um sentido para as experiências da vida. Continuando sua reflexão sobre a morte como suprema liberdade e decisão, Susin (1994, p. 27) comenta:

Os que contam experiências fortes, mas não morreram, apenas sentiram a aproximação da morte. Atravessar a fronteira da morte é como sair do útero: não há mais retorno possível. É próprio da morte aquilo que é do nascimento: é definitiva, sem volta. Mesmo Cristo Ressuscitado não voltou, mas mostrou sua nova condição gloriosa. É por isso que uma vez terminado o único percurso da vida terrena chega-se à morte como algo definitivo.

Dentro dessa perspectiva de fé é muito confortadora a afirmação de Danielou (1990, p. 69) "Cristo apoderou-se do além-morte para nos preparar um lugar".

O medo de encarar a morte mostra o quanto o homem rejeita a responsabilidade de algo definitivo e sem retorno. Bagio (1985) ao relatar sua experiência de morte em três estados de coma profundo, fala desse momento como um estado bastante tranquilizador, uma espécie de companhia na solidão dos últimos momentos, cujo sentimento é mais acentuado naqueles que, em vida, foram pessoas com profundas convicções religiosas. Esta afirmativa parece não colidir com outros relatos de morte com experimentos de um bem-estar místico-religioso dos que a ela se entregaram, sem maiores desesperos e com a convicção de que Deus as salvaria.

Tonin (1985, p. 644), fazendo comentário sobre as experiências de morte relatadas pelas pessoas diz: "É difícil atribuir um grau objetivo de valor a este tipo de testemunho, até pelo fato de que os que 'quase morreram' ainda estavam se debatendo mais dentro dos limites da vida do que da morte."

Ao mesmo tempo, entende-se que não deixa de ser uma experiência, que pode contribuir para tornar menos trágico e angustiante pensar, falar e enfrentar a morte.

Boff, (1973, p. 68), fala da transcendência do homem como fim último do seu chamado à vida e que o homem em sua condição humana não tem alcance de compreensão. Faz referência à transcendência como:

... aquela dimensão de realidade que nos escapa infinitamente como nos escapam as distâncias imensuráveis do céu-firmamento. A palavra céu que vislumbrar a absoluta realização do homem como saciamento da sua sede de infinito ou ainda plenitude completa, ponto mais alto que podemos imaginar de penetração no mistério de Deus.

Ao meu ver, esta parece ser uma verdade já inserida no itinerário espiritual das pessoas que vivem com esperança. O mesmo autor referindo-se a esse assunto, faz uma comparação significativa entre o nascimento e a morte, que de certo modo reforça meu próprio entendimento sobre a questão.

Ao nascer, a criança abandona a matriz instrutiva que, aos poucos, ao cabo de nove meses, fora se tornando sufocante e esgotava as possibilidades de vida intra-uterina. Passa por uma violenta crise: é apertada, empurrada de todos os lados, e por fim, ejetada no mundo. Ela não sabe que a espera um mundo mais vasto que o ventre materno cheio de largos horizontes e de ilimitadas possibilidades de comunicação. Ao morrer o homem passa por semelhante crise: enfraquece, vai perdendo o ar, agoniza e é como que arrancado deste mundo. Mal sabe que vai irromper num mundo muito mais vasto que aquele que acaba de deixar e que sua capacidade de relacionamento se estenderá ao infinito (p.40).

Segundo Doyle (1995), São Francisco de Assis foi escolhido como homem do milênio. Esse destaque não é uma homenagem por um ou outro fato notável de sua vida. Ao ler e estudar a vida de São Francisco de Assis fica evidente que o grande santo acolheu a finitude desta vida e a entendeu como futilidade sem uma dimensão maior. Desde então, viveu intensamente voltado para valores evangélicos que o impulsionaram para a vivência da fraternidade universal. Uma vez compreendido o valor da fraternidade, assumiu-a intensamente na vivência diária com os irmãos e a natureza. Essa forma de compreender a vida e vivê-la como um momento único levou-

o a acolher a irmã morte sobre a terra nua diante dos irmãos cantando a última estrofe do Cântico do Irmão Sol: "Louvado sejas, meu Senhor, por nossa irmã, a morte corporal, da qual ninguém pode escapar" (p.54).

Trajectoria Metodológica

Este estudo é do tipo qualitativo com uma parte descritiva, revisão bibliográfica e uma aplicação prática, implementada com clientes em fase terminal e discutida com enfermeiras professoras e enfermeiras assistenciais de uma modalidade de intervenção em enfermagem, estudada e desenvolvida por Travelbee que valoriza a relação pessoa a pessoa. O trabalho insere-se numa perspectiva de enfermagem humanista porque valoriza o ser humano em sua unicidade, totalidade, historicidade e em sua vivência singular.

No desenvolver do trabalho qualitativo busquei respaldo na afirmativa de Minayo (1994, p.11):

... existe possibilidade de encontrarmos semelhanças relativamente profundas em todos os empreendimentos que se inspiram na idéia geral de um conhecimento por conceitos, seja de caráter sistemático, seja exploratório e dinâmico. Essa idéia representa uma tradição geral de auto-regulação do processo de construção de conhecimento. Mas, por outro lado, a cientificidade não pode ser reduzida a uma forma determinada de conhecer; ela pré-contém, por assim dizer, diversas maneiras concretas e potenciais de realização.

Triviños, (1990) aponta características da pesquisa qualitativa, dizendo que tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Saliencia a visão do pesquisador às percepções dos sujeitos da pesquisa.

Esta compreensão foi de fundamental importância para o desenvolvimento do estudo.

Na parte prática do trabalho, foram desenvolvidas as cinco etapas que integram a interação enfermeira-cliente, na seqüência Idealizada por Travelbee e no esquema conceitual, apresentado por Hoble et al (1994):

- encontro original;
- identidades emergentes;

- simpatia ou envolvimento emocional;
- empatia ou solidariedade;
- Rapport ou cumplicidade.

O local da prática foi o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo (HC) de Santa Maria, RS e as Faculdades Franciscanas (FAFRA) de Santa Maria, RS.

O Hospital de Caridade é um hospital geral, filantrópico com capacidade de 147 leitos ativos, onde trabalham 28 enfermeiras e 147 auxiliares de enfermagem. É o local de estágios para os alunos do curso de enfermagem e auxiliar de enfermagem das Faculdades Franciscanas a nível assistencial. Possui também serviço de pronto atendimento, oncológico, ambulatorial e a clientes internados. O hospital é equipado com alta tecnologia para diagnósticos e tratamento clínico. É um hospital de referência regional, para recuperação da saúde das pessoas da região.

As Faculdades Franciscanas são fruto da unificação da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira e Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Imaculada Conceição, ocorrido em 1995. Uniram-se duas instituições com mais de 40 anos de tradição, no ensino superior. Atualmente a FAFRA em processo de transformação para Centro Universitário Franciscano. Oferecem 12 cursos de graduação, 8 cursos de Pós-Graduação, a nível de especialização, e 3 cursos de mestrado. Um curso de auxiliar de enfermagem a nível de 2º Grau. O corpo docente compreende um total de 110 professores, sendo 21 enfermeiros e um quadro de 45 funcionários técnico-administrativos.

Sujeitos do Estudo

Foram clientes do Hospital de Caridade que receberam nomes fictícios para que fosse mantido o sigilo e dois grupos de enfermeiras, sendo um de assistenciais e outro de professoras, que também receberam nomes fictícios. A relação do sujeito é composta:

- a □ 5 clientes em fase terminal, identificados com a primeira letras do nome fictício, Alice, Bernardo, Cleonice, Daniel e Elisa. Nos quadros sinópticos são denominados pelas primeiras letras dos nomes de A a E.
- b □ Os dois grupos de enfermeiras: “EP” enfermeiras professoras, “EA” enfermeiras assistenciais, também receberam nomes fictícios com letras iniciais de A a H. Nos quadros sinópticos elas aparecem pela denominação dos grupos “EP” e “EA”

Instrumentos de trabalho

Para implementar a prática elaborei inicialmente dois quadros demonstrativos do processo de enfermagem. O primeiro para registrar as atividades realizadas com os clientes, contendo na coluna da esquerda as etapas de Travelbee e na da direita, a metodologia implementada (anexo 1); o segundo, para o trabalho com os dois grupos de enfermeiras, EP e EA, contendo na coluna da esquerda as etapas de Travelbee e na coluna da direita, a metodologia implementada (anexo 2).

Elaborei dois questionários (anexo 3 e 4), para a reflexão das enfermeiras AP e AE nos encontros.

Elaborei, também, dois quadros sinópticos (anexos 5 e 6), para o registro das atividades desenvolvidas, respectivamente com os clientes de “A” a “E” e com os dois grupos de enfermeiras “EP” e “EA”. A partir dos encontros originais, da seqüência de encontros e dos quadros sinópticos (5 clientes e 2 das enfermeiras), estabelecendo estratégias de análise dos achados.

Para analisar os achados estabeleci uma estratégia de análise, a partir da categorização, ou seja a técnica de agrupamento das questões levantadas na implementação dos cuidados com os clientes A a E e na discussão realizada com as enfermeiras EP e EA. Tendo em vista os objetivos do estudo a sistemática da análise está respaldada na metodologia adotada, Triviños (1990) e Manayo (1994).

Os encontros

Foram realizados encontros com os clientes e as enfermeiras.

Com os clientes: foram realizados em momentos mais propícios, e com a interação pessoa-a-pessoa com o consentimento manifestado pelo clientes.

Apliquei o instrumento (anexo 1) com cada cliente. Após os encontros fiz o registro das observações e vivências para posterior análise e avaliação.

Com as enfermeiras: em relação a estas organizei dois grupos distintos. Um constituído por enfermeiras professoras das Faculdades Franciscanas, e outro por enfermeiras assistenciais do Hospital de Caridade. Aqui também foi assegurado o anonimato das, que concordaram participar do estudo e permitiram a gravação das falas.

Conforme projeto, foram realizados três encontros com cada grupo.

No primeiro encontro, apresentei em cada grupo, os objetivos do trabalho, entreguei uma cópia da revisão da literatura do projeto às interessadas, também agendando data e hora para o segundo encontro.

No segundo encontro, desenvolvemos uma reflexão, visando partilhar as concepções e vivências práticas dos grupos, a partir de duas questões (anexo 3). Após formular as duas perguntas, o grupo teve um espaço de tempo para a compreensão da idéia. Passado esse período, as participantes foram convidadas a dar o seu depoimento pessoal sobre o assunto. Os depoimentos foram gravados em fita magnética e posteriormente, por mim transcritos integralmente.

Antes de encerrar esse segundo encontro, e como preparação para o terceiro encontro, entreguei a cada participante os pressupostos e as etapas do processo extraídos da Teoria de Travelbee, contidos no referencial teórico e no texto da segunda parte do primeiro capítulo do livro "Intervencion en Enfermaria Psiquiatrica", de Joyce Travelbee (1979) (anexo 7). Solicitei que cada uma das participantes fizesse uma leitura preliminar do que seria o assunto para o próximo encontro. Antes de nos despedir desse, agendamos data e hora para o terceiro encontro.

Nesse terceiro encontro, o grupo comprovou os estudos feitos sobre os ensinamentos de Travelbee (texto distribuído).

Em seguida, foram colocadas para reflexão as perguntas constantes no anexo 4. Mantive a mesma forma de registro do segundo encontro. A seguir foi implementada a prática.

CAPÍTULO III IMPLEMENTANDO OS CUIDADOS E DISCUTINDO A PRÁTICA

Nesta Unidade faço a descrição da implementação do cuidado com as vivências junto a cinco pacientes em fase terminal.

Encontro original com Alice

ALICE (A) 58 anos, professora estadual aposentada. Portadora de Lúpus eritematoso. Foi submetida a uma mastectomia total há 4 anos e 3 meses no Hospital de Caridade de Santa Maria. Após, fez tratamento quimioterápico no Hospital Santa Rita em Porto Alegre. Considerava-se curada. Fazia revisão de 6 em 6 meses. Há mais ou menos 5 meses, começou a sentir por várias vezes, repugnância alimentar. Muitas vezes sentia enjôo após as refeições. Cuidava do tipo de comida, alimentando-se com alimentos leves e tomava bastante chá de alcachofra e malva. Há mais ou menos 6 semanas, começou a sentir o fígado inchado e pesado, cólicas intestinais, flatulência e dificuldades para evacuar. Há umas duas semanas, a sintomatologia se agravou, começando a apresentar icterícia e emagrecimento. Paciente informa ter suspeitado de um mal maior, mas com medo de enfrentá-lo, demorou para procurar o médico. Com o agravamento da sintomatologia consultou um especialista em sua cidade. Foram solicitados exames e, no dia seguinte, internou-se no hospital. Após dois dias de internação, veio transferida para este hospital. Após a realização de exames complementares, foi diagnosticada recidiva do CA com metástase no fígado e intestinos. Foi submetida a uma laparotomia e colostomia.

1º Encontro: acompanhei e auxiliiei a auxiliar de enfermagem na higiene corporal, curativo e troca da bolsa de colostomia. Saudei, chamando-a pelo nome e informei que estávamos ali para realizar sua higiene e fiz nossa apresentação.

“- Que bom! Sinto-me tão mal, parece que estou toda suja. A gente parece um trapo!”

Durante a higiene, procuramos manter um diálogo com a paciente e ficamos atentas às suas manifestações. Paciente cooperativa dentro de suas possibilidades. Por três vezes repetiu - “Retirem esta bolsa!”

Após a retirada da bolsa e limpeza do estoma, disse: “Por que fizeram isso comigo: (Chorou), a gente está pior que uma criança.”

Procuramos proporcionar-lhe o máximo de conforto, explicando que é uma situação talvez não muito agradável, mas necessária em certas situações. A paciente parecia não muito conformada. Providenciamos então um buquê de rosas e deixamos o quarto em ordem e arejado. Parecia mais tranqüila e agradecida.

2º Encontro: (tarde do mesmo dia), ao entrar no quarto uma das filhas acariciava-lhe o rosto, ambas com lágrimas nos olhos. A filha respondeu á saudação: “Que bom que você veio, a mãe está tão nervosa...” e desandou em lágrimas.

Tomei a mão da paciente e, por alguns instantes, permanecemos em silêncio, depois disse: “Não quero atrapalhá-las, vim saber se falta alguma coisa, se precisam de alguma ajuda. Fiquem bem á vontade. Chorar faz bem, alivia o sofrimento.”

Disse a paciente: “Eu me chateio, não sei porque tanto sofrimento.”

A filha acomodou-se na cadeira e disse: “Porque tanta coisa ruim tem que acontecer na vida da gente. A mãe depois de todo o sofrimento, parecia estar bem e agora volta tudo desse jeito.”

Paciente parecendo desviar o assunto solicitou ajuda para se acomodar no leito. Dor, tristeza e amargura pareciam estampadas em seu rosto. Após se acomodar, solicitou silêncio, agradeceu e fechou os olhos. Coloquei nossa ajuda à disposição e despedi-me desejando-lhe coragem para vivenciar estes momentos. Paciente responde: “Obrigada, por tudo!”

3º Encontro: (Manhã do dia seguinte)

“- Como tem passado? Está sozinha hoje?”

“- Estou com bastante dor. Logo mais vou precisar de um calmante.”

Apertando minha mão entre as suas, disse: “Sabe que esta dor que sinto, a injeção alivia por um tempinho. Mas eu tenho uma outra dor, por isso estou sozinha. Mandei elas saírem (referindo-se às filhas). Eu não consigo vê-las sempre com os olhos cheios de lágrimas. Isso me faz sofrer mais ainda. Eu não quero ser causa de sofrimento para elas. Graças a Deus, elas são tão boas, as duas bem casadas. Que saudades da minha fofinha

(netinha), mas nem quero que ela me veja desse jeito.” Fechou os olhos e continuou segurando minha mão. Após alguns instantes, perguntou: que futuro a esperava?

Em meio a conversa procurei apontar as coisas boas que existem e que tantos jovens desejam fazer o bem e que sua netinha também iria ser uma jovem boa. Falei que a educação e o exemplo têm muita influência.

