

SUZELAINE TANJI

**CUIDADO HUMANÍSTICO NUM CONTEXTO HOSPITALAR: um desafio para um grupo de enfermeiras.**

CURITIBA  
NOVEMBRO/2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR

**CUIDADO HUMANÍSTICO NUM CONTEXTO HOSPITALAR: um desafio para um grupo de enfermeiras.**

**SUZELAINE TANJI**

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

**ORIENTADORA: Dra. Lourdes Emília Ruviano Novakoski**

**CURITIBA  
NOVEMBRO/2000**

**PROGRAMA DE APOIO AO PLANO SUL DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA  
Convênio CAPES/SETI – PR**

**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL**

**PROMOTORA:** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC  
Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem

**RECEPTORA:** Universidade Federal do Paraná – UFPR

**ASSOCIADAS:** PUC/PR; Cesulon; Unioeste; FAFIPA

**Cuidado Humanístico num contexto hospitalar: um desafio  
para um grupo de enfermeiros**

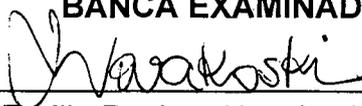
**Suzelaine Tanji**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela BANCA  
EXAMINADORA para obtenção do título de:

**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Sendo aprovada em 31 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação  
vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina – UFSC.

**BANCA EXAMINADORA**



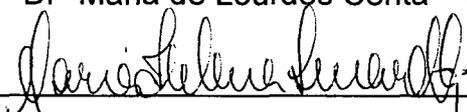
Profª Drª Loudes Emília Ruviaro Novakoski – Presidente Orientadora



Profª Drª Mercedes Trentini – Membro



Profª Drª Maria de Lourdes Centa – Membro



Profª Dda. Maria Helena Lenardt – Membro



Profª Drª Maguida Costa Stefanelli – Membro Suplente

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

**À Professora Dra. Lourdes Emília Ruviaro Novakoski, pelo carinho com que me acolheu no momento mais difícil do mestrado, por ter-me adotado como orientanda, guiando-me, incentivando-me e acreditando no meu propósito em contribuir para o resgate humanístico na ação do cuidar em enfermagem.**

**Gostaria de dividir a alegria de estar concluindo mais uma etapa da minha vida com esta pessoa tão encantadora que você representa; sei que serei mais uma, mas você será sempre a minha mestra, a minha luz e guia.**

**Agradeço o incentivo e o apoio, a compreensão e o carinho, respeito e a confiança em me fazer acreditar que seria capaz e a minha empreitada chegou a bom termo, porque você esteve presente.**

**Digne-se aceitar o meu muito obrigado.**

**SUZELAINE**

## **AGRADECIMENTOS**

- À minha querida filha, que compartilhou comigo esta tão almejada conquista, e o meu pedido de desculpa, por tê-la privado muitas vezes das nossas atividades de lazer, bem como pelos momentos de ausência.
- Aos meus pais, que tanto amo, e me têm acompanhado durante toda a minha trajetória de vida, amando-me e acreditando na minha pessoa.
- À minha irmã Suely e ao meu cunhado Janio, que tanto acompanham a minha jornada, cuidando sempre da minha filha nos momentos em que necessitei ausentar-me, como se fossem seus genitores.
- Ao Mauri Dahmer, por ter me compreendido, por muitas vezes ter-me ausentado do trabalho e sempre me incentivou, acreditando na minha capacidade e por ter estado sempre ao meu lado.
- Às minhas colegas de trabalho Marily, Elisangela, Salete, Lúcia, Paula, Elaine e demais funcionários do hospital, que tanto colaboraram para a realização deste estudo, incentivando-me e nutrindo-me com sentimentos de amor e companheirismo.

- À minha companheira Silvânia, que acompanhou a minha trajetória, apoiando-me sempre e comigo dividindo os momentos de angústia e de vitória.
- À minha amiga Maria Antonia, que me acompanha há 18 anos, dividindo este tempo com palavras de incentivo e solidariedade.
- Às minhas colegas do mestrado, pelo convívio e aprendizado adquirido.
- À professora Lillian Dayse G. Wolff, pelo incentivo e ajuda que me proporcionou na primeira fase da feitura do presente trabalho.
- À professora Dr. Sandra Honorato, pelo apoio e conhecimento tão didaticamente inculcado.
- Aos professores Ivo Gelain, Lúcia Takase e Maria de Lourdes Centa, pela paciência e dedicação.
- A todos os professores do mestrado e membros das bancas examinadoras de qualificação e defesa.
- Agradeço aos amigos conhecidos e desconhecidos que cruzaram o meu caminho durante a minha jornada.
- Às professoras Mercedes Trentini e Ligia Paim, pelo apoio na construção da trajetória metodológica do meu estudo.

## RESUMO

Este estudo foi desenvolvido na Santa Casa de Paranavaí, com o objetivo de redirecionar a prática assistencial da enfermagem, mediante a construção de um novo modo de cuidar, fundamentado na teoria de Jean Watson, verdadeiro referencial do cuidado. A metodologia adotada para desenvolvimento do trabalho foi a modalidade convergente-assistencial, que enfatiza "o pensar e o fazer", buscando a construção e a reconstrução de conhecimentos, para orientar a prática assistencial, mediante participação ativa dos enfermeiros envolvidos na pesquisa. O processo constituiu-se de duas etapas distintas, mas complementares: na primeira, a construção de um marco de referência, a partir dos conceitos de ser humano, enfermagem, saúde/doença, sociedade, ambiente e cuidar/cuidado, mediante uma prática reflexiva; na segunda, a implementação do marco de referência construído pelo grupo, objetivando a derivação de uma nova concepção de cuidar, reconstruindo o conhecimento teórico na prática do cuidado e analisando reflexivamente a prática articulada com a teoria. A utilização dessa metodologia promoveu o crescimento dos integrantes, exteriorizado na mudança do modo de cuidar, favorecendo a interação enfermeiro/paciente e a articulação teoria/prática.

## **ABSTRACT**

This study was developed in "Santa Casa de Paranavaí", with the purpose of redirecting nursing practice, by means of the construction or implementation of a new way of medical care, based on Watson's theory, a new standard reference in health care. It was chosen a convenient methodology chiefly consisting of a convergent system of assistance, emphasizing a brand new formula: despite an obvious attention to medical and pharmacological requirements, always observed, the nurse must consider all the circumstances toward the sick person: his family, profession, his personal story etc. The nurse has to demonstrate empathy, sympathy, sincerity and charity high performance, certainly the best anti-depressive medicine. This policy in nursing does promote an excellent service with excellent results, curtailing money, time and preoccupation in everybody.

## RESUMEN

Este estudio fue desarrollado en la "Santa Casa de Paranavai" con el objetivo de ponderar la posibilidad de una asistencia de nuevo modelo de tratar a los enfermos, por medio de una manera muy distinta de cuidar, con fulcro en la teoría de Watson con su revolucionario paradigma de cuidado. La metodología adoptada para dicho desarrollo y trabajo se resume en una asistencia que subraya y enfatiza lo humano y lo sentimental en el servicio de cuidar de la persona enferma. Se busca la construcción o reconstrucción de los conocimientos y formas de una activa interacción sea de la persona que cuida, sea de la persona cuidada, porque por sobre la técnica o la enfermedad hay dos personas con su historia, ya que el hombre es él más sus circunstancias, según Ortega y Gasset. La encuesta comprendió dos diferentes momentos: se comenzó con la construcción o escoja de un marco teórico o punto de referencia, siempre con fulcro confieso en Watson: las enfermeras del equipo reflexionaran mucho sobre cómo hacer en la práctica. Obviamente el segundo paso constituyó la implementación de la teoría de Watson. El grupo extrajo un dinámico modum faciendi con que se derivara una práctica de cuidar impregnada de psicología, sentimiento y solidaridad, por sobre una integral atención a los problemas médicos y farmacológicos.

## SUMÁRIO

Folha de rosto.....	ii
<b>TERMO DE APROVAÇÃO .....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>ix</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....</b>	<b>xii</b>
<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemática do estudo.....	1
1.2 Pressupostos.....	6
1.3 Objetivos.....	7
<b>2- SUPORTE TEÓRICO: da teoria de Jean Watson.....</b>	<b>8</b>
<b>3- REVISÃO DE LITERATURA: o cuidado .....</b>	<b>16</b>
<b>4- DESENVOLVIMENTO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>21</b>
4.1 Tipo do estudo.....	21
4.2 Contexto do estudo .....	24
4.3 Participantes do estudo.....	26
4.4 Coleta de dados .....	27
4.5 Primeira etapa: Marco referencial construído pelo grupo .....	28
4.6 Segunda etapa: Implementação do marco de referência .....	31
<b>5- DESCRIÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
5.1 Construção do marco de referência .....	35
5.2 Implementação do marco de referência .....	45
<b>6- REPERCUSSÃO DO NOVO MODO DE CUIDAR.....</b>	<b>75</b>

<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>
<b>9- ANEXO .....</b>	<b>84</b>

**LISTA DE FIGURAS E QUADROS****FIGURAS**

FIGURA 1 - SÍNTESE DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	34
FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DE CONCEITOS DA PRÉ-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO À PÓS-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO.....	44
FIGURA 3 - AMPLIAÇÃO DO MARCO DE REFERÊNCIA.....	73
FIGURA 4 - REDEFINIÇÃO DOS CONCEITOS.....	74

**QUADROS**

QUADRO 1 - SÍNTESE DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES.....	15
QUADRO 2 - RELATO DA REALIDADE VIVENCIADA POR HARMONIA NA APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDAR.....	52
QUADRO 3 - RELATO DA REALIDADE VIVENCIADA POR ESPERANÇA NA APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDAR.....	60
QUADRO 4 - RELATO DA REALIDADE VIVENCIADA POR HUMILDADE NA APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDAR.....	67

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Problemática do estudo

Em 1853, Florence iniciou sua carreira como enfermeira, assumindo o posto de Superintendente do Instituto para o Cuidado de Senhoras Carentes Doentes de Londres. Foi contratada para organizar o instituto. Atirou-se de corpo e alma para organizar o hospital, instalando água quente em todos os andares, campainhas nos quartos e elevadores para transportar comida aos pacientes (Brown, 1993).

Segundo Lira e Bonfim (1989), as relações humanas foram importantes na concepção de administradora de Florence para cuidar dos pacientes com individualidade e humanismo, pois faziam parte de seus princípios.

Observamos que embora a enfermagem, desde 1853, acumulasse as funções de assistência, no cuidado aos necessitados, e as administrativas na organização de serviços, ao longo de sua história os enfermeiros direcionaram-se para as atividades administrativas.

Com o avanço científico e tecnológico e a modernização dos procedimentos, vinculados à necessidade de estabelecer mais controle, a enfermeira passou a assumir cada vez mais responsabilidades administrativas, coordenando, liderando grupos e planejando atividades.

Com o afastamento gradativo das enfermeiras do cuidado ao paciente, a assistência de enfermagem passou a ser praticada prioritariamente pelas demais

categorias de enfermagem. “O cuidador é por excelência um ser, muitas vezes oprimido pela desvalorização que o sistema acarreta. O cuidador, muitas vezes oprimido pelas circunstâncias, não percebe que o cuidar é criativo, rico em possibilidades de crescimento e que tem o poder de retomar a posição de sujeito de sua própria história e de tudo o que o cerca” (Souza, 1995, p.3).

As ações da enfermagem, na Santa Casa de Paranaíba, necessitam de um referencial para o cuidado, a fim de direcionar e fundamentar a prática, atendendo às necessidades tanto do ser cuidado, quanto do ser cuidador, revitalizando os cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes, focalizando o ser humano, envolvendo seus aspectos éticos e morais e contribuindo para o resgate dos valores humanísticos na assistência de enfermagem.

Para Waldow (1998, p 62), o resgate do cuidado humanístico não é uma “rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico; o que se pretende, ao relevar o cuidado, é enfatizar a característica de processo interativo e de fluência de energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico, além do aspecto moral”.

As instituições de saúde atualmente encontram-se em situações críticas. Os baixos valores econômicos repassados pelo Sistema Único de Saúde – SUS - resultaram em verdadeiro sucateamento dos serviços de saúde, levando à falta de recursos materiais e de recursos humanos qualificados, fragmentando assim a assistência a saúde e conseqüentemente da enfermagem, oferecendo aos pacientes um atendimento insatisfatório. Para superar as lacunas desse modelo fragmentado e de baixa qualidade, adotei na minha vida profissional, a assistência de enfermagem com enfoque humanístico, a qual independe de qualquer estrutura física e técnica, mas se liga à realização humanitária e profissional, envolvendo o cuidar na visão humanística, respeitando os princípios éticos e morais do cuidado, tendo como objetivo principal as ações da enfermagem.

O cuidado prestado de forma humanística fundamenta-se no estabelecimento de uma relação de afetividade e interação enfermeiro/paciente, adequando o

atendimento às suas expectativas e necessidades, dentro das possibilidades, utilizando-se de recursos viáveis e permitidos.

O ambiente hospitalar, pelas suas próprias características, muitas vezes não oferece os estímulos sensoriais necessários, e é considerado pelos pacientes como um meio ameaçador e desconhecido, que ocasiona um desequilíbrio emocional e psíquico que não pode ser desconsiderado. É no sentido de minimizar esta deficiência que o cuidado deve ser efetivamente aplicado, ajudando o indivíduo a obter o autocontrole, promover o conhecimento e sua transformação.

Partindo da premissa de que o profissional habilitado e embasado teoricamente pode redimensionar e repadronizar o sentido ético e moral de suas ações de cuidar, espera-se que atenda às expectativas e necessidades do paciente, que se encontra momentaneamente fragilizado pela doença, que devem abranger as dimensões físico, psíquicas.....

Faço minhas as palavras de Boykin e Schoenhofer, apud Waldow (1998), quando afirmam que o papel da enfermagem é cuidar. Esse cuidado é imprescindível em diferentes situações da vida do ser humano: na promoção da saúde, no período de doenças, nas incapacidades e no processo de morrer. Essa capacidade de cuidar desenvolve-se com as experiências vivenciadas ao longo da vida; adapta-se, ajusta-se e recria-se.

Segundo Boff (1999), o cuidado é mais que um ato, representa um momento de atuação com zelo e uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O autor comenta que esse processo necessita de um elo de afetividade entre o cuidador e o cuidado, desencadeando uma dinâmica de interação transpessoal.

O cuidado para Waldow (1998) tem sido considerado um aspecto inerente à prática da enfermagem. Comenta em seus escritos que este foi categorizado como amor, carinho, empatia, ajuda, proteção, interação, processo de enfermagem e ação de assistir.

O profissional de enfermagem tem como responsabilidade desencadear uma relação de afetividade, confiança e segurança, que vão muito além do cuidado técnico.

Atualmente a prática da enfermagem, na Santa Casa de Paranaíba, prioriza o desenvolvimento da assistência ao aspecto técnico do cuidado, como por exemplo: realização de curativos, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, entre outros, tomando por base a prescrição médica. Para que as ações de enfermagem alcancem efetividade e qualidade na assistência, há necessidade de que os profissionais interajam com o paciente, considerando-o como um ser único, penetrando na sua subjetividade, buscando assim responder às suas necessidades. Mas até que ponto conhecemos o que fazemos, o cuidar?

Uma breve retrospectiva do percurso da Santa Casa de Paranaíba pode indicar-nos os caminhos e descaminhos na sua trajetória enquanto instituição de saúde.

Apesar dos quarenta e dois anos de existência, o enfermeiro passou a fazer parte integrante do quadro funcional a partir de 1990, considerado como uma atividade profissional recente no hospital.

Até 1990, o hospital era coordenado por funcionários de enfermagem não habilitados. A minha inquietação surgiu a partir do momento em que comecei a observar a maneira como os cuidados eram prestados aos pacientes nas unidades de internação e principalmente na Unidade de Terapia Intensiva.

Iniciei meu trabalho na Santa Casa de Paranaíba em 1992 e durante um ano assumi a chefia da Unidade de Terapia Intensiva. A contratação do primeiro Enfermeiro foi motivada por exigência do Conselho Federal de Enfermagem, o que abriu espaço para novas contratações.

As atendentes de enfermagem ocupavam cargos de supervisoras de enfermagem, coordenando e liderando equipes de auxiliares e atendentes. No

quadro funcional contávamos com três enfermeiras. Atualmente o quadro funcional é composto por nove enfermeiras.

A partir deste período, estive empenhada em resolver os problemas que até então considerava como prioridade, relacionados à melhoria da questão técnica e estrutural dos diversos serviços. Em poucos momentos nós, os enfermeiros, havíamos refletido sobre a qualidade dos serviços e dos cuidados de enfermagem utilizados. Hoje, sentimos a necessidade de refletir na nossa prática assistencial, de modo a oferecer aos pacientes uma assistência digna e ética.

No ano de 1998, com a questão técnica e funcional já resolvida, através de um programa de qualidade, inspirada em Florence Nightingale, incentivei todos os funcionários do hospital a trabalharem em busca de um ambiente mais agradável para o trabalho e para os pacientes que procuravam nossos serviços.

O programa de qualidade, com o comprometimento da comunidade e funcionários voluntários, foi um verdadeiro sucesso, transformando o hospital velho com alguns setores com piso de tacos de madeira (unidade feminina) em um hospital limpo, claro, arejado e com pinturas impressas nas paredes (pediatria).

