

SILVIAMAR CAMPONOGARA

**EDUCAR PARA CUIDAR:
UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA TEORIA
DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

*FLORIANÓPOLIS – SC
1999*

SILVIAMAR CAMPONOGARA

**EDUCAR PARA CUIDAR:
UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA
NA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

FLORIANÓPOLIS – SC

1999

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EDUCAR PARA CUIDAR: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

SILVIAMAR CAMPONOGARA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM, área Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA:

Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia

FLORIANÓPOLIS – SC

1999

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**EDUCAR PARA CUIDAR: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL**

Autora: Silviamar Camponogara

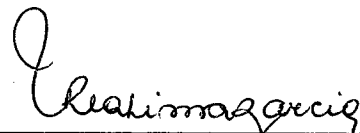
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

Mestre em Assistência de Enfermagem

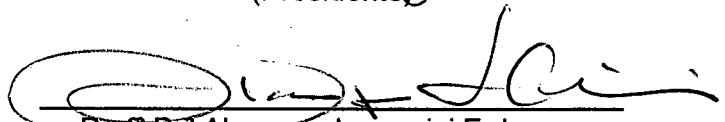
sendo APROVADA e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Banca Examinadora:

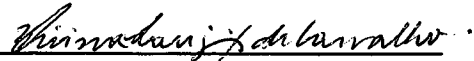
UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem
Prof. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora



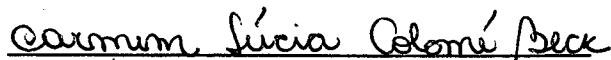
Profª Drª Vera Regina Real Lima Garcia
(Presidente)



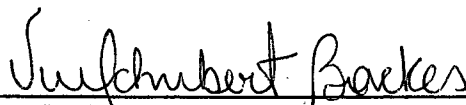
Profª Drª Alaceque Lorenzini Erdmann
(Membro)



Profª Drª Vivina Lanzarini de Carvalho
(Membro)



D^{da}. Carmem Lúcia Colomé Beck
(Membro)



Profª Drª Vania Marli Schubert Backes
(Suplente)

"A existência brota da vida como a fonte brota da terra. A existência é consciência e sobretudo consciência de si mesma e consciência de existir para. Existir simplesmente, no conceito comum, é apenas viver como vive o animal ou o vegetal. O homem não vive, existe. Não é um vivente, mas um existente. O vivente vive a vida insuflada da matéria, todo seu dinamismo se reduz às funções orgânicas, em permanente dependência do meio exterior. O existente existe em si mesmo, independente do meio exterior, que domina pelo poder de sua subjetividade criadora, transformando-o e transformando-se a si mesmo, na busca da transcendência" (Pires).

In: O Espírito e o Tempo

À Luiza!

Você chegou durante esta caminhada e foi a luz inspiradora, o toque mágico, o ancoradouro reconfortante, a fonte de onde brota a força que me impulsionou a prosseguir em busca de minha própria essência.

Você é meu anjo de luz!

À você, minha filha amada, que possibilitou redescobrir o sentido da minha existência, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu guia, minha energia criadora, que inspira-me à busca do equilíbrio e do autoconhecimento.

Aos meus pais e demais familiares que sempre lutaram pela minha realização profissional, mas, principalmente, pela minha integridade enquanto ser humano.

Ao meu esposo Dilas, companheiro e amigo. Agradeço o amor, a compreensão, o estímulo constante e a valorização enquanto mãe, esposa e profissional.

À minha orientadora Prof^ª Vera Real Lima Garcia. Obrigada pela amizade, pelo exemplo e por acreditar em meu potencial.

Às minhas amadas pedras preciosas. Sem vocês este trabalho não teria razão de ser. Obrigada por tudo, principalmente por cuidarem-nos (eu e a Luiza) transpessoalmente.

À equipe de enfermagem do CTI agradeço o ombro amigo, a solidariedade e o respeito. Juntos prosseguiremos nossa jornada em busca do verdadeiro cuidado de enfermagem.

Às colegas do Departamento de Enfermagem, agradeço a compreensão e o apoio, que muito me auxiliaram na busca do meu ideal.

Aos clientes que cruzaram o nosso caminho possibilitando não só a troca de energia mas a vivência de nossa subjetividade criadora e a reavaliação da sua e da nossa existência.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
LISTA DE QUADROS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	1
2 OBJETIVOS	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Os paradigmas da ciência e o cuidado de enfermagem	11
3.2 Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson.....	33
3.3 Ensinar a cuidar.....	41
4 MARCO CONCEITUAL	62
4.1 Pressupostos	62
4.2 Conceitos	63
4.2.1 – Alguns subconceitos.....	65
4.3 Representação gráfica do marco conceitual.....	67
5 METODOLOGIA	71
5.1 Local.....	71
5.2 Sujeitos do estudo	75
5.3 Desenvolvimento da prática	76
5.4 O sentimento traduzido em palavras: desvelando significados	84
6 A VIVÊNCIA DE ENSINAR A CUIDAR COM BASE NO CUIDADO TRANSPESSOAL.....	87
6.1 O processo de lapidação – a busca de uma postura humana, ética e crítica	89

6.2 Alguns momentos especiais de lapidação	116
6.3 Da pedra bruta à pedra lapidada – a mudança de concepção.....	129
6.4 Refletindo a nossa luz.....	140
7 EDUCAÇÃO E ÉTICA: RUMO A UM NOVO HORIZONTE	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
ANEXOS.....	169

RESUMO

Este estudo é fruto de uma prática assistencial desenvolvida junto a acadêmicos de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, que objetivou, principalmente, despertá-los para o cuidado como essência da enfermagem e, para o efetivo comprometimento com o ser humano em todas as suas dimensões. O desenvolvimento desta prática, alicerçado na Teoria do Cuidado Transpessoal, possibilitou desenvolver uma proposta de atuação ao professor enfermeiro no processo de ensinar/aprender/cuidar em Unidade de Terapia Intensiva, bem como, analisá-la à luz de referenciais teórico-metodológicos pautados na educação e no cuidado transpessoal. A pesquisa é do tipo qualitativa-descritiva, sendo que os dados coletados sob a forma de questionários, entrevistas e relatos de vivência, sofreram categorização e, conseqüente análise reflexiva e interpretativa. Através desta vivência pudemos perceber a importância de uma ação educativa que conceba o cuidado como essência da enfermagem, de forma a agregar à racionalidade a sensibilidade, a ética e a estética. A teoria do cuidado transpessoal revelou-se como meio para concretizar este intento, conferindo ao futuro profissional uma postura mais crítica, ética e humana, a partir da revisão de valores e autoconhecimento. O educador de enfermagem tem importante papel no sentido de mediar o processo educativo e fomentar uma prática que contemple o ser humano em sua essência e complexidade.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Autor: Silviamar Camponogara

Orientador: Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia

**Título: EDUCAR PARA CUIDAR: UMA PROPOSTA FUNDAMENTADA NA
TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL.**

ABSTRACT

This study comes from an assistant practice developed with nurse academics of an Intensive Therapy, that had the mainly objective to awake them to the care as the essence of nurse and to the effective engagement with human on all his dimensions. The development of this practice, supported on the Transpersonal Care Theory, gave the possibility to developed a purpose of action to the nurse teacher in the process of teaching/learning/care in Intensive Therapy Unit, as well to analyze them under theoretic-methodological references, ruled on education and transpersonal care. This is a qualitative-descriptive research, and the data were collected with questionnaires, interviews and living reports, that were undergone to a *category rate* and consequent reflexive and interpretative analyze. Through this experience, it was possible to perceive the importance of an educational action to realize the "care" as the essence of nurse so that it can be possible to associate rationality, sensitivity, ethic and esthetic. The theory of Transpersonal care came out with a way to make concrete this aim, giving to the professional future a new attitude, much more critical, ethic and human, starting from the review of some values and self-knowledge. The educator of nurse has an important role as a mediator of the educative process and promoter of a practice which contemplate human on his substance and complexity.

FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
Post-Graduation Course on Nurse Assistance

Author: Silviamar Camponogara

Adviser: Dr^a Vera Regina Real Lima Garcia

Title: EDUCATE TO CARE: A PURPOSE BASED ON TRANSPERSONAL CARE THEORY

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização dos clientes cuidados durante a prática

assistencial 73

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Programa de Ensino da Disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto “B”	170
ANEXO II – Roteiro para entrevista com os funcionários do CTI – HUSM	173
ANEXO III – Questionário para coleta de informações junto aos acadêmicos ..	175
ANEXO IV – Listagem de textos propostos para discussão	177
ANEXO V – Questionário aplicado aos acadêmicos no fim da prática	179
ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO	181
ANEXO VII – EXPRESSÃO ARTÍSTICA Nº 1	183
ANEXO VIII – EXPRESSÃO ARTÍSTICA Nº 2	185
ANEXO IX – EXPRESSÃO ARTÍSTICA Nº 3	187
ANEXO X – REFLEXÃO: O que espero e busco da Enfermagem	189

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A busca do conhecimento faz parte da natureza humana. Desde os primórdios, o homem vem acumulando saber e busca, com isso, a resposta para suas dúvidas e anseios, bem como, a compreensão da realidade que o cerca. No entanto, esta busca não se dá de forma isolada no contexto histórico em que estamos inseridos. Assim, muitos paradigmas influenciam a maneira como o ser humano desvela este saber. Em termos de progresso da ciência, o paradigma cartesiano, que prima pela racionalidade/objetividade/cientificismo, muito contribuiu, e ainda o faz, haja vista o notório desenvolvimento em diversos ramos do conhecimento humano a partir de sua utilização como referencial.

No entanto, o que se observa na atualidade, é que os pressupostos preconizados pelo paradigma cartesiano não atendem a muitos anseios da sociedade moderna. O homem tem buscado outras formas de compreender a sua existência, aliando a racionalidade científica a uma visão mais abrangente dele mesmo, onde se coloca em constante contato com a sua própria natureza. Este respaldo tem sido encontrado em novos paradigmas da ciência, especialmente, no holístico, no ecológico, sistêmico.

Na área da saúde, especificamente na enfermagem, nota-se que há preocupação com uma mudança de valores. Ultimamente, muitos estudiosos (Leininger, 1981; Watson, 1988 e 1996; Waldow, 1993, 1995 e 1998^a; Arruda e Silva, 1994; Zagonel, 1996; Lacerda, 1996 e Silva, 1997), dentre outros, têm se ocupado em ampliar a visão dos profissionais acerca do "cuidado", entendido como essência da enfermagem. Procuram vislumbrá-lo sob uma ótica mais abrangente, que alie racionalidade e sensibilidade, tornando-o um processo interativo entre

quem cuida e quem é cuidado. Todavia, o que se observa na prática é o extremo apego a hegemonia dominante, em especial, ao modelo biomédico, ofuscando o brilho desta atividade - o cuidar -, tornando-o apenas uma tarefa a mais a ser cumprida.