Durante a conversa disse que precisávamos encontrar um sentido para todas as coisas, até para o sofrimento. A paciente reagiu: “É, eu já vi que a senhora é religiosa. Eu sempre fui muito católica e depois da minha doença eu não perdi mais missa nenhuma. Já recebi várias vezes a unção dos enfermos e agora mesmo já comunguei duas vezes aqui no hospital.” Disse: “Certamente isso lhe traz conforto na doença.” Paciente: “Eu já me entreguei. Por mim... Mas minhas filhas não se conformam.”

Percebi que estava cansada e disse que a deixaria descansar, perguntei se precisava de alguma coisa, como estava a dor. Disse ela: “Gostaria que providenciasse uma injeção, não sei quando foi a última para dor de tanta coisa que me fazem.”

Avaliei a bolsa de colostomia, o curativo, providenciei analgésico e despedi-me.

4º Encontro: (tarde do dia seguinte), paciente abalada, hipotensa (80/40), olhar fixo, parecia distante. Dentre as poucas palavras, disse: “Não agüento mais. Estou tão mal.” Perguntada se queria a bênção do padre, disse que sim. Depois de passar uma hora, a paciente ficou inquieta, mexendo-se a todo o instante. As tentativas de acomodá-la no leito eram em vão. Quando questionada sobre o que a incomodava, respondendo que não era nada. Já após a bênção, perguntei se queria que fizéssemos uma oração, fez um sinal que sim e juntou as mãos. Durante a oração se manteve calma. As filhas e o genro se revezavam no quarto. Quando nos despedimos a paciente parecia não entender.

5º Encontro - (dia seguinte), paciente na UTI. Havia sofrido uma insuficiência cárdio respiratória à noite. No momento, estava entubada com cateter de O². Olhos entreabertos, respondendo a estímulos verbais. quando nos aproximamos do leito, com uma de suas filhas as lágrimas corriam de

nossos olhos. Permaneci ali, por mais de uma hora, junto à paciente, na tentativa de proporcionar apoio e conforto. Providenciamos biombos para isolá-la um pouco. Realizamos mudanças de decúbitos e massagens de conforto.

6º Encontro- (tarde/noite do mesmo dia) Paciente em estado de semi-coma. Respondia aos estímulos dolorosos profundos. Permaneci na UTI por mais de 3h paciente neste período permaneceu estável. Conversei com ela, transmitindo-lhe os recados das filhas. Rezei. Paciente inexpressiva.

7º Encontro - (manhã seguinte) paciente com respirador. Sedada e segundo informações da enfermeira da UTI, em estado de angústia respiratória. Foi sedada e ligado o respirador para aliviar a paciente.

Paciente faleceu às 4h 30min, da manhã daquele domingo.

Encontro original com Bernardo

BERNARDO(B), 62 anos, internou-se no dia 12/10 vindo de um hospital de interior para complementar o diagnóstico. Portador de Neoplasia pulmonar. Paciente com história de emagrecimento rápido, 11k em 6 semanas, com significativa alteração em seu regime alimentar por inapetência. História de febre, cansaço e, ultimamente com dispnéia aos mínimos esforços. Tabagista pesado há 45 anos, atualmente repugnava-lhe cigarros. Há mais ou menos 10 dias teve febre, fortes dores na região mediastina com irradiação para o ombro e braço esquerdo, e dores generalizada pelo corpo, informando não encontrar posição confortável para descansar, nem na cama, nem na cadeira. Após fibroscopia, toracocentese exploratória com biopsia, RX e cintilografia óssea foi confirmado diagnóstico de carcinoma pulmonar com metástase óssea e massa não identificada, comprimindo a aorta. Foi solicitada uma tomografia, que não foi realizada por problemas financeiros. O médico assistente solicitou transferência para Santa Casa de Porto Alegre. Como seus familiares não concordaram e preferiram voltar para o hospital de origem. Esposa informa não ter condições para pagar hotel e não quer deixá-lo sozinho.

Foi iniciado um tratamento paliativo para alívio da sintomatologia. O médico assistente confirma a gravidade do caso, sem perspectiva de

conduzir um tratamento preciso, enquanto não identificar a massa que comprime a aorta.

1º Encontro - paciente com o olhar fixo, parecendo implorar socorro. Aproximei-me, falei seu nome e me apresentei. Toquei seu ombro com a mão esquerda, enquanto tomava o seu pulso. Falei que estava aí para ver se necessitava de alguma coisa além da assistência que vinha recebendo.

Respondeu - "Acho que tudo está sendo encaminhado. Estamos sendo muito bem tratados". Esposa interrompe dizendo: "desde que aqui chegamos estamos sendo muito bem tratados. Parece que todos querem nos ajudar".

Perguntei sobre seu estado de saúde passada e início da atual doença. Paciente suspirou fundo quando quis falar e a esposa tomou a palavra, narrando toda a história com detalhes, enquanto o paciente permaneceu de olhos fechados, por momentos parecendo dormir.

Colocamos nosso serviço a disposição, dizendo que estávamos ali para ajudá-los no que fosse possível. Despedimo-nos dizendo que voltaríamos outro dia.

2º Encontro - entrei no quarto, acompanhando uma aluna do Curso Auxiliar de Enfermagem para administração da medicação. Cumprimentei chamando-o pelo nome. Com voz apagada respondeu a saudação e intensificou seus gemidos. A aluna solicitou para que mudasse de cúbito para administração da medicação. Não atendeu a solicitação. Aproximei-me do leito auxiliiei na mudança de posição, enquanto prosseguia conversando. Perguntei como havia passado a noite, se existia alguma novidade, algum problema ou incômodo.

Respondeu - "Não estou bem, a dor não me deixa, é demais. Não imaginei ter que passar por esta. Parece que nada resolve. Estou ficando nevoso. Se antes estava difícil, agora com este monte de soro piorou.

Expliquei a necessidade e a importância de todos estes soros. Ajudando-o a mudar de posição, acomodamos os cobertores e saímos dizendo que tocassem a , caso necessitassem de alguma coisa. Após mais ou menos 35 minutos voltei para ver como estava. Estava inquieto e agitado, solicitou que chamasse um enfermeiro já que a esposa estava demorando a

retornar. Providenciei um Auxiliar de Enfermagem que o atendeu. Mais tarde voltei ao quarto momento em que a esposa acabava de chegar. Percebi que estava triste e abatida. Voltando-se para o esposo perguntou-lhe como havia passado, ele se virou perguntando-lhe o que resolveram. Percebi que ela estava em responder.

Senti que haviam algo particular a fazer e que minha presença era inoportuna.

Perguntei se necessitavam de alguma coisa mais.

Respondeu - "Tudo o que vocês podem estão fazendo. Seus olhos encheram-se de lágrimas. Despedi-me.

3º Encontro - antes de me encontrar com o paciente encontrei sua esposa, perguntei como havia passado a noite, ao que me respondeu: Nada bem, está muito inquieto e nervoso. Esta noite blasfemou contra Deus, isto me deixou tão chateada, não sei mais o que fazer. Ele sempre foi muito religioso. A doença o surpreendeu e o sofrimento é muito, ele não se conforma.

Neste instante lembrei das necessidades espirituais.

Falei: logo mais vou revê-lo e vamos ver em que podemos ajudá-lo.

Mais tarde ao entrar no quarto o paciente estava gemendo, olhos entreabertos, faces pálidas e desfiguradas. Cumprimentei, aproximei-me do leito, tomei sua mão e disse: Estamos aqui, falta alguma coisa para o Senhor.? Respondeu - "Não"! Continuei tomando seu pulso. Interrompi dizendo: Esta noite lembrei-me do Senhor. Lembrei-me de perguntar-lhe se não gostaria de receber a bênção do padre, ou mesmo de fazer alguma oração - Talvez isto possa lhe dar conforto. A resposta foi imediata. - "Então vamos rezar uma Ave Maria", segurando com uma mão, a minha e com a outra, a da esposa, rezamos juntos, depois disse:

- Quero receber a Extrema Unção e antes confessar. Prontifiquei-me em providenciar um sacerdote. Desculpei-me de não poder retornar a tarde mas que poderia ficar tranqüilo. O padre estaria aí para atendê-lo.

4º Encontro - Cumprimentei, chamando-o pelo nome. Respondeu a saudação com voz fraca e trêmula. Disse: O dia parece não estar bem hoje? É a chuva que lhe está deixando chateado.

Disse: - Sabe, que a gente até melhora depois desta tortura (referindo-se ao banho) como é ruim a gente não poder se ajudar. Depender dos outros quando tudo dói. Eles não sentem o que a gente sofre.

Disse: Bom, se a tortura passou para hoje, agora dá para relaxar e descansar um pouco.

Disse: É, mas não tem posição que "agüenta" este corpo.

Perguntei: recebeu sua visita ontem? A promessa se cumpriu? Um breve sorriso se estampou em seu rosto.

Respondeu: A misericórdia de Deus é maior que o pecado.

Disse - Que bom que o padre lhe disse isso. Eu também penso assim!

Disse - Eu queria confessar o padre disse que Deus já havia perdoado. Disse ainda que nossos pecados são ninharia.

Perguntei: Mas recebeu a bênção. Com um aceno de cabeça confirmou. Depois fechou os olhos.

Percebi que estava cansado.

Após uma conversa com a esposa perguntei se queria rezar, confirmou que sim.

Rezamos um Pai Nosso e uma Ave Maria. Depois entreguei uma cópia do Salmo 22 do Bom Pastor e falei que iria deixar esta oração com a esposa que posteriormente rezasse e interiorizasse a mensagem .

Despedi-me.

5º Encontro - (Paciente havia trocado de quarto e feito uma dose de químio).

Ao entrar no quarto disse:

- Que bom que veio! Ao menos uma que já conheço. Apertou minha mão entre as suas e disse:

- Não sei se foi esta troca de quarto, mas eu piorei muito.

Tristeza e angústia estampavam-se em seu rosto.

- Disse ainda; dizem que é do tratamento, mas é uma coisa horrível. Estou tão enjoado, tudo me repugna.

Após ajudá-lo a acomodar-se no leito perguntei: E agora o que mais podemos fazer para ajudá-lo. Disse ele:

- Rezar por mim! Eu perguntei: Quer rezar agora? Pode ser este Sl.? Rezei o Sl.22 percebi que em silêncio acompanhou. Terminado o Sl. ele seguiu rezando um Pai Nosso e uma Ave Maria. Depois perguntei: o padre já lhe visitou neste quarto? Confirmou dizendo:

- Já me trouxe a comunhão.

Eu disse: Que bom então o Sr. está bem acompanhado!

Sorriu e fechou os olhos. Despedi-me e saí prometendo retornar outro dia, esperando encontrá-lo melhor.

6º Encontro: (esposa estava preparando a bolsa pois aguardava a ambulância para retornar ao hospital de origem). O Paciente parecia estar mais tranqüilo. Por diversas vezes falou: lá meus filhos e netos podem visitar-me. Obrigado, Obrigado!

O encontro com o filho que chegou com a ambulância foi de muita emoção.

Despediu-se agradecendo muito toda a atenção e o cuidado recebido.

Acompanhei o caso a distância através de uma irmã religiosa, ex aluna do Curso de Enfermagem .

O paciente faleceu no dia 04/12/97.

Encontro original com Cláudia:

CLÁUDIA(C), 78 anos. Doméstica, mãe de 8 filhos, viúva há 19 anos. Cardiopata crônica. Internou-se com fortes dores no abdome. Suor frio, P.A. = 70/30 mm Hg, gemente, pálida, perfusão de extremidades comprometida. Após ecografia abdominal foi constatado trombose mesentérica. Foi submetida a uma Laparotomia de urgência. Segundo relatório anestésico, paciente apresentou por 3x queda significativa de pressão durante o ato cirúrgico. Permaneceu por 12 horas com respiração assistida, após a cirurgia. Após 24 horas retornou para o quarto por não haver leito na UTI. Foi assistida por plantão particular de enfermagem durante os 5 dias de internação na unidade, pós cirurgia.

1º Encontro - Recepção da paciente na unidade. Encaminhamento para ecografia e cirurgia de urgência.

Paciente gemente. Rosto com expressão de muita dor. Indiferente aos estímulos ambientais. Entre as poucas palavras pronunciadas repetia:

- Ai, me ajudem! Eu não estou bem! Que dor!

2º Encontro - (2º dia após a cirurgia). Paciente em precário estado geral, sinais vitais instáveis, hipertérmica, hipotensa, taquicárdica e daquirnéica.

Ao ser questionada sobre dor ou desconforto respondia. "Não estou bem".

Por diversas vezes aproximei-me de seu leito e segurando sua mão, transmitimo-lhes apoio e conforto. A paciente pouco verbalizou mas demonstrava-se acolhedora à presença, segurando a mão. Sua atitude revelava sofrimento e resignação. Por momentos parecia estar distante e em seu rosto se estampavam sinais de sorriso e ternura.

3º Encontro - (dia seguinte). Paciente mais ativa. Mais acordada, acompanhava todos os movimentos do quarto e ruídos externos. Realizamos sua higiene corporal, foi cooperativa, massagens de conforto, curativo na incisão cirúrgica, drenos e região da incisão do intracatch.

Paciente agradecida.

Após todos os cuidados perguntada sobre mais algum cuidado respondeu.

- "Agora estou bem, posso descansar!" respeitamos seu desejo e saímos do quarto.

4º Encontro - (tarde do mesmo dia) Saudei-a chamando pelo nome. Perguntada como havia passado e do que necessitava, respondeu:

- "Eu queria ver minha pequena (referindo-se a bisneta), estou com saudades dela."

Tomei sua mão, permaneci ao seu lado. Fechou os olhos, parecia distanciar-se. Depois de alguns instantes ao lado de seu leito disse que iria retirar-me, desejando-lhe um bom descanso á noite e boas melhoras. Num abrir e fechar os olhos agradeceu.

Quando fui me aproximando de porta fez um sinal. Retornei para junto ao leito e ela disse: "eu gostaria de receber o sacramento!"

A paciente já havia recebido os sacramentos na Sala de Recuperação.

Sua filha rapidamente interveio dizendo:

- O padre já lhe deu a bênção! Mãe e a Senhora não vai morrer! A Senhora está muito negativa, está querendo se entregar.

A paciente não falou, fechou os olhos parecia ausentar-se. Seus olhos umedeceram-se.

Mais uma vez despedi-me e disse que iria rezar por ela e assim que fosse liberado a VO iríamos providenciar a Santa Comunhão.

5º Encontro - Paciente gemente, pálida, hipotônica, obínubilada.

Em conversa com ela tentávamos ressaltar pontos positivos de sua vida, e que este era um momento especial para ela, não fácil mas que precisava ser vencido. Na medida em que conversávamos, seus gemidos iam reduzindo, seu semblante parecia descontraír-se e a respiração equilibrar mais.

Além da conversa procuramos proporcionar conforto pela mobilização e acomodação no leito, agasalho adequado.

Já no final da tarde a paciente encontrava-se em estado de pré-coma.

Exames laboratoriais confirmavam falência renal.

6º Encontro - (manhã do dia seguinte).

A paciente em agonia. Hipotensa, P.A. mantida com topamina. Pele fria e pegajosa, petéquios na região abdominal, taquicárdica. Comatosa.

Familiares indo e vindo. Pouco permaneciam no quarto.

Declarado Óbito às 13:45 minutos.

Encontro original com Daniel:

DANIEL(D), 57 anos, mecânico, separado da esposa há 12 anos, pai de 3 filhos. Alcoólatra crônico. Portador de cirrose hepática e CA de próstata e bexiga. Paciente com ureterostomia com derivação para bolsa coletora. Paciente em fase de revolta e muito agressivo, rejeitando todo e qualquer cuidado.

1º Encontro - Deu-se na 1º hora da manhã na hora da higiene. Paciente rebelde, não cooperativo. Agredindo com palavrões e ponta pés.

Durante e após os procedimentos tentou-se conversar com o paciente, solicitando sua colaboração. Por diversas vezes nos aproximamos solicitando sobre suas necessidades e em que poderíamos ajudá-lo. Permaneceu resistente e agressivo.