Analisando a minha trajetória e acompanhando a ação do cuidar dos profissionais da Santa Casa, sinto necessidade de resgatar os valores humanísticos, pois as enfermeiras, ao longo do tempo, dedicavam-se principalmente às atividades administrativas. Essa situação alcançou dimensões preocupantes.

Cianciarullo (1997) reforça a idéia de que a essência da enfermagem e a questão fundamental do profissional está relacionada ao cuidado e ao cuidar do ser humano. A preocupação com esses aspectos e o interesse em aprofundar o cuidado humanístico estimularam o desenvolvimento do presente estudo.

Neste sentido, formulei a seguinte questão que norteará a reflexão sobre a realidade presente e a construção pelas próprias enfermeiras de um novo modo de cuidar, para alcançar as condições desejáveis da profissão no futuro, que consiste

em saber a existência da consonância entre o pensar e o fazer na prática de enfermagem aplicada pelas enfermeiras da Santa Casa de Paranaíba.

Para isso direcionei o estudo para a reflexão de alguns aspectos importantes da prática profissional do enfermeiro, principalmente das ações assistenciais, de modo a vislumbrar o ser humano em sua totalidade, assistindo-o em seus aspectos morais e éticos, pois o cuidado ao paciente é o foco principal para a prática da enfermagem.

O estudo poderá servir de base para trabalhos similares, que objetivem a implementação de uma prática assistencial humanizada e adaptada às necessidades biológicas, psíquicas, sociais e espirituais dos pacientes.

Para aprofundar a questão do cuidado de indivíduos que integram a sociedade, dotados de necessidades de conviver em grupo, mas vivendo uma interdependência no atendimento de suas necessidades, foram formulados três pressupostos, que nortearão o percurso da minha trajetória neste estudo.

## 1.2 Pressupostos

- O cuidado humanístico envolve efetiva interação enfermeiro/paciente no processo do cuidado.
- A construção de um novo modelo de cuidado humanístico necessita de um referencial teórico que lhe dê suporte.
- O resgate dos valores humanísticos no cuidado promove conhecimento, transformação e crescimento do ser cuidado e do cuidador.

A estratégia adotada para derivar uma nova prática do modo de cuidar, vislumbrando o cuidado humanístico da assistência de enfermagem, foi a de articular os conceitos apropriados à prática, construídos pelo grupo a partir da teoria de

Watson, com a aplicação da modalidade de pesquisa convergente assistencial, como método de pesquisa.

### 1.3 Objetivos

Para o desenvolvimento deste estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos.

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Redirecionar a prática assistencial de enfermagem com o grupo de enfermeiras da Santa Casa de Paranaíba, mediante a construção de um novo modo de cuidar, a partir de referências conceituais da teoria de Watson.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

##### 1º Etapa: construção do Marco de Referência

- Refletir em grupo sobre as referências conceituais da teoria de Watson.
- Redefinir alguns conceitos da teoria de Watson, apropriando-os às situações e experiências do enfermeiro na prática.

##### 2º Etapa: implementação do Marco de Referência

- Articular os conceitos redefinidos e implementá-los na realidade da prática assistencial.
- Analisar reflexivamente a prática, articulado-a com a teoria.
- Derivar uma nova concepção do modo de cuidar, reconstruindo o conhecimento teórico na prática assistencial.

## **2 SUPORTE TEÓRICO: a teoria de Jean Watson.**

O cuidado vem sendo amplamente discutido por vários autores nas mais diversas áreas da Enfermagem, pois a sua finalidade, segundo Waldow (1998), é aliviar o sofrimento humano, mantendo a dignidade e facilitando meios para o manejo de crises e experiências do viver e do morrer, além de promover o conhecimento e crescimento do enfermeiro e do paciente.

Boykin (1998), enfatiza que o mais importante, na compreensão da enfermagem como cuidado, é que a enfermagem envolve o atendimento de pessoas que vivem e crescem através do cuidado. O enfermeiro entra no mundo daqueles que são cuidados com a intenção de conhecê-los e de atendê-los no processo de vivenciar o cuidado. Trata-se de um processo recíproco, requerendo um investimento pessoal de ambas as pessoas envolvidas, o cuidador e o cuidado, mediante desvelamento mútuo. Essa dinâmica ocorre, quando o enfermeiro entra no mundo do outro, e o outro permite que o enfermeiro entre em seu espaço. Essa troca recíproca no cuidado, alicerça-se na confiança e coragem para a sua implementação.

Esta reciprocidade somente poderá ser atingida mediante confiança, interação e transação entre o cuidado e o cuidador, para que possam alcançar um nível mais elevado de satisfação de necessidades e sentimento de compaixão ao próximo.

Algumas teóricas, como Watson e Leininger, dão enfoque humanístico em seus escritos, sendo o foco principal o cuidado humano, atendendo o indivíduo biopsicossocial, espiritual e sociocultural. Este estudo baseia-se na teoria de Watson,

cuja trajetória de vida e concepções filosóficas do processo do cuidar são apresentadas a seguir.

Jean Watson, nasceu em 1940, recebeu grau de Bacharel em Enfermagem, pela Universidade de Colorado, em Boulder; Mestre em enfermagem em saúde mental-psiquiátrica pela Universidade de Colorado, em Denver e Doutora em psicologia educacional pela Universidade de Colorado. Autora de vários livros e publicações, suas pesquisas concentram-se na área do cuidado prestado às pessoas e perdas. Desenvolveu a teoria de enfermagem em uma perspectiva humanística, publicada em *Nursing: Human Science and Human Care (1988)*, acreditando que o foco principal em enfermagem está nos fatores de cuidado humanístico, fundamentado em princípios científicos (apud Talento, 1993).

## MATRIZ DAS QUESTÕES FILOSÓFICAS DA TEORIA DE JEAN WATSON

### **SER HUMANO:**

**Definição:** pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, repetida, zelada, compreendida e auxiliada.

**Estrutura:** filosófica, com o *self* totalmente integrado e funcional.

**Potencial:** moralidade e dignidade

**Necessidades:** de ordem superiores (psicossociais) e de ordem inferiores (psicossociais e biofísicas).

### **ENFERMAGEM:**

**Definição:** ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano.

**Objetivo:** promover a saúde, prevenção da doença, cuidado com os enfermos e

restauração da saúde.

**Foco:** cuidado humano.

**Finalidade:** promover a satisfação das necessidades do indivíduo, encontrar significado nesta experiência e auxiliar a enfrentar a doença.

**Princípios:** transcender o físico e obter alto grau de harmonia em seu *self* e do outro.

**SOCIEDADE/AMBIENTE:**

**Valores:** sociais, culturais e espirituais.

**Necessidades:** afeto, interação e amor.

**Influência:** ambiente social.

**CUIDADO:**

**Definição:** é o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade, é essência da enfermagem.

**Objetivo:** satisfazer necessidades, crescimento e promover mudanças de saúde.

**Foco:** entrar na subjetividade do enfermo é transcender o físico.

**Ética:** moralidade e dignidade humana.

**Princípios:** humanísticos.

**SAÚDE/DOENÇA:**

**Definição:** harmonia/desarmonia da mente, do corpo e da alma.

**Influências:** estilo de vida, condição social e ambiental.

Para Watson (1988), o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a atingirem o mais alto grau de harmonia entre a mente, o corpo e a alma. Mas para que esta harmonia possa acontecer, é necessário que o enfermeiro e o paciente

estejam unidos um ao outro, refletindo, transformando-se e considerando o ser humano como ser indivisível e único.

O cuidado humano para a autora, exige um cuidado pessoal, social, moral e um compromisso espiritual do enfermeiro consigo mesmo e com os outros, oferecendo uma promessa de preservação da humanidade e com a dignidade humana.

Concebe o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade, e este cuidado, com o ser humano, ocorre na forma de uma relação transpessoal, onde o ser enfermeiro co-participa com o ser paciente na sua situação de enfermo.

Ainda, segundo a mesma autora, o cuidado transpessoal acontece, quando duas pessoas se encontram espontaneamente em determinado momento ou em uma situação, dependendo da maneira intersubjetiva e do campo fenomenológico gerado pela energia daquele encontro.

Com base na teoria de Watson (1988), apresento uma síntese dos fatores da estrutura do cuidado, que envolvem o elenco arrolado em seguida.

- 1- **Formação de um sistema de valores humanístico-altruístas:** o fator inicia mediante o desenvolvimento dos valores partilhados dos pais, que se vão desenvolvendo com as experiências vividas pelas sociedades culturais, onde convive, promovendo um comportamento altruísta em relação aos outros.
- 2- **Promoção de fé e esperança:** intimamente relacionadas com valores humanístico-altruístas, aspectos que devem ser respeitados pela enfermagem, a qual transcende o impulso em aceitar apenas a medicina ocidental, oferecendo à pessoa alternativas de fé e esperança para que possa encontrar o bem-estar em algo em que ela acredita.
- 3- **Desenvolvimento da sensibilidade consigo e com os outros:** desenvolver os próprios sentimentos para que possa interagir com os outros, de modo que a

presença da enfermeira possa provocar emoção, transcender o mundo físico e material, fazer contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.

- 4- **Estabelecimento de uma relação de autoconfiança**, para que as ações de enfermagem sejam verdadeiras, honestas e abertas. A empatia e calidez estabelecem um sentimento de confiança. A calidez refere-se à aceitação positiva do outro, enquanto a empatia significa a sintonia com os sentimentos dos pacientes.
- 5- **Expressão dos sentimentos positivos e negativos**: os sentimentos alteram o comportamento e os pensamentos, que devem ser levados em conta na realização do cuidado.
- 6- **Utilização de recursos para a resolução sistemática dos problemas na prestação de cuidado criativo**: a prestação do cuidado deve ter um enfoque científico, que permite o controle e a previsão. A ciência do cuidado não deve ser neutra ou objetiva.
- 7- **Promoção de ensino-aprendizagem no cuidado transpessoal**: proporcionar o máximo de controle sobre a sua saúde, através de informações e alternativas. O processo ensino-aprendizagem favorece que o indivíduo cuide de si mesmo, determinando as suas necessidades. O enfermeiro precisa compreender as necessidades do indivíduo para que se estabeleça o ensino de como ele deve cuidar-se.
- 8- **Promoção e restauração da saúde ou prevenção da doença**: o indivíduo sofre influências internas e externas, dependendo da percepção das pessoas de tornarem o ambiente ameaçador ou não. A manutenção de um ambiente limpo e agradável, promovem a satisfação do indivíduo.
- 9- **Promoção da satisfação das necessidades**: as necessidades devem ser identificadas e alcançadas. Cada necessidade deve ser entendida no contexto das demais e todas devem ser valorizadas, em busca da sua satisfação.

10- **Consideração dos fatores existenciais fenomenológicos:** entender o indivíduo no campo fenomenológico, voltar-se para o seu interior, compreender as pessoas do ponto de vista de como elas se vêem. A enfermeira deve voltar-se para o interior, para que possa conseguir ajudar outras pessoas a enfrentar situações difíceis.

Para que o cuidado humano tenha efeito positivo, deve incorporar mais de um fator da estrutura do cuidado, pois esses são elementos norteadores que servem para dar sustentação à sua aplicação na prática.

Para Watson (1988), o cuidado direciona a enfermeira ao processo de cuidar; é um ideal moral, estabelece uma relação de união com outra pessoa, procurando entrar no seu espaço subjetivo.

Watson afirma que o cuidado é a essência da enfermagem e comporta sensibilidade entre a enfermeira e a pessoa. Ela co-participa com a pessoa, e considera o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade (Talento, 1993).

Watson cita, "O cuidado transpessoal é um encontro entre profissional de enfermagem e outro ser humano, em que há a possibilidade de ser um momento de experiências e sentimentos compartilhados. Este momento pode transcender o mundo físico e alcançar o mundo subjetivo, quando o *self*, o interior de cada ser é revelado, facilitando a compreensão mútua e o crescimento pessoal de ambos (apud Wolff & Gonçalves & Yede, 1998, p 37). O cuidado transpessoal permite a liberação da mente e do espírito humano, conduzindo à compreensão da sua força"

Para melhor compreender o processo de transcender, Radünz (1998) define o *self* como, tudo aquilo que o ser humano é e tudo o que diz respeito ao que o mesmo denomina "eu". É a soma das partes do que o indivíduo é.

Watson em sua teoria, propõe sete suposições sobre a ciência do cuidado ( Talento, 1993, p 255) :

- *O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal.*
- *O cuidado consiste em fatores de atenção que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.*
- *O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual e ou familiar.*
- *As respostas de cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é, mas como o que ela pode vir a ser.*
- *Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo.*
- *O cuidado é mais produtor de saúde do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde, e para propiciar auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, conseqüentemente, um complemento à ciência da cura.*
- *A prática do cuidado é fundamental à enfermagem.*

Para Erdmann (1998), o cuidado parece uma resposta às necessidades manifestadas e percebidas, porém pode ser dirigida por necessidades criadas ou provocadas por diversos fatores, tanto do ser cuidado como do ser cuidador.

Watson fundamenta a sua teoria na hierarquia de necessidades, semelhante a de Maslow, que considera relevante a ciência do cuidado, que satisfaz inicialmente as necessidades biofísicas de ordem inferior e movimentando-se na direção das necessidades intrapessoais e psicossociais, sintetizadas no quadro abaixo (Talento, 1993).

### QUADRO 1 – SÍNTESE DA HIERARQUIA DAS NECESSIDADES

1- necessidades de ordem inferior ( necessidades biofísicas) – alimento e líquido, eliminação e ventilação	Necessidades de Sobrevivência
2- necessidades de ordem inferior (necessidades psicofísicas) – atividade e inatividade e sexualidade	Necessidades Funcionais
3- necessidades de ordem superior ( necessidades psicossociais) – realização e associação	Necessidades Integradoras
4- necessidades de ordem superior ( intrapessoal-interpessoal) – auto-realização	Necessidades de busca de crescimento

O cuidado humanístico é considerado como foco principal da enfermagem, porém ele nem sempre impregna a nossa prática, existindo profissionais que dão maior relevância aos trabalhos burocráticos e estritamente técnicos.

O cuidado humano para Watson (1988) envolve valores, vontade, compromisso, conhecimento e ações para o cuidar.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA: o cuidado.**

O cuidado humano é entendido, quando o ser humano harmoniza os seus atos objetivando o bem-estar de outras pessoas, ajudando a construir uma sociedade com valores e princípios morais, vislumbrando a questão ética do cuidado.

Para Geovanini et al. (1995), o estabelecimento de uma relação de afeto é capaz de despertar e fortalecer no paciente o instinto de luta pela sobrevivência e recuperação. Acrescenta que estar enfermo é expor-se ao risco de ser invadido na sua privacidade; é abrir as portas da intimidade física e emocional. É neste espaço de fragilidade que reside a importância do cuidado de enfermagem, como instrumento para conquistar a confiança e instalar uma relação de afeto.

Certamente é neste momento de interação/confiança que se inicia o processo de transcender, onde podemos ir além do físico, invadir a mente, a alma e o espírito, objetivando a prestação do cuidado e conseqüentemente melhorar o equilíbrio biopsicossocial e espiritual dos nossos pacientes.

Para este estudo, o cuidado tem o sentido de transcender o mundo físico e detectar o mundo subjetivo do paciente, considerando o homem nas dimensões física, mental, sociocultural e espiritual. É olhar enxergando o outro; é ouvir ouvindo o outro e é perceber observando o outro.

Cuidar/cuidado, na concepção de Lacerda (1996), envolve ser, estar, pensar, fazer e acontecer com respeito. No seu estudo, realizado no contexto domiciliar, relata uma realidade transpessoal, onde o ser-enfermeiro co-participa de sua

situação com o ser-cliente, com sensibilidade, percepção e compreensão consciente do homem de significado e valores morais e sociais.

Para Lacerda (1996), transcender deve ser entendido como ir além do físico, do mental, estar com o outro no espírito, ocupar o mesmo território, respeitando a sua individualidade; é sair do plano cognitivo e ir para um plano ontológico, ao encontro da essência.

O cuidado transpessoal para Watson na compreensão de Lacerda (1996), ocorre quando:

*A enfermeira entra no espaço de vida ou campo fenomenológico da outra pessoa, é capaz de detectar nela condições de ser (espírito, alma, essência) e sentir estas condições dentro de si mesma e responder a elas, de modo que o paciente tenha uma compreensão dos seus sentimentos e pensamentos subjetivos, que há muito tem desejado compreender. Há um fluir intersubjetivo da enfermeira e do paciente. Numa relação de cuidado transpessoal, uma união espiritual ocorre entre duas pessoas, onde ambas são capazes de transcender o self, tempo, espaço e história de vida de cada um (p.4).*

Para essa autora as duas pessoas se tornam co-participantes em um vir a ser, no presente e no futuro.

O cuidado no estudo desenvolvido por Paganini (1998) tem enfoque humanístico, fundamentado em determinados fatores de cuidado da teoria de Jean Watson. Através de uma prática reflexiva de grupo, foi contruído um marco de referência para o cuidado, objetivando a transformação da prática, a partir de alguns conceitos e seus respectivos subconceitos.

O cuidado transpessoal é representado pelas “transações de cuidado, são comportamentos e respostas de dar e receber de forma científica, profissional, ética e ainda estética, criativa e personalizada entre duas pessoas. Permite o contato com o mundo subjetivo da experiência profissional” (Paganini, 1998, p 41).

O contato transpessoal desperta sentimentos e emoções, alcançados pela atenção e intuição resultantes do entrosamento. A enfermeira passa a conhecer e experimentar os sentimentos dos outros e, em retorno, consegue expressá-los, facilitando a participação de ambos no processo” (Paganini, 1998).