Verifica-se que a racionalidade sobrepuja a sensibilidade e, que o cuidado, inúmeras vezes, reduz-se a uma atividade mecânica e fria. A reflexão sobre esta realidade tem ocupado alguns momentos da minha vida, aliada a preocupação sobre qual seria a minha contribuição como enfermeira-docente, atuante em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para transformá-la. Minhas inquietações ampliam-se sobremaneira, quando me deparo com a responsabilidade de educar futuros profissionais do cuidado, uma vez que minha experiência tem revelado que estes estão mais preocupados com a aquisição de conhecimento técnico-científico do que com o cuidado em si. Nestes instantes de reflexão, busco explicações em minha vivência como acadêmica e profissional.

Meu primeiro contato com uma UTI deu-se por ocasião do 5º semestre do Curso de Enfermagem, quando cursava a disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto II. Esta disciplina previa, em seu programa, conteúdos teórico-práticos específicos de terapia intensiva. O contato prático com a unidade resumiu-se, circunstancialmente, a 15 horas/aula, suficientes para atender a minha expectativa maior como acadêmica: conhecer (mesmo que superficialmente) os equipamentos e aparelhagens contidos na unidade. Permitiu-me entender que aquele local era o ideal para aquisição de conhecimento técnico-científico. Como o tempo de prática curricular foi restrito, retornei à unidade no fim daquele semestre para realizar estágio extra-curricular com a finalidade exclusiva de obter competência técnica. Embora preocupada e chocada com a vivência junto ao cliente crítico, não tinha como objetivo principal prestar um cuidado holístico, mas sim, desenvolver destrezas e adquirir habilidade, visto que era (e é) isso que o mercado de trabalho

exigia. Desempenhei satisfatoriamente as atividades naquele período (120 horas) e, retornei mais uma vez à unidade como acadêmica em Estágio Supervisionado (no 8º semestre do curso) e, embora tendo como objetivo desenvolver atividades administrativo-assistenciais, junto ao cliente crítico, com a finalidade de humanizar esta assistência, minhas preocupações sempre voltaram-se mais para a competência técnico-científica.

Este estágio foi muito proveitoso, e contribuiu para a indicação para ocupar uma vaga como enfermeira no serviço noturno naquele setor, fato concretizado logo após a formatura, o que reafirmou minha crença de que o "bom enfermeiro" necessitava primordialmente de competência técnico-científica, afim de atender um mercado de trabalho que privilegia o modelo biomédico.

No mesmo período, surgiu a oportunidade de atuar como docente no mesmo setor, quando tive a possibilidade de "transmitir" aos acadêmicos as minhas crenças e o conhecimento adquirido.

Durante 02 anos, desempenhei as duas atividades concomitantemente mas nos últimos 03 anos dediquei-me a função apenas de docente da disciplina de Assistência de Enfermagem ao Adulto B, supervisora de aulas práticas na UTI do Hospital Universitário de Santa Maria.

No entanto, já nos primeiros 02 anos de convívio intenso com a dor, com o sofrimento, com a morte e, algumas vezes, com a alegria e satisfação de ver um cliente recuperado, pude questionar-me sobre a experiência daquelas pessoas e sobre a minha própria existência. A angústia, o conflito ético, a dúvida, entre outros, fizeram aflorar novos valores e repensar outros tantos. Também contribuíram para o exercício reflexivo, as observações diárias sobre o processo de trabalho daquele local, cuja dinâmica é peculiar devido ao grande número de acadêmicos da área da saúde e, respectivos docentes, ali atuantes. Durante minha trajetória, convivi com raríssimos momentos de cuidado humanizado ao cliente. Os profissionais e

acadêmicos do setor estavam sempre mais preocupados em desempenhar tarefas com agilidade e perfeição (os acadêmicos, especialmente), sem dar-se conta do quão importante era vivenciar aquele momento, aquela relação de cuidado, de ensino-aprendizagem. Por parte da enfermagem, principalmente, havia grande esforço em cumprir a conduta terapêutica determinada pelo médico num período de tempo restrito e, que possibilitasse momentos de descontração, tão necessários em um ambiente "pesado" e exaustivo, enquanto a "tecnologia" exercia sua função, revelando, a legitimação da hegemonia médica e o inadequado uso dos recursos tecnológicos, aqui entendidos como todo aparato de equipamentos e aparelhagens que auxiliam o profissional na prática de enfermagem. A atenção aos familiares, igualmente restrita, ficava mais ao encargo médico, que traçava um rápido esboço sobre o tratamento utilizado e o prognóstico, quando o fazia. A relação educador-educando estava mais centrada no professor que detinha o conhecimento sobre intensivismo. Ao acadêmico restava o esforço em buscar, incansavelmente, o conhecimento científico que garantiria a competência técnica exigida pelo mercado de trabalho.

Enfim, em alguns momentos e relações, o que se observava era uma assistência centrada no aspecto biológico, sem preocupação com o cuidar, com a ética, com o aprendizado que aquela experiência poderia possibilitar.

Conforme Barbosa (1995), a atuação dos profissionais da saúde, especialmente da enfermagem, em UTI tem se caracterizado pela frieza e imparcialidade, uma vez que há excessivo apego a normas e rotinas, ao desempenho ágil de tarefas e procedimentos, à tecnologia como substituto do agir humano. Isto, por sua vez, torna este ambiente já rotulado como agressivo, mais traumatizante. Segundo a autora, é imperioso que os profissionais se voltem para um cuidado mais humanizado.

Em concordância, Hudak e Gallo (1997) referem-se ao cuidado de

enfermagem intensivo afirmando que:

“A atenção, a confiança e o apoio desenvolvido entre o enfermeiro e o paciente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro-paciente. Nenhum outro profissional de saúde tem as oportunidades consistentes e freqüentes de interagir com o paciente dentro desta mesma estrutura. Nenhuma outra estrutura de interação pode oferecer ao paciente uma fonte mais potente de apoio: um fundamento profissional, instruído e uma aceitação humana, atenciosa como uma pessoa dá valor e dignidade”. (p. 43)

O enfrentamento desta realidade levou-me à busca de apoio em literaturas filosóficas e espiritualistas e, por fim, a pequenas transformações em minha prática profissional. Passei a conceber o processo de cuidar e de ensinar a cuidar de forma mais ampla e integrada.

Contribuíram para essa revisão de postura, mais recentemente, as discussões e leituras feitas por ocasião da integralização das disciplinas teóricas do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, possibilitando uma ampliação de horizontes e perspectivas.

Fazendo uma análise desta trajetória, identifica-se que vem ao encontro do pensamento de Luckesi (1994) que afirma:

“O pensamento do setor dominante da sociedade tende a ser o pensamento dominante da própria sociedade, provavelmente aqueles que não buscam o sentido para sua existência assumirão esse pensamento dominante como seu próprio pensamento, a sua própria filosofia. Quem não pensa é pensado por outros”. (p. 25)

Creio que os momentos de reflexão dispensados no decorrer da minha vida profissional e, mais acentuadamente, enquanto docente, tornaram oportuna a busca de um novo sentido para minha existência, não só profissionalmente, mas também como ser humano. Permitiram-me vislumbrar outras faces do fenômeno cuidar, do fenômeno educar, do fenômeno existir. Ainda assim, acredito que muito

há para ser revelado acerca dos vários fenômenos que vivenciamos.

No entender de Fazenda (1996):

"Tudo que existe, todo "ente", se "vela", se "des-vela" e se "re-vela" ante os nossos olhos. A complexidade de cada fenômeno permite que apenas uma de suas perspectivas se nos mostre. Cada um de nós só pode apreender alguns dos infinitos aspectos de um fenômeno. Ele é perspectival e, mesmo usando de variação imaginativa, interrogando-o a partir de inúmeros pontos de vista, sempre teremos compreendido uma ínfima parte de suas infinitas possibilidades". (p. 22)

Acredito na força da prática docente e, nas infinitas possibilidades por elas oferecidas, especialmente, quando desenvolvida de forma a atender os ensinamentos de Freire (1997):

"É assim que venho tentando ser professor, assumindo minhas convicções, disponível ao saber, sensível a boniteza da prática educativa, instigado por seus desafios que não lhe permitem burocratizar-se, assumindo minhas limitações, acompanhados sempre do esforço por superá-las, limitações que não procuro esconder em nome mesmo do respeito que me tenho e aos educandos". (p. 79-80)

Motivada por esta forma grandiosa de conceber o ato educativo, propus uma prática assistencial de enfermagem junto ao acadêmico, que não viesse negar ou rechaçar a competência técnico-científica, uma vez que, acredito na sua importância para o profissional de enfermagem; mas, que aliasse a esta primeira a sensibilidade, a criatividade, a ética, a estética, enfim, o despertar para valores universais, para novas faces do cuidado de enfermagem, para o verdadeiro sentido da existência humana.

O respaldo teórico encontrado na literatura de várias áreas, particularmente na educação e na enfermagem, muito contribuíram para responder a meus questionamentos, bem como, para subsidiar uma práxis transformadora. Encontro

estreita consonância com esta intenção, nas afirmações de Demo (1995) e Waldow (1998)_a.

O primeiro apresenta sua concepção ampliada do conhecimento ao referir:

“... Em hipótese alguma pode reduzir o conhecimento ao tirocinio lógico e matemático, porque o ser humano completo desenvolve-se em outras dimensões não menos significativas... No meio de uma sociedade talvez tecnicista, materialista, interesseira, competitiva ao extremo, é função do professor mostrar os outros lados, sobretudo da criatividade, da arte, da expressão cultural própria. A motivação estética, poética, artística, mesmo que não dê qualquer lucro nem seja crucial para passar no vestibular, faz parte da riqueza do desenvolvimento humano, que já não seria integral se a desprezasse”. (p. 194)

E Waldow (1998)_a ao questionar o ensino de enfermagem o percebe ora conduzindo a uma prática de totalidade, ora de fragmentação com relação ao cuidado humano:

“... reconhecidamente, existe uma tentativa de integrar uma abordagem holística na enfermagem, preconizando-se uma prática que vise a totalidade do ser humano. Contudo, o próprio ensino durante o processo de formação profissional da enfermagem caracteriza-se por ser de caráter dualista, enfatizando o ser objeto, doente, no qual as atividades profissionais desenvolvidas priorizam os procedimentos terapêuticos. Portanto, o físico tem precedência, bem como a tecnologia na prática de enfermagem. O processo de cuidar acaba sendo substituído por atividades terapêuticas que priorizam a cura. E se essa contradição é percebida e é reconhecida a divisão entre teoria e prática, por que se mantém os currículos sob o enfoque biomédico e por que as enfermeiras sucumbem aos modelos das organizações e não propõem um modelo de enfermagem que reflita aquilo que se pense ser adequado?”. (p. 55)

Concordo com os autores referidos e, acrescento que a inclusão de novos valores à dinâmica do ensinar e do cuidar propiciará atitudes condizentes com a educação para o cuidado ora propostos neste trabalho. Nesta perspectiva de ação, volto a colocar em destaque as idéias de Waldow (1998)_a:

“Quanto mais seguras e certas do que somos, do que queremos, no que consiste o nosso fazer e quanto mais expostos às variadas posições filosóficas e habilitados a fazer uso do pensamento crítico, intuição e sensibilidade, menos árdua será nossa postura frente a um dilema ético. Às escolas formadoras cabe uma parte importantíssima como fomento de uma postura crítica e humana através de uma educação que privilegie a discussão de valores”. (op. cit, p. 59).