2º Encontro - (manhã seguinte) a cena do dia anterior se repete. Conversando com o médico, sugerimos a prescrição de um tranqüilizante para o paciente. A solicitação foi prontamente atendida. Permanecemos por longos períodos junto ao paciente, prestando cuidados e procurando formas de ajudá-lo.

Até então não havíamos conversado com nenhum familiar. Paciente permanecia sozinho. Funcionários de turno da tarde informaram que havia recebido visita de uma cunhada na tarde do dia anterior.

Paciente permaneceu com a mesma conduta.

3º Encontro - (tarde do outro dia) Optamos por assisti-lo no turno na tarde na perspectiva de podermos encontrar algum familiar. Fomos informados que sua nora havia telefonado para saber notícias, informando que no dia seguinte viriam visitá-lo.

A notícia da visita não causou nenhuma alteração em seu comportamento. Não deu abertura para o diálogo ou aproximação.

4º Encontro - (manhã seguinte). Paciente mais abatido, com muita dispnéia. Continua resistente a qualquer solicitação. Às 9h 30min foi realizada uma paracentese, drenando 2 litros. Após às 10 horas e 30 minutos tivemos oportunidade de conversar com sua esposa que chegou na unidade, trazendo-lhe roupa. Não queria vê-lo dizendo que sua presença poderia aumentar sua raiva (no dizer dela). Solicitei que permanecesse, que iria perguntar se desejava vê-la, ao que nada respondeu. Permaneceu indiferente e olhar distante.

A esposa informou que sempre foi mal humorado e de difícil relacionamento. Disse que esta dificuldade foi a causa da separação, mas que agora na doença procura ajudá-lo, mas não encontra receptividade. Após, voltamos a conversar com o paciente. Ele permaneceu silencioso, não respondeu a nenhuma pergunta. Despedimo-nos prometendo voltar no outro dia e que gostaríamos de encontrá-lo mais aliviado.

5º Encontro - (manhã seguinte) Paciente prostrado, respondia às perguntas de modo sucinto. Durante a prestação de cuidados em nenhum momento mostrou-se agressivo.

Aceitou sentar na cadeira por um curto período de tempo. Solicitou com bom tom de voz para voltar para cama, referindo muita dor na coluna. Procuramos atender suas solicitações e proporcionar conforto dentro das possibilidades. Despedimo-nos dizendo que estávamos entendendo sua situação que não era nada fácil e que ficaríamos torcendo por ele para que tivesse força e coragem neste momento. Pela sua fisionomia e inclinar da cabeça agradeceu.

6º Encontro - (manhã seguinte) Paciente aparentemente mais tranquilo, porém com grande sofrimento estampado no rosto. Mostra-se cooperativo durante os cuidados. Sabendo que havia recebido visita no dia anterior do filho e nora, perguntamos sobre a visita, estimulando-o a comer as frutas que recebera. Paciente em vários momentos mostrou-se emotivo. Permanecemos por longos períodos junto ao seu leito, voltando nossa atenção para suas solicitações e necessidades. Paciente foi cooperativo durante a prestação de cuidados e agradecido.

7º Encontro - (manhã de domingo) dia em que a unidade estava mais calma. Menos pacientes, sem a presença dos alunos e poucos funcionários. Paciente abatido, mas cooperativo na realização dos cuidados. Referindo muita dor, foi medicado imediatamente. Às 10h, perguntei-lhe se não gostaria de acompanhar a missa irradiada, ao que respondeu prontamente. Durante a missa, solicitou voltar para a cama, alegando que a cadeira era desconfortável. Indagado se havia gostado da missa, respondeu afirmativamente.

Antes de despedir-nos, perguntamos como sentia-se, no que poderíamos ajudá-lo. Respondeu agradecendo: "Obrigada, por tudo! Fui bem atendido."

8º Encontro - (manhã seguinte), Paciente muito abatido, com náuseas e vômitos, em NPVO. Após os cuidados de higiene e conforto, os familiares foram avisados do seu estado. Imediatamente a esposa e cunhada

compareceram. Foi um momento em que a emoção tomou conta. Distanciei-me para deixá-los mais à vontade.

Depois de uns 30 minutos, saíram dizendo que voltariam à tarde e perguntaram se um familiar poderia passar a noite. Depois de um tempo, voltei junto ao paciente, percebendo o quanto estava emotivo e carregado de sofrimento. Após a verificação do funcionamento da solução, drenagem urinária, curativos, perguntei se não gostaria de receber a bênção de um padre. A resposta parecia brotar do coração: "Gostaria!"

Providenciei, e a resposta foi que o padre viria na primeira hora da tarde. Passei-lhe a informação e despedi-me. O paciente agradeceu.

9º Encontro - (manhã seguinte), paciente havia falecido às 5h15min. Ao chegar, encontrei os familiares na portaria, que deram a notícia. Estavam providenciando funerária para remover o corpo para o velório que se realizaria em uma comunidade no interior de Santa Maria.

Encontro original com Elisa:

ELISA(E), 63 anos, paciente da Clínica Hematológica.

Há 4 anos dependente da hemodiálise 3 vezes por semana. Solteira, morava com uma irmã, também solteira; tem três irmãos casados. Paciente foi hipertensa desde os 40 anos de idade. Em 1988 teve sua primeira internação por toxemia sangüínea, por falência renal. Na época, fez diversas seções de diálise peritoneal, passando posteriormente para hemodiálise. Atualmente, apresenta insuficiência cardio-respiratória e edema acentuado.

1º Encontro - Paciente ansiosa, inquieta, solicitando ajuda a toda hora. Pede a presença do padre, recebe Unção dos Enfermos na mesma manhã. Segura o terço na mão e pede que rezem por ela, por diversas vezes falou que iria morrer. Exige a presença da irmã a beira do leito. Paciente sumamente sensível aos ruídos. Agradecida a todos e a qualquer cuidado que receba. Por várias vezes falou: "Não gostaria de ficar dando trabalho para vocês!"

2º Encontro - (tarde do mesmo dia), paciente muito receptiva a nossa presença. Já não exigia a presença da irmã. Chorou por duas vezes naquela tarde e dizia: "Não sei porque a gente fica tão nervosa e com medo." Depois repetia a jaculatória: "Senhor Jesus! Tende piedade de mim!"

Irmãos, cunhadas e sobrinhos marcaram presença constante no quarto e/ou dependências do hospital.

Parecia ser consenso entre os familiares que a morte estivesse próxima. Aproximaram-se diversas vezes junto a ela, atendendo-a e confortando-a em suas manifestações.

Ao nos despedir, disse: "Que Deus vos recompense. Vocês são ótimas!"

3º Encontro - (manhã seguinte) Paciente em estado grave. Hipotensa, pele fria e pegajosa, taquicárdica, pulso filiforme, afilamento do nariz. Em estado de pré-coma. Por duas vezes balbuciou: "Tenho uma viagem longa pela frente!" Familiares permaneceram próximos, dando-lhe apoio e encorajando-a. Fazendo muita oração.

Após terem conversado com o médico, diziam uns para os outros na ante-sala: "O médico disse que não tem mais nada a fazer, o coração não responde mais, está com infecção no sangue." "Ela vai nos deixar!"

Em seu travesseiro, encontravam-se imagens de Nossa Senhora, Menino Jesus de Praga e o Santo Terço.

Ao nos despedir, desejava-lhe muita força e coragem. Pelas suas feições parecia responder.

Faleceu às 3 horas da manhã seguinte.

Realizei a implantação dos cuidados, desenvolvendo com os clientes as etapas da metodologia de Travelbee relacionadas ao processo de enfermagem, com as adaptações feitas por mim conforme demonstrado nos quadros sinópticos (A à E) a seguir apresentados e analisados.

Quadro A
Quadro Demonstrativo da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto aos Clientes em Fase Terminal e sua Correlação com o Processo Usual

Cliente	Processo Etapas de Travelbee		Encontros com o Cliente	Situações, Vivência e Experiência	Cuidados de Enfermagem	Evolução das Condições do Cliente	Avaliação
	I Pacto Original	II Identidades Emergentes ou Singularidades					
"A"	I Pacto Original		1º	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento e identificação mútua (E,C). -Levantamento de dados (E). -Manifestação de mal estar (C). -Impacto pela recidiva da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cumprimento das rotinas dentro de uma visão de totalidade. -Conforto físico e presença física junto à cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Não mostrou sinais significativos de evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> -Houve receptividade mútua. -Aumento das possibilidades de ajuda.
			2 e 3	<ul style="list-style-type: none"> -Inconformação, desgosto e tristeza (C). -Choro (C) e contive o meu (E). -Auto estima baixa (C). -Manifestação de sofrimento por palavras e gestos (C). -Respeito pelas manifestações e reações da cliente (E). -Manifestação da sua fé e vivência cristã (C). 	<ul style="list-style-type: none"> -Providência de alternativas para aliviar o sofrimento. -Escuta e compreensão. -Toque físico, segurar as mãos. -Conforto por palavras e atitudes. -Diálogo franco. -Respeito ao desejo de ficar sozinha. 	<ul style="list-style-type: none"> -Relação interativa evoluiu e a confiança mútua aumentou. 	
			2 3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação da religiosidade e vivência cristã (E). -Manifestação expressa de seus sofrimentos (E). -Partilha de sentimentos(C, E). -Atenção às manifestações da cliente (E). -Manifestação do desejo para que voltasse junto dela (C). -Necessidades espirituais (C). -Percepção de sofrimento e entrega (E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Providência de conforto também para os familiares. -Cuidado espiritual. -Estímulo a enfrentar o sofrimento e descobrir um valor para cada nova situação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Agravamento do seu estado de saúde. -Momentos de torpor. 	<ul style="list-style-type: none"> -O envolvimento tornou-se evidente pela ajuda do referencial teórico metodológico no momento em que se percebe a própria evolução e a contribuição singular vivida.
			3 e	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento de novas possibilidades de ajuda (E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Compromisso solidário. -Compreensão do desejo manifesto 	<ul style="list-style-type: none"> -Insuficiência cardíaco-respiratória. 	<ul style="list-style-type: none"> -As rotinas hospitalares ainda não

	ou Solidariedade	4	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião de informações (E). - Desejo de não causar sofrimento para os outros (C). - Manifestação de alegria pela minha chegada (C). - Agravamento do estado de saúde para a iminência da morte (E, C). 	de não ver a netinha. - Providência de maior privacidade. - Conforto físico por massagens alizantes e mudança de decúbito.	- Estado comatoso	dão espaço para algum procedimento de caráter humanístico.
	V Rapport ou Cumplicidade	5	<ul style="list-style-type: none"> - Involução para o coma (E). - Importância de prover a continuidade da presença de familiares junto à cliente (E). - Sensação de uma vivência descontinua (E). - Satisfação pelo compromisso profissional (E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Oração - Informação da presença dos familiares. - Alívio da dor física através da acomodação no leito. - Alívio emocional pela retirada da bolsa de colostomia por curativo oclusivo. 	- Cliente sedada e em respirador. - Não responde a qualquer estímulo. - Sinais de morte iminente.	- Toda forma de interação teve uma resposta satisfatória e foi reconhecida.

Quadro B
Quadro Demonstrativo da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto aos Clientes em Fase Terminal e sua Correlação com o Processo Usual

Cifiente	Processo		Encontros com o Cliente	Situações, Vivência e Experiência	Cuidados de Enfermagem	Evolução das Condições do Cliente	Avaliação
	Etapa de Travelbee	Processo					
"B"	I Pacto Original		1	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação pessoal (E). -Identificação do cliente (E). -História clínica (E). -Sinais e sintomas que caracterizam o diagnóstico (E). -Manifestação da satisfação pelo cuidado que lhe é dispensado (C,E). -Manifestação do desejo de continuar o relacionamento (C). 	<ul style="list-style-type: none"> -Demonstração de disposição em ajudar o cliente. -Escuta e acolhida de sua história -Respeito e valorização das manifestações do cliente. 		
	II Identidades Emergentes ou Singularidades		1 e 2	<ul style="list-style-type: none"> -Queixas do cliente (E). -Percepção por parte do cliente do agravo do seu estado de saúde (E). -Manifestação do nervosismo e inconformismo pelo agravo de seu estado de saúde (E). -Gemidos do cliente, como manifestação do "ser aí" (E). -Fase de revolta (E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Auxílio nas mudanças de decúbito e acomodação no leito. -Orientação sobre seu tratamento. -Providência para o atendimento de suas necessidades fisiológicas. -Respeito e oportunidade para um diálogo sigiloso com sua esposa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente muito abatido, enfraquecido e muito preocupado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente e familiares são muito receptivos e agradecem todo cuidado recebido.
	III Simpatia ou Solidariedade		3	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestação de inconformismo, tristeza e desassossego (E). -Necessidades espirituais manifestadas (C,E). -Confiança e acolhida de quem deseja ajudá-lo (C,E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestação de ajudar no que for possível. -Cuidado espiritual, oração e providência para visita do sacerdote. -Compreensão e respeito pelo seu cansaço. -Escuta das narrativas do cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente vivencia a plena fase de revolta e inconformismo. -Apresenta uma involução, manifestado seu estado de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> -A interação e a confiança mútua cresce na medida que os encontros se repetem.
	V Empatia ou Envolvimento		4	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestação de sentir-se torturado durante a higiene corporal (C). -Reclama sua situação de dependência (C,E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Valorização da presença dos familiares. -Ajuda para que encontre um 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresenta sintomas decorrentes do tratamento quimioterápico (vômitos e mal estar). 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentimentos comuns emanam e o desejo de ajudar o cliente cresce.

	to Emocional	5	<p>-Fala com alegria da visita de padre (C,E).</p> <p>-Sente-se fortalecido diante da misericórdia de Deus.</p> <p>-Manifestação de alegria pela minha chegada (C,E).</p> <p>-Aperto de mão e queixa-se de seu mal estar (C,E).</p> <p>-Manifestação do desejo de voltar para o hospital de origem (C,E).</p> <p>-Manifestação de querer ficar próximo da família (C,E).</p>	<p>sentido pela fase de vida que está passando.</p> <p>-Acomodação mais confortável no leito.</p> <p>-Orientação sobre a continuidade do tratamento.</p> <p>-Orientação sobre os cuidados durante o transporte.</p> <p>-Manifestação do desejo de vê-lo melhorado.</p>	<p>-Cliente demonstra alegria em poder retornar para próximo da família.</p> <p>-Volta para o hospital de origem sem perspectiva de cura.</p>	<p>-Permitir ao cliente a participação nas decisões e orientações sobre seu estado de saúde, favorecem a autoconfiança e a confiança na equipe de trabalho.</p>
--	-----------------	---	--	--	---	---

Quadro C
Quadro Demonstrativo da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto aos Clientes em Fase Terminal e sua Correlação com o Processo

Ciente	Processo		Encontros com o Cliente	Situações, Vivência e Experiência	Cuidados de Enfermagem	Evolução das Condições do Cliente	Avaliação
	Etapa de Travelbee	Processo					
"C"	I	Pacto Original	1	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação mútua (C,E). - Diagnóstico clínico (E). - Sinais e sintomas da sua doença (E). - Reações de insegurança da cliente diante do seu estado de saúde (E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio e ajuda à cliente no sentido de aliviar sua dor e medo manifestados. - Encaminhamento da cliente para exames de diagnóstico. 	<p>- Cliente em mau estado geral de saúde. Sinais vitais instáveis, oscilando fora dos parâmetros normais. Cliente lúcida reconhece ambiente e pessoas de relação.</p> <p>- Cliente apresenta agravo e sua condição de saúde. Não reage mais diante da presença das pessoas, mostra-se indiferente.</p> <p>- Cliente gemendo, obnubilada, mas reage a manifestações verbais e de toque.</p>	<p>A partir do primeiro encontro com a cliente, ela mostrou-se muito receptiva e acolhedora a minha presença. Isso foi possível evidenciar pela forma que a cliente dirigia sua solicitações e sua resposta positiva aos cuidados recebidos. Os encontros sucessivos com a cliente, possibilitaram uma aproximação de sensibilidade e compreensão da impotência profissional diante da morte. O fato da manifestação de sinais e sintomas, característicos de morte iminente, evoluíram rapidamente com minha intenção de proporcionar o máximo de conforto e segurança à cliente foram uma busca constante.</p>
	II	Identidades Emergentes ou Singularidades	2	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de saúde sem perspectivas de retorno (C,E). - Atitude de aceitação da situação de dor e sofrimento (C). - Diante dos sinais e sintomas de morte iminente percebi a emoção e sensibilidade da cliente (E). - Sorriso terno (C,E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção às manifestações verbais e não verbais da cliente. - Presença solidária junto à cliente. - Manifestações de carinho, como segurar sua mão, disposição para ajudá-la em suas necessidades. 		
	III	Empatia ou Envolvimento	2, 3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestação da religiosidade, fé e vivência cristã (C). - Manifestação de desejo profundo de receber a Unção dos Enfermos (C). - Resposta alegre da cliente pela minha presença (E). - Sensibilidade e gratidão pelo cuidado recebido (C). 	<ul style="list-style-type: none"> - Permanência junto à cliente, transmitindo-lhe segurança. - Providência de maior conforto físico através da acomodação no leito e arejamento do ambiente. - Escuta de suas manifestações. 		
	IV	Simpatia ou Solidariedade	3, 4 e 5	<ul style="list-style-type: none"> - Em conversa com a cliente dei ênfase para o valor da vida e da importância de se encontrar um sentido para cada situação vivida, também a do momento (E). - Cliente se descontraí, parece 	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestações de carinho, toque, mensagens alisantes, aperto de mão. - Palavras animadoras para o momento vivenciado. - Oração junto a cliente. 		