Zagonel (1996, p.77) salienta que para Watson “o cuidado humano é uma arte, quando o enfermeiro unido ao outro, transcende o físico, dando um significado à existência; é um ideal moral, onde o enfermeiro se preocupa com a dignidade e preservação da humanidade”.

Nesta perspectiva o cuidado não deve ser realizado somente para reparação dos danos físicos do paciente, devendo o enfermeiro penetrar na subjetividade da pessoa que cuida.

Alicerçado na teoria do cuidado transpessoal, Camponogara (1999), no seu estudo desenvolvido com acadêmicos de enfermagem, em uma unidade de terapia intensiva, objetivou despertar o cuidado como essência da enfermagem, comprometendo o ser humano em todas as suas dimensões, através de uma prática educativa. Enfatiza que o cuidado humano é um meio de diferenciar a enfermagem de outras profissões na área da saúde, quando, ao contrário, a enfermagem corre o risco de entrar em um campo tecnológico.

Fazer enfermagem não se limita a questões técnicas; é cuidar do outro e de si mesmo, objetivando a promoção de conhecimento e crescimento de ambos.

O cuidado para Waldow (1998, p.137) ativa um comportamento de: “compaixão e solidariedade; ajuda na promoção do bem, proporcionando o bem-estar do paciente, na sua integridade moral e a sua dignidade”. O aspecto moral do cuidado, para a autora, embora muito complexo, oferece uma excelente contribuição para outro aspecto que tem uma relação íntima, a questão ética.

Coilière acredita que o cuidado é “uma parte integral da vida humana e nenhum tipo de vida pode subsistir sem cuidado” (Maia, 1998, p.134).

O cuidado é visto como “proximidade e presença, auxilia a pessoa a perceber e compreender a melhor forma de viver. O cuidado está relacionado ao significado do ser humano, bem como à realidade da condição humana, imersa em uma perspectiva humanitária” (Paganini, 1998, p.34).

A recuperação do paciente depende, em grande parte, da compreensão de alguém que se importa com ele, pois a atenção dispensada aumenta o conforto, a identidade e a integridade do paciente.

As ações da cuidadora devem favorecer a oportunidade de que o cuidado produza crescimento e transformação, não importando as circunstâncias, pois a finalidade do cuidar é ajudar, na vida, na morte ou na incapacidade (Waldow, 1998).

Para Heidegger, o cuidado está presente em todas as situações. Para este autor, cuidado significa um fenômeno ontológico- existencial básico (Boff, 1999, p. 34).

O cuidado subministra preliminarmente o solo em que se move toda a interpretação do ser humano, sendo o cuidado o fundamento para qualquer interpretação do ser humano (Boff, 1999).

O cuidado requer conhecimento do outro ser. O cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do outro e de fornecer respostas de forma adequada; ele consiste numa forma de viver, e de expressar-se (Waldow, 1998).

Para Watson, o cuidado é a força direcionadora e baseado nos sistemas de valores, que afetam o encontro da enfermeira com a outra pessoa, exigindo que a enfermeira esteja consciente da influência destes valores sobre os diferentes comportamentos e perspectivas que possam surgir, respeitando diferenças culturais (Paganini, 1998).

Camponogara (1999) acrescenta que o cuidado transpessoal depende do conhecimento e sensibilidade, de um compromisso moral e da habilidade do enfermeiro perceber a estrutura de referência do outro.

Rhodus e Watson concebem o cuidado em Enfermagem como envolvendo atividades deste tipo: tocar, ensinar, ouvir, prescrever e administrar procedimentos terapêuticos (Zappaz, 1996).

Para a autora, tais atividades prescrevem para a profissão este elenco; compromisso, honestidade, empatia, paciência e coragem, e mais fundamentações teóricas e habilidades para estabelecer o processo interativo enfermeiro/paciente, isto é, o cuidado; porém o que as enfermeiras têm feito, na realidade, é tão somente a aplicação dos conhecimentos teóricos a pessoas com diagnóstico de doenças estabelecidas.

Para Lacerda (1996), a enfermagem além de ciência, é uma arte, que se realiza a partir do cuidado; este pode ser considerado como o espírito da enfermagem, pois ele não é somente cuidado como componente da sobrevivência humana, imprescindível para a vida dos seres. A autora refere-se ao cuidar/cuidado mais amplo: ser, estar, pensar, fazer, acontecer com respeito e, sobretudo, a superação das situações de saúde e doença vividas, propiciando um momento de conhecimento do *self*.

Cuidar dos outros nos leva a penetrar na dimensão silenciosa de nosso próprio eu. O cuidar em enfermagem é antes de tudo uma ação interativa, dependente de motivação e de desejo de ajuda; exige criatividade, conhecimento, vitalidade e domínio de habilidades técnicas e humanas e, sobretudo, o auto-conhecimento (Tavares, 1999).

A prática orientada por conceitos busca coerência no que se diz, se fala e se pensa. Os conceitos que guiam e fundamentam a prática implementada, com este estudo, com os pacientes da Santa Casa de Paranaíba e construídos pelo grupo são descritos no próximo capítulo.

## **4 DESENVOLVIMENTO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo a trajetória metodológica foi dividida estrategicamente em duas etapas. A primeira compreende a construção de um marco de referência e redefinição de alguns conceitos da teoria de Watson. A segunda etapa envolve a implementação do marco de referência, que articula os conceitos redefinidos para a prática assistencial, que articulados com a teoria de Watson, possibilitaram a derivação de uma nova concepção do modo de cuidar, reconstruindo o conhecimento teórico na prática assistencial.

### **4.1 Tipo do estudo**

Para realização deste estudo, optou-se pela modalidade da pesquisa convergente-assistencial, para alcançar os objetivos propostos, pois ela se propõe desvelar a prática assistencial, a partir da vivência dos seus atores, solucionar problemas e introduzir inovações. Esta modalidade de pesquisa, segundo Trentini e Paim (1999, p.27), “articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo da pesquisa, para as situações práticas.”

A escolha da metodologia utilizada neste estudo foi uma tarefa muito difícil, pois várias publicações foram consultadas até o momento em que me deparei com a metodologia de pesquisa convergente-assistencial, como a que melhor se adaptava ao desenvolvimento deste tipo de estudo.

O meu estudo caracterizou-se como modalidade de pesquisa convergente-assistencial, por atender aos critérios estabelecidos que, segundo Trentini e Paim (1999, p. 42), valorizam o saber pensar e o saber fazer.

A dinâmica de todo o processo de pesquisa foi orientada para um óctuplo fim.

- 1- Promover mudanças e introduzir inovações no contexto da prática. Neste sentido o estudo propôs-se realizar mudanças na prática assistencial de enfermagem, mediante a construção de um marco de referência para o cuidado, fundamentado nos princípios de Watson, em perspectiva humanística, derivando uma nova concepção do modo de cuidar, reconstruindo o conhecimento teórico na prática assistencial.
- 2- Encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática. Tal alternativa foi encontrada, quando o grupo sentiu a necessidade de mudar o modelo da prática de enfermagem, construindo um marco de referência para o cuidado, refletindo em grupo sobre as referências conceituais da teoria de Watson, com a sua posterior implementação, articulando o conhecimento teórico com a prática profissional.
- 3- O tema deve emergir da necessidade da prática do contexto a ser pesquisado. A assistência de enfermagem limitava-se às questões técnicas do cuidado e, até o momento, não havíamos refletido sobre a prática de enfermagem aplicada na instituição. Após a realização de uma prática reflexiva, os integrantes do grupo manifestaram-se favoráveis à construção de um marco de referência para o cuidado.
- 4- As necessidades devem ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática, sejam eles profissionais ou usuários. Após a construção do marco de referência, o grupo de enfermeiras externou a sua preocupação em estar implementando-os na sua prática assistencial, com o propósito de mudar o modo de cuidar.
- 5- É desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos profissionais que realizam as atividades práticas naquele contexto. O estudo foi

empreendido com enfermeiros assistenciais, que atuavam em diversas unidades da instituição do período diurno, participando ativamente, como parte integrante do estudo.

- 6- Incluem-se atividades de cunho coletivo: todos os integrantes do grupo de enfermeiras foram diretamente envolvidos no processo do estudo, durante a etapa de construção do marco de referência e na sua implementação.
- 7- Envolve atividades de assistência/cuidado e ou ensino-aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia como ato de assistir ou ensinar. O estudo atende a esse critério, proporcionando momentos programados para análise e reflexão da prática assistencial, articulando-a com a teoria e verificando a existência da consonância entre o fazer e o pensar.
- 8- Não se propõem generalizações. Estabelece uma interretroação com a prática assistencial e ou ensino; busca refletir e redefinir alguns conceitos, apropriando-os às situações de experiências vivenciadas pelo enfermeiro na prática assistencial.

Esta modalidade de pesquisa está relacionada com os objetivos propostos neste estudo. Além de atender aos critérios da pesquisa convergente assistencial, abrange as questões éticas da pesquisa.

O trabalho incorpora uma prática reflexiva, analisando a articulação entre a teoria e a prática: cada integrante do grupo de enfermeiras, por meio de encontros previamente agendados, fizeram uma explanação sobre como aplicavam o cuidar, tendo como referência os conceitos elaborados pelo próprio grupo de enfermeiras, que constituem o marco de referência, construído na primeira etapa do estudo.

A assistência prestada aos pacientes, apesar de a trajetória metodológica seguir passos previamente definidos, foi impregnada de flexibilidade na forma de atuação do cuidar, respeitando o homem como ser único e indivisível, aceitando-o em sua individualidade e nas suas experiências de vida.

O desenvolvimento da pesquisa processou-se em duas etapas distintas, mas complementares. Na primeira, investiu-se na construção de um marco de referência, mediante reflexão em grupo. Fulcrou-se nas referências conceituais da teoria de Watson e na redefinição de alguns conceitos, apropriando-os às situações e experiências do enfermeiro na prática, de modo a subsidiar a criação de um constructo apropriado à prática, fundamentado na reflexão do grupo. Metodologicamente envolveu cinco passos: observação de problemas; reflexão dos conceitos; teorização/Watson; reconstrução dos conceitos; enfim, avaliação do processo.

A segunda etapa destinou-se à implementação do marco de referência, tendo em vista três aspectos: articular os conceitos redefinidos e implementá-los na realidade da prática assistencial; analisar reflexivamente a prática, articulando-a com a teoria; e derivar uma nova concepção do modo de cuidar, reconstruindo o conhecimento teórico na prática do cuidado. Todos os integrantes do estudo pertenciam à mesma instituição e foram informados quanto aos aspectos éticos e à liberdade de participar, ou retirar-se no decorrer da pesquisa

#### 4.2- Contexto do estudo

O local de realização deste estudo foi a Santa Casa de Paranavaí, Região Noroeste do Paraná, que possui em sua totalidade 99 leitos ativos. Fundada em 9 de março de 1957, atende 29 municípios, sendo o maior hospital da região.

É uma instituição que não dispõe de estrutura para o atendimento de pacientes que necessitam de tratamento de alta complexidade, como transplantes e cirurgias cardíacas, mas recebe pacientes graves da região. Os casos de maior gravidade são posteriormente encaminhados para serviços de maior porte e complexidade.

Como se pode observar o local do estudo é um hospital filantrópico. Possui setenta por cento de sua capacidade de leitos credenciados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e os demais destinam-se a atendimentos particulares e convênios de saúde.

Mesmo com toda esta limitação, o hospital tem melhorado muito, evoluindo conforme as exigências do próprio sistema e da comunidade que faz uso de seus serviços. O quadro funcional é composto por 180 funcionários, que estão seriamente comprometidos e envolvidos com a instituição.

A Santa Casa de Paranaíba tem por finalidades prestar assistência à Saúde a todos os que buscam os seus serviços, sem qualquer distinção; servir de campo de instrução para estudantes da área de saúde; proporcionar educação e orientação sanitária à comunidade, meios para pesquisa e investigação científica e a reabilitação do paciente; prover condições para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das atividades hospitalares e para a qualificação profissional de seus funcionários e colaboradores.

Os setores para internação disponíveis são: unidades de Clínica Médica e Cirúrgica, Maternidade, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva, Bloco Cirúrgico, Pronto Socorro e Setor de Internação para pacientes particulares e convênios, contando com os serviços de nutrição e farmácia.

O corpo de Enfermagem constitui-se de 96 integrantes, sendo 9 Enfermeiros, 11 estagiários contratados do curso de graduação, 75 auxiliares de enfermagem e 1 técnico de Enfermagem.

O Hospital oferece assistência nas seguintes especialidades : Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Cirurgia Torácia, Vascular, Neurologia, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Oftalmologia, Urologia, Cardiologia, Cirurgia Buco-maxilar, Nefrologia, Dermatologia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia. Serve de campo de estágio para o curso de graduação de enfermagem da Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranaíba - FAFIPA, alunos do curso

de auxiliar e técnico do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC, e alunos do curso de fisioterapia e farmácia da Universidade Paranaense - UNIPAR.

#### 4.3 Participantes do estudo

Os integrantes do estudo constituem seis enfermeiras da Santa Casa de Paranavaí, que atuam no período diurno em diversas unidades da instituição. Todas têm formação em uma mesma universidade, e experiência profissional adquirida ao longo do tempo de serviço na instituição do estudo.

As integrantes do estudo decidiram, de comum acordo com o pesquisador, o uso de pseudônimos na apresentação dos resultados, para preservar o anonimato. Na primeira etapa optou-se por nomes de pássaros e na segunda o grupo chegou ao consenso de que pretendiam rever os seus pseudônimos, de modo que traduzissem o seu crescimento por se tratar de uma visão humana do cuidado. Desta forma a escolha da identificação de cada integrante não foi aleatória, mas relacionada com a personalidade de cada uma ou da situação que viviam no momento.

As enfermeiras que prestam serviço na instituição são responsáveis por mais de um setor, devido ao número restrito deste profissional no quadro funcional. Trata-se de um grupo dinâmico, comprometido e competente.

Todas possuem mais de um vínculo empregatício: duas trabalham no Pronto Atendimento Municipal e as demais acompanham estágios e ministram aulas teóricas do curso de auxiliares e técnicos do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC, cujas aulas práticas são desenvolvidas na própria Santa Casa.

No primeiro contato que mantive com o grupo de enfermeiras, abordei as questões éticas e salientei que respeitaria integralmente os princípios éticos da pesquisa, protegendo os direitos dos envolvidos nela.

Foram informadas também de que teriam o direito e liberdade de recusar-se a participar ou retirar-se no decorrer do estudo.

Foi encaminhado ao Diretor Administrativo da Instituição e às enfermeiras um termo de autorização para a realização da pesquisa, conforme cópia anexa.

A pesquisa se faz necessária para o crescimento e para a transformação social, mas para realizá-la é imprescindível respeitar conscientemente os aspectos éticos que a norteiam.

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde, que estabelece e aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, que envolvem seres humanos, devendo atender às exigências éticas e científicas fundamentais, foi formalizado o consentimento livre esclarecido, quanto a possíveis danos e quanto ao fornecimento de informações (Gelain, 1998).

De acordo com o art. 35 da referida resolução, foi solicitado o consentimento dos integrantes, assim como à instituição para participação da pesquisa, mediante apresentação dos objetivos e benefícios. Foi assegurado o anonimato, o sigilo, o respeito à privacidade e à sua liberdade de participar ou declinar da sua participação no momento que desejassem (Gelain, 1998). Esta preocupação esteve presente já no primeiro encontro que mantive com o grupo.

#### 4.4 Coleta de dados

Para o desenvolvimento do estudo, foi utilizada como estratégia, a realização de encontros agendados, previamente, que propiciaram ao grupo uma reflexão sobre a realidade vivenciada, totalizando dez encontros. Para isso foi elaborado um roteiro com as seguintes perguntas, que foram respondidas verbalmente e gravadas.

- 1- Em que contexto o ser humano insere na ação do cuidar?

- 2- Como preciso ser para cuidar?
- 3- As condições ambientais favorecem a ação do cuidar?
- 4- Quais os sentimentos que despertam na ação do cuidar?
- 5- Qual a relação de saúde/doença e como no nível hospitalar, conseguimos o equilíbrio biopsicossocial?
- 6- Qual o resultado do cuidar?

A técnica adotada para obtenção das informações envolvem depoimentos escritos e orais, que foram gravados, lidos ou relatados.

Os encontros foram pré-agendados e ocorreram sempre no horário de trabalho, no período de agosto do ano de mil novecentos e noventa e nove a junho do ano dois mil, com intervalos variáveis entre um e outro, de acordo com as necessidades.

#### 4.5 Primeira etapa: marco referencial construído pelo grupo

A estratégia adotada para o desenvolvimento desta etapa foi a de promover inicialmente uma reflexão em grupo sobre as referências conceituais da teoria de Watson, apropriando-as às situações de experiências do enfermeiros na prática, de modo a subsidiar a criação de um constructo apropriado à prática, baseado na reflexão em grupo. Metodologicamente, esta etapa envolveu cinco passos.

##### *PRIMEIRO PASSO: Observação do problema*

No primeiro contato com o grupo de enfermeiras apresentei a minha trajetória metodológica e percebi grande entusiasmo pela manifestação de expectativa que se criou em relação à proposta, considerada de grande valia para a instituição, uma

vez que, estaríamos delineando a nossa forma de atuação, dentro dos princípios estabelecidos pelo grupo .