Ao analisar, criticamente, minha vivência acadêmico-profissional e a posição de renomados estudiosos, tornei-me mais confiante com relação as minhas crenças atuais de que cuidar/educar é um constante ir e vir, um processo dialético que envolve razão e emoção.

Corroborar esta crença, o trabalho desenvolvido por Barbosa (op. cit) junto ao cliente crítico no sentido de compreender sua vivência através da interação enfermeiro-cliente, buscando o significado das experiências vividas. A autora propõe uma ação humanizada em UTI, apesar da complexidade e da tecnologia ali existente. Ela assinala, ao resumir o seu estudo:

“Ver a assistência desta forma favoreceu a proximidade, compartilhando as experiências e permitindo o conviver com emoções e expectativas. Isso me impeliu a transcender o meu enxergar que era influenciado por estar em consonância com um cotidiano por assim dizer “pesado” pela indiferença provocada pela presença dos equipamentos, e “feio” pelo caráter de objetividade dos gestos, ações. No entanto, o peso da indiferença dos equipamentos pôde se tornar reduzido pela leveza da plenitude de reconhecimento do ser humano. Passei a ver a tecnologia em UTI, aliada à sensibilidade e à intuição como pincéis através dos quais pude assistir as pessoas na forma de construção de obras de arte... A objetividade tornou-se mais amena ao unir-se à subjetividade que alinhava a assistência como se fosse um fio, que precisa ser encontrado”. (p. 118)

Tal estudo vem comprovar que é possível aliar racionalidade e sensibilidade, mesmo em um ambiente dominado pela supremacia tecnológica.

A consecução da proposta de prática assistencial, que ora apresento como

dissertação de Mestrado, foi fundamentada, principalmente, na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, que preconiza o cuidado humano e a relação transpessoal como centro da enfermagem, repercutindo em potencial de "healing"-cura, tanto para quem está sendo cuidado como para quem cuida. Por estar calcada na filosofia existencialista e nos novos paradigmas da ciência, a teoria propõe profundo respeito pela existência humana, pela dignidade, pela subjetividade, pela totalidade do ser, considerando-o corpo/mente/espírito/natureza.

Para Watson (1996), o cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, que está ameaçada pela desenvolvida tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas, aliadas à proliferação de técnicas de cura e tratamentos radicais. Revela que, por ser a enfermagem uma profissão do cuidado, sua habilidade para manter o seu ideal de cuidado na educação e na prática, afetará a maneira como a humanidade se desenvolve e evolui em direção a uma sociedade mais pacífica. Propõe um modelo centrado no cuidado e, que capacite os acadêmicos de enfermagem a serem mais responsáveis e comprometidos com a sociedade, preocupando-se mais com a humanização, no sentido de contrabalançar a crescente tecnologização da saúde e, a serem mais solidários, sensíveis e zelosos com problemas éticos e morais e, criativos e aptos a aplicar conhecimentos às questões e problemas dos pacientes, bem como, se posicionarem de forma ética defendendo seus direitos.

Desta forma, desvelando algumas facetas do fenômeno ensinar/cuidar em enfermagem, busquei ressaltar a importância e a responsabilidade do educador no processo de formação profissional, despertando nos enfermeiros o compromisso com o ser humano em todas as suas dimensões, utilizando o espaço da pós-graduação na graduação por acreditar na integração que deve haver entre ambas.

2 OBJETIVOS

O desvelamento de algumas facetas do fenômeno ensinar para cuidar em Unidade de Terapia Intensiva esteve atrelado, na prática assistencial desenvolvida, principalmente à busca junto aos acadêmicos, de um despertar para o cuidado como essência da enfermagem e para o efetivo comprometimento com o ser humano em todas as suas dimensões.

Com o intuito de aprofundar a temática até então desenvolvida, empreendi o seguimento da mesma tendo como objetivos:

- Desenvolver, com base no referencial teórico-metodológico de Jean Watson uma proposta de atuação do professor enfermeiro no processo de ensinar/aprender/cuidar em Unidade de Terapia Intensiva;

- Analisar a proposta à luz de referenciais teórico-metodológicos alicerçados na educação e no cuidado transpessoal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresento os subsídios teóricos necessários ao desenvolvimento desta Dissertação de Mestrado relacionados com os paradigmas científicos, cuidado de enfermagem, Teoria Transpessoal de Jean Watson, educação e educação para o cuidado.

3.1 Os paradigmas da ciência e o cuidado de enfermagem

Todo conhecimento e, por sua vez, todo agir humano, sustenta-se em um paradigma. Desde os primórdios da existência a construção do saber dá-se dessa forma.

No entender de Migliori (1993) os paradigmas são a mola mestra de cada época, o referencial primário e estrutura básica do pensamento que irão determinar nossa postura perante a realidade. Antecedem uma idéia na medida em que atuam como determinantes da nossa maneira de pensar. Além disso, refere que um paradigma estabelece parâmetros não só de nosso saber, mas também, de nossos valores, crenças, relacionamentos, de nossas vidas.

Em outras palavras, Crema (1989) conceitua paradigma como sendo um modelo/padrão para a descrição, explicação e compreensão da realidade.

Como é uma criação humana, um paradigma é passível de transformação. Assim sendo, desde o início da civilização humana, vários paradigmas surgiram, cada um tentando revelar a seu modo as dúvidas e mistérios da vida. Dentre eles, o mais polêmico e contundente foi o paradigma Cartesiano/Newtoniano surgido a cerca de 3 séculos atrás, idealizado principalmente por René Descartes.

Segundo Capra (1997) este modelo prima pela racionalidade científica e pelo mecanicismo. Assim, há separação entre corpo e mente e um fracionamento crescente do ser humano, daí dizer-se que tem uma visão fragmentada e reducionista do homem. Da mesma forma, há extremo apego ao método científico e à objetividade, donde se depreende o avanço vertiginoso da pesquisa e da tecnologia neste período. A exemplo disso, tem-se a colocação de Laino (1996) quando afirma que o homem levou mais de 20000 anos para ganhar mais 4 anos médios de vida, passando dos 18 do *Homo sapiens*, aos 22 do Império Romano. Para alcançar mais 16 anos médios de vida, precisou de mais 2000 anos. No entanto, para passar desses 38 anos (na época da Revolução Industrial) para o dobro, 76 anos, bastaram 190 anos.

Esta ilustração apresenta a importância do paradigma cartesiano/newtoniano para a ciência. No entanto, neste fim de século, este modelo começa a demonstrar suas fraquezas, segundo Koller e Machado (1992), principalmente, a partir do questionamento de valores.

De acordo com Pomatti et al (1996), na área da saúde, o modelo cartesiano (particularmente chamado biomédico) fez com que o corpo humano fosse comparado a uma máquina, transformado em peças e, o cuidado passou a ser considerado como o "conserto de um defeito", que impedia o "funcionamento" perfeito da mesma. Assim, os profissionais da saúde esqueceram que o homem é um ser humano total e que o valor maior da existência é a vida.

Em concordância, Koller e Machado (op. cit) alertam:

"Precisamos nos desalienar da máquina e voltarmos a vida do homem se acreditarmos realmente que o ser humano é mais do que uma máquina. Esta transformação é cultural, precisamos apoiar e fortalecer os movimentos sociais, estarmos abertos a mudanças, às práticas alternativas que transcendem o modelo atual, o que requer a concepção de um sistema cultural pluralista em saúde, perceber as práticas de saúde num contexto mais amplo e não nos dissociarmos de outros conhecimentos

importantes à vida humana". (p. 76)

Surgem, a partir destas reflexões, novos paradigmas da ciência. Merece destaque especial o paradigma holístico que, segundo Cardoso (1995) coloca o universo não como uma máquina composta por uma infinidade de objetos, mas um todo dinâmico e indivisível, onde as partes só podem ser compreendidas se consideradas em interconexão. A visão holística considera não somente a razão e a sensação, mas também a intuição e o sentimento como vias de construção do real, o que implica em uma verdadeira conversão de valores, como: simplicidade, harmonia, integridade, completude, dignidade, sacralidade, beleza, universalidade, pureza, amor, comunhão, generosidade, respeito, abertura.

Para Crema (1989) o paradigma holístico (relembrando do grego *Holo*: totalidade) é um sistema que favorece o aprender a aprender, sintetizando alguns princípios:

- a natureza do átomo não é dada simplesmente por ele, mas por sua interação com o Universo; ou seja, nenhum elemento possui real identidade e existência fora do seu entorno total;
- os nossos conhecimentos são provenientes de nossa própria participação e interação nos processos do Universo;
- além da análise, a síntese é central na compreensão do mundo; conhecer algo implica em saber sua origem e finalidade;
- a matéria não é passiva ou inerte, já que é dotada de energia e intencionalidade: os elementos inanimados organizam-se em complexos sistemas de interação;
- a consciência ordinária compreende apenas uma parte pequena da atividade total do espírito humano;
- a mente humana estende-se no tempo e espaço, existindo em unidade com o mundo que ela observa;

- o potencial de criatividade e intuição são mais vastos do que ordinariamente se assume;
- a transcendência é valiosa e importante na experiência humana e precisa ser abrangida na comunidade orientada pelo conhecimento.

Refere também que a abordagem holística estende-se a todas esferas do saber e fazer humanos, como: educação, saúde, economia, administração, ecologia, política, dentre outras.

Depreende-se daí, que o movimento holístico é muito abrangente e provoca reflexões sobre nossa vida íntima, interior, sobre uma vida que, muitas vezes, nem supomos ou acreditamos existir. Ao lidar com esse lado transcendental da natureza humana, esse movimento nos incita à busca de novas maneiras de ver, pensar, agir. Atribui-nos uma responsabilidade muito grande, expressa no pensamento de Krishnamurti apud Crema (op. cit):

“Temos progresso técnico, sem progresso psicológico equivalente, e por esse motivo há um estado de desequilíbrio: têm-se realizado extraordinárias conquistas científicas e, no entanto, continua a existir o sofrimento humano, continuam a existir corações vazios e mentes vazias. A maioria das técnicas que aprendemos se relacionam com a construção de aeronaves, com os meios de nos matarmos uns aos outros. Tal é o mundo moderno, que sois vós mesmos.