Quadro D
Quadro Demonstrativo da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto aos Clientes em Fase Terminal e sua Correlação com o Processo

Ciente	Processo		Encontros com o Cliente	Situações, Vivência e Experiência	Cuidados de Enfermagem	Evolução das Condições do Cliente	Avaliação
	Etapa de Travelbee	Processo					
"D"	I	Pacto Original	1	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação estereotipada do cliente (E). -Conhecimento do estado de saúde do cliente (E). -Apresentação pessoal (E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Providência de um maior conforto físico pela ajuda da acomodação no leito. -Mobilização e saída do leito. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente com prognóstico de poucas chances de reversão de seu estado de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> A maneira de reagir do cliente "D" exigiu de mim ir além do meramente externo. Perceber que atrás das manifestações e revolta e agressões existir um ser machucado e muito sofrido. Persisti na vontade de querer ajudá-lo, respeitando sua forma, reação e aceitação.
	II	Identidades Emergentes ou Singularidades	1, 2 e 3	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente vivenciando a plena fase de revolta (E). -Agressões verbais e por gestos (C). -Busca de alternativas para aliviar o sofrimento do cliente (E). -Sentimentos de impotência e de frustração (C). -Gestos de acolhida e compreensão (E). -Conflitos pessoais e de convivência familiar (C). 	<ul style="list-style-type: none"> -Providência de medicamentos para aliviar a dor. -Higiene corporal, curativos e massagens de conforto. -Respeito e acolhida pelas singularidades de cliente. -Providência de cuidados para a manutenção da integridade cutânea. -Conforto emocional pela presença solidária junto ao cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente com limitadas condições físicas. Abdôme ascítico com dificuldade respiratória e com derivação uretral externa. Mentalmente, muito revoltado com a situação. 	<ul style="list-style-type: none"> As etapas do processo de Travelbee, conduziram minha forma de aceitar, respeitar e interagir com o cliente. As demonstrações de amor, afeto e carinho permitiram ao cliente sentir-se amado e progressivamente encontrar um sentido para os momentos de dor e sofrimento.
	III	Empatia ou Envolvimento Emocional	2, 3 e 4	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilidade pela vivência de uma situação ímpar (E). -Muita compreensão, escuta e disposição para aliviar o sofrimento (E). -Tentativa de aproximação familiar (E). -Crença na importância da presença dos familiares junto ao cliente (E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Atenção às queixas e solicitações do cliente. -Manifestação da disposição para ajudar o cliente no que é possível. 	<ul style="list-style-type: none"> -Persiste na revolta e demonstra-se muito agressivo por palavras e atitudes. -Seu quadro clínico, agravando-se, sudorético e cianosado. 	<ul style="list-style-type: none"> Após a conciliação com os familiares, esposa, cliente permaneceu calmo, muito sensibilizado.
	IV	Simpatia	4, 5	<ul style="list-style-type: none"> -Atenção e resposta acolhedora às 	<ul style="list-style-type: none"> -Manifestação da vontade de ajudá-lo no alívio do sofrimento e desejo de vê-lo mais aliviado. -Demonstração de carinho e 	<ul style="list-style-type: none"> -Cliente apresenta-se deprimido. Responde às soli- 	

	ou Solidariedade	e 6	solicitações do cliente (E). -Muito respeito e privacidade para com uma situação de conciliação familiar (E). -Sensibilidade e emoção com o sofrimento do cliente (E). -Carinho, respeito e compreensão (E). -Disposição para ajudar o cliente a encontrar a paz (E). -Aceitação da proximidade da morte (C).	solidariedade para com o cliente. -Manifestação da disposição de providenciar assistência religiosa. -Providência da presença de um sacerdote que o atendeu.	citações , é cooperativo durante os cuidados. Manifesta o desejo de conversar com o padre. -Fisicamente, mais debilitado. Demonstra-se muito sensível e com muito sofrimento. -Óbito.	Manifestou o desejo de um sacerdote.
V Rapport ou Cumplicidade	5, 6, 7 e 8					

Quadro E
Quadro Demonstrativo da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto aos Clientes em Fase Terminal e sua Correlação com o Processo

Cliente	Processo		Encontros com o Cliente	Situações, Vivência e Experiência	Cuidados de Enfermagem	Evolução das Condições do Cliente	Avaliação
	Etapa de Travelbee						
"E"	I Pacto Original	1	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação pessoal (E). - Conhecimento da cliente e da história clínica (E). - Manifestação da disposição de querer ajudar a cliente (C). - Acolhe com muita receptividade e manifesta o desejo que voltasse a ela (C). 	<ul style="list-style-type: none"> - Providência de um ambiente calmo mais silencioso. - Iluminação adequada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliente com falência renal dependente de hemodiálise há 9 anos. Atualmente com insuficiência cárdio respiratória e septicemia. 	<p>Minha interação com a cliente "E" tiveram suas características peculiares. Acredito que a vivência da sua religiosidade e fé cristã como também, o convívio com a doença por 10 anos, dependente de hemodiálise, permitiram à cliente entender e aceitar a finitude desta vida com manifestações positivas.</p> <p>O referencial teórico, crenças e pressupostos da enfermeira permitem ressaltar e vivenciar as diversas formas do cliente encarar e vivenciar seus últimos momentos de vida, proporcionando formas e alternativas para o conforto e bem estar do cliente.</p>	
	II Identidades Emergentes ou Singularidades	1, 2 e 3	<ul style="list-style-type: none"> - Manifesta não querer ser peso para os outros (C). - Manifestou sua religiosidade, vivência cristã e sua fé (C). - Falou do pressentimento da proximidade da morte (C). - Percebi sua ansiedade diante do fato (E). - Familiares mantêm-se próximos, compreendem e dão segurança à cliente (E). - Chora e fala do seu nervosismo (C). 	<ul style="list-style-type: none"> - Agasalho adequado. - Acomodação confortável no leito. - Presença física junto a cliente. - Demonstração da disposição em atender suas necessidades. - Atendimento às necessidades espirituais, oração e providência de um sacerdote para os sacramentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliente permanece lúcida e orientada mesmo com o agravamento do seu estado de saúde. 		
	III Empatia ou Envolvimento Emocional	2, e 3	<ul style="list-style-type: none"> - Vontade de querer ajudar, ser presença e aliviar a dor e sofrimento (E). - Demonstra-se sensível, acolhedora e chora (C). - Sentimentos de compaixão (E). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a cliente a encontrar sentido para a vivência do momento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta edema generalizado e acentuada cianose e momentos de confusão mental. 		
	IV Simpatia	2 e	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém-se próxima a cliente, segura sua mão, quer entender a 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença junto a cliente. - Escuta e compreensão às suas manifestações. 			

	<p>ou Solidariedade</p>	3	<p>cliente (E). -Sensibiliza-se com a fala de despedida da cliente (E). -Faz oração com a cliente (E).</p> <p>-Busca de conforto físico pela acomodação no leito e alívio da dor através de massagens alisantes (E). -Sentimentos de impotência diante do inevitável (E). -Aparentemente muito tranqüila e acolhedora diante da morte (C).</p>	<p>-Providência de conforto físico pela acomodação no leito, posicionamento confortável. -Arejamento do ambiente, permeabilidade das vias respiratórias e oferta de O₂.</p>	<p>-Apresenta-se indiferente ao ambiente e a presença das pessoas. Parece não ligar mais com as coisas deste mundo. Manifesta agravo nas reações clínicas - estado comatoso.</p>	
<p>V Rapport ou Cumplicidade</p>	3			<p>-Óbito.</p>		

Avaliação dos achados com os clientes

Os Quadros sinópticos (A à E) permitem a seguinte avaliação.

Quadro “A” O quadro “A” mostra que já no terceiro encontro houve além da simpatia, o alcance da solidariedade.

O cumprimento das rotinas faz-se numa visão de totalidade.

A intensificação dos cuidados se deram no terceiro e quarto encontro. No quarto encontro, a cliente passou de um estado de inquietação para uma fase de aceitação.

No terceiro encontro, ocorreu, de fato, a empatia e o envolvimento numa interação singular.

Quadro “B” No quadro “B”, pude constatar que a situação envolveu de forma dinâmica. Houve uma dinâmica na relação que se estabeleceu entre mim e o cliente em fase terminal, com muitas informações.

O quadro demonstra que na etapa das identidades emergentes, houve uma grande correlação, aconteceram muitas vivências e experiências.

No segundo, terceiro e quarto encontros, emergiram cuidados que levaram em conta a sensibilidade e amor.

Essas foram disposições para ouvir, segurar a mão do cliente e ajudar a família no encaminhamento de decisões que deveriam ser tomadas.

Houve uma evolução no crescimento da confiança mútua e amor recíproco.

Quadro “C” A interação enfermeira/cliente evoluiu de uma forma dinâmica, com características que retratam o referencial de duas pessoas singulares.

Múltiplas formas de manifestação de sentimentos e necessidades por parte do cliente foram manifestas.

As manifestações foram acolhidas e correspondidas pela enfermeira.

As manifestações emitidas pela cliente e a resposta da enfermeira refletem a vontade e capacidade em ajudar a cliente em seus últimos momentos de vida.

A evolução para a iminência da morte foi de forma muito rápida.

A maneira da cliente vivenciar a fase final de vida, foi muito tranqüila, porém não sem emoção e sofrimento manifestados.

Fica evidente a percepção e capacidade de comunicação por parte da enfermeira a partir de um determinado propósito.

Quadro “D” O quadro demonstra experiência que exigem capacidade crescente de envolvimento e maturidade, para estabelecer relações interpessoais entre enfermeira e cliente.

A longa fase de negação e de revolta sustentada pelo cliente, adiaram as possibilidades de interação.

Só foi possível, a partir do sexto encontro, uma interação recíproca entre cliente e enfermeira.

Esse quadro evidencia que o referencial estabelecido pelas etapas do processo sustentam uma evolução lenta e de início não reconhecida pelo cliente.

Cuidados oferecidos com manifestações de amor.

Percebe-se uma correlação muito grande entre as situações, vivências e experiências, cuidados de enfermagem e a evolução do cliente.

O cliente evoluiu da plena fase da revolta para a fase da aceitação e teve morte tranqüila, reconciliado com a família.

Quadro “E” O quadro “E” evidencia a evolução interativa entre enfermeira/cliente.

Evidencia singularidades mútuas.

A cliente revela medo e ansiedade diante da morte.

Nas vivências e experiências, transparece a religiosidade e a fé sustentada pela cliente.

Os dados do quadro contém registros de vivências e experiências, cuidados de enfermagem, evolução e avaliação correlacionadas entre o processo de enfermagem e as etapas estabelecidas por Traveibee.

Os cuidados fogem da regra do que comumente se entende por cuidado.

Evidencia que cuidar é estar com o cliente, é ouvir e valorizá-lo.

A fase de evolução da cliente e de aceitação da morte pela cliente e familiares.

As etapas de interação, desde as Identidades Emergentes ao Rapport, são ricas em conteúdos.

ENCONTRO ORIGINAL COM O GRUPO DE ENFERMEIRAS (EP e EA)

Passarei a relatar as vivências junto ao grupo de enfermeiras, conforme mencionado na metodologia.

1º encontro O primeiro encontro com ambos os grupos consistiu na apresentação dos objetivos do trabalho verificação dos interesses e a entrega do material, referencial teórico do projeto e objetivos, e agendada a data para o segundo encontro.

2º Encontro - com as Enfermeiras "EP" da FAFRA

ANA - "Eu, de início, inquietei-me muito, cheguei a escrever neste papel. Que horror! Discordei totalmente com o que estava lendo. Depois quando fui reler, comecei a dar-me conta que a gente age muito mecanicamente e fica tranqüila, achando que cumpriu o dever, que fez tudo o que podia. A gente não pára para pensar este lado da pessoa, seus sentimentos, seus sofrimentos. Jamais me passou pela cabeça estar praticando mamba.

Mamba, segundo o Padre Leocir Pessini, é expor o paciente a sofrimentos prolongados antes de morrer. Que horror! Mas, eu acho que o assunto merece um estudo e reflexão."

BÁRBARA - "Eu penso que é uma questão cultural. Isto está dentro de nós e a formação nos induz em situações de vida e morte a agirmos e não parar para pensar. Pensando bem o que se faz e como muitas vezes procedemos, como pode um paciente morrer tranqüilamente em meio a tanto tumulto, ruídos que irritam a gente? Imaginem o pobre do paciente! E como se sabe, o ouvido é o último órgão que entra em falência, pelo contrário se afina mais. Agora, eu, até o momento, não tenho coragem de

não ir até o fim. Tentar reanimar quando pára é um impulso natural. Embora, esta forma de agir prolongue sofrimentos sem retorno. Existe também diferença, tratando-se de uma pessoa jovem para idosa que já viveu sua vida, e também da aceitação da própria família. A gente sabe que todos vamos morrer um dia, mas a vida é uma só. É difícil conviver com a morte. Eu penso que ambiente tranquilo para morrer no hospital, não existe. Os próprios familiares parecem que têm um certo respeito humano para rezar com o paciente, em casa se fazia isto.”

CLÁUDIA - “Eu também penso assim e ainda mais, a gente nunca tem certeza. Eu já vivenciei situações em que o paciente tido como sem retorno, após um investimento, ainda sobreviveu por mais de dois anos. Estas experiências mexem com a gente. Por outro lado eu percebo que há uma tendência, um retorno para levar pacientes terminais para morrer junto com a família. Eu sinto que nós e mesmo os médicos tendem para uma maior humanização. Eu fui uma que no início da minha carreira, seguia a risca as normas do hospital quanto às visitas. Hoje, eu analiso cada situação, sinto que sou bem mais flexível e até me envolvo bem mais, claro no bom sentido.”

DANIELA - “Eu li isto aí e pensei, como a gente vai falar com um paciente em fase terminal que a morte está próxima e que ele deve se preparar? Alimentar uma esperança parece ser mais confortável tanto para a gente quanto para o paciente. Quando li esta citação do Libânio até escrevi, que horror! Eu não vejo isto se traduz em teatro. É a forma que temos para lidar com a morte. Eu exemplifico com um concurso que se faz. Enquanto se tem esperança, sente-se o sabor da coisa, é gostoso, embora se viva inquieto. Uma vez obtido o resultado negativo, a gente se abala e até se revolta. Arruma justificativas. Eu imagino o mesmo com o paciente. Como não sustentar uma esperança? Quanto à questão da tecnologia, também não podemos ser empíricos, ela tem o seu valor. Só que deve ser usado adequadamente e por causa dela, nós temos cada vez menos certeza de que o fim está próximo. O próprio respirador, quantas vezes é usado para

tirar o paciente de um sufoco e aliviar sua dor? Quando a angústia é grande, o paciente é sedado e ligado no respirador. Ele não sofre nada. Eu concordo que esta temática precisa de reflexão e estudo. E eu quero me inteirar no grupo.”