A escolha da teórica foi por mim estabelecida. A minha empatia pela forma filosófica de pensar de Jean Watson iniciou-se na disciplina de Fundamentos Teóricos de Enfermagem do curso de Mestrado. A partir desse momento, fui em busca de literatura que pudesse ampliar os meus conhecimentos sobre a matéria. Após muitas leituras, pude perceber nos ensinamentos de Watson que havia uma proximidade com os meus princípios.

Quando questioneei o grupo de enfermeiras sobre a forma que nos levaria à melhoria da prática de enfermagem na instituição, elas expressaram a sua preocupação com a falta de referencial para o cuidado prestado aos pacientes. Esta constatação reforçou as minhas intenções em relação à necessidade de um embasamento da teoria, configurando-se que seria uma necessidade do grupo e não apenas da minha parte.

Esse momento foi muito importante, pois senti que as minhas aspirações para o desenvolvimento da proposta não sofreriam resistência do grupo em relação à teórica escolhida.

Nessa oportunidade solicitei ao grupo que redigisse individualmente, sem a troca de idéias entre si, os seguintes conceitos: ser humano, enfermagem, sociedade, ambiente, saúde, doença, cuidar e cuidado. Aproveitei esse momento para apresentar a minha trajetória metodológica de estudo, detalhando as diversas etapas e passos.

#### **SEGUNDO PASSO: Reflexão dos conceitos**

Neste passo cada integrante do grupo abordou as suas concepções de: ser humano, enfermagem, sociedade, saúde, doença, cuidar/ cuidado.

A partir das colocações, pinçamos todas as palavras chaves de cada conceito, listando-as numa cartolina para análise e posterior construção dos

conceitos coletivos. Com base na contribuição de cada um e no processo de reflexão conjunta, o grupo formulou conceitos que seriam incorporados na prática do cuidado.

Na seqüência, solicitei ao grupo que, a partir das palavras-chaves retiradas das respostas emitidas anteriormente, fosse elaborado um conceito coletivo, que refletisse o consenso do grupo.

### TERCEIRO PASSO- Teorização/Watson

Na dinâmica desenvolvida até este passo, havia-me colocado como observadora. A partir deste, passei a desempenhar a função de facilitadora. Iniciei a exposição com uma breve biografia de Jean Watson . A seguir, destaquei aspectos relevantes da estrutura do cuidado segundo Watson: as suposições do cuidado, os pressupostos, os conceitos e os fatores que interferem no processo do cuidado.

### QUARTO PASSO - Reconstrução dos conceitos

Para facilitar o processo, retomei e recapitulei brevemente os conceitos apresentados sobre a teoria de Watson, envolvendo a participação dos integrantes do grupo. Fizemos um exercício de reflexão, a fim de verificar se os conceitos concebidos pelo grupo eram condizentes com a realidade aplicada; se eles correspondiam aos pensamentos de Watson; se o que se pretendia como prática do cuidado humanizado estava implícito nos conceitos formulados pelo grupo; se eles estavam relacionados com a prática de cuidado humanístico que o grupo considerou relevante no seu campo de atuação.

Os conceitos formulados pelo grupo de enfermeiras, após o processo de observação do problema e reflexão dos conceitos e teorização, encontram-se sintetizados no capítulo que trata dos resultados.

## QUINTO PASSO - Avaliação do processo

No último passo, retomei os conceitos elaborados no primeiro encontro, ou seja, os conceitos formulados pelo grupo de enfermeiras antes e após a teorização.

Solicitei ao grupo que fizesse uma avaliação do processo pelo qual passamos e refletissem sobre a importância da construção de um marco de referência do cuidado aplicável ao serviço de enfermagem da Santa Casa de Paranaíba.

### 4-6 Segunda etapa: implementação do marco de referência

A segunda etapa do estudo constituiu-se na implementação do marco de referência, construído na primeira etapa, objetivando a derivação de uma nova concepção do modo de cuidar.

As dinâmicas grupais foram desenvolvidas semanalmente, de forma reflexiva e participativa, envolvendo quatro passos.

#### **Primeiro passo: realidade**

A construção do processo visa às relações interpessoais, onde o grupo de enfermeiras vivencia uma experiência na sua realidade concreta, conhecendo-se, crescendo, conhecendo o outro e dignificando as ações do cuidar, como já foi referido no tipo de pesquisa.

A modalidade convergente-assistencial preconiza que os integrantes do grupo, como parte do processo, sejam envolvidos no contexto assistencial da pesquisa.

A necessidade de estabelecer um novo modo do cuidar emergiu durante o caminhar metodológico da primeira etapa do estudo, onde o grupo manifestou o interesse de introduzir inovações no campo da prática, sistematizadas em quatro

momentos: recepção/observação, interação diagnóstico e operacionalização da assistência.

### **Segundo passo: *observação do problema***

Neste passo, a partir da aplicação dos conceitos construídos pelo grupo na realidade vivenciada, cada integrante do grupo fez uma explanação sobre a sua experiência na sua prática, enquanto cuidadora.

Os demais integrantes do grupo procuraram verificar se o “**pensar**” da relatora estava em consonância com o seu “**fazer**” na prática da enfermagem, tendo como ponto de partida os conceitos concebidos no marco de referência construído na primeira etapa do estudo. Este passo tinha por finalidade buscar um novo direcionamento e verificar a existência de articulação entre a teoria com a realidade vivida na prática assistencial.

### **Terceiro passo: *reflexão/avaliação***

Este passo envolveu uma retomada dos conceitos formulados pelo grupo, associando-os aos relatos das enfermeiras, de modo a verificar se havia consonância entre sua prática, e os conceitos formulados na primeira etapa do estudo.

A pesquisa-convergente assistencial enfatiza o “**pensar e o fazer**”, buscando construir e reconstruir conhecimentos, para orientar a prática assistencial, envolvendo de maneira participativa as pessoas investigadas (Trentini & Paim, 1999).

O processo de reflexão fez com que cada sujeito participante se voltasse para o seu interior, desenvolvendo seu auto-conhecimento e possibilitando a sua transformação (Paganini, 1998).

Para a autora o processo de reflexão, proporciona aos integrantes a transformação do ser/pensar e fazer em enfermagem.

#### **Quarto passo: *revisão da prática***

Foi proposta pelo grupo de enfermeiras, a melhor forma de operacionalizar os conceitos na prática, através da experiência vivenciada e dos conceitos elaborados anteriormente, introduzindo-os na prática diária.

Em todos os encontros, o grupo seguiu a seqüência de passos estabelecidos na trajetória metodológica, refletindo crítica e construtivamente sobre sua prática, redimensionando-a de modo a viabilizar os conceitos concebidos, ou resultando em mudanças de comportamentos, ampliação ou validação do modo de cuidar.

O objetivo desse passo foi de encontrar alternativas de soluções para as dificuldades identificadas na prática, de forma reflexiva, introduzindo mudanças no contexto da prática, seguindo os critérios da pesquisa convergente-assistencial (Trentini & Paim, 1999).

Para finalizar este capítulo, apresento a Figura 1, que sintetiza a trajetória metodológica adotada na segunda etapa do estudo.

FIGURA 1 - SÍNTESE DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



## 5 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Construção do marco de referência

A trajetória metodológica utilizada para a construção do marco de referência constitui-se de cinco passos: observação do problema, reflexão dos conceitos, teorização/Watson, reconstrução dos conceitos e avaliação da reflexão.

Inicialmente solicitei ao grupo que, com base no seu modo de cuidar, redigisse individualmente as respostas de cada conceito e procedem à leitura delas.

Descrevo abaixo os conceitos individuais de ser humano, enfermagem, sociedade, ambiente, saúde, doença e cuidar/cuidado.

#### **Ser humano**

*"O mais completo e complexo dos seres humano possui inteligência e sente amor, mas também mata e destrói". Arara.*

*"Indivíduo que vive em sociedade". Beija-flor.*

*"É um ser racional, provido de sentimentos". Andorinha.*

*"É um ser dotado de razão, sentimentos, crenças e cultura, com direitos e deveres que vive em sociedade". Bem-te-vi.*

*"Indivíduo capaz de atos de bondade, que pensa no próximo". Gaivota*

*"É o ser vivo que possui capacidade intelectual, racional e inteligência".  
Garça.*

### **Enfermagem**

*"Equipe que presta assistência ao cliente tanto preventiva quanto curativa, que tem como objetivo atender o cliente como um todo, respeitando os seus direitos e dignidade, educando-os por meio de informações e contribuindo constantemente para sua recuperação". Arara.*

*"Profissão que valoriza a vida". Beija-flor.*

*"Profissão da área da saúde, que presta cuidados a pacientes com problema de saúde (ambulatorial ou internados), fazer a prevenção ou a cura".  
Andorinha.*

*"É um setor da área da saúde voltado para cuidar, tratar, ajudar pessoas e prevenir doenças em geral. Mais que uma profissão, é um Dom". Bem-te-vi.*

*"Elo entre o paciente e a família e paciente e o médico; é uma equipe de profissionais em que os pacientes familiares e médicos confiam". Gaivota.*

*"É a equipe profissional que presta assistência ao cliente, promovendo a saúde e prevenindo a doença". Garça.*

### **Sociedade**

*"Grupo de pessoas". Beija-flor.*

*"É um todo, com várias diretrizes e preceitos que terão de ser seguidos".  
Bem-te-vi.*

*"É um grupo de pessoas que, sem perceber, exige um do outro modos e/ou*

ações". Andorinha.

*"Meio em que vivemos, dividida em diversos grupos: esses grupos são separados de acordo com a situação financeira e educação dos componentes". Gaivota.*

*"Grupos de pessoas que têm os seus princípios e cultura baseados na educação que recebem desde o nascimento, podendo ser modificados, dependendo do meio em que vivem ". Garça.*

### **Saúde e doença**

*"Não significa apenas a ausência de doença; ter saúde é estar bem física e mentalmente". Arara.*

*"Bem-estar". Beija-flor.*

*"Não existe ninguém que seja completamente saudável, sendo a procura de algo psicológico, doença, financeira. Completo bem-estar físico, mental e social". Andorinha.*

*"É o completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, todos interagindo em harmonia" Bem-te-vi:*

*"Ausência ou desequilíbrio de qualquer um desses itens (saúde)". Bem-te-vi.*

*"É estar bem fisicamente, psicologicamente e estar integrado com a sociedade". Gaivota.*

*"É ser portador de alguma patologia ou estar com algum problema psico-financeiro". Gaivota.*

*"Saúde é a ausência de doença ou de bem-estar, independentemente da origem. Doença é a presença de uma patologia, fazendo com que a pessoa dependa de cuidados de outros". Garça.*

**Cuidar**

*“Zelar por algo, proteger, promover o bem-estar”. Arara.*

*“Prestar assistência”. Beija-flor.*

*“Prestar assistência a pessoas debilitadas e com necessidades físicas e mentais”. Andorinha.*

*“Oferecer serviços com cautela a pessoas ou materiais que necessitam de cuidado”. Gaivota.*

*“Assistir, observar, prestar cuidado”. Garça.*

**Cuidado**

*“Prestado a pacientes que necessitam de alguma forma de ajuda como: psicológica, física ou medicamentosa”. Andorinha.*

*“Forma como se deve agir em determinadas situações, ter cautela”. Gaivota.*

*“Assistência prestada ao cliente/paciente, dentro de uma visão holística”. Garça.*

Após a apresentação dos dados acima descritos, iniciamos o processo de reflexão, em que destacamos as palavras-chaves e construímos conceitos coletivos, incorporando as idéias de cada integrante, conforme a apresentação a seguir.

**Ser humano:** *“Indivíduo que vive em sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres.”*

**Enfermagem:** *“Profissão que valoriza a vida, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite confiança e segurança. Mais que profissão, é dom.”*

**Sociedade:** *“Grupo de pessoas com princípios diferentes, cujo comportamento pode ser modificado pelo meio em que vivem.”*

**Saúde:** *“Bem-estar físico com ausência de doença, buscando o equilíbrio psicossocial.”*

**Doença:** *“Mal-estar físico com presença de patologia e/ou desequilíbrio psicossocial.”*

**Cuidar/Cuidado:** *“Observar, proteger, zelar, prestar assistência com cautela a cliente e materiais.”*

No término da elaboração de todos os conceitos, solicitei ao grupo que fizesse uma breve reflexão da sua prática diária, para verificar como e até que ponto esses conceitos se relacionavam com a sua prática.

O grupo chegou à conclusão de que a enfermagem se concentrava nas atividades burocráticas e que o atendimento dos pacientes, enquanto “**seres humanos**” como mente, corpo e alma, não fazia parte da nossa realidade. Essa etapa foi desenvolvida em dois encontros, com a duração total de cento e vinte minutos.

Após a elaboração coletiva dos conceitos, passamos ao terceiro passo do processo metodológico: a teorização baseada nos princípios de Watson.

No término desse passo, com a incorporação da teoria de Watson, os integrantes do grupo concluíram que os conceitos elaborados deveriam envolver aspectos que consideraram importantes, ampliando as suas visões. Com base nas reflexões da sua prática e aprofundamento da teoria de Watson, o grupo chegou ao consenso dos conceitos que seriam implementados na prática do cuidado, que são apresentados a seguir.

## **SER HUMANO**

*“Indivíduo que vive na sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres, que deve ser respeitado, compreendido e atendido na sua totalidade.”*

Analisando o conceito formulado pelo grupo, considero compatível com os princípios de Watson (apud Talento, 1993), inserido o indivíduo na sociedade na sua totalidade, “valorizado em si e de si”.

## **ENFERMAGEM**

*“Profissão que valoriza a vida, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite confiança e segurança. Mais que profissão, é dom.”*

Dentro dos fatores da estrutura do cuidado de Watson, descrito por Lacerda (1996), encontramos semelhança de pensamento, no que se refere ao estabelecimento das relações de segurança, no elo interpessoal, onde o enfermeiro possa interagir, transcender e promover a prática educativa.

## **CUIDAR/CUIDADO**

*“Assistir, proteger, zelar e educar, respeitando os valores pessoais de cada paciente, promovendo a satisfação das suas necessidades físicas, espirituais e psicológicas.”*

No conceito de cuidar observei que, para a enfermeira poder efetivamente praticar o cuidado, deve possuir habilidades de observar os sentimentos, ações, e

comportamentos do paciente, valorizando a sua vida e atendendo-o na sua totalidade. O cuidar, visto no primeiro encontro, se limitava em zelar, proteger e assistir.

A concepção de cuidar/cuidado, formulada pelo grupo, é bastante abrangente: envolve o cuidado humanístico, observa os sentimentos, as ações e os comportamentos dos pacientes durante o seu atendimento, para serem eles cuidados com dignidade e procura estabelecer equilíbrio entre o corpo, a alma e a mente.

### **MEIO AMBIENTE/SOCIEDADE**

*“Grupo de pessoas que compartilham os mesmos ideais ou proferem princípios diferentes que interagem, cujo comportamento pode ser influenciado pelo meio.”*

O conceito de sociedade do grupo se relaciona com os pressupostos de Watson (Talento, 1993), quando aborda a formação de um sistema de valores humanista-altruísta para a ciência e arte do cuidado e que o homem sofre influência do meio em que vive.

### **SAÚDE/DOENÇA**

*“Bem-estar físico, com ausência de doença, buscando o equilíbrio psicossocial (corpo, mente e alma).”*

Doença: *“Presença de mal-estar físico e ou desequilíbrio psicossocial (mente e alma).”*

Watson (Talento, 1993) considera a saúde como a “harmonia do corpo, alma e mente”. Neste momento de reflexão o grupo, apesar da complexidade do conceito, concluiu que realmente o indivíduo deve ter este equilíbrio do corpo, da alma e da mente, e conceitua a doença como o desequilíbrio da harmonia do corpo, da alma e da mente.

Durante o último passo da primeira etapa metodológica senti grande insegurança: apesar de ter consciência de estar atingindo os objetivos propostos, não tinha certeza de que o grupo estaria preparado para esta prática reflexiva. Felizmente, quando solicitei ao grupo que se fizesse uma avaliação, este demonstrou estar satisfeito com o trabalho. Os membros do grupo relataram as contribuições que esta prática reflexiva do cuidado proporcionou para a construção do marco referencial. Todas afirmaram que hoje a sua visão de cuidado em enfermagem tem outra dimensão.

Considereei a prática reflexiva do grupo uma dinâmica muito interessante, pois todas mobilizaram os seus pensamentos na tentativa de conciliarem-se com as concepções e propostas de outras pessoas, extraindo uma elaboração coletiva comum.

É necessário refletir mais sobre a prática cotidiana, pois o cuidar é exercido por muitos profissionais, que aplicam somente os conhecimentos técnicos no atendimento aos pacientes, dando ênfase somente à doença instalada em vez de atender ao indivíduo portador dela.

Segundo Carraro (1997), os pensamentos de Florence eram avançados para a época, tanto na sua atuação humanística, quanto na preocupação com a família integrada no meio ambiente.

Tendo em vista a realidade contextual, considereei importante a construção de um marco de referência para o cuidado, com que embasar a nossa assistência, na tentativa de resgatar a questão humanística na atuação da enfermagem.

A minha proposta foi implementar os conceitos construídos com o grupo de enfermeiras no atendimento aos pacientes internados na Santa Casa de Paranaíba, visando a redirecionar a prática da enfermagem num processo educativo de trabalho.

No decorrer do desenvolvimento da tarefa, percebi o crescimento do grupo. Analisando os conceitos formulados individualmente, antes da reflexão e da teorização, com os formulados posteriormente, verifiquei uma grande ampliação conceitual, conforme se ilustra na figura 2.

A Figura 2 mostra comparativamente a evolução dos conceitos, ou seja, uma síntese dos resultados da primeira etapa do estudo.

FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DE CONCEITOS DA PRÉ-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO À PÓS-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO

### PRÉ-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO

**Ser humano:** "Indivíduo que vive em sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres."

**Enfermagem:** "Profissão que valoriza a vida, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite confiança e segurança. Mais que profissão, é Dom."

**Sociedade:** "Grupo de pessoas com princípios diferentes cujo comportamento pode ser modificado pelo meio em que vivem."

**Saúde:** "Bem-estar físico com ausência de doença, buscando o equilíbrio psicossocial."

**Doença:** "Mal estar físico com presença de patologia e/ou desequilíbrio psicossocial."

**Cuidar/Cuidado:** "Observar, proteger, zelar, prestar assistência com cautela a cliente e materiais."

### PÓS-REFLEXÃO/TEORIZAÇÃO

**SER HUMANO:** Indivíduo que vive na sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres. Devendo ser respeitado, compreendido e atendido na sua totalidade."

**ENFERMAGEM:** "Profissão que valoriza a vida, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite confiança e segurança. Mais que profissão, é DOM."

**MEIO AMBIENTE/SOCIEDADE:** "Grupo de pessoas que compartilham os mesmos ideais ou com princípios diferentes que se interagem, cujo comportamento pode ser influenciado pelo meio."

**SAÚDE:** "Bem estar físico, com ausência de doença, buscando o equilíbrio psicossocial (corpo, mente e alma)."

**DOENÇA:** "Presença de mal estar físico e ou desequilíbrio psicossocial (mente e alma)."

**CUIDAR/CUIDADO:** "Assistir, proteger, zelar e educar, respeitando os valores pessoais de cada paciente, promovendo a satisfação de suas necessidades físicas, espirituais e psicológicas."

## 5.2 Implementação do marco de referência construído pelo grupo

Concluída a primeira etapa do estudo, em razão da consideração que tenho pelo grupo, apresentei um breve relato sobre os resultados alcançados, com a felicidade e o privilégio de ter compartilhado esses momentos com ele.

Esta etapa objetivava a implementação do marco de referência, articulando os conceitos redefinidos na realidade da prática assistencial, derivando uma nova concepção do modo de cuidar.

Para melhor compreensão da trajetória metodológica do trabalho de pesquisa, inicialmente relatei alguns aspectos que considerei importantes sob a ótica de Watson. Confesso que, em momento algum, havia sentido tanta segurança em relação à metodologia escolhida, como naquele instante. Na implementação dos conceitos, que constituem o marco de referência, teve-se a oportunidade de testar a metodologia adotada, com a concordância do grupo; se eventualmente a proposta não se adaptasse à prática, retomaríamos todo o processo, ajustando-o à realidade local.

Na oportunidade apresentei a estratégia de coleta dos dados para a análise do material narrativo e das prioridades na elaboração do relatório final. Considerei relevante comentar que o atendimento dos pacientes deveria promover o conhecimento e o crescimento das pessoas que vivenciam o processo de cuidar e do cuidado. Para isso é importante desenvolver a capacidade de perceber no outro aquilo que percebemos em nós mesmos, e que necessitamos desenvolver a nossa sensibilidade para conseguir sensibilizar o próximo. Isto só é possível com o desenvolvimento do autoconhecimento ou autoconscientização.

Boykin (1998) confirma estas colocações, quando comenta que, através dos nossos relacionamentos, passamos a perceber a nós mesmos e aos outros como pessoas. A percepção de si mesmo como pessoa auxilia no reconhecimento da

pessoa cuidadora que vivencia o cuidado e que encara cada encontro como oportunidade de crescimento.

Conforme estabelecido na metodologia, antes da conclusão do encontro, era agendado o encontro subsequente, que ocorreu quatro dias após.

Esta etapa foi marcada por momentos especiais, e grandes surpresas: fui contemplada no dia seguinte (21-03-2000) no corredor por uma das enfermeiras que faz parte do estudo e que externou a sua felicidade ao relatar sua experiência na prática assistencial, dizendo:

*Suzi, não é necessário esperar até o nosso próximo encontro, sexta feira. Posso colocar as minhas experiências hoje, vou ser elogiada por todos, só vai dar "eu" na avaliação de desempenho (Humildade).*

O entusiasmo, pude perceber no seu tom de voz e na sua expressão facial, foi um momento fascinante e gratificante, em pensar que estava somente começando o processo.

O grupo será identificado, a partir deste momento, fazendo uso de pseudônimos de Humildade, Felicidade, Harmonia, Amor, Esperança e Paz. Conforme já relatado anteriormente, os pseudônimos foram alterados por se tratar de um estudo com enfoque humanístico.

Humildade, na sua explanação, salienta a importância de se prestar um cuidado humanizado e o defende contando uma experiência vivenciada. Quando estava reunida com um grupo de professores do curso de auxiliar de enfermagem, comentaram o fato de que os alunos perdem muito tempo conversando com os pacientes. Aproveitando a situação, Humildade argumentou a respeito da importância da proximidade com o paciente, defendendo a humanização da assistência.

Expressei os meus sentimentos enquanto facilitadora do processo, em saber que estamos conseguindo ampliar o número de pessoas defensoras do cuidado humanístico.

Para fundamentar a abordagem de Humildade, Waldow (1998) enfatiza que as enfermeiras geralmente são educadas para administrar unidades de serviços de saúde, mas as novas tendências na educação conduzem à busca de um modelo humanista e crítico, e que o cuidado deve ser acrescentado nos modelos curriculares da enfermagem. Para a autora o cuidado deve ser vivido. Não existem modelos prontos e acabados como receitas, mas é fundamental que o corpo docente, identifique o cuidado como valor, reconhecendo e explorando os seus significados.

Waldow (1998) salienta a importância de trabalhar os conceitos humanístico e o cuidado no nível curricular.

Neste estudo, como um dos objetivos a serem atingidos, foi proposta a reflexão sobre a importância do cuidado, visto que o cuidado humanístico foi adotado como fundamental na assistência de enfermagem, conforme pudemos perceber nas declarações realizadas por Humildade, em concordância com os demais membros do grupo, salientando-se ainda que os pacientes preferem o atendimento feito pelos estagiários de enfermagem.

Humildade comenta os seus sentimento de entusiasmo em saber que pode auxiliar pessoas, satisfazendo-lhes as necessidades percebidas, pessoas que, por um motivo ou outro, se encontram com a sua saúde fragilizada, melhorando a condição de ser humano.

Amor no seu depoimento, relata que, para desempenhar o papel de enfermeira, necessita de muita paciência, atenção e boa vontade. Esses aspectos podem direcionar os nossos cuidados adaptados à realidade, transmitindo mais segurança aos pacientes. Segundo ela, não devemos limitar este trabalho somente

ao grupo que participa do estudo, mas estendê-lo aos demais funcionários da unidade.

Para Crossetti (1997), o cuidado e o cuidador estabelecem um vínculo entre si, quase um pacto inconsciente, em que o ter paciência e o ter consideração formam os elementos essenciais do cuidar. O processo de cuidar é definido por Waldow (1998) como desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência e pensamento crítico.

Felicidade, como as demais, está maravilhada com o processo e consegue externar os seus sentimentos, confirmando-os com a sua expressão corporal. No seu relato, afirma concordar com os depoimentos de Humildade e Amor, salientando que realmente ter muita boa vontade em auxiliar o outro. Dos depoimentos coletados percebe-se que o processo ainda está na sua fase inicial, mas já pressenti esta necessidade, quando propus quatro encontros.

O número de encontros previstos não foi suficiente; então, de comum acordo, agendamos mais encontros, para que pudéssemos realmente atingir nossos objetivos.

Estrategicamente deixei que os atores sociais relatassem espontaneamente as experiências vivenciadas, mesmo por se tratar do segundo encontro. Enquanto facilitadora, necessitava de um período para experienciar e testar a metodologia proposta.

Nos discursos realizados por Humildade, Amor e Felicidade, observei que relataram apenas o diagnóstico levantado. Mesmo assim considerei um avanço, tendo em vista que um dos objetivos é ensejar um "ir e vir" entre a teoria e a prática, entendendo que este processo não pode resumir-se em um único encontro.

O instrumento direcionador foi aplicado no passo da reflexão/avaliação. O **ser humano** foi caracterizado por Humildade como ansioso, temeroso do novo e portador de problemas. Com as ações do **cuidar** podemos minimizar os problemas de ansiedade e proporcionar ao paciente maior tranquilidade. Os sentimentos que

despertam na ação do cuidar, enquanto **enfermeira**, é a felicidade em poder ajudar o próximo. O **ambiente** em que prestamos cuidados deve favorecer o tratamento do paciente, como também resgatar o equilíbrio biopsicossocial e espiritual no que se concebe como **saúde-doença**.

Para Amor, como **enfermeira**, é preciso ter muita paciência e atenção. Sente a necessidade de policiar mais as suas atividades, efetuando as suas visitas pré-operatórias com mais frequência, pois o contato prévio pode proporcionar ao paciente, enquanto **ser humano**, mais segurança, já que se sentem inseguros e com necessidades de informações a respeito do que pode acontecer com eles. O **ambiente** favorece a ação do cuidar. O equilíbrio biopsicossocial e espiritual (**saúde/doença**) é difícil de conseguir, mas não impossível.

Felicidade relata que a paciente a quem prestara a ação do cuidar, já havia experienciado uma internação anterior, há mais ou menos 10 anos. Tais experiências estas não foram muito agradáveis, pois a qualidade do atendimento esperado não superou as suas expectativas enquanto paciente, e em função desta internação demonstrava-se muito ansiosa. Por sua vez, Felicidade procurou saber em que sentido estas necessidades deixaram a desejar. Constatou que isso estava relacionado aos funcionários que trabalhavam na unidade. A partir de então, Felicidade a tranqüilizou, informando-a de que os funcionários que prestam serviço hoje não são os que pertenciam ao quadro funcional de outrora e através de uma expressão de sorriso no rosto, pude perceber a tranqüilidade na sua fisionomia e dos familiares que a acompanhavam.

Neste relato, percebeu-se que a ansiedade pode ser suavizada por meio de palavras tão simples, mas de fundamental importância para o paciente. O cuidar, neste sentido, foi proporcionar tranqüilidade, na tentativa de fortalecer o ser cuidado, amenizando a sua ansiedade. Infelizmente, por problemas técnicos, os conceitos de enfermagem, ser humano, sociedade/ambiente, saúde/doença e cuidar/cuidade, relatados por Felicidade, não foram transcritos na sua íntegra; mas, analisando o relato da experiência vivenciada, percebi que não diferem das demais participantes.

Os conceitos para Humildade, Amor e Felicidade ainda se encontram um pouco tímidos, necessitando serem trabalhados, refletindo o processo do cuidar. Para Cianciarullo (1997), as enfermeiras se dedicaram durante muitos anos a uma prática tecnicista, relegando a segundo plano a prática cuidativa.

Na tentativa de resgatar esta prática cuidativa, denominada "ação do cuidar" no presente trabalho, abordamos a importância de estarmos refletindo mais sobre a prática da enfermagem.

O processo de reflexão contribui para a transformação individual ou social, na busca de soluções para os problemas reais, utilizando formas criativas e originais na ação do cuidar. Ainda que precoce, pude perceber no grupo que a compreensão de cuidado nas atividades de enfermagem não se limita a resolver problemas de ordem física, mas atingem uma esfera superior, onde o ser humano é visualizado como portador de necessidades a serem satisfeitas. Esta evolução foi possível através dos momentos de reflexão dos conceitos.

Paganini (1998) acrescenta que o processo reflexivo é uma forma de enfrentar e superar o isolamento e alienação do indivíduo. Para a autora o processo reflexivo de grupo é entendido como uma interrelação da enfermeira facilitadora com a enfermeira sujeito do estudo, a fim de transformar o ser, pensar e fazer em enfermagem.

Baseado nesse princípio, acreditamos que, mediante o processo reflexivo, ir e vir entre a teoria e a prática, podemos concretizar a ação do cuidar. Este lento caminhar, representa para mim, enquanto facilitadora, um percurso importante, que me faz refletir sobre a metodologia proposta e repensar os meios de condução do processo.

Mayeroff (1971) entende que o cuidado envolve crescimento entre o cuidado e o ser cuidador, dando significado à sua própria vida, por meio de descobertas e aprendizagem, como também relaciona os principais elementos do cuidar/cuidado:

conhecimento, ritmos alternados, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem.

A qualidade do cuidado, evolui com a experiência vivenciada. Com este propósito, trabalhamos cuidadosamente para não perder a essência do trabalho e logramos um resultado que corresponda aos princípios.

Conforme os encontros iam acontecendo, fomos adquirindo mais maturidade, para concluir o processo de forma consistente e principalmente com o retorno esperado, isto é, com crescimento e de conhecimento.

Esses fatores acima mencionados vêm ao encontro da evolução e desenvolvimento da implementação do cuidado, objetivando resgatar os valores do cuidado, proporcionando aos pacientes um atendimento de qualidade, vislumbrando o ser humano na sua totalidade e individualidade, no seu equilíbrio de corpo, alma e mente. Concluo que a ação do cuidar pode somente ser considerada efetiva dentro dos padrões humanísticos.

Esperança relatou que, desde o início das suas atividades profissionais nessa instituição, desenvolveu as suas ações mais voltada para o nível burocrático. A partir do momento em que iniciamos o trabalho, passou a refletir mais sobre a sua conduta, dando mais importância ao cuidado com o paciente, em uma relação mais próxima.

*Depois que começamos esse trabalho, comecei a dar mais atenção aos pacientes e achei muito legal (Esperança).*

Para Tavares (1999), o despreparo profissional gera muita insegurança no enfermeiro para prestar assistência aos pacientes, fazendo com que ele se afaste das atividades do cuidado, e se concentre nas atividades administrativas, delegando as atividades do cuidar a outros profissionais da área.

Para o autor o cuidado é diferente de todas as outras técnicas de enfermagem, não segue uma padronização; a eficácia do cuidado se encontra na inovação, na despadronização ou na capacidade de criatividade e nas improvisações da enfermeira.

Esperança relata que infelizmente não conseguiu até o momento trabalhar seguindo o propósito da metodologia. Harmonia se mostrou entusiasmada, e chegou a relatar, nos corredores do Hospital a sua satisfação na aplicação do novo modo de cuidar, numa situação ocorrida no pronto socorro.

A seguir apresento os relatos de como os integrantes do grupo vivenciaram a aplicação do novo modo de cuidar, as suas expectativas, sentimentos, desafios e estratégias de enfrentamento, dentro da proposta de humanização, identificando as fases do processo como estas: recepção/observação, interação, diagnóstico e operacionalização da assistência. Estas fases do processo foram definidas para a melhor compreensão da etapa da sistematização da assistência, seguida com o relato da experiência.

**QUADRO 2 - RELATO DA REALIDADE VIVENCIADA POR HARMONIA NA  
APLICAÇÃO DO MODELO DE CUIDAR**

<b><i>Fase do Processo</i></b>	<b><i>Relato da experiência</i></b>
<b><i>Recepção/Observação</i></b>	<i>Segunda-feira, mais ou menos nove horas, deu entrada no P.S., uma paciente vítima de um acidente de trânsito (colisão de veículos), em que ela estava dirigindo o veículo.</i>
<b><i>Interação/Diagnóstico</i></b>	<i>Estava grávida de 8 meses de gestação e esta era a sua segunda gravidez. Apesar de não apresentar ferimentos ou lesões e estar consciente e orientada, estava muito ansiosa e bastante</i>

<p><b>Operacionalização da assistência</b></p>	<p><i>nervosa com o ocorrido. Os próprios familiares chamaram o médico (com quem a paciente havia iniciado pré-natal) de confiança, o qual compareceu imediatamente.</i></p> <p><i>Foi avaliada por este e também pelo plantonista do hospital. Prestamos os cuidados de enfermagem de rotina.</i></p>
<p><b>Interação/Operacionalização da assistência</b></p>	<p><i>Acompanhei o fato praticamente deste o princípio, permanecendo ao seu lado durante todo o tempo, conversando, tentando acalmá-la e controlando a sua pressão arterial que estava alterada.</i></p>
<p><b>Observação</b></p>	<p><i>Enquanto o médico fazia a avaliação, a paciente relatou ter realizado consulta médica com outro profissional em outra cidade, o que deixou o médico irritado, perceptível para todos, incluída a paciente. Tentou justificar a sua conduta, explicando que tentou marcar consulta, porém o tempo que teria que aguardar, para surgir uma vaga, era muito longo; com isso procurou outro profissional, que já havia sido seu médico, quando residia em outra cidade.</i></p>
<p><b>Diagnóstico</b></p>	<p><i>Pude perceber que ela ficou ainda mais tensa e muito chateada com a atitude do profissional médico. Este, por sua vez, disse-lhe à acompanhante, que necessitava de internação, e que fizessem a opção de ficar ou ir para outra cidade que faz o acompanhamento do pré-natal e se fizerem por opção não ficar no hospital que o fizesse imediatamente, devido ao risco que ela corria.</i></p>
<p><b>Observação</b></p>	<p><i>Pude perceber que ela ficou ainda mais tensa e muito chateada com a atitude do profissional médico. Este, por sua vez, disse-lhe à acompanhante, que necessitava de internação, e que fizessem a opção de ficar ou ir para outra cidade que faz o acompanhamento do pré-natal e se fizerem por opção não ficar no hospital que o fizesse imediatamente, devido ao risco que ela corria.</i></p>
<p><b>Diagnóstico/Operacionalização da assist.</b></p>	<p><i>Detectei a angústia da paciente através da expressão facial e do diálogo que tivemos. Disse-lhe que não se preocupasse com o fato do médico ter ficado chateado e que isso era direito dela.</i></p>
<p><b>Operacionalização da</b></p>	<p><i>Uns vinte minutos depois, ainda tensa e com P.A. alterada,</i></p>