O mundo não é diferente de vós. Vosso mundo que sois vós mesmos, é um mundo do intelecto cultivado e do coração vazio. Se perscrutardes a vós mesmos, vereis que sois um autêntico produto da moderna civilização. Aprendestes a pôr em prática algumas habilidades físicas - mas não sois entes humanos criadores. Gerais filhos, mas isso não é ser criador (...) um coração vazio mais uma mente técnica não faz um ente humano criador; e como perdemos aquele estado criador, produzimos um mundo extremamente desditoso, talado por guerras, dilacerado por distinções de classes e de raças. Cabe-nos, pois, a responsabilidade de operar uma transformação radical em nós mesmos”. (p. 27)

Especificamente na área da saúde, deve ser encontrado um ponto de equilíbrio entre a racionalidade técnica e a abordagem humanística. Sobre essa

questão, é muito significativo o que Leopardi (1995) assinala:

“Não acredito que apenas uma mudança de paradigma seja suficiente para alterar essa contingência de desumanidade, mas também a possibilidade de um novo comprometimento político com outras formas de ver e praticar. Político, não como mais uma deformação conceitual, posta na esfera econômica apenas, mas como construção dos homens. Entendo isto como filosofia contextualizada, na medida em que o pensar se alia a uma inserção no espaço do próprio cuidado”. (p. 187)

Este chamamento a um comprometimento filosófico, político, ético dos profissionais da saúde é muito pertinente. Na enfermagem, Pomatti et al (1996) reforçam que os enfermeiros não podem deixar-se levar por pressões reducionistas e simplistas que negligenciam sua competência, mas apelam para o prevailecimento da consciência, da ética e da moralidade na construção do cuidado - ideal moral e essência da enfermagem. Ressaltam que deve-se formar profissionais capazes de comprometer-se com a visão holística e dialética das ações de enfermagem, vindo ao encontro de uma nova visão que ultrapassa o limite de antigos paradigmas.

Nesta perspectiva, concordo com Koller e Machado (1992) quando afirmam que as mudanças devem iniciar-se pela formação profissional, exigindo ampla reforma curricular com redefinição de conceitos, transformação da prática pedagógica e redefinição de crenças e valores que orientam nossa vida pessoal e profissional.

A enfermagem foi, historicamente, influenciada por fatores variados, desenvolvendo-se ao ritmo das grandes correntes de pensamento que marcaram a evolução do conhecimento. Comenta Barros (1997), que desde o advento do cristianismo (quando a enfermagem passou a ser referenciada), passando pela época medieval e pelo grande marco-Florence Nightingale (1820 - 1910) a profissão sofreu muitas transformações. Estas, intensificaram-se com os movimentos científicos, tecnológicos e sociais do século XX, afetando

significativamente o desenvolvimento do cuidado de saúde e as diretrizes do serviço de enfermagem. Diz que espera-se dos enfermeiros hoje; que sejam excelentes cuidadores, pensadores baseados no raciocínio científico e investigadores competentes.

Neste sentido, Waldow (1998)^a revela que ainda hoje, apesar de todo movimento de transformação paradigmática que existe, a enfermagem dirige sua prática em sentido contrário ao discurso "biopsicossocial" (que já é reducionista), enfatizando apenas o aspecto biológico através de procedimentos e ações terapêuticas. Nesta linha de pensamento expressa:

"O "cuidado de enfermagem", na realidade, centra-se no desempenho das ações terapêuticas que acabam se concretizando como rotinas padronizadas. O paciente é visto como alguém que deverá se comportar em um padrão predizível, seguindo as orientações/ações "impostas" e decididas pela equipe, bem como os regulamentos da instituição". (p. 7)

Mais adiante, acrescenta que o cuidar assume características profissionais obtidas de uma educação formal, fruto da modernidade, dos avanços científicos e tecnológicos e, do crescente poder de ideologia médica, buscando o reconhecimento do poder dominante e "status". Com isso, perdeu muito de sua arte, humanização e conhecimento específico, o que dá ao profissional uma falsa idéia de autonomia.

Esta constatação, ainda é muito presente no mundo do trabalho da enfermagem. Alguns ambientes onde o seu fazer se desenvolve, parecem adaptar-se mais a esta característica biologicista do cuidado. Dentre eles cita-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que no pensamento de Gomes (1988) significa área hospitalar que tem por finalidade a prestação de assistência médica e de enfermagem constante e individualizada, baseada em padronização técnica de investigação e tratamento; treinamento contínuo e complementação científico-

tecnológica.

Por se tratar do "locus" onde se desenvolveu a prática assistencial, considero necessário tecer alguns comentários sobre o cuidado de enfermagem em terapia intensiva.

Na verdade, a primeira mentora de uma UTI foi Florence Nightingale, quando destinou uma pequena sala para os clientes que julgava necessitarem de maiores cuidados. Estas unidades tiveram um reconhecimento formal de sua necessidade por volta da década de 50, quando intensificou-se a "corrida" em busca do aparato tecnológico que melhor atendesse o cliente crítico ali internado. Concomitantemente, surge a necessidade de preparar pessoal para atuar em tal área. No Brasil, as UTI's surgiram na década de 70, tendo rápida difusão. Neste período, foram incluídos conteúdos específicos nos currículos de enfermagem (Barbosa, 1995; Gomes, 1988).

Segundo Hudak e Gallo (1997), junto com o crescimento e progresso das UTI's vieram desenvolvimentos não imaginados da tecnologia e aumento da disponibilidade de aparelhos invasivos e não invasivos para medir, monitorizar e regular sistemas orgânicos. Para estas autoras:

"Ser um paciente em uma unidade de cuidados intensivos é potencialmente mais amedrontador, mais solitário, mais confuso, e, de certa forma, mais desumanizante que antes. Do mesmo modo, as dimensões do papel da enfermagem neste ambiente mudaram. O papel é mais tecnológico, mais orientado fisiologicamente, mais intenso, e com maior exigência intelectual que antes. Em virtude dessas alterações, o aspecto do cuidado como a principal dimensão da Enfermagem tornou-se mais importante e cada vez mais ameaçado". (p. 40)

Barbosa (op. cit) concorda com a colocação anterior e, explicita que a tecnologia, cada vez mais evoluída, possibilita melhor assistência e facilita o serviço de enfermagem, mas provoca um efeito diverso ao intermediar o profissional e o cliente, que, muitas vezes, se relaciona mais com as máquinas do que com as

peessoas.

Em seu estudo, Barbosa (op. cit) também cita várias pesquisas, que têm como achado principal a tendência dos enfermeiros em estarem mais voltados para aspectos instrumentais, sobretudo, para a responsabilidade de controlar e manter funções vitais e para aspectos relacionados ao cuidado corporal. Parece que a aproximação entre o pessoal de enfermagem e o cliente em UTI se dá, quase que exclusivamente, para execução de tarefas complementares à prescrição médica ou ligados a higiene corporal e alimentação.

Barbosa (op. cit) nesta linha de pensamento acredita que o extremo apego ao racionalismo técnico não pode ser desvinculado das necessidades do mercado de trabalho, impostas por uma política econômica capitalista, dominante e hegemônica, que faz crer que não há tempo nem espaço para o equilíbrio: para o cuidado de enfermagem que alie a técnica ao calor humano, numa configuração que envolva a ética, a estética e outros valores que enfatizam o cuidado humanizado, uma vez que:

“O mundo-vida da enfermagem sofreu mudanças decorrentes do avanço tecnológico, particularmente por sua intensividade de uso em UTI's. A utilização dos métodos empírico-positivistas, tão enraizados em nós, coloca o fenômeno em questão, a experiência do cuidar, à parte do todo do ser-no-mundo que se deseja compreender, passando a experiência a ser objetificada e quantificada. Com isso, os aspectos da experiência humana, a vivência, a intersubjetividade podem deixar de ser percebidas, limitando assim a ação da experiência de enfermagem para compreender o fenômeno, a situação de enfermagem”. (p. 30).

Esta situação dá margem para o que Carper apud Waldow (1998)^b chama de “erosão do cuidado”, resultando em impessoalidade, formalismo, frieza, desvalorização, a que são submetidas as pessoas, devido ao excessivo uso da tecnologia.

Já Polak et al (1997) encontram no atual modelo de saúde a explicação para

a valorização extremada da tecnologia. Comentam que:

“A enfermagem das Unidades Críticas vivencia o império da tecnologia, desnuda-se, confronta-se com uma realidade de dor e sofrimento, mas também de esperança. Nesse contexto a atenção é voltada para o corpo presença biológica, o corpo objeto da explicação, quando o corpo vivente, o sujeito, é pouco valorizado. Isso ocorre em função de uma infinidade de motivos, entre os quais aponto o modelo de saúde vigente como grande responsável pelas abordagens presentes, bem como pela formação dos seus profissionais, o qual privilegia a doença e não o doente”. (p.30)

Waldow (1998)^b reitera que atualmente a tecnologia avançada pode substituir o corpo e que, o toque, o carinho e o apoio parecem não ser mais necessários. “A máquina passa a realizar o cuidado e a cuidadora a ocupar-se, observando-se e concentrando-se no manuseio da mesma, por vezes esquecendo o ser humano a ela conectado” (p.65).

Em concordância, Betinelli (1998) reforça que, historicamente, os profissionais da área de terapia intensiva tem supervalorizado a técnica e a tecnologia em detrimento de um relacionamento mais humano. Enfatiza que:

“Os cursos universitários da área da saúde sempre pregaram o não envolvimento do profissional com o paciente, pois este envolvimento prejudicaria a atuação científica, a objetividade e o atendimento racional tão necessário na hora da urgência.” (p.18).

Essa “cultura” de frieza e insensibilidade que é perpassada através dos bancos universitários, cada vez mais, acentua o estigma que já carrega a UTI, especialmente, quando adicionamos a esta discussão a palavra morte, tão temida e vivenciada nestas unidades.