ELISA - “Eu que trabalho em UTI, tem momentos em que a questão da eutanásia toma conta de mim. Quando o sofrimento é tanto(soluços, silêncio), o paciente sofre, a família sofre, nós sofremos. Agora se a gente começa a pensar o outro lado. Com toda uma formação carregada de princípios cristãos e morais. Muitas vezes, eu penso se temos o direito de sustentar o sofrimento para os outros e protelar o descanso? Aí, eu vejo nossa fraqueza e capacidade para decidir.

Há poucos dias, eu tive uma experiência que me fez pensar muito. Lá do interior, filha da vizinha de meus pais, com 9 anos, manifestou-se a doença. Leucemia. Essa gente investiu tudo. A mãe tinha, na época, um bebê de 6 meses que ficou praticamente abandonado pelos pais, total era a atenção que se voltava para a menina. Olha, foram três anos de sofrimento! O que esta gente e esta menina sofreram... Esta situação mobilizou toda a comunidade. Há poucas semanas, chegou a um ponto em que a mãe pediu a Deus que se não houvesse cura, que Ele a levasse. Que estava cansada de ver o sofrimento da filha. Isto ela só manifestava a certas pessoas, pois receava não ser compreendida. Um dia disse para minha mãe: “Eu tenho que me controlar para não botar tudo pelo chão, não quando vem com medicamentos para aliviar a dor, mas aquela química.” E chegou ao ponto em que teve coragem de falar para o doutor e pediu para levar a filha para um hospital do interior. E foi concedido. A menina veio a falecer 11 dias depois, com 12 anos. Quando a notícia se divulgou foi quase unânime a manifestação das pessoas. Que bom, deixou de sofrer, que Deus a tenha! Isto me fez refletir muito. Porque investir tanto e expor a sofrimentos tão prolongados? Claro, quase sempre se alimenta a esperança. Mas, tem situações em que se percebe que não há mais volta e lá vai mais uma tentativa. Eu, pessoalmente, penso que deveria-se proporcionar alívio e conforto, atender às necessidades básicas e deixar o organismo reagir.

Parece ser mais humano. Nosso papel de cuidar não pode ser abandonado. Agora a questão da medicação, não sei. Claro, que também não podemos ignorar a questão da pesquisa. De repente se chega com estes investimentos, a situação de uma maior incidência de cura efetiva. Não é simples! Nós temos um compromisso muito grande nas mãos. Realmente, precisamos conversar, refletir e nos apoiar.”

FLÁVIA - “Eu entendo a preocupação da Ir. Clarícia. Mas eu não percebo assim. Talvez a gente possa não estar agindo corretamente, mas eu, pelo menos, faço tudo com a melhor intenção. Jamais faria alguma coisa para aumentar o sofrimento. A própria questão dos analgésicos. Eu, quando o paciente tem dor administro, não importa se está ou não na hora. Agora, atender às necessidades e ansiedades emocionais e espirituais, a gente além de não dispor de tempo, carece de preparo. Isto parece mais para o psicólogo. A enfermeira não tem como atender a tudo isso. E mais, uma vez iniciado um tratamento ou ligado um aparelho, quem tem coragem de interromper? É questão de consciência!”

GLEICE - “Depois de tudo que ouvi nem sei bem o que dizer. Diante deste referencial teórico a gente precisa parar, refletir e trocar idéias. As coisas não são tão simples. Eu não consigo imaginar um familiar meu ficar mal, mesmo se tratando de uma situação terminal, deixar a coisa evoluir. É como já foi dito, é uma questão cultural. O impulso natural da gente é correr para uma emergência, internar, entubar, levar para a UTI. Se assim não agirmos, parece que pecamos por omissão. O mesmo fazemos com nossos pacientes. Os próprios familiares são capazes de nos acusar de omissão se assim não agirmos. Agora, que para o paciente deve ser bem mais sofrido e inseguro em meio a pessoas estranhas. Minha avó conta sua experiência de UTI. Ela diz que imaginava de lá não sair mais viva. Diz ela, que achava que aquilo era o seu fim, todo aquele tumulto dia e noite. Diz que pedia a Deus para morrer. Falou que as quatro noites que lá passou, foram o suficiente para pagar os pecados todos, e reforça, que, se um dia ficar mal, não me deixem ficar lá. Isto me diz que para a UTI o paciente tem que ser muito bem

selecionado. Todo o ambiente hospitalar é tumultuado por si. Estamos nos encaminhando para a medicina e enfermagem do lar. Talvez seja a saída.”

HILDA - “Eu, pessoalmente, percebo que já está havendo um retorno para resgatar a questão de perceber o paciente como um todo, não só o físico. A questão de atender às necessidades espirituais está se acentuando. Agora as nossas ações e reações diante de um paciente terminal merecem ser refletidas. Está dentro de nós que nestas situações a verdade deve ser ignorada e a esperança alimentada. Pensando bem, nestas situações, deveríamos ajudar o paciente a aceitar a realidade. E pior ainda, muitas vezes o pacientes está preparado, já aceitou, até gostaria de morrer e nós não deixamos. Eu me lembro de um caso em que o paciente chorava e dizia: “Me deixem, não finquem mais.” Eu lá com os alunos , fincando e justificando que era necessário para o seu tratamento. Imaginem que tratamento! Se ele estava pedindo para descansar! Tem situações em que a gente abusa com o paciente e onde ficam as condições para morrer com dignidade?”

3º Encontro - com enfermeiras “EP” da FAFRA

ANA – “Eu na verdade não lembro se esta teoria foi trabalhada na minha formação acadêmica. Talvez na psiquiatria, mas não lembro. Eu me sinto diante de um desafio. Realmente o estágio final da vida da pessoa não deveria ter a conotação que tem. Na verdade o que vem acontecendo são verdadeiros velórios antecipados. Diante de um diagnóstico que encaminha para a terminalidade o desespero e a angústia se estampa na vida das pessoas, pacientes familiares e amigos. Estou me convencendo que a capacidade de encontrar um sentido para a vivência, levaria as pessoas a viverem mais tranquilamente, mesmo esta passagem. Olhando bem para a vida. Não nascemos para morrer? Hoje em dia as pessoas realmente temem mais o sofrimento para morrer do que o morrer em si. É assim que as pessoas se manifestam. Eu desejo morte momentânea para mim. É em função desta desumanização. Quando alguém morre repentinamente a manifestação é espontânea. Que bom! Para ele foi bom assim. Estas

manifestações merecem reflexão e talvez mudança de conduta da nossa parte. Para mim é uma questão dicotomizada. Como acabei de falar é quase que um consenso as pessoas quererem morrer subitamente e nós investindo e investindo para manter uma vida. Sem chance de retorno. A proposta Travelbee ao meu ver ainda é uma utopia. Preciso retomar”!

BEATRIZ – “A forma humana preconizada por Travelbee tem muito a ver com as origens da nossa classe. Florence, o que a levou para agir da forma que procedeu só pode ser uma inovação centrada nos princípios e valores humanísticos. Se formos analisar bem, hoje nós o que nos sustenta, ou melhor o que nos mantém em nossa missão se não é amor mesmo? A enfermagem é movida por princípios humanísticos. Claro, não deixamos de ser influenciados, ou, não estamos livres da influência dos avanços e conquistas da ciência e da tecnologia. Estas questões mexem com princípios éticos. Aí que eu percebo uma lacuna. Eu, muitas vezes faço frente a situações que estão aí. Mas se a gente parasse para pensar talvez agiríamos de forma diferente. É isto que Travelbee no fundo quer.

Parar e se envolver na situação do paciente, compartilhar com ele estes momentos, de dor de doença e de morte. Que bom que estamos refletindo, isto só pode remeter em benefícios. Um dia somos nós que estamos aí”.

CARMEM – “Olhem, eu tinha um caso na unidade, ou aliás ainda tem de uma paciente que está indo para o fim. Depois desta leitura e conversa com os colegas eu percebo que já a vejo com outro olhar. Eu me dedico mais a ela, permaneço, às vezes, por longos períodos junto ao seu leito. Já conversei com os familiares e com o médico. Realmente é uma situação sem retorno. Ela não será submetida a investimentos inúteis. A família está acompanhando o caso com uma certa tranquilidade, claro não sem sofrimento. Todos procuram fazer o máximo por ela. Ela sente-se amada e isto a mantém tranqüila. Ela sabe, está ciente, o carinho e as carícias são de despedida. A família entende e coopera. Mesmo com os alunos ela parece cada dia despedir-se. Ontem mesmo disse “Se amanhã ainda me

encontrarem nos veremos outra vez". Todos parecem encarar com naturalidade".

DENISE – “Eu ainda não estou tão convencida. Para mim pessoalmente toda a morte é uma perda e eu não gosto de perder. O que Traveibee propõe tem seu valor. Só que para elaborar um processo ou um plano assistencial sistematizado eu acho meio complicado ou meio complexo. Não tem como separar em fases, as coisas vem, ou fluem tão naturalmente. Quando tu te comoves ou envolve a busca de solução, vem espontaneamente, e a pessoa, mais ainda o doente, ele começa a acreditar e muita coisa se resolve. Como um alerta para nós é válido. Eu estou feliz em poder passar para o aluno mais segurança e, ou ao menos levá-lo a reflexão”.

ELZA – “Eu só sei que tudo isto está mexendo comigo. O que falta para nós aqui na FAFRA , uma psicóloga, onde pudéssemos compartilhar e ela acompanhar certos casos. Porque de repente nós estamos invadindo espaços alheios.

As reações e manifestações dos pacientes são muito diferentes e exigem uma ação que nem sempre é da enfermagem. Realmente faltam equipes multiprofissionais para nos apoiar e interagir”.

2º Encontro - com as Enfermeiras “EA” do Hospital de Caridade

ALICE –“Para mim a humanização e a ciência devem caminhar juntas. A realidade do passado era outra. Hoje em função do avanço da ciência e da tecnologia as conseqüências são outras. O tipo de reversão é diferente. Hoje revertem-se as situações e as seqüelas são mínimas. Em função disso, nós perdemos o domínio sobre os limites. Penso que acompanharam, há pouco, o cara que acordou depois de 5 anos de coma. Aquele que sofreu um acidente em um estádio na Inglaterra... Depois de 5 anos recuperou a consciência. Então, claro, eu acho que é muito importante

refletir sobre estas questões para não chegarmos a ser tão tecnicistas. Eu penso que a formação é importante não só a acadêmica, como a continuada. A eutanásia existe na cabeça das pessoas, para aliviar o sofrimento. Questões éticas devem ser clarificadas”.

BERNADETE - “Eu como enfermeira de UTI, sinto-me impotente. Passa tanta coisa na cabeça da gente quando se trabalha numa realidade tão sofrida. Para a gente não se envolver tanto, a gente se protege atrás de um escudo. Porque tempos atrás, não tinha tanta complexidade e casos tão graves. Eu não tenho dados precisos, mas entre dez casos que se consideravam praticamente perdidos, dois tem se recuperado; o que para mim é um bom índice. Claro, que estes oito talvez foram expostos a sofrimentos sem retorno. Já ouvi tantas vezes, mesmo quando o sofrimento era exaustivo, depois os familiares diziam que os médicos e as enfermeiras fizeram o que puderam, tentaram reanimar e nada adiantou. Embora o ato de reanimar pareça estúpido, ele tem uma repercussão positiva. Eu pessoalmente penso, que é urgente as instituições constituírem comissões de ética para ajudar nestas situações. Realmente, a UTI não oferece ambiente para morrer em paz. A gente está se esforçando para oferecer conforto. O que eu já fiz diversas vezes, é ficar junto do paciente segurando sua mão, isso parece transmitir segurança e me faz refletir como não seria bom um familiar estar ali junto para dar apoio”.

CARLA - “Eu concordo que se trata de um assunto polêmico, mas que não pode ser ignorado. No passado, tudo era justificado pela religião, mas hoje, as coisas merecem reflexão. Eu penso que por natureza a gente quer o melhor para o paciente, mas em função de todos estes avanços, acabamos pecando, fazendo com os outros o que não gostaríamos que fizessem com a gente. Eu jamais gostaria de ser submetida a coisas que acontecem por aí. Precisamos pensar mais”. (Emoção e lágrimas).

DIRCE - “Eu penso que o tema é relevante e merece atenção. A minha unidade que é altamente geriátrica, eu acho um horror o que às vezes

se faz. Às vezes ficam de 30 a 50 minutos em cima de um cadáver. Isto me causa angústia. Eu não penso de forma alguma me posicionar a favor da eutanásia, agora, a distanásia merece ser questionada. É uma questão ética. É uma temática que deve permear a formação. Eu me preocupo com o que nós proporcionamos aos nossos pacientes em fase terminal, em nossos hospitais ambiente para morrer parece que tem, mas...”

EVA – “Eu li o conteúdo deste projeto e achei alguma coisa meio pesada. Não sei se estes autores trabalham diretamente nesta realidade como no caso o Libânio e o Pessini para se manifestarem desta forma. É um tema que na época de hoje merece atenção. E como já foi mencionado é uma questão cultural que tão facilmente não vai mudar.

Eu só queria reforçar a questão dos comitês de Ética. Porque nós como enfermeiros sozinhos não temos forças e a gente corre o risco de ser inquirida em processos judiciais, caso não investir até o fim. As pessoas, os familiares esperam isto de nós, e o exigem”.

FLÁVIA – “Eu penso que seria uma boa se no Brasil se começasse com os hospícios, como nos Estados Unidos. Me parece que é diferente, paciente que por idade está se aproximando da sua terminalidade do paciente que por doença. Doença precisa tratamento. Pessoa idosa precisa de cuidado e este poderia ser oferecido em ambiente menos hostil que o ambiente hospitalar. Ao menos o que eu li sobre estes hospícios, até a pessoa leva uma vida de família. Não sei também a questão financeira, acredito que é só para o rico. Nos hospitais também o rico ainda tem o direito de um quarto privativo o pobre fica em meio das enfermarias, sem um espaço privativo”.

GENOVEVA – “Eu me deprimos lendo isto e ouvindo tanta coisa negativa. Eu cheguei a escrever neste papel que horror! Mas não deixa de ser uma realidade. Aqui no HC até não vejo que seja tanto assim. Mas trabalho em um hospital escola, os residentes e os acadêmicos dos últimos semestres eles vão até o fim. Eu me apavoro, às vezes. Pacientes idosos,

tomados de câncer , e lá vão aquelas doses e doses de antibióticos e outros medicamentos. Cirurgias para experiência. Quando o paciente pára, aí começa a reanimação. Reverter um quadro, para eles parece uma grande vitória, e lá vai mais um, dois, três dias aquele sofrimento. Depois quando não tem mais volta começa a rodada da entubação, punção com intracartch. Eu muitas vezes saio, não consigo admitir, saindo parece que me sinto menos culpada. Nestes casos eu questiono onde fica o respeito e a humanidade. O tema merece maior discussão entre os profissionais da área e principalmente médica. Pobres destes pacientes”.

3º Encontro - com as enfermeiras “EA” do Hospital de Caridade

ANA – “A gente se sensibiliza. A gente tem vontade de aliviar o sofrimento. Eu por experiência pessoal posso dizer que a pior dor nem sempre é a física e posso dizer que esta é aliviada não só com analgésicos. O tratamento humanizado, a atenção e a valorização da pessoa e a situação em que se encontra, isto fortalece a pessoa, eleva a auto-estima e a dor física se ameniza por si. Eu gostei de reler e conhecer mais um pouco sobre esta teoria. Eu só não sei como elaborar um plano assistencial dentro destas fases, isto é, colocar as coisas no concreto ou então operacionalizar”.