<b>assistência</b>	<i>entrei em contato com o médico, informando-lhe o quadro clínico. Pedi que a medicasse e a incentivasse a ir para o outro município, já que estavam fazendo o pré-natal por “debaixo dos panos”.</i>
<b>Diagnóstico/Operacionalização da assistência</b>	<i>Vendo a angústia dela não lhe disse nada, mesmo quando ela pediu a minha opinião; respondi que pensasse nela e no bebê e não no médico.</i>
<b>Diagnóstico/Operac. da assistência</b>	<i>Após algum tempo fizeram por opção permanecer internada aqui mesmo, comuniquei ao médico.</i>
<b>Diagnóstico</b>	<i>Permaneci sempre ao lado da paciente, ouvindo os seus anseios e queixa;, procurei tranquilizá-la e pedi que mantivesse calma, acomodando-a na maca.</i>
<b>Observação</b>	<i>Ao ver a paciente mais calma, ausentei-me do setor, deixando-a sob cuidados da equipe de enfermagem.</i>
<b>Interação/Operacionalização da assistência</b>	<i>As treze horas, quando retornei do almoço, para surpresa minha, a paciente estava internada na UTI, no setor em que eu trabalho.</i>
	<i>Dirigi-me até ela, perguntando se estava tudo bem, ela segurou forte minha mão e começou a chorar, dizendo quanto era bom eu estar ali presente também. A maneira como segurou minha mão e a expressão do seu olhar fez com que eu também ficasse emocionada e percebesse o quanto minha presença era importante naquele momento. Permaneci durante determinado tempo segurando sua mão, tentando tranquilizá-la, pedindo-lhe que tivesse fé, que tudo daria certo. Ela perguntou o que eu achava, se era melhor ela ir embora. Respondi-lhe que este era um direito dela, que ficasse tranqüila que tudo correria bem, e que até para o seu bebê seria mais seguro caso ela necessitasse de uma UTI</i>

<p><b>Operacionalização da assistência/Interação</b></p>	<p><i>neonatal, já que o hospital não dispõe deste serviço.</i></p> <p><i>Quando já estava tudo encaminhado para o transporte dela, com aspecto muito tranqüilo e seguro, ela pegou novamente as minhas mãos e agradeceu emocionada os cuidados e apoio prestados a ela, por mim e pela equipe de enfermagem. Desejei-lhe boa sorte, pedindo que, assim que possível, nos mandasse notícia.</i></p>
--	---

Harmonia em seu depoimento, durante o “passo metodológico – observação”, relatou que uma paciente dera entrada no Pronto Socorro, após ter apresentado sintomas de pré-eclampsia, durante a condução de seu veículo, que resultou em uma colisão no caminho do trabalho.

Paciente no 8º mês de gestação, mãe do 2º filho, se apresentava nervosa, relatando que seu pré-natal estava sendo acompanhado por um obstetra de outra cidade. Ao tomar conhecimento deste fato, o obstetra, que estava prestando assistência, não se mostrou muito satisfeito com a escolha da paciente, deixando bem claro que ela se sentisse bem à vontade para procurar o seu médico.

A paciente se mostrou preocupada. Por uma questão de respeito ao próximo, de princípios e dos valores humanístico-altruístas, não gostaria de criar situações desagradáveis em relação à sua escolha. Harmonia, por sua vez, achou prudente respeitar seus valores, “passo metodológico – realidade”, tranquilizando-a e orientando-a para que não se preocupasse com o médico naquele momento, e que a pessoa mais importante seria ela e seu bebê, desconsiderando-se que o médico também está na sua condição de **ser humano**; pelas manifestações de comportamento apresentadas, demonstrou seus sentimentos afetados, por ter sido substituído por outro colega. Esta situação não foi detectada e trabalhada pelo profissional de enfermagem.

Na forma de atuação da enfermeira, observamos uma dupla manifestação de comportamento: não houve preocupação em relação ao profissional médico, mas

focalizou a sua atenção na paciente, demonstrando um crescimento na sua forma de interagir e de cuidar, apoiando e reforçando a condição de liberdade que, no meu entender, é um subconceito humanístico.

Esta ação do cuidar, apesar de a paciente ter feito a opção por outro serviço, não interferiu no cuidado prestado. A paciente foi respeitada eticamente, valorizada enquanto ser humano, sendo que o único interesse de Harmonia foi o bem-estar do outro, prestando cuidado de forma honesta e aberta: a empatia principiou um sentimento de confiança favorecendo a interação enfermeira/paciente.

Dentro dos fatores da estrutura do cuidado, estabelecidos por Watson (1988), a forma como Harmonia conduziu as suas ações evidenciou os fatores: formação de um sistema de valores humanístico-altruista; sensibilidade consigo e com os outros; promoção de fé e esperança e expressão dos sentimentos positivos e negativos.

Durante o relato de Harmonia, percebemos a emoção que esta relação de interação ocasionou, para o cuidador e para o cuidado, sentimentos demonstrados no momento em que houve o aperto das mãos e a emoção de ambas no processo.

*Ela segurou a minha mão e começou a chorar, dizendo o quanto era bom eu estar ali presente. A maneira como segurou a minha mão e a expressão do seu olhar fez com que eu também ficasse emocionada e percebesse o quanto a minha presença era importante naquele momento (Harmonia).*

Na tentativa de trabalhar a questão emocional da paciente, Harmonia se apegou a forças mais elevadas, solicitando que acreditasse em um ser superior, que tivesse fé e esperança e que tudo correria da melhor forma possível, estimulando a sua espiritualidade.

O desenvolvimento da atividade do cuidar é importante para que enfermeiro e paciente alcancem a concordância, tornando o cuidado genuíno, pelo ideal de ajuda, adquirindo comportamento de ser humano (Paganini, 1998). Para a autora o cuidado

está ligado ao significado do ser humano. O cuidado como proximidade e presença, ajuda a pessoa a perceber e compreender a melhor forma de viver.

Durante a ação do cuidar de Harmonia, o **ser humano** foi trabalhado somente enquanto paciente, esquecendo que o profissional que apresenta, na condição de médico, também possui os seus sentimentos, valores e que deve ser compreendido em na sua totalidade, valorizado de si e em si. Analisando o material narrativo, observamos que por nenhum momento o médico foi respeitado como ser humano, conforme concebido no marco de referência.

Muitas vezes, nestas situações, esquecemos que o foco é muito mais extensivo do que percebemos, e que existem mais pessoas envolvidas, no mundo daquele que é cuidado.

Após a explanação de Harmonia, foi utilizado o instrumento diretivo, para conduzir o processo do cuidar. Ao aplicar o instrumento diretivo, passo metodológico – reflexão/avaliação, o grupo concluiu que o **ser humano**, nesta ação do cuidar, foi inserido como indivisível, humano, possuidor de sentimentos, valores, crenças, necessidades, direitos e deveres, e como **enfermeira** foram preservados os direitos morais e éticos da paciente, proporcionando-se um elo na interação enfermeira/paciente, demonstrando confiança e empatia.

Para Watson, a empatia “é uma habilidade que o enfermeiro desenvolve de experimentar o mundo privado, os sentimentos de outra pessoa e de comunicar-se com o outro”. A autora acrescenta que a empatia ocorre com a experiência e a vivência; ela enseja a comunhão de experiências, de sentimentos, de energia e cura (Camponogara, 1999, p. 106).

Amor salienta que no processo da ação do cuidar, Harmonia prestou a sua assistência ao paciente, considerando o ser humano além do físico, submergindo as suas ações do cuidar nos aspectos psíquicos, o que demonstrava ser prioridade naquele momento.

O **ambiente/sociedade**, apesar da ação do cuidar de Harmonia, sofreu influências externas, que foram trabalhadas na tentativa de conseguir o equilíbrio biopsicossocial e espiritual (**saúde/doença**), orientando a paciente para que não levasse em consideração a colocação do médico, tranquilizando-a e confortando-a.

O **cuidado** foi prestado de forma integral, zelando, respeitando a sua individualidade, assistindo, protegendo, satisfazendo, valorizando, promovendo o bem-estar da paciente e inspirando confiança, que traz segurança na relação entre as partes. A prática educativa em enfermagem, segundo Camponogara (1999), envolve a reflexão, promove uma revisão constante de valores, passa a fazer parte da vida e da existência. Para Wolff (1996) a reflexão é um processo de auto-ajuda, à medida que se amplia a percepção sobre a realidade: a compreensão melhora, porque o diálogo permite a exteriorização das idéias.

Acredito que após este processo da ação do cuidar, houve um crescimento pessoal tanto do cuidado como do cuidador: os sentimentos que despertaram na ação do cuidar são indescritíveis e maravilhosos.

No que entendo e conheço sobre transcendência, Harmonia, de forma singela e tímida nas suas ações do cuidar, demonstrou experimentar este processo. Transcender, segundo Watson (1988), é quando há um fluir intersubjetivo do enfermeiro e do paciente, ambos co-participam em um vir a ser.

Objetivando este "vir a ser", Harmonia reuniu todos os conhecimentos adquiridos ao longo da sua vivência, na sua ação do cuidar, de forma ética, moral e profissional, despertando sentimentos e emoções, na tentativa de proporcionar o bem-estar de ambos (enfermeira/paciente), no presente e no futuro, em uma interação transpessoal.

Cuidar do outro, para Tavares (1999, p. 38), "nos leva a penetrar na dimensão silenciosa do nosso próprio eu, é a oportunidade de resgatar a nossa inteireza". A ação de um cuidado adequado justifica a emoção externada por Harmonia, esta oportunidade de resgatar a inteireza: saber que aquilo que fazemos ao outro passa

causar tanta satisfação ao cuidador; podemos afirmar que o cuidado realmente é a essência da enfermagem. O cuidado tem demonstrado, no presente estudo, a satisfação das necessidades do cuidado e do cuidador, descobrindo o *self* das pessoas envolvidas no processo.

Após o relato da experiência vivenciada, percebi que o processo do cuidar e os diversos momentos não são estanques ou fechados, não seguem um padrão de ordem, na sua seqüência e na ação do cuidar. A situação do paciente e as suas necessidades demandam uma simultaneidade de intervenções: recepção / observação, interação, diagnóstico e operacionalização.

Analisando o processo como um todo, observei que houve inovação e evolução na assistência prestada, mediante uma interação do fazer e do pensar.

O grupo não apresentou restrições em relação ao passo metodológico da revisão da prática das ações de cuidar. Esta situação parece indicar que estamos no caminho certo, em busca de uma proposta de consenso. Os encontros com o grupo aconteceram de forma descontraída, onde cada ator social expôs a sua idéia com liberdade e sem constrangimentos.

No passo da observação, quando cada ator social relatou a experiência vivenciada, a emoção se fez presente nas suas diversas formas, externada por Humildade na seguinte frase:

*No próximo encontro teremos de trazer um lençol, para enxugar as lágrimas (Humildade).*

Como facilitadora me encontro encantada em poder estar compartilhando esses momentos com o grupo, de forma tão pura e humana.

Esperança externou os seus sentimentos em expressão de felicidade.

*Achei muito legal, me senti realizada em poder fazer algo pelos outros (Esperança).*

QUADRO 3 - REALIDADE VIVENCIADA POR ESPERANÇA NA APLICAÇÃO DO NOVO MODELO DE CUIDAR

<b><i>Fase do Processo</i></b>	<b><i>Relato da experiência</i></b>
<b><i>Recep/Observ.</i></b>	<i>Em uma Sexta-feira deu entrada na unidade, proveniente da UTI, um paciente jovem (17 anos) que, devido a um acidente, sofreu lesão de medula óssea, está tetraplégico.</i>
<b><i>Recep/Observ.</i></b>	<i>No momento da internação na unidade, foi recepcionado por mim e por dois auxiliares de enfermagem.</i>
<b><i>Diagnóstico/Inter.</i></b>	<i>No horário de visita, momento em que a sua mãe e outros familiares estavam presentes, começou a chorar, dizendo que queria voltar para UTI, pois no setor não cuidaríamos bem dele. Ele estava com medo de que os cuidados essenciais para o seu bem-estar físico não seriam realizados, como: aspiração, mudança de decúbito, alimentação e a atenção que era dispensada para com ele, como na UTI.</i>
<b><i>Diagnóstico</i></b>	<i>Os sentimentos que demonstrava eram de medo do novo ambiente e solidão. Nesse momento, os seus familiares também ficaram angustiados. Então comecei a acalmá-los, orientando que não precisavam preocupar-se: os mesmos cuidados recebidos na UTI seriam realizados no setor. Apresentei ao paciente os funcionários do setor e informei que estaríamos sempre ao seu lado.</i>
<b><i>Operacionalização</i></b>	<i>Conversei com a mãe e orientei-a no sentido de que, durante a visita diária, sempre passasse palavras de otimismo, esperança e que sempre fizesse um carinho no seu filho, como abraçá-lo e beijá-lo.</i>
<b><i>Interação</i></b>	
<b><i>Operacionalização</i></b>	
<b><i>Operacionalização</i></b>	

<b>Interação/Operac.</b>	<p><i>Nesse mesmo dia, para não deixá-lo sozinho na enfermaria, transferei um paciente, para o leito ao lado, em bom estado geral, orientando para que nos chamasse, caso necessário fosse.</i></p>
<b>Diagnóstico</b>	<p><i>Ao retornar para o trabalho na Segunda-feira, fiquei surpresa ao visitá-lo, pois ao dizer bom-dia, ele sorriu.</i></p>
<b>Operacionalização da assistência</b>	<p><i>Naquele sorriso pude perceber que consegui fazê-lo ter confiança na equipe de enfermagem e que estava sentindo-se bem no setor. No horário de visita, sua mãe relatou que o paciente lhe disse estar sentindo-se bem no setor. O paciente que estava no leito ao lado recebeu alta, então solicitei à mãe que trouxesse um rádio, para poder distraí-lo, pois estava se sentindo sozinho. O paciente ficou feliz, estabelecemos horário para o funcionamento do rádio.</i></p>
<b>Observ/Operac</b>	<p><i>Na Quinta-feira foi marcada sua cirurgia e posteriormente seria encaminhado para a UTI. Durante o preparo para a cirurgia, fiquei o tempo todo ao seu lado, não demonstrava ansiedade estava indiferente, pois sabia que nada iria adiantar esse procedimento.</i></p>
<b>Operac/Interação</b>	<p><i>No dia seguinte fui visitá-lo na UTI e fiquei supercontente em poder vê-lo bem, pois não sabia como iria reagir depois da cirurgia, no momento estava sendo submetido ao banho de leito, notei que também ficou feliz em me ver.</i></p>
<b>Operacionalização da assistência</b>	<p><i>Quando retomei para o trabalho na segunda feira, ele já estava no setor, continuo orientando e ajudando-o nessa fase da sua vida e posso perceber que estabelecemos um elo de amizade e confiança.</i></p>

Os sentimentos despertados na ação de cuidar, além da satisfação da necessidade profissional, trouxe concomitantemente segurança, confiança e reconhecimento do ser cuidado para com o cuidador.

*O cuidado é um ser em potencial que gerencia atitudes, transforma atos em fatos. É um ser especial que descobriu as artes do cuidar e confortar em sintonia com a profissão percebendo que para tanto é necessária a reflexão, a ação e muito amor no coração ( Souza, 1999, p 51).*

Esperança fez um relato sobre um paciente que necessitava de cuidados especiais, tetraplégico e traqueostomizado. Internado na Unidade de Terapia Intensiva, recebeu alta para o setor de internação, sentindo-se inseguro, ansioso e preocupado de como seria sua permanência no setor.

Esperança que, no início do estudo, relatou que antes de iniciar o trabalho, despendia a maior parte do tempo das suas atividades em ações administrativas, após os passos já caminhados, entendeu o quanto o cuidado com o paciente é importante para si e para o outro.

*Eu sabia que tinha de ensinar tudo de novo para o paciente, sentar, falar e ter mais confiança em nós e nele mesmo (Esperança).*

Waldow (1998) cita que a arte da enfermagem é a capacidade de reconhecer os sentimentos dos seres humanos e experienciar estes sentimentos.

Esperança demonstrou esses sentimentos quando pôde perceber a ansiedade que o paciente apresentava, por não conhecer a equipe de enfermagem do setor de internação. Sabendo que necessitava de cuidados especiais, a atenção, carinho e a demonstração de preocupação trouxe um equilíbrio emocional para o paciente e familiares. Os sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, que foram trabalhados

nas fases de interação e operacionalização da assistência do processo do cuidar, em uma proposta de cuidado humanizado com dignidade e preservação da integridade humana.

Durante o passo da reflexão/avaliação, o grupo concluiu que o **ambiente** foi trabalhado no sentido de melhorar as condições durante a sua permanência e a aceitação da unidade e da equipe de trabalho. A sociedade onde convive e os familiares foram incluídos no processo do cuidar, orientando-os quanto ao cuidado domiciliar e à importância do afeto, amor e carinho para com o paciente, na sua recuperação e aceitação da condição da nova realidade que vivenciará.

O ação do **cuidado** abrangeu os dez fatores da estrutura do cuidado, citado por Watson(1998), incluindo a instilação de fé e esperança, o que não foi citado no relato, mas foi comentado durante as falas do grupo, quando o paciente relatou que seguirá uma nova religião, respeitada e valorizada por Esperança.