No entendimento de Koizumi et al (1979) medo, ansiedade, insegurança, depressão, dentre outros, são sentimentos comuns a quem passa pela experiência de ser paciente em UTI. Declaram que:

“A natureza estressante e agressiva da UTI é amplamente reconhecida. O emprego do termo UTI é suficiente para lembrar uma situação muito tensa. Circundado por fatores sobre os quais não pode exercer controle e dos quais depende sua sobrevivência, o indivíduo experimenta nesse ambiente, grande desconforto.” (p. 140)

Hudak e Gallo (1997) ao explicitar a situação vivida pelo cliente em terapia intensiva apontam aspectos atemorizadores, como: ser estranho, em ambiente estranho e estar sendo cuidado por pessoas estranhas (o que gera sensação de desamparo, isolamento, insegurança); a experiência do uso de aparelhos, os sons, alarmes e luzes da unidade; a perturbação do sono; presenciar situações de emergência, e às vezes, a morte do outro; uso de múltiplas sondas, cateteres e drenos; ruído de aspiração, sussurros, risos e vozes disfarçadas, perda da privacidade, ausência da família; dentre outros. Aliado a isso pode-se acrescentar a sensação de morte eminente, mesmo quando o cliente não sabe exatamente onde está, e o sentimento de perda total de controle de si próprio, de sua vida, pois, não sabe porque está ali, quem são aquelas pessoas e os aparelhos que o rodeiam, porque sua família está afastada.

Acredito que não é necessário acrescentar mais aspectos que possam representar a vivência do cliente internado em UTI, apenas, reafirmo que esta vivência, acompanhada de um não-cuidado frio e insensível, contribui para que ele tenha uma experiência muito negativa, que em nada auxilia no seu processo de recuperação.

Da mesma forma, os familiares do cliente ali internado são, profundamente afetados pelo sentimento de ansiedade que a internação de seu parente provoca. Sentimentos de impotência, fragilidade, medo, não são raros.

Curry (1995) revela que a família do cliente internado em UTI deve fazer parte dos cuidados de enfermagem, pois tem necessidades a serem satisfeitas (de

reduzir a ansiedade, de apoio, de sentir-se útil). A família também sofre o impacto da hospitalização, do ambiente da UTI, do medo de perder o seu parente, e, cada membro reage diferentemente a estes estressores.

Waldow (1998)^b afirma que a presença e carinho da família são fundamentais para o ser cuidado. Se a equipe ignorar seus sentimentos e necessidades, o processo de cuidado poderá ser dificultado. Envolvê-los, portanto, no cuidado de enfermagem é indispensável. Torná-los parte integrante da vivência que seu parente experencia é muito importante para aliviar a ansiedade de ambos e, tornar a crise que experimentam mais amena. A presença, o toque, o afago do familiar muito contribui para a recuperação e o fortalecimento do cliente internado.

Impossível comentar sobre UTI sem abordar a vivência dos seres que ali trabalham, especialmente, a equipe de enfermagem que experimenta uma jornada de trabalho desgastante e exaustiva, permanecendo durante 7 dias da semana, 24 horas por dia junto ao cliente crítico.

Segundo Hudak e Gallo (1997) a imprevisibilidade do ambiente de terapia intensiva é o maior fator de estresse, mas somam-se: rotina repetitiva, risco de acidentes de trabalho, gemidos, choros, alarmes, "bips", mutilações, contato com secreções corporais, convivência com a dor, com a morte, enfim, com crises existenciais variadas.

Essa convivência diária com o "stress" torna o trabalhador de UTI psicologicamente afetado. Morais (1991) refere que pessoas com formação técnica altamente especializada e, que lidam, no cotidiano, com a dor, o sofrimento, e com crises existenciais de vida-morte, desenvolvem mecanismos de defesa, normalmente: controle onipotente, distanciamento e despersonalização. Sem uma formação voltada para aspectos e valores mais humanos, não há como o profissional perceber o seu trabalho como uma atividade que possa, não só ser estressante, mas configurar-se em algo mais prazeroso. Isto, por sua vez, vem

agravar a problemática da internação em UTI, caracterizando-a, conforme anteriormente mencionado, como fria, impessoal e direcionada para os aspectos biológico e técnico-tecnológicos da assistência.

De acordo com Betinelli (1998):

“Muitas vezes, a enfermagem, com esta visão tecnicista que valoriza sobremaneira os instrumentos, impede reflexões diárias sobre postura e conduta profissional, distanciando cada vez mais a pessoa do profissional da pessoa a ser cuidada. Esta postura pode até tornar-se antiética, inibindo o exercício da reciprocidade, da troca e da utilização da sensibilidade ao cuidar.” (p.21).

Mais adiante, já apontando alternativas para esta problemática, o autor coloca:

“A enfermagem tem uma estrutura bastante hierárquica, fazendo com que o cuidado seja algo imposto ao paciente, inibindo, com certeza, a liberdade de escolha e a autonomia da relação. O paciente fica dependente das atitudes e vontades da enfermagem, que o levam à insegurança e ao medo, pois ele não pode expor suas idéias. Todo relacionamento de cuidado deve ter como base de sustentação a liberdade, a sensibilidade, o diálogo autêntico, a presença ativa, o compartilhar de conhecimentos na busca da valorização da vida.” (p.23)

Esta forma grandiosa de conceber o cuidado em terapia intensiva deve, entretanto, ser assimilada pelos profissionais que ali atuam, na esperança de modificar a forma como vem sendo percebida a assistência de enfermagem nestes locais.

Silva (s.d.) reitera que para atuar em UTI, o profissional precisa aperfeiçoar-se constantemente mas coloca em questão qual é o papel do profissional de enfermagem: se curar ou cuidar. Enfatiza que, se admitirmos que é curar, ficaremos escravos da tecnologia; e se é cuidar, teremos que refletir sobre o que é melhor para aquele que ali está, humanizando o atendimento e isto significa resgatar nossa capacidade de sentir o outro, o nosso direito de expressar nossos sentimentos, de

aprender como ser mais inteiro e íntegro consigo mesmo.

Ainda para reforçar este ideal de mudança de atitude e comportamento, Kimura (1998) assegura que:

“Compartilhar com o paciente crítico a condição de vida e morte, de grande insegurança emocional e dor, pode ser uma experiência extremamente rica, tanto para o paciente como para o enfermeiro. Exige, porém, deste profissional não somente o conhecimento técnico-científico, mas um embasamento humanístico bem estruturado, que o torne capaz de compreender o paciente como pessoa em luta para superar sérias dificuldades.” (p.177).

A partir destes pensamentos, vê-se que há um olhar crítico sobre a atual prática de enfermagem. No entender de Silva e Arruda (1993) há uma tendência atual na enfermagem de resgatar o pessoal do impessoal, a sexualidade e a estética da descrição científica de uma natureza fria, incompleta e insatisfatória, a experiência subjetiva, individual e coletiva da objetividade científica.

Outros autores nacionais e internacionais têm se preocupado em abordar o cuidado de uma forma mais abrangente, subjetiva, ética e estética. No entanto, no Brasil, Waldow (1998)^a alerta que o estudo do fenômeno cuidar é muito recente, persistindo entre os profissionais grande confusão em diferenciar cuidar de assistir, processo de trabalho, processo de enfermagem e, mesmo os termos cuidar e cuidado.

Embora muitos autores conceituem, diferenciadamente, os termos “cuidado” e “cuidar”, no trabalho desenvolvido, ambos foram utilizados como sinônimos, sem comprometer a essência que encerram.

Segundo Zagonel et al (1997), o cuidado, antigamente, era tido apenas como prática, tarefa, ofício. Embora esta visão ainda persista, atualmente, há um esforço para modificá-la. Esta luta é liderada por enfermeiras, pois na visão de Arruda et al. (1996, p. 85), “cuidar não é prerrogativa apenas da enfermagem, mas

sem dúvida, é esta a profissão que tem grandes oportunidades para realizar este ato humano”.

Cerqueira apud Lunardi Filho (1997) afirma que os termos cuidar/cuidado devem representar a essência da tradição e prática da enfermagem, uma vez que, a razão de sua existência é ser uma profissão para cuidar. Acrescenta que é possível cuidar sem curar, mas não pode haver cura sem o cuidado.

A partir desse entendimento, houve um repensar sobre a prática de enfermagem e uma redefinição de conceitos. Assim, o cuidar/cuidado assume novas faces. Para Waldow (1998_a, p. 73) o cuidado é entendido como processo interativo, relacional, conhecimento, autoconhecimento, ética, estética, comprometimento, dentre outros, “no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer”. Nota-se clara evolução, deixando o cuidado de ser entendido apenas como tarefa. Assume características próprias e adquire uma conotação mais humana, de vivência, ou, como afirma Capalbo (1994):

“O ser com o outro na doença pode tornar-se uma participação significativa quando expressa “solicitude” ou que se chama também “cuidar do outro”, ter consideração e paciência com o outro. Ora, uma das finalidades da enfermagem é justamente este “cuidar do outro” que implica na coexistência e na participação o oposto, portanto, de um tipo de “cuidar” que venha a ser manipulação e dominação do outro. Oposto ainda aos modos institucionais de rotinas e de tarefas a que a enfermagem se vê obrigada a desempenhar por tradição e hábito, quase que mecanicamente. Oposto aos comportamentos de acomodação, de competição, de indiferença, de passividade, de descompromisso, tantas vezes verificado na prática profissional”. (p. 195)

Neste sentido, Collière (1989) referenda que a utilização de instrumentos e de técnicas não pode estar dissociada de um suporte relacional, caso contrário, tornará frustrado quem presta o cuidado e despertará dissabores em quem recebe. Em concordância, Waldow (1998)_b revela que a abordagem humanista tem se

mostrado cada vez mais nas pesquisas, mas é preciso estar alerta para que não haja uma rejeição dos aspectos técnicos-científicos já que são muito importantes para a profissão. Na verdade, o que a autora sugere é a remoção da visão dicotômica entre ciência e arte, devendo haver fluência harmônica entre ambas.

É muito importante conceber o cuidado desta forma mais abrangente, pois possibilita adentrarmos em aspectos mais nobres do fenômeno cuidar, perceber novas nuances e concretizar ações renovadoras. No entanto, isto só se tornará realidade na medida em que avançarmos em busca de novos conceitos e reflexões mais aprofundadas, o que tem particular importância em unidades críticas, quando o sujeito experencia, muitas vezes, o auge de uma crise existencial. Como profissionais devemos estar preparados para auxiliá-lo. Na visão de Silva (s.d.):

“...afirmar o ser humano que está numa UTI como valor absoluto é entendê-lo de uma forma maior do que parâmetros fisiológicos. É resgatar e permitir que ele expresse qual é o motivo de sua própria existência, independente dele coincidir ou não com o nosso próprio motivo.” (p.2).

Seguindo esta linha de pensamento, Mayeroff (1971) destaca:

“Cuidar de alguém implica entendê-lo, adentrar o seu mundo, perceber-se fazendo parte deste mundo; implica vê-lo, tanto quanto possível com os seus olhos, em compreender como é a vida para ele e o quanto ele se esforça para ser e do que ele precisa para crescer.” (p.47).