BEATRIZ – “Eu acho o conteúdo desta teoria muito humanista e ela fecha com a sua preocupação. Interiorizando todas estas mensagens que ela contém isto leva a gente a se conscientizar mais da nossa forma de proceder, principalmente com os paciente que estão passando por este estágio na vida. No momento em que a gente está disposta ou se dispõe a uma relação de ajuda o envolvimento a partilha acontecem simultaneamente. Não vejo como separar em fases. Agora, tudo isto requer exercício e doação. Nós precisamos refletir e pensar mais. E sabem que eu penso? Vai ser esta forma de atuação que vai nos caracterizar - São nossas origens”.

CARMEM – “Eu pessoalmente não cheguei a entender bem esta teoria e a interação por fases como a autora preconiza. Mas o que eu consegui perceber, o que é o forte desta teoria é a questão da humanização. Se a autora estava preocupada com a desumanização da assistência aos pacientes psiquiátricos e a Claricia com os pacientes terminais - tem tudo a ver. Agora, nesta corrida em que nós estamos eu quero ver alguém ter tempo para interagir da forma que a teorista preconiza. Para mim ainda é utopia. Mas não é impossível”.

DIRCE – “Eu também percebo mais ou menos desta forma como a colega falou. Mas como já falei na outra reunião, parece haver um resgate da questão da humanização em todos os sentidos. Também não posso afirmar se é em todos os sentidos, mas pelo menos na atenção aos pacientes e principalmente em situações mais graves. Maior atenção às necessidades emocionais e problemas psicológicos e necessidades espirituais estão sendo enfocados”.

ELIANE – “Eu pessoalmente penso ou percebo que é um desafio para nós hoje, mas que não pode ser desconsiderado - Mais quando se trata de pacientes terminais. Mas o que tem que acontecer primeiro é uma mudança da mentalidade a nível de sociedade e não só dos profissionais. A própria sociedade exige profissionais técnica e cientificamente qualificados, mesmo que de humano não exista nada. Nós temos exemplos aí. Profissionais que se a gente fosse qualificar pelo lado humano, o que restaria? Mas são procurados e muito, e as pessoas agüentam porque eles são competentes, profissionalmente”.

Humanidade e competência precisam caminhar juntos. A essência desta teoria parece um segundo evangelho.

FERNANDA – “Não tenho dúvidas sobre o valor ou a importância do que esta teoria propõe. É por aí mesmo. Uma questão que vem me preocupando é a questão da sistematização da nossa assistência. A partir das fases que a autora propõe eu de momento ainda não teria condições de

elaborar um plano. Talvez porque o da Horta é mais sistemático mais palpável. Agora como reflexão é bem interessante”.

Os quadros sinópticos “EP” e “EA” foram elaborados a partir desses encontros. Eles permitem uma demonstração do que ocorreu.

Quadro EA
Quadro Sinóptico da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto a Grupos de Estudo com Enfermeiros, e sua correlação com o
Processo de Enfermagem Usual, adaptado

Grupo de Trabalho	Processo		Encontros	Disponibilidades, vivências, experiências	Expectativas de ação e cuidado em Relação aos clientes terminais	Evolução	Avaliação	
	Etapas							
Enfermeiras Assistenciais do Hospital de Caridade (EA)	I Pacto Original		1º	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação dos objetivos do trabalho (E). -Receptividade para contribuir (G). -Interesse pelo assunto e vontade de partilhar experiências (E,G). -Valorização do convite recebido (G). -Entrega do material para leitura (E). -Compromisso para ler o material entregue (G). 	<ul style="list-style-type: none"> -Externar em grupos os sentimentos e concepções pessoais sobre a morte. -Formar uma consciência conjunta sobre o cuidado dispensado ao cliente terminal nos hospitais. 	<ul style="list-style-type: none"> -Da vontade em contribuir com o trabalho para a nova concepção sobre o cuidado dispensado ao cliente terminal. -Dar um mergulho na literatura. Conhecimento de novos autores. 	<ul style="list-style-type: none"> -As enfermeiras mostram-se abertas e disponíveis para acolher novos paradigmas. 	
	II Identidades Emergentes ou Singularidades		2º	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação do posicionamento individual dos componentes do grupo (E). -Liberdade de expressão (G). -Questionamentos sobre certas manifestações dos autores identificados na leitura do texto (G). -Vontade de contribuir com o trabalho da colega (E,G). -Necessidade de parar para refletir sobre nossos referenciais (E,G). -Atualizar paradigmas (E, G). 	<ul style="list-style-type: none"> -De evoluir na busca de novos métodos de ação. -Despertar uma consciência renovada sobre o ser do cliente terminal. -De resgatar a essência do cuidado de enfermagem. -Identidade profissional. -Oferecer um cuidado individualizado com a participação do paciente e da família. 			<ul style="list-style-type: none"> -Houve vontade de contribuir para que o cuidado seja cada vez mais humanizado. -As enfermeiras têm vontade de inovar o cuidado dispensado aos pacientes terminais. -Pelo seu saber, enfrentam, discutem com outros profissionais.
	III Empatia ou Envolvimento Emocional		2º e 3º	<ul style="list-style-type: none"> -Vontade de inovar a forma de cuidar de clientes terminais (G,E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado humanizado, onde a pessoa humana, o cliente, é visto com capacidades e potencialidades. -Formação continuada com ênfase centrada nas necessidades emocionais, psicológicas e espirituais do cliente. 			<ul style="list-style-type: none"> -De uma noção sobre a teoria de Travelbee para a possibilidade de aplicação na prática. -De um paradigma com enfoque tecnicista que valoriza o ser como

	<p>IV Simpatia Ou Solidariedade</p>	<p>2º e 3º</p>	<p>-Respeito pelas singularidades de cada elemento do grupo (G,E). -Reconhecimento das limitações autônomas no processo de cuidar (G,E). -Dificuldades de delimitar nossas possibilidades de ação (G,E). -Manifestação dos sentimentos pessoais diante da morte (G,E)</p>	<p>-Maior integração dos profissionais da saúde para um cuidado mais harmônico. -Conversar mais sobre o tema morte para torná-la mais familiar e menos preconceituosa.</p>	<p>essência do fazer enfermagem. -Da valorização do fazer pelo cliente para o estar com o cliente.</p>	<p>-As enfermeiras têm consciência da necessidade de trabalhar questões como morte, na vida acadêmica e da formação continuada. -Aconteceu uma integração interativa entre as participantes do trabalho.</p>
	<p>V Rapport ou Cumplicidade</p>	<p>2º e 3º</p>	<p>-Gravação das falas (E). -Respeito pelas singularidades (G,E). -Parada e reflexão (G,E). -Compreensão e aceitação das limitações (G,E)</p>			

Quadro EP
Quadro Sinóptico da Implementação das Cinco Etapas de Travelbee junto a Grupos de Estudo com Enfermeiros, e sua correlação com o Processo de Enfermagem Usual, Adaptado

Grupo de Trabalho	Processo		Encontros	Disponibilidades, vivências, experiências	Expectativas de ação e cuidado em	Evolução	Avaliação
	Etapas						
Enfermeiras Profissionais Fafra (EP)	Pacto Original		1º	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação dos objetivos do trabalho (E). -Disponibilidade para iniciar novas experiências (EP). -Disposição de fazer depoimentos a partir da garantia da manutenção do anonimato (EP). -Reconhecimento do valor do trabalho (EP,E). 	Relação aos clientes terminais		
	Identities Emergentes ou Singularidades		1º e 2º	<ul style="list-style-type: none"> -Formação de vínculo de relação com as componentes do grupo (EP,E). -Manifestação de desejo de dar uma contribuição singular enquanto ser que se distingue dos demais. -Participar de um trabalho de grupo (EP,E). 	<ul style="list-style-type: none"> -Expectativa de aprofundamento da temática referida no material entregue (EP). 	<ul style="list-style-type: none"> -O grupo faz correlação do material que recebeu com suas vivências e expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Muitas questões que podem até comprometer o profissional de enfermagem no exercício da profissão, ainda não foram resolvidos apesar das leis e códigos.
	Empatia Ou Envolvimento Emocional		2º e 3º	<ul style="list-style-type: none"> -Maior conhecimento entre os componentes do grupo (EP,E). -Gravação das falas referentes a duas questões (E). -Envolvimento com a temática das falas (EP,E). -Disposição manifestada de envolver-se no trabalho comprovado pelas leituras realizadas (EP). 	<ul style="list-style-type: none"> -Expectativa da criação de comitês de ética como fonte de referência para as ações de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Detalhamento verbalizado do nível de responsabilidade de chamar o médico e participar de reuniões, retirada de sondas e outros dispositivos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Necessidade da formação profissional levar em conta o ser humano em sua singularidade e direito de participar de seu tratamento.
	Simpatia		2º		<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação de como é feito o cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> -Durante o processo de 	

	ou Solidariedade	e 3º	<p>-Enfermeiras imaginam-se na situação de cliente terminal (EP). -Enfermeiras manifestam seu medo de errar (EP,E). -Compromisso solidário demonstrado na aprendizagem, conseguida no material distribuído no 2º encontro (EP).</p>	<p>dado pela equipe multi profissional da saúde.</p>	<p>reflexão foi evidenciado a necessidade do aperfeiçoamento contínuo não só de procedimentos técnicos bem como, da capacidade de reflexão a partir de novos referenciais.</p>	<p>Consciência da necessidade de continuar a refletir sobre o tema individual e grupal.</p>
	Rapport ou Cumplicidade	2º e 3º	<p>-Pelas respostas obtidas pode tangenciar a etapa 5 (E). -Estabelecimento de um diálogo amplo e sincero (EP, E). -As falas foram gravadas com o consentimento e posteriormente transcritas com a identificação individualizada.</p>	<p>-Expectativa de uma formação profissional mais adequada para toda a equipe. -Ações de enfermagem que além da precisão técnica, levem em conta questões como sofrimento, sensibilidade, envolvimento, esperança</p>	<p>-O grupo evoluiu na compreensão da temática e na identificação de prioridades dentro desta temática.</p>	<p>-Obtenção de subsídios preciosos para melhorar os cuidados de enfermagem a serem prestados aos cientes em fase terminal.</p>

Avaliação dos achados com as enfermeiras.

Os quadros “EP” e “EA” permitiram a seguinte avaliação.

Ficou demonstrado nos quadros “EP” e “EA” que as etapas de Traveibee foram desenvolvidas em três encontros. Houve, no primeiro encontro, disposição de iniciar um trabalho de reflexão em vistas de um cuidado humanizado; reconhecimento do valor do trabalho proposto; pedido de garantia do anonimato.

No segundo encontro, na etapa de identidades emergentes, ficou demonstrado o aprofundamento da temática pela leitura dos textos.

No terceiro encontro, manifestações de solidariedade; expectativa de uma formação profissional mais adequada. Os grupos identificaram prioridades. Neste encontro aconteceram manifestações que Traveibee caracteriza como Cumplicidade.

Quadro “EP” O quesito identidades emergentes, ocorreu no segundo encontro com a formação do vínculo de relações.

A solidariedade e a empatia podem ser identificadas no segundo encontro.

O Rapport ou cumplicidade ocorreu já no terceiro encontro, com a gravação das falas.

No segundo encontro, houve um diálogo de ajuda mútua.

Também no segundo encontro, houve a participação e discussão do estudo da temática cliente em fase terminal.

No terceiro encontro, houve alguma divergência na compreensão da forma do cuidado prestado ao cliente terminal.

Houve, também, a expectativa de cuidados que fossem além das técnicas.

O grupo evoluiu na compreensão da temática.

Evidencia-se o compromisso solidário e a sensibilidade do grupo em relação ao cliente terminal.

A equipe fala de sua responsabilidade como profissionais da saúde.

Falam da formação dos profissionais enfermeiros.

Quadro “EA” O quadro “EA” traz uma riqueza de dados. Apresenta as possibilidades e dificuldades manifestadas pelas enfermeiras que interferem no cuidado do cliente terminal.

Os registros falam da importância de se falar e refletir mais sobre o tema: cuidados ao cliente terminal.

O segundo e terceiro encontros, evidenciam as etapas identidades emergentes, empatia e simpatia.

As falas revelam o compromisso assumido.

Reflete a consciência que as enfermeiras têm da sua responsabilidade.

O terceiro encontro evidencia as dificuldades do trabalho como equipe multi profissional.

O grupo compreende a morte como um estágio da vida.

Nas falas do segundo encontro, evidenciam-se a necessidade de inovar na formação dos profissionais a nível de formação acadêmica e formação continuada.

Falam dos aspectos legais do exercício da enfermagem.

Análise e interpretação dos dados

A análise e a interpretação dos dados foram feitas a partir dos achados que foram colocados em destaque, numa ordenação seqüencial, na medida em que apresentavam-se coerentes com as propostas do estudo. Tinham aderência com a fundamentação teórica metodológica e representavam respostas aos objetivos formulados. Esses achados, foram interpretados a partir das idéias de Travelbee e de outros autores referidos na abordagem teórico filosófica e humanística.

Tomei como base para estabelecer uma estratégia de análise, a freqüência com que determinadas questões afloravam, nas buscas intentadas junto aos clientes em fase terminal e com as enfermeiras. Quando fiz a ordenação seqüencial dos achados pude constatar que termos como interação humana, emoção, ação educativa, sensibilidade, cuidado

humanizado, necessidades espirituais não só eram repetidos com frequência, mas davam o tom das respostas mais significativas, permitindo a categorização das mesmas.

Eu coloco em destaque essas categorias analisando-as e buscando interpretá-las à luz de vários autores.

Interação humana

Nesta categoria estão reunidas as expressões da interação humana sentida ao longo do estudo. Todo cuidado de enfermagem a um cliente, requer uma interação de duas pessoas com um objetivo comum. No pensamento manifesto de Leoni (1996), não podemos esquecer que uma relação existe ou se realiza, a partir do momento em que existem dois seres humanos predispostos a concretizá-la, o que implica no fato de não podermos analisar, estudar, somente o que se diz a respeito do cliente, devemos também nos ater às implicações do ser humano enfermeiro. Nesta mesma linha de reflexão, Travelbee (1979) acena para uma verdade que não pode ser ignorada, quando abordamos o assunto interação humana: “a enfermeira é um ser humano antes de mais nada”. Ser humano carregado com uma bagagem também singular que se depara com a singularidade de outro ser humano, no caso, o cliente. Dessa forma, numa interação pessoa pessoa, no caso cliente/enfermeira estão envolvidos num processo interativo, influenciados pelos valores éticos e experiências de vida de ambos, como pode ser entendido nas falas e nas vivências.

“Apertou minha mão e queixou-se do mal estar”. (Quadro B).

“Manifestação de sua inconformação, tristeza e desassossego diante da doença”. (Quadro B)

“Manifestou o desejo de continuar o relacionamento”. (Quadro C).

“Sinto-me fortalecida diante da misericórdia de Deus”. (Quadro B).

Segundo Leoni (1996), todo cuidado de enfermagem se processa ao nível de relações interpessoais que produzem mudanças relevantes, ou inversamente produzem conflitos, indecisões, confusões.

Através de uma interação sincera e cuidado afetuoso a enfermeira pode mostrar ao cliente que os outros podem ajudá-lo, que ele é, portanto alguém também responsável e amado por alguém. Ainda segundo Travelbee (1979), toda relação de ajuda tem por objetivo facilitar o alcance, em graus satisfatórios, de integração, identidade e outra realização, possibilitando e estimulando um contínuo crescimento. Uma verdadeira interação pessoa pessoa se tornarão facilitadoras, quando ambos os participantes se aceitarem livremente, sem constrangimentos e sem desconfiança.

A interação humana, que visa ajudar a outra pessoa superar qualquer dificuldade, requer uma interação afetiva entendida, segundo Travelbee, como uma experiência singular. É partilhar com alguém formas de vivência, sentimentos, dor, alegria e tristezas. Para obtenção de uma interação humana como sucesso no pensamento de Leoni e Travelbee é condição imprescindível a enfermeira deixar os clientes expressarem seus sentimentos, oferecendo-lhes o cuidado de que necessitam. Segundo Leoni (1996, p.25) “se o enfermeiro se autoconhece saberá dar o melhor rumo para as manifestações do cliente”. Dessa forma entende-se que o déficit de auto conhecimento, por parte da enfermeira, vai impedi-la de sair de si mesma para ir ao encontro efetivo do outro.