Durante o processo, o **ser humano** foi visualizado na sua totalidade, e ainda destacado pelo grupo, no “passo da reflexão e revisão da prática”, que acrescentaria a valorização do ser humano. No que diz respeito à **saúde/doença**, as suas condições debilitadas foram trabalhadas no sentido de promover o indivíduo para o seu equilíbrio do corpo, alma e mente.

Analisando o material narrativo, pressupõe-se que Esperança não será apenas uma pessoa que passou, mas que ficará na memória e nas lembranças do paciente e de seus familiares. O conceito de **família** foi muito bem trabalhado por Esperança, embora não tenha sido definido no marco de referência.

Na unidade de internação de Esperança, foi hospitalizado outro paciente com características peculiares e que recebeu uma atenção diferenciada. Nesse caso foram salientados alguns aspectos do novo modo de cuidar, sem seguir as etapas sequenciais relatada com os outros pacientes.

Para melhor compreender o progresso do estudo, cabe relatar o fato de um paciente que demonstrou ter necessidade de receber tratamento diferenciado, que

chamaremos de **Brilhante**. Estava hospitalizado há mais ou menos vinte dias, devido a uma complicação no anular esquerdo; não se sente enfermo, mas precisava estar em contínua atividade.

Na tentativa de mudar o perfil do cuidar em enfermagem, Esperança e as demais participantes do estudo, para o atendimento das necessidades de Brilhante, quando possível, solicitava o seu auxílio, para apoiar as atividades administrativas da unidade, secretariando, na maioria das vezes, o serviço da enfermagem.

Conhecia todos os funcionários, como também as dependências do hospital. Muitas vezes até o surpreendemos prestando atendimento psicológico aos outros pacientes, como se tivesse incorporado a forma de trabalho das enfermeiras do grupo de estudo, nessa proposta de assistência humanizada. O seu comprometimento era tão grande, que às vezes saía em busca de algum material ou equipamento que outros setores emprestavam e não os devolvia.

Nesse relato observamos que, para prestar uma assistência individualizada e humana, nos adaptamos conforme a realidade de cada indivíduo. A enfermagem não traz modelos estanques, o uso da criatividade e o dinamismo de cada profissional é que faz a diferença na assistência.

Tomei a liberdade de mudar um pouco o curso do trabalho, entrevistando Brilhante. Indaguei-o como via o serviço de enfermagem do hospital, e obtive como resposta:

*"Aqui é muito legal, mas ainda muitos reclamam, pois querem o que às vezes nem em casa têm e querem que o hospital dê. Você sabe que outro dia um visitante estava reclamando que o paciente não tinha almoçado, mas quando eu ouvi fui lá e disse que antes de reclamar ela teria de perguntar o porquê, ele não quis comer, mas a comida estava ao seu lado".*

Insisti na pergunta, e acrescentei, como você se sente no hospital?

Respondeu:

*“Sinto-me muito bem, todos me tratam bem, só não gosto de uma enfermeira e um médico”. Sem que perguntasse quem eram as personagens, foi logo explicando o porquê, “a enfermeira que não aceitou minha ajuda e o médico por ter dito que eu deveria ir embora. Gosto da Esperança, pois ela e a Humildade me tratam muito bem.*

O tratamento dispensado por Esperança ao paciente que relatou foi observado por Brilhante, como também a forma como tentou ajudá-lo.

*Esperança cuidou de um paciente tetraplégico como se fosse seu menino, nunca vi ninguém cuidar tão bem de alguém como ela cuidou, até eu ajudei a cuidar, mas a mãe dele nem obrigado falou, mas fiz de coração sei que “Deus” está vendo, e não fiquei esperando agradecimentos”.*

Com lágrimas nos olhos, ele demonstrou o quanto gostava do atendimento recebido pelo serviço médico e de enfermagem.

Outro questionamento foi de como ele vê a ação da enfermagem?

*Suzi, eu sei quem você é, e conheço também o diretor do hospital, sei que vocês são os manda chuva daqui, e se eu estivesse internado em outro hospital, não poderia nem sair da cama, e não suportaria ficar internado tanto tempo; elas me tratam como gente, com carinho e muito amor, eu aqui me sinto em casa”.*

Para Brilhante, ser cuidado como especial o fez sentir-se produtivo, quando foi barrado pela enfermeira por dispensar a sua ajuda, sentiu-se magoado.

Para Watson cada ser é um ser especial; isto impõe reflexão sobre a prática da enfermagem e de repensar as visões de mundo; o enfermeiro não atua no paciente, mas atua com o paciente, em processo contínuo de interação (Zagonel, 1996).

Assistir de forma humanizada é dar espaço ao paciente e ensejar abertura para questionamentos, esclarecimentos e para um relacionamento que inspire confiança. Foi uma postura ética e comprometida do profissional, que transmitiu segurança, desde que conseguiu identificar as necessidades do paciente e efetivar a assistência de forma global, livre de riscos e humanizada (Silva, 1999).

Analisando a trajetória percorrida, sinto necessidade de refletir sobre os conceitos de interação e família, que não foram definidos na construção do marco de referência que, apesar de não delineado, está presente no estudo e é trabalhado pelo grupo de enfermeiras com maior intensidade.

Por se tratar de uma modalidade de pesquisa convergente-assistencial, houve a oportunidade e a liberdade de trabalhar com maior flexibilidade, readequando o estudo conforme a necessidade da prática assistencial.

Antes de finalizar o estudo, fiz uma breve reflexão com o grupo de enfermeiras para viabilizar a possibilidade de acrescentar os conceitos de interação e família no marco de referencial para a assistência de enfermagem, praticada na Santa Casa de Paranaíba.

Humildade relatou a sua experiência vivenciada com um paciente pós-operatório de vias biliares. Comentou como foi **gratificante o cuidar, que a enfermagem pode ir muito além do que estamos acostumados a conviver.**

QUADRO 4- REALIDADE VIVENCIADA POR HUMILDADE NA APLICAÇÃO DO NOVO MODELO DE CUIDAR

<b>Fase do Processo</b>	<b>Relato da experiência</b>
<b>Observação</b>	<i>Há mais ou menos vinte dias, internou-se um paciente que se submeteu a uma cirurgia de vias biliares. Sempre procuro cuidar mais dos pacientes portadores de drenos de Kher e colostomizados.</i>
<b>Diagnóstico</b>	<i>Este paciente foi vítima de uma complicação pós-operatória, apresentando uma evisceração, necessitando de uma nova intervenção cirúrgica. Quando retornou do Bloco cirúrgico, tentei uma aproximação com o paciente e familiares. Devido a necessitar de maior cuidado e acompanhamento, fazia os curativos diários; com isso iniciamos o processo de interação.</i>
<b>Interação/ Operac. da assistência</b>	<i>Percebi que o paciente se apresentava depressivo e desanimado; não conversava com ninguém, passando de 3 a 4 dias sem conversar com a esposa e demais acompanhantes. O médico assistente demonstrava-se preocupado com a situação, e questionou a enfermagem sobre a necessidade de administrar um antidepressivo. Pedi que aguardasse, que estava trabalhando para não utilizar medicamentos para sua melhora.</i>
<b>Diagnóstico</b>	<i>Em uma das falas do paciente, ele coloca “o médico vem aqui e diz: Vamos anime-se; mas ele não sabe o que eu estou passando”. Tentei colocar que ele estava em condições melhores do que muitos pacientes. Tendo consciência da sua situação depressiva, ao fazer o curativo, sugeri que fizessemos a barba, e tive como resposta: “se quiser pode fazer”. Então fiz a barba. No momento em que o paciente foi ao banho e se viu no espelho, acredito que se sentiu mais animado com a sua aparência.</i>
<b>Interação/Operac. da assistência</b>	<i>Em uma das falas do paciente, ele coloca “o médico vem aqui e diz: Vamos anime-se; mas ele não sabe o que eu estou passando”. Tentei colocar que ele estava em condições melhores do que muitos pacientes. Tendo consciência da sua situação depressiva, ao fazer o curativo, sugeri que fizessemos a barba, e tive como resposta: “se quiser pode fazer”. Então fiz a barba. No momento em que o paciente foi ao banho e se viu no espelho, acredito que se sentiu mais animado com a sua aparência.</i>

<b>Observação</b>	<p><i>No outro dia percebi que o paciente estava mais animado, dizendo: “Só você mesmo; agora quero curativo e barba também”.</i></p>
<b>Operacionalização da assistência</b>	<p><i>Durante o procedimento, sempre trabalhava no sentido de melhorar a sua condição psíquica e física. Aos poucos o paciente foi se soltando, contando a sua história, a sua profissão e com isso também se interessou em saber sobre a minha vida, de quanto tempo me dedico à enfermagem, estado civil, números de filhos, enfim... Em alguns momentos éramos interrompidos pelo telefone; mas ele não se incomodava, e continuávamos a conversa. Quando tentei saber sobre a sua vida religiosa, ele disse que isto era coisa de mulher, e que a sua esposa era muito religiosa, mas ele não.</i></p>
<b>Operacionalização da assistência</b>	<p><i>Durante as nossas conversas sempre incentivei-o a procurar fazer os seus cuidados somente com auxílio dos outros, que na medida do possível tentasse fazer por si só, como levantar, caminhar, ir ao banheiro e tomar banho.</i></p>
<b>Diagnóstico/Operac. da assistência</b>	<p><i>Poucos dias depois, ao adentrar no quarto, fui surpreendida pela condição psíquica do paciente, estava superanimado e me disse: “É só você mesmo, pensei em tudo o que você disse, já pensou o que seria de mim, se você não insistisse no meu bem-estar? Eu ficaria aqui deitado e não levantaria mais, vi a morte bem perto de mim. Agora estou vendo as coisas andar, até acredito que Deus exista”. Agora quando você vier aqui, quero que me fale somente de fatos alegres. A sua esposa que o acompanha no tratamento, sempre observa e comenta sobre os pacientes que dão entrada na Unidade de Terapia Intensiva, em consequência ao que conversei com o paciente pela manhã, solicitei que ela não comentasse mais a respeito.</i></p>
<b>Observação</b>	<p><i>O médico, ao perceber a mudança de comportamento do</i></p>

<p><b>Observação</b></p>	<p><i>paciente, questionou-me se havia administrado algum tipo de anti-depressivo.</i></p> <p><i>No plantão em que eu demoro para passar no quarto do paciente, ele solicita que a esposa fique na porta esperando que eu passe no corredor, e me chame. Alguns dias demoro para passar, mas ele nunca se aborrece, só comenta que no outro dia será o primeiro a ser atendido, mas que passe pelo menos para dizer Bom dia.</i></p>
<p><b>Operacionalização da Assistência</b></p>	<p><i>Estou preparando-o para a alta hospitalar, mas o paciente disse que agora quer ir para casa somente quando estiver bem, pois alguns dias atrás achava que estando em casa poderia estar melhor, quer até me levar para casa para fazer os curativos e sua barba.</i></p>

No “passo da revisão da prática”, o grupo foi unânime em defender que deveríamos estender esta prática para as escolas de enfermagem. Neste contexto, observou-se que Humildade e os demais atores sociais entenderam o processo do cuidar e valorizaram as suas ações, acreditando ser necessário refletir mais sobre a prática de enfermagem, estendendo os seus conhecimentos aos acadêmicos das escolas de enfermagem.

O cuidar gratifica o profissional, trazendo concomitantemente o crescimento e a transformação do ser. Humildade acrescenta:

*Eu adoro transcender, para mim é muito bom, como pessoa engrandece e começamos a ver a enfermagem de forma diferente, buscamos o nosso ‘eu’, o autoconhecimento.*

O que diz respeito ao que denominamos o “eu”, relatado por Humildade, foi o que Watson (1988) e Radünz (1998), definiram como *self*, a busca do próprio interior, representado pelo que o indivíduo realmente é.

No processo do cuidar desenvolvido por Humildade, foram desenvolvidos os nove passos dos fatores da estrutura do cuidado descritos por Watson (1988). Trabalhou na íntegra o que entendia e acreditava por “ser humano, enfermagem, cuidar/cuidado, saúde/doença e sociedade/ambiente”, conforme compõe o marco de referência, valorizando o ser humano nas suas dimensões física/psíquica/espiritual.

Souza (1995, p 31) relata o que pensava e o que pensa sobre o ser humano:

*O ser humano é afetivo, repleto de energia e vitalidade. Abriga consigo a alegria, a esperança. Dotado de uma espiritualidade, em cujo reduto, reside um manancial de sentimentos que o torna diferente dos outros seres. Pleno em possibilidades de ser e de evoluir é portador de um poder capaz de gerenciar transformações em si mesmo e em tudo o que o cerca.*

Antes de finalizar o estudo, propus uma breve reflexão com o grupo, a fim de construir uma base para subsidiar a nossa estrutura fundamental, construída com o marco de referência.

Esta prática reflexiva foi baseada nos conceitos previamente definidos na primeira etapa do estudo: ser humano, enfermagem, saúde, doença, sociedade, ambiente e cuidar/cuidado.

Após a prática reflexiva, o grupo de enfermeiras concluiu que as suas ações estavam além do que fora concebido no marco de referência, e que deveríamos ampliar os conceitos formulados na primeira etapa do estudo, bem como redefinir os conceitos de ser humano, enfermagem e cuidar/ cuidado.

Na ampliação do marco de referência, foram sugeridos a acrescentar os conceitos de família e interação. O grupo considerou relevante estarem definindo os

conceitos de família por estar intimamente relacionado ao paciente, necessitando ser trabalhada para que o restabelecimento do paciente ocorra no menor tempo possível, auxiliando diretamente na sua recuperação. O conceito de interação, trata de um elo de ligação no relacionamento entre o paciente, profissional e família. Por estarem intimamente ligados à profissão de enfermagem e de fundamental importância para a prática de enfermagem, foram sugeridos pelo grupo; os conceitos constam a seguir.

**Família.** *Indivíduos ligados por sentimentos ou laços consangüíneos. Pessoas que exercem relevada importância para o restabelecimento do paciente, necessitando ser orientado pela equipe multiprofissional, promovendo desta forma o seu bem-estar e o retorno ao convívio social.*

**Interação.** *Processo de aproximação entre pessoas que demonstram sentimentos mútuos de empatia, compreensão, cumplicidade, afeto e respeito.*

Na redefinição dos conceitos (Figura 4), o grupo concluiu que o ser humano, além do que fora concebido na primeira etapa do estudo, cumpre acrescentar que o **ser humano** deve ser compreendido em uma dimensão maior: direitos, valores e deveres devem ser respeitados, incluindo o ser humano enquanto profissional, família e paciente.

**A enfermagem.** Foi conceituada no término do estudo como *profissão que valoriza a vida, desperta sentimentos e valores, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite segurança, confiança, interagindo com o paciente, família e equipe multiprofissional. Mas que profissão é Dom, dom de cuidar, de ser inovador, criativo, respeitando a integridade e dignidade humana.*

O conceito de **cuidar/cuidado** foi categorizado como *proteger, zelar, educar e assistir, oferecendo conforto, compreensão e ajuda, respeitando os valores pessoais de cada paciente, promovendo a satisfação de suas necessidades físicas, espirituais e psicológicas.*

Como se pode observar, a visão apresentada neste momento compreende a enfermagem em um foco mais amplo, o que conota grande crescimento do grupo.

Esses últimos conceitos elaborados pelos integrantes do grupo de estudo não fazem parte do marco conceitual de Watson, mas estão presentes nas ações do cuidar das enfermeiras da Santa Casa de Paranaíba, e foram incluídos no marco de referência construído pelo grupo de enfermeiras do estudo, conforme se pode observar na Figura 3.