A autora destaca a importância da empatia no processo de cuidar, o que em unidades críticas é essencial. Esta dimensão interativa é o que diferencia o verdadeiro cuidado humano, quando o benefício não atinge só quem é cuidado, mas também o cuidador.

Para Lacerda (1996), cuidar do outro é natural à espécie humana, faz parte do sentimento que o homem tem. Erdmann (1996) diz que o cuidado é um ato de

valorização da vida, o que é reiterado por Arruda ao prefaciar obra desta autora: "o cuidado é a essência da vida, dos seres da natureza, um processo produtor e protetor da vida".

Conforme Zagonel et al (1997), o cuidado está ligado à vida, é universal e singular em cada situação e cultura. Percebe-se através desta colocação que o cuidar/cuidado adquire uma conotação de totalidade, de envolvimento da natureza biológica, psicológica e social do homem.

Collière (op. cit) acredita que cuidar é mobilizar energia, mobilizar em alguém tudo o que vive, o potencial de vida. Enfatiza:

"Os cuidados e a maneira de cuidar contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir, quer dizer, o poder de descobrir o mundo, de o apreender, de aí se situar... Cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo a este poder mobilizar-se, desenvolver-se, utilizar-se ou levando-o a imobilizar-se, a contrair-se, a reduzir-se." (p.311).

A clara perspectiva existencialista que aí está posta, remete-nos à responsabilidade profissional, em muito aumentada quando pensamos que cuidar, é mais do que apenas realizar técnicas e cuidar do corpo. A mesma autora prossegue:

"...todo o desenvolvimento do poder de existir se liga à capacidade de ser, de existir daqueles que cuidam e, assim, interrogar-se sobre o poder veiculado pelos cuidados de enfermagem, é questionar nosso próprio poder, porque não é possível permitir aos outros readquirir o "poder ser", o "poder existir", se nós mesmos não identificarmos "aquilo que somos capazes", de que podemos vir a ser capazes, e como utilizamos essa capacidades." (p. 311).

Portanto, despertar no profissional este desejo pelo autocrescimento, pelo autoconhecimento é imprescindível. No entanto, faz-se necessário que este processo de autopercepção tenha início na vida acadêmica e perpetue por toda

existência. Somente desta forma, o enfermeiro poderá dar-se conta da riqueza que a vivência profissional lhe pode oportunizar e das múltiplas possibilidades que pode oferecer enquanto cuidador de enfermagem. É o que reiteram Arruda et al (1996):

“Será através da constante busca de autoconhecimento e da melhoria de suas qualidades e comportamentos, que o profissional de enfermagem contribuirá no aprimoramento do processo de cuidar, refletindo diretamente no bem estar de quem é cuidado, das demais pessoas que o cercam, dos demais profissionais da saúde e de si próprio.” (p.89).

Waldow (1998), ressalta o caráter exclusivo da relação cuidador-cliente quando expressa que é “irrepetível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único”. (p.111). Acrescenta que atenção e carinho são requisitos importantes e atributos morais indispensáveis no sentido de descaracterizar o cuidado como apenas técnico.

Entretanto, gostaria de destacar que essa relação deve ser premiada pela liberdade e autonomia e, também, pela criatividade, caso contrário o cuidado assume características de passividade, compaixão (como sinônimo de caridade) e dominação.

Afinal, como revela Wolff (1996):

“O cuidado humano de enfermagem é humanizado, quando o profissional de enfermagem demonstra grande respeito pela experiências subjetivas do ser sob seus cuidados, valoriza sua autonomia e sua dignidade.” (p.45)

No que se refere a UTI, Silva (s.d.) afirma: “UTI humanizada significa que os profissionais de saúde que lá trabalham tem a mesma compaixão e atenção consigo mesmo que com seus pares, com seus colegas e com os pacientes.” (p.03). Acredita que cuidar de quem cuida é tão essencial quanto ético. Estas

afirmações sobre o profissional humano devem, entretanto, constituir-se em filosofia das escolas formadoras e das instituições empregadoras, caso contrário, continuaremos convivendo com um discurso teórico totalmente dissociado da prática de enfermagem. Para que esta filosofia humanista torne-se realidade é necessário agregar ao conceito de cuidado um aspecto muito importante e necessário: a espiritualidade.

Ultimamente, alguns estudos têm surgido acrescentando ao conceito de cuidado uma conotação de espiritualidade. Figueiredo et al (1998) afirmam que o cuidado envolve ações que misturam atividades físicas básicas com vitalidade espiritual, o que auxilia o paciente, estimulando a capacidade intuitiva de autoevolução e de autorealização.

Essa dimensão é de difícil compreensão, fugindo da objetividade e da racionalidade, apregoados pelo paradigma positivista, ao qual a enfermagem se atrelou desde a sua profissionalização. Boff (1997) faz uma analogia que facilita o entendimento da dimensão espiritual quando afirma:

“Posso ter muitas pedras preciosas jogadas sobre a mesa, mas se não tiver um fio que as amarre, nunca terei um colar. Esse colar é feito pelo Espírito, pela espiritualidade, que é nossa capacidade de captar o todo e de fazer sínteses”. (p. 77)

Assim, o autor demonstra a importância desta face do ser humano, que está sendo valorizada atualmente na prática da enfermagem como forma de ajudar o outro, mas, sem o apego a dogmas religiosos. Pode-se dizer que Jean Watson (1979, p. 221) foi a teórica de enfermagem que consolidou o componente espiritual como próprio do cuidado de enfermagem, quando afirma: “as crenças metafísicas de uma teoria de enfermagem, fornecem a paixão pela enfermagem, a mantém viva, mudando e abrindo caminhos para novas possibilidades”. Esta autora introduziu a dimensão espiritual do cuidado como parte do currículo de uma das

maiores escolas de enfermagem da América do Norte. Ela valoriza, com profundo respeito, a crença nos milagres e mistérios da vida humana, na dimensão espiritual da vida e no poder interno do cuidado humano e processo de cura.

O cuidar requer conhecimento do outro. Para que isto seja possível, é necessário aceitar que existe em nós algo mais do que apenas um corpo. Watson (1996) ao incluir em sua teoria os conceitos de alma/espírito/transcendência embasa esta afirmativa. Para ela o cuidar é transpessoal, ou seja, dois campos fenomenológicos (totalidade de experiências humanas) que se fundem durante o momento real de cuidado. Acredita que isso possibilita a presença espiritual de ambos e, a energia trocada favorece a cura (healing).

Apesar da complexidade que este pensamento encerra, ele tem sido cada vez mais aceito dentro da comunidade científica da enfermagem. Waldow (1998), postula o cuidado como compromisso com o estar no mundo, com a preservação da natureza humana e da espiritualidade.

Para Santin (1996) cuidado e conforto fazem parte, originalmente, do discurso do sagrado, que é uma manifestação da vida. Hoje os cientistas são os maiores defensores da restauração do sagrado:

“ como a realidade que se coloca para além das instâncias que as ciências trabalham... o sagrado é o outro por excelência, o transpessoal, o “transcendente”, e por outro lado, o sagrado é exemplar na medida em que institui modelos a seguir; transcendência e exemplaridade que forçam o homem religioso a sair das situações pessoais, a superar a contingência e o particular a acender aos valores gerais, ao universal.” (p.9-10).

No que se refere a terapia intensiva, a valorização da espiritualidade é fundamental no sentido de assegurar um cuidado humano. Wolff (1996) acredita que a espiritualidade alivia o sentimento de impotência do homem frente às questões que a ciência não explica ou resolve.

Como na UTI o desconhecido e o medo da morte (que a ciência não

domina) são constantes, preservar os vínculos espirituais é condição para que os clientes e os profissionais possam superar uma experiência desgastante e assustadora.

Hudak e Gallo (1997) asseguram que:

“A espiritualidade na assistência de enfermagem refere-se ao reconhecimento de que uma esfera de fatores invisíveis e intangíveis influencia o pensamento e comportamento... Quando as pessoas percebem o poder e a influência fora do tempo e da existência física, diz-se que estão experimentando os aspectos metafísicos da espiritualidade (...)

A espiritualidade inclui o sistema de crenças e valores do indivíduo. A intuição e o conhecimento de fontes desconhecidas e origens do amor e gregária incondicionais, tipicamente são vistos como uma capacidade espiritual. Uma sensação de conexão universal, capacitação pessoal e reverência pela vida também dizem respeito à existência de espiritualidade. Estes elementos também podem ser vistos como benefícios da espiritualidade.”
(p.14)

Para as autoras, o cuidado de enfermagem deve incluir o reconhecimento e promoção da espiritualidade, podendo auxiliar na capacitação pessoal para a cura.

Grüdtner (1996) reforça esta idéia do aspecto de espiritualidade do cuidar/cuidado ao afirmar:

“O que surge é a permissão de espaço, para se discutir em toda equipe de enfermagem, este aspecto imprescindível do cuidado. Para que os muitos enfermeiros e demais elementos que sabem ser este cuidado, também da seara da enfermagem, possam auxiliar o indivíduo em sua crise existencial... pois estes querem ser cuidados por profissionais que, além de competentes compreendam e decodifiquem o significado de suas limitações e necessidades, que em última instância estão presentes na existência do profissional”. (p. 97)

A mesma autora enfatiza que não se pode limitar o objeto da enfermagem apenas ao que é evidente, mas é necessário assumir as necessidades espirituais do paciente como parte do cuidado, a fim de reforçar também este aspecto da arte

na enfermagem.

A abertura à transcendência, à espiritualidade predis põem ao novo, a novas maneiras de perceber e de cuidar o outro. É preciso estar disposto a ouvir o que não é dito, a ver o que não está estampado aos nossos olhos, a perceber o que está envolto por uma nuvem confusa de sentimentos. Da mesma forma que incrementa o potencial de cura do cliente internado em terapia intensiva, descortina e potencializa as possibilidades de autoconhecimento do profissional.

Esta interação em que os sentimentos de ambos, cuidador e ser cuidado são inteiramente manifestados e, mantém conexão com o universo, desvela, aos poucos, um cuidado diferente – o cuidado transpessoal. A esta expressão total de sentimentos, Watson (1994), chama de arte de cuidar.

Wolff (1996), de acordo com o pensamento de Watson, revela: “O cuidado de enfermagem é o efeito da expressão das pessoas, ou seja, da manifestação do seu ser, animada de sentimentos, e isto é arte, a arte de ser e viver.” (p.53).