Emoção

A capacidade de comprometer-se emocionalmente com o cliente a um nível maduro constitui o selo característico do trabalho da enfermagem. Ela permeou o estudo nas manifestações recíprocas enfermeira/clientes.

Segundo Traveibee (1979, p.42), “a enfermeira necessita comprometer-se emocionalmente com um cliente ou com qualquer outro ser humano”.

Dessa forma, o compromisso emocional a um nível maduro ajuda o cliente a experimentar o interesse e o cuidado que lhe é oferecido.

Os quadros Sinópticos de A à E em muitas situações mostram o quanto a emoção faz-se presente na relação enfermeira - cliente:

“Demonstrou-se sensível, acolhedora e chora.” (Quadro E).

“Senti-me sensibilizada e emocionada com o sofrimento da cliente”.
(Quadro D).

“Diante dos sinais e sintomas de morte iminente percebi a emoção e os sentimentos da cliente.” (Quadro C).

Estas manifestações revelam que a sensibilidade e emoção são sentimentos parceiros, que se manifestam nas enfermeiras que cuidam de clientes, que revelam, qualquer tipo de dor e sofrimento.

Ainda segundo Travelbee (1979), o compromisso emocional requer conhecimento, introspeção e autodisciplina por parte da enfermeira. Também segundo Oliveira (1993), a relação enfermeira–cliente requer que a enfermeira possa ter franqueza e liberdade necessárias para revelar-se como ser humano a outro ser humano, no caso o cliente, como pessoa sensível e emocional.

Envolver-se emocionalmente, segundo Traveibee (1979), pode ser entendido como experimentar felicidade e alegria quando um cliente se recupera, sentir tristeza quando um cliente morre, sentir satisfação de ajudar o cliente em momentos difíceis de sua vida.

Ação educativa

A ação educativa dentro de uma visão humanista é entendida como uma atividade teleológica (de valores) que acontece através de uma relação pessoal de uma forma assimétrica entre educador e educando. Segundo Oliveira (1993, p.88), “educação é um crescente extrair de potencialidades, permitindo a atualização destas”. Cientes dessa responsabilidade, enfermeiro –educador, por natureza, as enfermeiras se preocupam com a ação educativa seja sistemática, formação acadêmica, ou informal, junto ao cliente ou à família , o que pode ser evidenciado pelas falas das enfermeiras (Quadro EP e EA).

“Expectativas de cuidados que fossem além das técnicas”.

“A formação acadêmica e continuada dos profissionais enfermeiros de enfatizar o lado humano dos clientes, suas singularidades e potencialidades”.

“ Evidencia-se a necessidade de inovar na formação de profissionais da saúde”.

“Os aspectos legais do exercício profissional devem ser conhecidos e observados”.

Também no entender de Traveibee, todo enfermeiro é um educador por excelência, cuja tarefa educativa jamais pode ser omissa, que além de uma bagagem de conhecimentos técnico - científicos, deve ser guiada por um imenso amor.

Segundo Oliveira (1993, p. 2), o conhecimento por si só, não é o suficiente para manter uma relação dialógica em sala de aula e que eu entendo, também junto ao cliente. Segundo o mesmo autor, educação são “atividades intencionalmente exercidas sobre o desenvolvimento de uma personalidade com o objetivo de promover e ativar o processo de aprendizagem que conduzem à disposição, atitudes, capacidades e formas de comportamento consideradas úteis e valiosas pela sociedade”.

Ainda nesta linha de pensamento, diríamos que o educador tem uma obrigação moral inerente a sua missão, que se sustenta pela livre escolha da profissão. Optar por esta profissão, seja de enfermagem ou professor, significa requerer um procedimento, uma conduta ascética “estar tendido” à interação de seu cliente, o que, segundo Oliveira (1993, p.36), significa dizer que “mesmo mantendo-se no seu lugar social, o educador fala a um outro, que assim como ele, é cognoscente, mas também sensível; que além de sujeito epistêmico é sujeito moral”.

Dessa forma, a ação educativa efetiva-se assim numa relação dialógica, onde os pares crescem, modificam-se na direção do ideal e de um mundo mais humanizado.

Sensibilidade e ética

A implementação do cuidado foi permeada de sensibilidade. Ela pôde ser identificada na maioria das falas das enfermeiras, nos depoimentos e nas vivências com todos os clientes.

Quando não era verbalizada, muitas vezes era manifestada pela tonalidade de voz, expressão facial e gestos.

Segundo Santin (1995, p.27), "a sensibilidade é um caminho para mudança". Essa afirmativa do autor, na atualidade, é bem mais marcante na atuação das enfermeiras junto aos clientes. Ainda segundo o mesmo autor (p.27), ao relacionar os termos sensibilidade e ética, afirma: "estamos diante de duas palavras cuja expressividade alcançam uma abrangência quase ilimitada no inteiro da cultura ocidental". Concordo que existe aderência entre estas duas palavras até porque é uma atitude ética compatível com o cuidado humano que visa atender pessoas em seu todo, com suas singularidades. Requer de quem se dispõe ao cuidado assim entendido, um comportamento que tenha ressonância afetiva onde, além dos atos de inteligência e de vontade há lugar para a emoção humana.

"Cliente chora e eu contive o meu". (Quadro A).

"Percebi a importância de prover a continuidade da presença de familiares junto à cliente". (Quadro B).

"Mantêm-se próxima à cliente, segura sua mão, quer entender e aliviar a cliente". (Quadro E).

"Manifesta-se, aparentemente, muito tranqüila e acolhedora diante da morte". (Quadro C).

No dizer de Queiroz (1983, p.45),

a especialização, como consequência do mundo moderno, dificulta também uma ética centrada no cliente, pois o próprio aparato tecnológico, ou seja, a maquinaria desenvolvida pela indústria de equipamentos médicos, se, de um lado, contribui para realizar com mais eficiência certos diagnósticos e tratamentos por outro, distancia cada vez mais o médico do cliente.

Estes avanços interferem, também na relação enfermeira cliente, o que requer por parte da enfermeira, um constante cultivo da sua sensibilidade para não chegar a uma inversão de valores, uma supervalorização da técnica e da ciência em detrimento da pessoa humana.

Nos escritos de Travelbee não encontrei expressa a palavra sensibilidade, mas ela transparece como uma constante na sua abordagem quando fala da interação enfermeira – cliente.

Para Leoni (1996, p.13), “a franqueza e a abertura casam-se perfeitamente com a sensibilidade e as necessidades do outro, fazendo com que a participação do outro seja a característica dominante desse tipo de relacionamento”.

Se a enfermeira não treina sua sensibilidade para identificar as necessidades da pessoa humana em sua situação de “estar doente”, e se não reconhecer os direitos legais do cliente em participar das decisões a serem tomadas na continuidade de seu tratamento; e mais, se todo o preparo profissional não servir para identificar prioridades entre a pessoa do cliente e o aparato da tecnologia que o rodeia, não se pode falar em ética e sensibilidade. Vidal (1996) confirma as relações entre ética e sensibilidade quando nos ensina que as realizações humanas ficam diminuídas quando são predominantemente controladas pela razão instrumental. É necessário abri-las aos horizontes dos significados para remetê-las ao reino da ética.

Cuidado humanizado

O cuidado está muito ligado á tradicional idéia de fazer algo em termos de uma intervenção ou procedimento de enfermagem.

Para falar da categoria cuidado, baseei minha reflexão nas concepções de Waldoow (1998). Elas refletem uma conotação atual de cuidado e corroboram com as concepções de Traveibee (1979). Segundo Waldoow, o cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação, de um afeto o qual, em geral, implicitamente inclui o maternal e o educar que, por sua vez, implica ajudar a crescer. Essa conotação de cuidado implica prover, além da atenção e do afeto, o conforto e demais atividades que possibilitam o bem estar, a restauração do corpo e da alma e a dignidade da pessoa como um ser singular. Essa concepção de cuidar, reporta-se a alguns dos princípios já defendidos por Florence Nightingale (1989), quando escreve que o principal objetivo da enfermagem

é manter o cliente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele, mas que no percurso da história perdeu muito de seu significado, e hoje a enfermagem tenta resgatar seja pela cientificidade ou pela arte de interagir com o cliente, oportunizando a este participar das decisões na continuidade do tratamento.

Conforme comprovado no estudo o cuidado humano envolve ética, princípios e valores que deveriam fazer parte não só do ensino mas do cotidiano da prática profissional, como referido pelas enfermeiras e manifestado pelos clientes.

Alguns dos aspectos do cuidado humanizado afloram nos quadros sinóticos A à E:

“Marquei presença junto à cliente, percebi e compreendi suas manifestações.” (Quadro E).

“Providenciei conforto físico, acomodação no leito e agasalho adequado.” (Quadro A).

“Houve demonstração de carinho e solidariedade para com o cliente, pelo toque, pelo segurar sua mão”. (Quadro B).

“Manifestei disposição em providenciar assistência religiosa.” (Quadro D).

“Conforto emocional pela presença solidária, respeito e compreensão das reações e manifestações do cliente”. (Quadro D).

Como constatado integra o cuidado humanizado uma atitude mental positiva por parte de quem se dispõe a cuidar, o que pode ser evidenciado pela disposição em querer servir, pelo respeito, dignidade e pela aceitação do cliente em sua singularidade, pela confiança depositada no cliente, pela demonstração da satisfação pelo que faz e pelo apontar perspectivas positivas para a situação vivida.

Nesta mesma linha de pensamento, Leoni (1996), escreve sobre o cuidado humanizado a uma pessoa que está morrendo, num contexto clínico. Afirma que é necessário respeitar a integridade da pessoa o que pode ser entendido como alívio da dor, tanto quanto possível, receber continuidade de cuidados, não sofrer perda de sua identidade pessoal, participação nas decisões a respeito de seu cuidado bem como,

possibilidades de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora da vida, que o cliente seja ouvido como pessoa, em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças.

Waldow (1998), chama a atenção para a linguagem corporal da enfermeira, que de acordo com a percepção do cliente, pode demonstrar interesse ou desinteresse pela pessoa. Atitudes, estas, que podem gerar no cliente expectativas positivas ou levá-los a sentimentos de frustração, medo, depressão ou raiva e como consequência à uma auto - imagem negativa. A autora diz “a verdadeira presença contribui para afirmar a pessoa, ou seja, clientes percebem a diferença valorizando o cuidado e as pessoas cuidadas, pois sentem que não são meros objetos, e sim, seres respeitados e valorizados como pessoa” (p. 170).

Dessa forma, entende-se que o verdadeiro cuidado deve ser sentido e vivido tanto pelo cliente como pela enfermeira. E para que a enfermeira possa integrá-lo no seu dia a dia, precisa absorvê-lo e permitir que ele integre seus princípios de vida.

A autora diz ainda “resgatar o cuidado humano em cada um de nós, seres humanos, é vital no momento atual. Em todos os setores e, em particular, entre os profissionais de saúde, o cuidado como uma condição humana deveria constituir um imperativo moral” (p.36).

Partilho dessa preocupação de manter um cuidado humanizado ao cliente terminal. Sem oposição aos avanços da ciência e da tecnologia dentro da área de saúde, mas, alertamos para que paralelamente os profissionais da saúde avancem na busca da compreensão e no respeito pela vida da pessoa, que precisa de cuidado e para que entendam que todo investimento deve visar além da quantidade, a qualidade de vida que é oferecida ao cliente nesta fase de sua existência.

Necessidades espirituais

Percebi que o ser humano tem necessidades espirituais e busca satisfação das mesmas necessidades mais intensamente quando se

encontra em situação de doença e nesta, quando se manifestam sinais de perigo à vida.

O amor e a caridade são enfatizados por Travelbber (1979), quando se refere à forma de interação enfermeira-cliente, requer da profissional que expresse sua comunhão de fé com o cliente e muito particular com o cliente sob seus cuidados, para favorecer um clima propício a manifestar seus desejos e necessidades espirituais e/ou encaminhar o cuidado dos mesmos, quando este foge da sua alçada de competência, como no caso da religião católica, a administração dos sacramentos, da eucaristia, confissão e unção dos enfermos a quem de competência. Ou mesmo rituais não compatíveis com o seu credo mas que atendam às solicitações do cliente. É muito freqüente que os clientes terminais encontrem conforto na oração, cânticos, vela benta, santo terço; manifestações de religiosidade.

O cuidado às necessidades espirituais do cliente terminal é uma missão muito delicada que requer também um preparo e uma sensibilidade por parte de quem o cuida para agir de forma prudente e respeitosa com o ser humano, sem induzi-lo a outros sofrimentos.

Como foi assinalado pelas enfermeiras que integraram o estudo, os profissionais da saúde, principalmente aqueles que se detêm apenas ao biológico, ao cuidado físico, não consideram o cuidado do espírito como algo inerente a sua missão e por isso inibem o cliente a manifestar suas necessidades.

A experiência no contato com clientes terminais evidencia a importância dos clientes terem atendidas suas necessidades espirituais.

A satisfação das mesmas traz conforto, esperança e permite ao cliente terminal encarar esta fase da vida com mais tranquilidade.

Nos quadros sinóticos evidenciam-se algumas manifestações e cuidados espirituais.

“A cliente manifestou sua fé, convicção e vivência cristã”. (Quadro C e E).

“Providenciei a vinda de um sacerdote para sacramentar a cliente”. (Quadro D e E).

“Rezei junto à cliente e familiares”. (Quadro A e E).

“Após a bênção do padre o cliente mudou de conduta, mostrou-se mais calmo e tranqüilo”. (Quadro D)

Quando os clientes sentem que podem falar sobre o que pensam, sobre suas necessidades, favorece-os encontrar meios para resolverem ou manifestarem seus problemas. É muito útil que os profissionais fiquem conhecendo os costumes religiosos de seus clientes para poder ajudá-los na busca de solução. De forma comum, as crenças fornecem forças, tranqüilidade interior e fé com as quais se dá significado aos problemas da vida.

CAPÍTULO IV FINALIZANDO O ESTUDO

Considerações Finais

A partir da problematização da temática com enfoque centrado na humanização da assistência prestada aos clientes terminais hospitalizados, busquei um referencial teórico que desse sustentação à minha preocupação e me orientasse na solução da problemática. Encontrei diversos autores que compartilham com minha inquietação.

Pitta (1991), Libânio (1993), Pessini (1991 e 1997), Ariês (1990) e outros, atribuem o processo de desumanização, acima referido, às mudanças de comportamento da sociedade que destinou o hospital como o lugar para o cliente passar seus últimos dias de vida, distante das pessoas de seu convívio diário em ambiente estranho, rodeado por equipamentos sofisticados. Equipamentos e aparelhos que requerem profissionais cada vez mais treinados e especializados para acioná-los. Profissionais que concentram toda sua atenção e energia para monitorar com precisão todas as máquinas que mantêm a vida do cliente e com isso, esquecem, por vezes, do ser que é o sujeito do fazer. No dizer de Ariês (1990), o espírito moderno visa a eficiência e mede a competência das pessoas pelo resultado de suas ações.

A constatação desta realidade, anteriormente referida na prática e reafirmada por diversos autores, entre eles Henderson (1989), Libânio (1993), Pessine (1994), Waldow (1998), legitimaram minha inquietação frente meu compromisso como profissional da saúde de ajudar o cliente, ou proporcionar ambiente, para que este possa ter uma morte serena e tranqüila, quando a vida não é mais possível.

Como subsídio para resgatar a questão em pauta, encontrei na Teoria de Traveibee, contribuições para além dos cuidados biológicos, sistematizar uma assistência de enfermagem voltada para atender às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais do cliente.

Em sua teoria a autora aponta como imprescindível para a enfermeira cuidar do cliente, três condições básicas: amor traduzido em gestos, coragem de enfrentar a realidade e aptidão para encontrar um propósito e sentido para os diferentes momentos da vida. Esta forma de pensamento parece ser influenciada por Frankl, apud Ceron (1996, p.85).