FIGURA 3 - AMPLIAÇÃO DO MARCO DE REFERÊNCIA

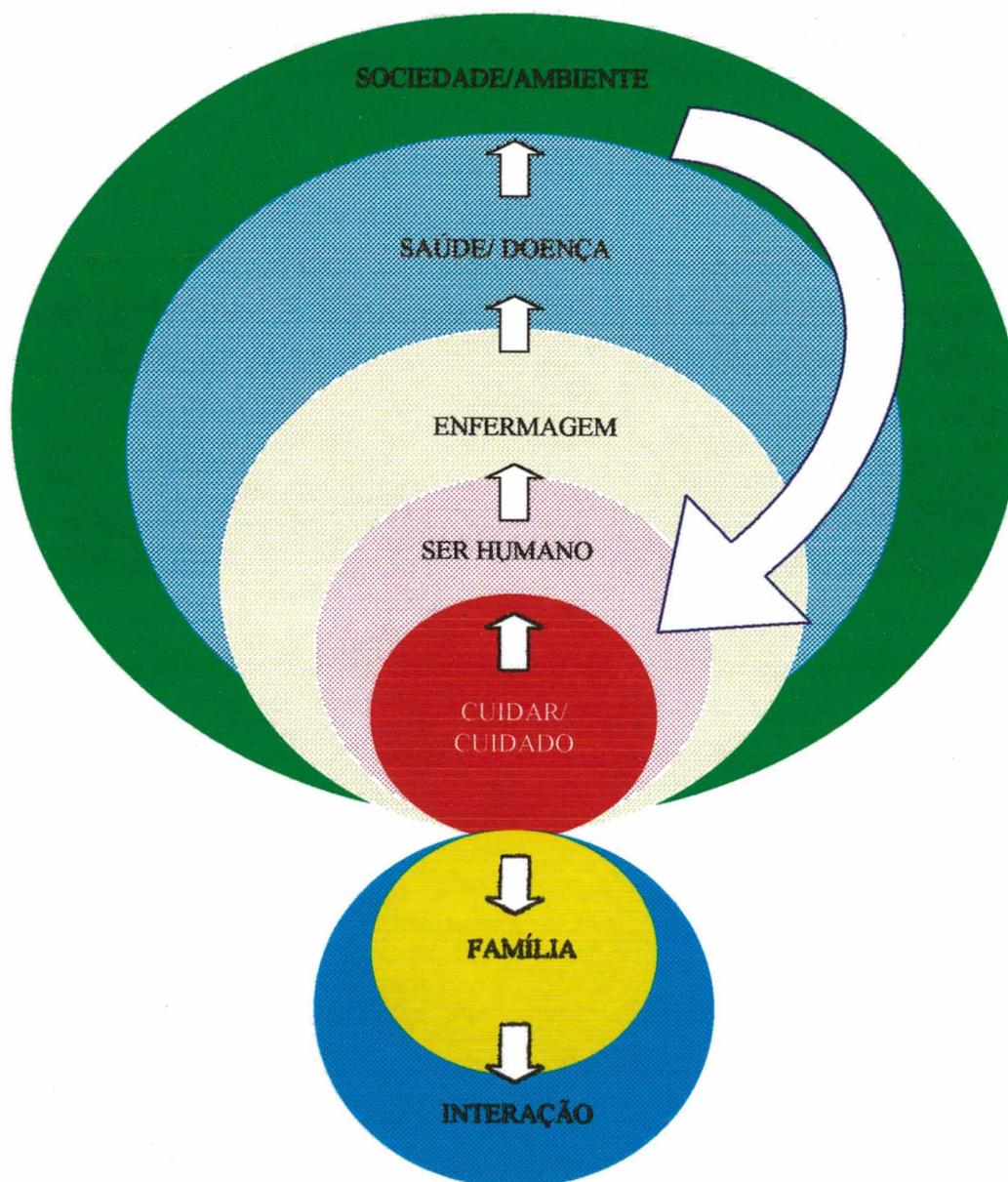


FIGURA 4 REDEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

## PRIMEIRA ETAPA

**SER HUMANO:** Indivíduo que vive na sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres. Devendo ser respeitado, compreendido e atendido na sua totalidade."

**ENFERMAGEM:** "Profissão que valoriza a vida, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite confiança e segurança. Mais que profissão, é DOM."

**MEIO AMBIENTE/SOCIEDADE:** "Grupo de pessoas que compartilham os mesmos ideais ou com princípios diferentes que se interagem, cujo comportamento pode ser influenciado pelo meio."

**SAÚDE:** "Bem estar físico, com ausência de doença, buscando o equilíbrio psicossocial (corpo, mente e alma)."

**DOENÇA:** "Presença de mal estar físico e ou desequilíbrio psicossocial (mente e alma)."

**CUIDAR/CUIDADO:** "Assistir, proteger, zelar e educar, respeitando os valores pessoais de cada paciente, promovendo a satisfação de suas necessidades físicas, espirituais e psicológicas."

## SEGUNDA ETAPA

**SER HUMANO:** Indivíduo que vive na sociedade, dotado de inteligência, cultura, sentimentos, crenças, direitos e deveres. Devendo ser respeitado, compreendido e atendido na sua totalidade deve ser compreendido em uma dimensão maior, onde os direitos, valores e deveres devem ser respeitados incluindo o ser humano enquanto profissional, família, paciente.

**ENFERMAGEM:** Profissão que valoriza a vida, desperta sentimentos e valores, prestando assistência preventiva, curativa e educativa, sendo um elo interpessoal que transmite segurança, confiança, interagindo com o paciente, família e equipe multiprofissional. Mas que profissão é Dom. Dom de cuidar, de ser inovador, criativo, respeitando a integridade e dignidade humana.

**CUIDAR/CUIDADO:** Proteger, zelar, educar e assistir, oferecendo conforto, compreensão e ajuda, respeitando os valores pessoais de cada paciente, promovendo a satisfação de suas necessidades físicas, espirituais e psicológicas."

## 6 REPERCUSÃO DO NOVO MODO DE CUIDAR

Os conceitos formulados no marco de referência têm uma abrangência significativa, atingindo o ser cuidado e o ser cuidador.

O cuidar foi visto pelos integrantes do grupo como atividade complexa. O simples ato de prestar assistência não simboliza o cuidar, tendo em vista como foram concebidos os conceitos no marco de referência.

O cuidado deve ser aplicado na sua plenitude, para que se efetive a ação. Vimos que nem todos os integrantes do estudo conseguiram efetuar-la. A maior dificuldade encontrada por alguns integrantes do grupo foi tratar o ser humano na sua totalidade, como mente, corpo e alma. Quando efetivada, o resultado reflexo é gratificante para todos os envolvidos no processo: paciente, profissional e familiares.

Apesar de nem todos terem conseguido aplicar o novo modo do cuidar, conforme concebido em tempo previsto, consideramos o resultado positivo: enquanto pesquisadora, semeei os meus ideais em prol do crescimento profissional da enfermagem. O grupo se mostrou motivado para continuar o processo após a conclusão do estudo, disseminando as suas concepções nas escolas de enfermagem e com o grupo de trabalho, cujo propósito foi construído por elas próprias.

A complexidade do cuidar só pode ser sentida, quando executada e seguida de um propósito. Cuidar de forma aleatória, como vínhamos aplicando nossas ações, é ato simples de prestar assistência sem direcionamento e sem fundamento.

A partir do momento em que foi construído um marco de referência, definimos o nosso propósito de prestar assistência sistematizada, direcionada e fundamentada teoricamente.

A ação do cuidar sensibilizou e promoveu crescimento e grande satisfação profissional.

Para com os pacientes e familiares que se envolveram no processo, temos a certeza de que hoje acreditam no profissionalismo da equipes de trabalho da instituição, por ter demonstrado satisfação com o atendimento dispensado.

Enquanto pesquisadora do estudo, posso também expressar os meus sentimentos de satisfação, por ter contribuído para o desenvolvimento profissional da enfermagem.

Considerando que o grupo desconhecia a teoria de Jean Watson, acredito que conseguiram assimilar a essência da teoria, transformando a sua forma de compreender o cuidado.

Posso afirmar, com segurança, que o grupo de enfermeiras da Santa Casa de Paranaíba tem hoje uma visão diferente do cuidar e que compreende a importância da elaboração dos conceitos para a construção de um marco de referência para a fundamentação e orientação da nossa prática.

Elaborar conceitos não é uma tarefa tão simples, exige teorização e reflexão. No momento do processo de avaliação, uma das integrantes do grupo, expressou a importância da construção de um marco, relatando: *“percebi que temos muito a oferecer e fazemos uma parcela muito pequena”*

Complemento esse comentário, pois construímos algo que podemos vir a ser, transformando a realidade na prestação de cuidados.

Hoje o grupo de enfermeiras que fizeram parte do estudo, afirmam que vêem o ser humano em outra dimensão, e que refletindo em conjunto encontramos uma maneira de sistematizar esta nova forma de entender o ser humano na sua totalidade.

Enfatizaram a importância do trabalho em grupo; em conjunto o crescimento é maior. As suas concepções de cuidado hoje têm outro enfoque, que percebemos pelos conceitos elaborados no início do trabalho.

A construção do marco de referência representou um passo importante para o estudo, uma vez que este direcionou e fundamentou nossa a prática de enfermagem, num contexto humanístico, atendendo os pacientes na sua totalidade, como mente, corpo e alma.

A segunda etapa do estudo, a implementação do marco de referência, representou grande desafio para os integrantes do grupo de enfermeiras. Esta etapa refere-se à aplicação na prática do novo modo de cuidar, verificando a articulação da teoria com a prática, através de uma análise reflexiva, realizada com os integrantes do grupo de enfermeiras.

Os critérios da pesquisa convergente-assistencial também foram observados e estão incorporados ao estudo: a introdução de inovações no campo da prática; ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer os dados obtidos no processo tanto da prática assistencial como dos dados de pesquisa.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No término deste estudo, assevero e enfatizo o quanto é gratificante o cuidar. Desperta sentimentos e emoções e vai muito além daquilo que imaginamos poder fazer. É um ato de amor ao próximo.

O cuidar dignifica o homem e, quando aplicado na sua forma mais singela, procuramos proteger, zelar, confortar, compactuar, educar, respeitando os valores pessoais de cada um, bem como promover a satisfação das necessidades físicas, psicossociais e espirituais.

A ação do cuidar está presente em todas as nossas atividades humanas; demandam uma necessidade de conhecimento, vinculada a um compromisso profissional de honestidade, para a preservação da dignidade e moralidade humana.

A assistência prestada aos pacientes na Santa Casa de Paranaíba hoje tem um referencial para o cuidado, construído coletivamente, que serve de alicerce para o cuidado, a fim de direcionar, esclarecer e fundamentar a prática da enfermagem, que foi desenvolvida através de uma dinâmica reflexiva de grupo, embasada na teoria de Watson, dentro dos princípios humanísticos, e sua implementação na prática assistencial.

O crescimento das integrantes do grupo de enfermeiras que participaram do estudo exteriorizou-se na descrição dos resultados; os conceitos relatados no primeiro contato se mostravam restritos e pouco abrangentes no término do estudo, estavam expandidos, globalizados e embasados teoricamente.

Para mim, enquanto mestranda, este estudo trouxe um crescimento pessoal e profissional. Hoje acredito que podemos contribuir para o crescimento profissional da enfermagem, semeando os pensamentos e ideais desafiadores, em busca de uma modalidade de cuidar mais humana do que tecnicista. Em momento algum, diminuimos a importância das operacionalizações técnicas, que também consideramos de fundamental relevância dentro das atividades de enfermagem, mas introduzindo um toque de sensibilidade no cuidar.

O estudo transcorreu dentro do esperado, atendendo aos objetivos propostos e derivando uma nova concepção de cuidar, com uma retroalimentação recíproca entre a teoria e a prática, apropriando-as às situações vivenciadas na prática assistencial do enfermeiro.

O profissional enfermeiro necessita estabelecer uma relação de afetividade, interagindo coletivamente com as pessoas que o cercam, sejam elas paciente, família ou equipe multiprofissional.

Esta relação de afetividade foi abordada neste estudo como aspecto importante do cuidado, porquanto sem este elo de interação dificilmente conseguimos consubstanciar um novo modo de cuidar.

A proximidade da relação enfermeiro, paciente, equipe multiprofissional e familiares possibilitou a aplicação do cuidado, de modo a transcender o mundo físico do paciente e adentrar o seu mundo subjetivo.

Waldow (1998) afirma que o cuidado não pode dar-se isoladamente, que a sua realização efetiva, afetiva e contextual se estabelece entre o ser que cuida e o ser cuidado, quando são manifestadas e calcadas em conhecimento e crescimento de ambos, disponibilidade, confiança, aceitação e interação.

O processo de reflexão, utilizado na trajetória metodológica, e o grande comprometimento dos integrantes do estudo possibilitaram uma harmonização entre a teoria e a prática, superando as expectativas do estudo.

No último encontro foi proposto pelo grupo de enfermeiras, que participaram do estudo, a ampliação dos conceitos que representam o marco de referência e a redefinição dos conceitos de enfermagem, ser humano e cuidar/cuidado, definidos na primeira etapa do estudo, que estão intimamente relacionados com a assistência prestada aos pacientes, objetivando complementar e envolver a estrutura fundamental do estudo, alicerçado na teoria de Watson, utilizado para derivar uma nova concepção do modo de cuidar em enfermagem.

O marco de referência constitui-se dos seguintes conceitos: ser humano, enfermagem, sociedade/ambiente, saúde/doença, cuidar/cuidado, família e interação. Todos esses conceitos estão intimamente relacionados com a prática de enfermagem.

A derivação do novo modo de cuidar vem promovendo uma interação efetiva enfermeiro/paciente no processo de cuidado, e resgatando os valores humanísticos, favorecendo a auto-realização e a qualidade dos cuidados.

Esta investigação poderá oferecer elementos para estudos posteriores que objetivem a construção de marco de referência, bem como, a implementação de um processo de cuidar com visão humanística, porquanto muitas vezes a rotina e o tecnicismo obscurecem os horizontes de profissionais, que acabam enquadrando-se nos moldes institucionais e limitando-se ao cumprimento do preconizado.

A escolha da modalidade de pesquisa convergente-assistencial, como linha condutora na realização deste estudo, ofereceu elementos essenciais para a discussão e análise dos problemas que emergem da prática e a construção de um novo modo de assistir em enfermagem.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOYKIN, Anne. A enfermagem como conforto: o artístico no cuidar. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v.7,n.2, p.36-51, mai./ago,1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 196/96 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial Da União**, 10 de out. 1996.
- BROWN, Pan. **Florence Nightingale.** São Paulo: Globo, 1993.
- CAMPONOGARA, Silviamar. **Educar para o cuidar: uma proposta fundamentada na teoria do cuidado transpessoal.** Florianópolis, 1999, Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale.** Goiânia: AB, 1997.
- CIANCIARULLO, Tamara I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Icone, 1997.
- CROSSETTI, Maria da Graça O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem.** Florianópolis, 1997. Tese de Doutorado (doutorado em Filosofia de enfermagem – Centro de ciências da saúde, UFSC).
- ERDMANN, Alacoque L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v.7, n.2, p.52-69, mai/ago,1998.
- GELAIN, Ivo . **Deontologia e enfermagem.** São Paulo: E.P.U. , 1998.
- GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem: versões e interpretações.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- LACERDA, Maria R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** Curitiba, 1996, Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.

- LIRA, Nazareth F; BOMFIM, Maria Elza. **História da enfermagem e legislação.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.
- MAIA, Ana R C. Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais. **Texto Contexto Enfermagem.**, Florianópolis, v.7, maio/ago. 1998.
- MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1971.
- PAGANINI, Maria C. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas.** Curitiba, 1998. Dissertação de mestrado.
- RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: Fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira.** Goiânia: A B, 1998.
- SILVA, Jaqueline. **Expectativas, necessidades e valores: referência para a assistência humanizada ao paciente oncológico.** Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOUZA, Ana Izabel Jatobá de. **No cuidado com os cuidadores: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire.** Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
- TALENTO, Barbara; WATSON Jean. In GEORGE, Júlia et al.. **Teorias de enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- TAVARES, Cláudia Mara de Melo. **A poética do cuidar: na enfermagem psiquiátrica.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.
- TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisando em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis, 1999.
- ZAGONEL, Ivete P S. Epistemologia do cuidado humano: arte e a ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.1,p. 64-81, jan/jun., 1996.
- ZAPPAS, Sueli. **Cuidar/Cuidado no centro cirúrgico: uma esperança ou uma realidade na prática da enfermagem.** Florianópolis,1996. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina.
- WALDOW, Vera, R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- \_\_\_\_\_. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem.**, Curitiba, v.3, n.2, p.7-10, jul./dez. 1998.

- \_\_\_\_\_. A arte e a estética de ser na enfermagem: mulher e cuidado, **Série Enfermagem – Repensul**, Florianópolis, série enfermagem, p 29-34, 1999.
- WATSON, Jean. **Nursing: human science in human care: a theory of Nursing**. East Nortwalk: Appleton Century Crofts, 1988.
- WOLFF, Lillian Deise Gonçalves et al. Cuidar/cuidado: elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internados em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem.**, Curitiba, v.3, n.1, p. 32-39, jan./jun,1998.
- WOLFF, Lillian Deise Gonçalves. Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem.**, Curitiba, v.1, n.1, p.34-38, jan/jun,1996.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

Paranavaí, 02 de abril de 2000.

Prezado Senhor:

Solicito a V.S<sup>a</sup> autorização para realizar um trabalho, junto a Chefes de Enfermagem das Unidades de Internação, como também a identificar o local de realização do estudo.

O objetivo deste é atender a exigência do Curso de Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/Universidade Federal do Paraná (UFPR). O tema a ser trabalhado e estudado é **“Cuidado humanístico num contexto hospitalar: Um desafio para um grupo de enfermeiras”**.

A implementação da prática será realizada com o grupo de Enfermeiras do horário diurno, em encontros agendados com antecedência.

Comprometo-me a respeitar os princípios éticos da pesquisa, reservando todos os direitos do grupo e da instituição, garantindo aos participantes a liberdade de recusar a participar, ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho, como também assegurar sua privacidade e o ressarcimento diante de eventuais danos decorrentes.

Atenciosamente

---

Suzelaine Tanji

Ilmo Sr.MAURI DAHMER

D.D. Diretor Administrativo

Nesta

**ANEXO 2**

Paranavaí, 02 abril de 2000.

Prezada Senhora:

Solicito a V.S<sup>a</sup> autorização para realizar um trabalho, com o objetivo de atender a exigência do Curso de Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/Universidade Federal do Paraná (UFPR). O tema a ser trabalhado e estudado é “ **Cuidado humanístico num contexto hospitalar: um desafio para um grupo de enfermeiras**”.

A implementação da prática será realizada com o grupo de Enfermeiras do horário diurno, em encontros agendados com antecedência, quando refletiremos sobre conceitos que fundamentam a prática de Enfermagem deste hospital, reservando o direito da liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, assegurando sua privacidade.

Comprometo-me a respeitar os princípios éticos da pesquisa, reservando todos os direitos do grupo e da instituição, garantindo aos participantes e o ressarcimento diante de eventuais danos decorrentes.

Atenciosamente,

---

Suzelaine Tanji