Igualmente, Bevis (1981) afirma que o cuidar é uma arte. Para ela:

“O cuidar afeta o modo como vemos a nós próprios ou nossas forças, atributos e características. Ele afeta nossa capacidade de dar amor, bem como aceitá-lo. Ele molda e dirige nossas esperanças, sonhos, visões, e influencia nossa disposição de vida...” (p.52)

A arte portanto, refere-se a manifestação da inteireza do homem, dos seus valores mais sublimes, e até, talvez obscuros. Segundo Duarte apud Waldow (1998)_b, os seres humanos antes de serem razão são emoção, e expressar sentimentos é uma arte. O significado atribuído a estes sentimentos depende dos valores que cada ser humano carrega consigo. Enfatiza, igualmente, que há relação entre conhecimento e experiência, sendo necessário vivenciar, sentir, para que ocorra o conhecimento, daí a necessidade de compreender o processo de cuidar e a prática educativa como arte.

Referendando esta idéia, Watson (1994) assegura que a arte é expressão do espírito humano e da vida em todas as suas formas, através da espiritualidade, da intuição, da imaginação, da criatividade. Segundo a autora, a arte da enfermagem inclui a disponibilidade em receber o outro, permitindo que expresse seus sentimentos e permitindo expressá-los. Significa compreender a experiência do outro, vivenciá-lo, recriá-lo no momento de cuidado.

Waldow (1998)⁶ menciona que o cuidado, além de arte, constitui conhecimento:

"A dimensão estética do cuidar refere-se aos sentidos e valores que fundamentam a ação num contexto inter-relacional, de modo que haja coerência e harmonia entre o sentir, o pensar (conhecer/saber) e o fazer." (p.164)

Patrício (1996) acredita que a incorporação da arte no cuidado, através do envolvimento de sentimentos e valores individuais e coletivos, garante prazer ao cuidador e ao ser cuidado, tornando possível o engajamento profissional. Para ela, ter uma postura estética no cuidado de enfermagem é: "ser político sensível, é expor idéias, é expor-se, é propor, é compartilhar conhecimentos e sentimentos, é trabalhar as diversidades, mesmo gerando conflitos." (p.30).

Desta forma, acredito que o despertar para a necessidade do verdadeiro cuidado – o cuidado humano – já trouxe avanços importantes para o conhecimento de enfermagem, no sentido de sensibilizar para a espiritualidade, para a arte implícita neste cuidado. Cumpre, então, incorporar ao fazer enfermagem estes aspectos primordiais e, destacar o cuidado como verdadeira essência da profissão.

É necessário ressaltar que esta concepção ampliada acerca do cuidar/cuidado é fruto dos estudos desenvolvidos por duas importantes teóricas: Madeleine Leininger e Jean Watson. Pode-se afirmar que são pioneiras nesta nova visão sobre o cuidar. Em especial, Watson (1979) vê o cuidado como ideal moral da

enfermagem que agrega intersubjetividade, ética, estética. Seus estudos deram origem a Teoria do Cuidado Transpessoal, que será doravante detalhada, uma vez que, foi pano de fundo deste trabalho.

3.2 Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson

Somente nas últimas décadas a busca de fundamentação em Teorias de Enfermagem tem se tornado mais evidente. Ainda assim, ao nível de graduação, esta prática é quase inexistente, situando-se mais em trabalhos nos níveis de pós-graduação. Para Waldow (1998)^a, na enfermagem as teorias visam a construir ações de assistir/cuidar/educar, de forma menos empírica (como acontece na medicina que enfatiza a biologia) e direcionadas às ciências humanas, buscando principalmente a formação de profissionais mais críticos e comprometidos. Neste sentido, a Teoria do Cuidado Transpessoal traz valiosa contribuição, uma vez que ressalta a importância do cuidado humano.

Segundo George (1993), Jean Watson nasceu em 1940 nos EUA, recebendo o grau de bacharel em Enfermagem pela Universidade de Colorado (EUA) e, após de mestre e doutora em Psicologia Educacional pela mesma universidade. Praticou enfermagem em instituições privadas, foi consultora, docente e administradora educacional e, recentemente, diretora e professora da Escola de Enfermagem da Universidade do Colorado. É autora de inúmeros artigos e de 2 livros: *Nursing, The Philosophy and Science of Caring* (1979) e *Nursing: Human Science and Human Care* (1985/1988).

Watson (1996) refere que o seu estudo tem origem em suas próprias crenças e valores acerca da vida humana, da saúde e da cura, fruto de suas experiências e observações. Também sofreu influência da fenomenologia, da psicologia de Carl Rogers, do existencialismo, dos estudos de Peplau, Kierkegaard,

Teilhard de Chardin, Sartre, dentre outros. Seus estudos foram enriquecidos por experiências clínicas na enfermagem, contato com outros enfermeiros e com povos de diversas partes do mundo (Austrália, Nova Zelândia, Indonésia, China, Tailândia, Índia e Egito). Mais recentemente, as experiências foram expandidas para Escandinávia, Inglaterra, Escócia, Canadá, Portugal, Kuwait, Japão, Coréia e Brasil, dentre outros.

Explicita que a sua teoria está situada dentro de um paradigma diferente do dominante, tratando os seres humanos como objetos e separados de si próprios, da natureza, do universo. Reconhece que as dimensões pessoal, intuitiva, ética, empírica, estética e espiritual são a matriz da enfermagem, que tem como ideal o cuidado - a forma mais elevada de compromisso com o EU, com o outro, com a sociedade, com o meio-ambiente, com o universo. O ponto de partida do seu trabalho é: o que significa ser humano e atencioso quando alguém decide trabalhar com outras pessoas que precisam de cuidado? Esta questão servirá de guia na prática, na educação e na pesquisa em enfermagem, em busca de uma nova postura profissional para o século XXI:

Essa atitude de respeito pela existência humana e por todas as coisas vivas, credita: na interconexão de: mente/corpo/espírito/natureza e entre as pessoas e ambientes; em valores não paternalistas como a autonomia e liberdade de escolha do outro, em busca da personalidade e dignidade humanas, na subjetividade evidenciada na relação enfermeiro-cliente, ambos co-participantes do processo, da experiência consciente e intencional que vai além do vivido e transcende o real. Assim, obtém-se autoconhecimento, autocontrole e potencial de autocura. O cuidado é baseado na transformação do EU a partir da vivência transpessoal, revelando sua vinculação com o paradigma adotado por Watson.

Pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal (Watson, 1996)

- 1- Cuidado e amor são as mais misteriosas e universais forças cósmicas.
- 2- As necessidades de amor e cuidado são freqüentemente ignoradas.
- 3- Por ser a enfermagem uma profissão do cuidado, sua habilidade em exercê-lo, na educação e na prática, afetará a maneira como a humanidade se desenvolve e evolui.
- 4- O cuidado é a essência da enfermagem.
- 5- Os valores da enfermagem em relação ao cuidado tem sido submersos pelos sistemas médicos contemporâneos, dominados pela economia.
- 6- O cuidado humano pode ser efetivamente demonstrado e praticado somente de modo interpessoal dentro de um contexto transpessoal. Ele transcende cada indivíduo e se move em círculos concêntricos de si mesmo para os outros, para o ambiente, para a natureza, para o universo.
- 7- A prática do cuidado integra do conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde. Uma ciência do cuidado é complemento à ciência da cura.

O cuidado transpessoal

Para Watson (1996), significa uma conexão humana - quando um é tocado pelo centro humano do outro. O termo transpessoal significa que a conexão tem uma dimensão espiritual, que é influenciada pela consciência do cuidado de enfermagem e vai além do EU, movendo-se para um nível mais profundo: espiritual, cósmico e universal. O cuidado transpessoal esforça-se para abraçar o espírito das pessoas, através de processos de cuidado que se estendem além do EU e irradiam-se para conexões mais profundas com o outro, com o ambiente, a

natureza e o universo.

Dentro desta perspectiva, a enfermagem deixa de ser um ramo da medicina e torna-se uma profissão por si mesma, mais madura.

O enfermeiro precisa ser hábil para centralizar a consciência e a intencionalidade no cuidado, no todo, mais do que na doença e suas complicações. A competência ontológica torna-se tão importante quanto a técnica, ou seja, o enfermeiro deverá esforçar-se para perceber a estrutura de referência do outro, e reunir-se numa busca mútua pelo sentido e totalidade do ser.

O cuidado transpessoal depende de conhecimento e sensibilidade; de um compromisso moral, intencionalidade e consciência para aumentar, promover e incrementar a dignidade humana; de uma busca para manter a unidade mente/corpo/espírito; da habilidade do enfermeiro para perceber, intuir, sentir a energia do outro e a sua condição de ser-no-mundo. Isto é traduzido através de: movimentos, gestos, expressões faciais, procedimentos, informações, toque; som, expressões verbais, dentre outros, que se traduzem em modalidades avançadas de cuidado de enfermagem.

Segundo George (1993), Watson acredita que existem fatores de cuidado que fornecem o arcabouço para o cuidado transpessoal. São eles:

- 1- Formação de um sistema de valores humanista-altruista;
- 2- Instilação de fé-esperança;
- 3- Cultivo da sensibilidade ao próprio "self" e ao das demais pessoas;
- 4- Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
- 5- A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
- 6- O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão;
- 7- Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;

8- A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sócio-cultural e espiritual;

9- Assistência com a gratificação das necessidades humanas;

10- A permissão de forças existenciais-fenomenológicas.

Ainda segundo George (1993), Watson fundamenta-se em uma hierarquia de necessidades semelhante à de Maslow, ou seja:

1- Necessidades de ordem inferior (biofísicas): são as de sobrevivência (alimentos, eliminações, oxigenação);

2- Necessidades de ordem inferior (psicofísicas): são as funcionais (atividade, inatividade, sexualidade);

3- Necessidades de ordem superior (psicossociais): são as integradoras (de realização e associação);

4- Necessidades de ordem superior (intra e interpessoais): são as de busca de crescimento (autorealização).

Para Watson (1996), o momento do cuidado transpessoal é muito especial e ultrapassa os limites de espaço e tempo, oferecendo aos envolvidos a oportunidade de escolher como ser na relação. Refere:

"... nós aprendemos uns dos outros como ser humano, através da identificação de nós mesmos com os outros; encontrando seus dilemas em nós mesmos. O que todos nós aprendemos disso é o autoconhecimento. O Eu sobre o qual aprendemos... é todo e qualquer eu; ele é universal - o Eu humano. Nós aprendemos a reconhecer nós mesmos nos outros... isso mantém viva nossa humanidade e evita a redução do Eu ou o outro a condição moral atual de simples objeto". (p. 59-60)

Silva (1997) revela que Watson foi a única teórica a apoiar explicitamente a dimensão metafísica na vida humana, utilizando o termo espírito como sinônimo de alma, "self", essência da pessoa. Assim, a enfermagem tem como meta ajudar as

pessoas a obterem um grau de harmonia mais elevado na unidade mente-corpo-espírito, gerando autoconhecimento, autoreverência, autocura (self-healing) e autocuidado, envolvendo arte, ciência, ética e metafísica como integrantes da enfermagem.