O ser humano é um ser que tateia à busca de sentidos para cumprir e de outros seres humanos para o encontro. Mesmo estando enfermo, pois, sentido à vida pode ser descoberto tanto no criar uma ordem como no completar uma ação; no fazer experiência de algo e no encontrar alguém; e também quando alguém se vê numa situação sem esperança, na qualidade de última, face a um destino que não pode ser mudado. O sofrimento sem sentido é que gera o desespero. Mas a possibilidade de conferir-se um sentido ao sofrimento e à morte, essa é a riqueza do sentido da vida. É possível testemunhar-se o potencial humano em sua mais alta forma, mesmo se não há condições de mudar uma situação. Mudar a si mesmo leva a pessoa a renascer, maior que antes; a crescer além de si própria.

Essa linha de pensamento permeou todo o trabalho e sustentou a busca para encontrar resposta às indagações feitas. Além do apoio da literatura, encontrei muita receptividade por parte das colegas enfermeiras, convidadas a refletir esta temática, o que evidenciou, para mim, o quanto é importante trazer o tema morte, mais próximo em assuntos do dia-a-dia e na formação de profissionais de saúde, para, desta forma, tratá-lo com mais espontaneidade e menos temor e angústia, já que a morte integra a existência humana. A aceitação da morte como um estágio da vida, leva-me à reflexão sobre as formas de interação dos profissionais da saúde, junto aos clientes terminais e familiares, bem como sobre a necessidade de cada ser humano preparar-se para ela.

Pela revisão da literatura, contato com clientes terminais e reflexão com colegas, pudemos constatar que o assunto morte e maneira como vem sendo tratado na sociedade atual merece ser mais discutido e refletido ao nível de formação acadêmica e população em geral para desvendar o tabu que ainda a envolve. O tema apresenta-se, embora com bastante frequência, de forma ainda obscura e velada.

Com efeito, pela forma como a morte e o moribundo vêm sendo tratados e manipulados pela sociedade atual, muitos profissionais da saúde e líderes religiosos se voltam para o estudo e reflexões sobre o fenômeno

que atinge a sociedade e principalmente os que estão com a vida limitada por enfermidades incuráveis.

Diante do fenômeno morte, não basta só interrogar se os profissionais da saúde estão adequadamente preparados para interagir com a pessoa que está em iminência de morte, mas é preciso averiguar as possíveis forças sociológicas, filosóficas ou antropológicas que possam estar interferindo neste processo. A realização desse trabalho permitiu-me perceber as interferências de fatores culturais, filosóficos e religiosos que dificultam ou facilitam a convivência, ou mesmo o cuidado, proporcionado a clientes terminais pela sociedade e profissionais da saúde.

Os princípios, pressupostos e a metodologia de Traveibee permitiram ampliar minha visão e percepção diante do estado de vida, saúde/doença e necessidades do cliente. A forma de interagir, preconizada na Teoria de Traveibee induzem o profissional, no caso a enfermeira, a ampliar sua ação para, além das necessidades biológicas às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais do cliente como parte integrante do cuidado. Orienta também, para alternativas de solução para os problema uma vez que leva a partilha e a vivência de emoções e sentimentos com o cliente e família. A reflexão, a troca de experiências e vivências com as colegas conduziram-nos a valorizar mais a importância da experiência vivida para a preparação da enfermeira. Dessa forma, não se pode imputar apenas à escola a responsabilidade de bem preparar as enfermeiras para assistirem os doentes à morte. Cabe-lhes, porém, a responsabilidade de iniciar esse processo, em linhas tais que o futuro profissional tenha consciência da sua responsabilidade em manter-se atualizado buscando, constantemente novos saberes que o ajudem na tomada de decisões, para que seus sentimentos, habilidades e responsabilidades não fujam das situações de risco de vida, mas procurem ajudar, a si e aos clientes, a superar seus medos e temores em momentos tão conturbados.

A aplicação dos princípios humanísticos da Teoria de Travelbee à prática com clientes terminais, mexeu de certa forma, com mudanças de paradigmas, como a priorização do fazer tecnicamente bem feito, da observação de normas e rotinas um tanto rijas pelo estar com o cliente,

compartilhar sentimentos e emoções, interagir positivamente com o outro e dessa forma juntos encontrar alternativas e sentido para as vivências, o que Travelbee define como “eu terapêutico”.

Os resultados da implementação desse trabalho permitem a proposição de cuidados de enfermagem pautados nas afirmativas teóricas e nos procedimentos metodológicos de Travelbee, especialmente na percepção do cliente terminal, como um ser único com direito a uma assistência que valorize, além dos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos, a presença solidária e o respeito às suas necessidades emocionais e espirituais.

Quanto aos aspectos éticos e educativos, pude, com a experiência, perceber que eles são indissociáveis da prática assistencial e que merecem uma constante atualização para dessa forma dar respostas inovadoras no que se refere ao cuidado com clientes terminais. Entendo ainda ser condição imprescindível a equipe compreender seus próprios sentimentos diante da morte para melhor atender e entender às necessidades do moribundo.

A realização desse trabalho, o contato com clientes terminais e a reflexão com colegas enfermeiras, levou-me a compreender a influência dos conceitos pessoais sobre a forma de pensar o cuidado. Dessa forma concordo com Epstein (1977, p.42), quando afirma que “por mais objetivo que se considere, qualquer profissional pauta seus critérios pelos conceitos que absorve como membro da sociedade”. Seu comportamento é, via de regra, resultante dessa influência e a interação enfermeira-cliente é condicionada também pelo meio social de convívio. Dessa forma, a comunicação ou mesmo a interação enfermeira-cliente flui melhor quando seus conceitos sobre a morte e o morrer se aproximam. Na mesma linha de pensamento, Costa (1977), afirma que de nada adiantará professores preparando futuros profissionais para pensarem na morte ou para resolverem suas diferenças, numa sociedade que nega a morte. Dessa forma, corre-se o risco de se formar apenas profissionais especialistas no assunto, porém, incapazes de modificar o sistema que gera o medo da morte.

Outro fator relevante, fortemente evidenciado no contato com os clientes terminais foi a manifestação do desejo de serem atendidas suas necessidades espirituais de acordo com sua crença e fé. Evidenciou-se que as necessidades espirituais do doente tornam-se mais fortes durante a doença. A omissão do atendimento nessa área pode comprometer o tratamento puramente técnico-científico, pois se a necessidade religiosa de uma pessoa é negligenciada, seu estado mental torna-se perturbado.

Diante de tantos aspectos que me foram permitidos refletir e trocar experiências, percebo ser fundamental dedicar tempo proporcional para falar do inevitável como se dedica espaço para descobrir maneiras viáveis de manter os clientes terminais vivos por mais um período de tempo.

Concordo com Pessini (1995), quando afirma que saber conviver bem com a morte leva a viver mais intensamente a vida, já que ela estabelece um limite em nosso tempo de vida e nos impele a fazer algo positivo nesse tempo, enquanto dispomos dele.

Através desta experiência não esgotei a temática, nem era esta a minha intenção. Por isso pretendo continuar estudando o mesmo assunto com a perspectiva de que, na medida em que vivermos bem estaremos preparados para morrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. A. **A morte como conselheira**. In: ROOSEVELTS, M. S., 1991.
- ANGERAMI, V.A. et al. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira: 1997.
- APEL, Karl Otto. **Estudos da moral moderna**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ARIES, P.O. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- ATKINSON & MURAY. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
- BAGIO, Hugo D. **Minha experiência com a morte**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- BALDESSIN, Anísio. **Morte: problemas ou soluções**. Poletim ICAPS. São Paulo. Ano XV, nº 152, abril 1998.
- BOEMER, Magali R. **A morte o morrer**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BOFF, Leonardo. **Vida para além da morte**. Petrópolis: Vozes, 1973.
- CERON, Ida Tereza. **Consciência viva 40 anos de caminhada**. Santa Maria: Palotti, 1996.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Porto Alegre: 1996.
- COSTA, L. A. T. **Situações vida – morte – participação do enfermeiro**. Dissertação do Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977.
- DANIELOU, Jean. **A sobrevivência na perspectiva católica**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1990.
- DEMO, Pedro. **Participação e conquista**. São Paulo: Cortez, 1998.
- _____. **Educação e qualidade**. Campinas: Papyrus, 1994. 160 p.
- _____. **Universidade e qualidade**. Logos, Canoas (RS), n.1, 5-15, 1 sem, 1991.
- DOYLE, Eric. **Francisco de assis e cântico da fraternidade universal**. São Paulo: Paulinas, 1995.
- EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem**. São Paulo: EPU, 1977.

- FORTES, Paulo A. de Carvalho. **Ética e saúde**. São Paulo: EPU, 1998.
- FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala**. 26 ed. Rio de Janeiro: Record, 1989.
- GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
- GERMANO, R. M.. **A ética e o ensino na enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- HEIDEGGER, Martin. **O problema do ser o caminho do campo**. São Paulo: Pioneira, 1969.
- HENDERSON, Virgínia. **Princípios básicos sobre o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- HOBBLE et al. **O modelo de relacionamento humano**. In: MARRINER – Tonley, Ann Nurring Theorist and Work. 3 ed. Louis: Mosly, 1994, 530 p.
- KESSELMEIR, Henrique. **O homem, um “ser para a morte”**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Santuário, 1989.
- LEININGER, Madalena M. **Qualitative research methods in nursing**. Grune, Orlando, 1985.
- LEONI, Miriam Garcia. **Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.
- LIBANIO, J. B. **A vida e a morte desafios e mistérios**. São Paulo: Paulinas, 1993.
- MANZOLI, Maria Cecília et al. **Psicologia em enfermagem**. São Paulo: Sarnier, 1981.
- MARITAIN, Jaques. **A Filosofia Moral – Tradução Alceu Amoroso Lima**. Rio de Janeiro: Agir, 1973.
- MELLEIS, Afaf I. **Theoretical nursing: development & progress**. 2 ed. Califórnia, 1991.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- NIETZSCHE, Friedrich W. **O Anti Cristo**. São Paulo: Moraes, 1984.

- NIGHTINGHLE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** São Paulo: ABEn, 1989.
- OLIVEIRA, Pedro Rubens F. **A vida e a morte desafios e mistérios.** São Paulo: Paulinas, 1993.
- PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando investir sem agredir.** São Paulo: Pioneira, 1997.
- _____. **Morrer com dignidade.** São Paulo: Pioneira, 1991.
- PESSINI, L. & BACHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética.** São Paulo: Loyola, 1994.
- PITTA, Ana. **Hospital – dor e morte como ofício.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.
- PLATÃO. **Diálogos.** São Paulo: Nova Cultura, 1987.
- QUEIROS, Lauro Correia. **Fonte da vida: metafísica.** Brasília: Horizonte, 1983.
- RODRIGUES, José Carlos. **Tabú da morte.** Rio de Janeiro: Achiame, 1983.
- SANTIN, Silvino. **Educação física: ética, estética, saúde.** Porto Alegre: Edições Est., 1995.
- SARTORI, Jeronimo. **Avaliando a construção da atitude científica do educador a partir do desempenho pedagógico didático.** Ensaio: Avaliação Políticas Públicas em Educação, Rio de Janeiro, v.4, n.10, p.39-50, jan/mar. 1996.
- SUSIN, Luiz Carlos. **Escatologia e criação.** Porto Alegre: ESTEF, 1994.
- TONIN, Neylor. **O mistério da vida e da morte.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en Enfermaria Psiquiatrica.** Universidad dei Valle Cali, Colombia, 1979.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo, Atlas, 1990.
- VARGAS, Andrew C. **Problemas de bioética.** Rio Grande do Sul: Unisinos, 1990.
- VIDAL, Marciano. **Dicionário de moral.** Editora Santuário S.P. por concessão da Ed. Perpétuo Socorro. Porto – Portugal, 1986.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

_____. **Maneira de cuidar maneira de ensinar: a enfermagem entre escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WERNECK, Hamilton. **Você finge que ensina, eu finjo que aprendo**. Petrópolis: Vozes, 1992.

ANEXOS

**QUADRO DEMONSTRATIVO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COM
CLIENTES TERMINAIS
(ANEXO 1)**

ETAPAS DA TEORIA DE TRAVELBEE	METODOLOGIA
1ª Etapa Pacto Original Enfermeira x Paciente	Levantamento de Dados
	Identificação Mútua
	História social
	História clínica
2ª Etapa Identities Emergentes Singularidades Individuais (Ser Único)	Diagnóstico
	Necessidades
	Desejos
	Perspectivas
	Medos
	Temores
	Anseios
	Vivências
3ª Etapa Empatias Envolvimento Emocional	Cuidados
	Ações
	Meios
	Pessoas Envolvidas
	Comunicação
	Período
4ª Etapa Simpatia ou Solidariedade Partilha dos Sentimentos	Compromisso
	Sentimentos
	Sensibilidades
	Comportamento
	Percepções
	Envolvimento
5ª Etapa Rapport ou Cumplicidade Eu Terapêutico Significado para suas experiências	Avaliação
	Crescimento mútuo
	Confiança mútua
	Interação terapêutica
	Ações de enfermagem
	Possibilidades
Diálogo vivido	

**QUADRO DEMONSTRATIVO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM COM OS
GRUPOS DE ENFERMEIRAS
(ANEXO 2)**

ETAPAS DA TEORIA DE TRAVELBEE	METODOLOGIA
1ª Etapa Pacto Original Enfermeira x Paciente	Levantamento de Dados
	Identificação Mútua
	Interesses
	Possibilidades
2ª Etapa Identities Emergentes Singularidades Individuais (Ser Único)	Diagnóstico
	Necessidades
	Desejos
	Perspectivas
	Medos
	Temores
	Anseios
	Expectativas
3ª Etapa Empatias Envolvimento Emocional	Cuidados Esperados
	Ações
	Meios
	Pessoas Envolvidas
	Comunicação
	Período
4ª Etapa Simpatia ou Solidariedade Partilha dos Sentimentos	Compromisso
	Sentimentos
	Sensibilidades
	Comportamento
	Percepções
	Envolvimento
5ª Etapa Rapport ou Cumplicidade Eu Terapêutico Significado para suas experiências	Avaliação
	Crescimento mútuo
	Confiança mútua
	Interação terapêutica
	Ações de enfermagem
	Possibilidades
	Diálogo vivido

**QUESTIONÁRIO PARA INTRODUIR A REFLEXÃO DO 2º ENCONTRO COM
O GRUPO DE ENFERMEIRAS EP E EA**

(ANEXO 3)

O referencial teórico do projeto é compatível com sua concepção e prática profissional?

Como você percebe o cuidado prestado aos pacientes em fase terminal de vida e sua realidade de trabalho, considerando que o cliente é um ser humano com suas potencialidades e direitos que devem ser respeitados?

QUESTIONÁRIO PARA INTRODUIR A REFLEXÃO DO 3º ENCONTRO COM
O GRUPO DE ENFERMEIRAS EP E EA
(ANEXO 4)

A Teoria de Travelbee oferece subsídios para uma assistência humanizada à clientes em fase terminal?

Os princípios e pressupostos dessa teoria têm aplicação prática hoje?

**QUADRO SINÓPTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CINCO ETAPAS DE TRAVELBEE JUNTO AOS
CLIENTES EM FASE TERMINAL E SUA CORRELAÇÃO COM O PROCESSO
(ANEXO 5)**

Cliente	Processo Etapas de Travelbee	Encontros com pacientes	Situações – vivências e experiências	Cuidados de Enfermagem	Evolução das condições do cliente	Avaliação
“A” à “E”	Pacto Original Identidades Emergentes ou Singularidades Empatia ou Envolvimento Emocional Simpatia ou Solidariedade Rapport ou Cumplicidade					

**QUADRO SINÓPTICO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CINCO ETAPAS DE TRAVELBEE JUNTO AOS
ASPECTOS E SUA CORRELAÇÃO COM O PROCESSO
(ANEXO 6)**

Cliente	Processo Etapas de Travelbee	Encontros com pacientes	Situações – vivências e experiências	Cuidados de Enfermagem	Evolução das condições do cliente	Avaliação
“A” à “E”	Pacto Original Identidades Emergentes ou Singularidades Empatia ou Envolvimento Emocional Simpatia ou Solidariedade Rapport ou Cumplicidade					