Alguns conceitos da teorista

A teoria de Watson traz conceitos não comumente utilizados pelo enfermeiro. Segundo Zagonel (1996), esta teoria é um método filosófico que utiliza conceitos existenciais, orientação fenomenológica e uma dimensão espiritual voltada às várias condições humanas permitindo o desenvolvimento do cuidado como essência da enfermagem. Os conceitos são abstratos, com conotação visionária e futurista em busca do desenvolvimento da ciência do cuidado.

Os principais conceitos são:

Ser humano

Para George (1993), Watson acredita no ser humano como:

“... uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada;... uma pessoa com um 'self' totalmente integrado e funcional. O homem é encarado como maior do que a soma de suas partes e diferente dela”. (p. 259)

Watson (1996) crê que o ser humano é constituído por um campo fenomenológico, ou seja, por uma realidade subjetiva, uma estrutura individual de referência da pessoa, conhecida somente por ela própria. O EU é um processo, e a pessoa, um ser no mundo, organismo experienciante e observador constituído de corpo, mente e alma.

A conotação holística dos seus conceitos, permite compreender que o ser humano está em constante conexão consigo próprio, com os outros e com o universo, por isso a dimensão espiritual do homem tem significativa importância em sua teoria. Para Watson apud Zagonel (1996) a dimensão espiritual se refere ao EU interior ou essência, que permite o desenvolvimento de um grau mais elevado de consciência, força interior e permite a transcendência.

Saúde/doença

Segundo George (1993) para Watson saúde: "... refere-se à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde está também associada ao grau de compatibilidade entre o "self", tal como percebido e o "self" tal como é vivenciado" (p. 260).

Para Watson a saúde é definida individualmente de acordo com seu estado subjetivo. Pelo conteúdo existencial da teoria, saúde tem a ver com o entendimento das vivências/experiências de cada um, como elas são utilizadas em prol do crescimento pessoal.

A doença refere-se ao EU perturbado que leva ao desequilíbrio e pode resultar em patologias, ou seja, qualquer alteração no corpo, na mente ou na alma.

Ambiente/sociedade

Segundo George (1993), o conceito de ambiente para Watson está muito associado aos valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se, sendo afetados pelo ambiente social, cultural e espiritual, influenciando a percepção da pessoa e podendo levá-la ao estresse-doença. Diz que é no âmbito da prática do cuidado que o enfermeiro pode ajudar essas pessoas a enfrentar esse

ambiente.

Zagonel e Nunes (1996) complementam afirmando que ao enfermeiro cabe fornecer um ambiente de apoio e proteção, possibilitando ao paciente a satisfação de suas necessidades humanas, através de experiências positivas.

Enfermagem

Para Watson (1996, p. 143), a enfermagem é: “uma 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”.

Segundo George (1993), Watson acredita que o cuidado holístico é fundamental à prática do cuidado de enfermagem, por isso, a enfermagem tem por meta auxiliar as pessoas a obter harmonia em seu “self”. Isto pode ser conseguido através da interação com o paciente e da empatia.

Zagonel e Nunes (1996), igualmente, referem que na teoria a natureza da enfermagem está relacionada a ajudar as pessoas a obterem harmonia entre mente, corpo e alma, gerando autoconhecimento, autorespeito, autocura e autocuidado.

De uma forma geral, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, oferece uma visão mais ampliada de homem e da enfermagem. Ela procura ir ao encontro de elos entre o saber e o fazer já incorporados e à adoção de atitudes na prática profissional que permitam um cuidado que atenda o ser humano em sua inteireza, subjetividade e espiritualidade.

No entender de Silva (1997):

“Implica em mudança dos velhos condicionamentos, em abertura, flexibilidade, confiança no processo e a admissão de que somos eternos aprendizes da arte de cuidar. Aprendizado este que

requer um revisor contínuo da nossa prática, buscando através de seus padrões de significado moldá-la e aperfeiçoá-la, tal como faz o escultor com a obra de arte. Consequentemente, este processo traz em si a própria transcendência dos seres envolvidos no cuidado, em que tais como diamantes vão sendo lapidados para que a luz transparente do brilhante possa emergir". (p. 167).

Assim, a autora revela não só a beleza implícita na teoria, como também, o compromisso com o outro em busca de crescimento mútuo.

3.3 Ensinar a cuidar

A educação em enfermagem não pode ficar alheia a todas as transformações que estão ocorrendo no mundo. Mola propulsora da busca do conhecimento, a prática educativa é fundamental para a evolução da sociedade. Na enfermagem, não há como dissociar o educar do cuidar. O ato educativo deve despertar no futuro profissional o senso crítico, o espírito de cidadania e o estímulo para a busca de novos horizontes. Segundo Migliori (1993) ninguém pode fazer com que outra pessoa mude, mas pode-se colaborar através da noção básica de solidariedade: o estar disponível para acompanhar alguém em sua trajetória, na busca do conhecimento.

Conhecimento que, para Luckesi (1994) "é a compreensão inteligível da realidade, que o sujeito adquire através de sua confrontação com essa mesma realidade" (p. 122). Ressalta, no entanto, que cada cidadão deve ter seu modo próprio de existir e ver o mundo, havendo necessidade dessa realidade fazer parte da vida do mesmo, como algo significativo e existencial.

Reforça que:

"Há, então, que se encontrar o caminho pelo qual o 'existencial' e o 'elaborado' se integrem dialeticamente, na medida em que nem um nem outro seja negado. O existencial ganha nova dimensão

ao ser reelaborado ao nível crítico, seja ele filosófico ou científico".
(p. 140).

O autor anuncia que o educador e o educando devem vivenciar a prática educativa, para dela apreender conteúdos significativos para o aprendizado de ambos.

Em concordância, Freire (1983) refere que é preciso que o ser - o educando - seja capaz de sentir-se no mundo e saber-se nele e, que a maneira como percebe o mundo condiciona sua consciência. Argumenta:

"Se a possibilidade de reflexão sobre si, sobre seu estar no mundo, não existe no ser, seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites impostos pelo próprio mundo, do que resulta que este ser não é capaz de compromisso." (p. 16)

Para que haja a verdadeira educação é necessário que o homem se sinta parte do universo onde está inserido e, se veja como sujeito inacabado, cheio de possibilidades de aprendizado. Poderá, desta maneira, ser sujeito de sua educação objetivando-a, bem como, descobrindo-se criador e potencialmente transformador da realidade (Freire, 1983).

Para Strieder (1990) é preciso que o homem seja visto a partir de sua transcendência, para que esteja aberto ao futuro. É preciso valorizar a interioridade humana e incentivar a humanização para superar a massificação e objetificação do homem. Afirma: "Desta distinção entre o homem como objeto e realidade interior, resulta um modo de agir na vida e uma apreciação do homem quanto ao seu valor". (p.23).

A educação deve auxiliar o homem (educador e educando) a encontrar um sentido para sua vida. Strieder (op. cit.) enfatiza que, o homem que se enclausura em si mesmo se torna menos homem, pois o essencial é transcender-se a si mesmo. Neste sentido, a educação pode auxiliar, vendo cada um como mais do

que a soma de seus condicionamentos e aprendizagens, mais do que um produto da sociedade de consumo, permitindo o relacionar-se vivencialmente e a busca de um sentido para sua existência, o que assim é definido pelo autor: "Relacionar-se vivencialmente com alguém é amá-lo, aceitando-o com todas as suas características individuais."(p.117).

Sob esta perspectiva, a relação educador-educando assume uma conotação muito mais profunda do que simplesmente uma relação profissional tradicional. Este conceito também, pode ser transportado para a relação com o cliente, pois, todos os envolvidos – educador/educando/cliente – ao interagirem devem buscar um sentido para suas vidas. Acredita que o relacionamento vivencial oportuniza o encontro do sentido de vida, mesmo em situações desesperadoras (como nos casos de doença incuráveis), pois possibilita uma reflexão "para além do visível, para além das fronteiras do nosso mundo." (p.117).

Por outro lado, Chanlat (1992) apresenta uma idéia abrangente do ser humano que se deseja como agente de mudanças na sociedade. Diz que deve ser, ao mesmo tempo genérico e singular (acima da diversidade de disciplinas é uno, com existência singular no mundo); ser ativo e reflexivo (tendo como características o pensar e o agir); ser de palavra (usar a linguagem para expressar-se, seja na esfera do agir, do pensar ou do sentimento); ser de desejo e de pulsão (relaciona-se com os outros, sendo através destes que se reconhece e satisfaz ou não seus desejos e pulsões); ser simbólico (na medida em que produz uma representação do mundo e lhe confere significação); ser espaço-temporal (uma vez que ocupa determinado espaço e tempo nas relações que mantém); objeto e sujeito de sua ciência (embora tido como objeto, na maioria das vezes, está sendo redescoberto como ser subjetivo, ator, "self"). Esta visão de ser humano é muito importante na prática educativa, uma vez que, permite ver os envolvidos no processo como sujeitos históricos, cidadãos, com amplas possibilidades de autorealização e

transformação.

Vindo ao encontro desta abordagem, mais recentemente, tem surgido entre os estudiosos da área, um conceito mais amplo de educação: a educação holística, que conforme Cardoso (1995), pretende uma abertura incondicional e permanente para o novo, para as infinitas possibilidades de realização do ser humano. Fundamenta-se no princípio de que todos os fenômenos do universo estão intrinsecamente relacionados, por isso, além da razão e sensação, pressupõem o sentimento e a intuição como imprescindíveis para a construção do conhecimento. Concebe o homem como constituído de várias dimensões: corpo, intelecto, sentimento e espírito, que se influenciam mutuamente. A dimensão corporal relaciona-se às sensações, habilidades, ações; a intelectual às potencialidades de assimilar, reter, pensar lógica e criticamente, comparar, analisar, questionar; o sentimento é a força que move a vida psíquica, expressão máxima do amor e sensibilidade estética; e a espiritual orienta-nos à compaixão universal à solidariedade com os demais. Portanto, afirma que: "Educar holisticamente, é estimular no aluno o desenvolvimento harmonioso das dimensões da totalidade pessoal: física, intelectual, emocional e espiritual" (p. 51).

Também fundamentado no paradigma holístico, Ribeiro (1991) acredita que a educação envolve um processo de comprometimento com a realidade, com o cotidiano, a partir do crescimento interior, caminhando para a totalidade. Afirma: "educar é ensinar aos outros correr o risco do próprio crescimento, e não há como crescer sem entrar nas contradições do estar vivo, do ser." (p.138).

Mais adiante acrescenta: "Educar é procurar as relações, é viver as relações, é buscar conjuntos significativos, sob pena de se ter uma mera relação fenomenista e não fenomenológica dos fatos." (p. 142).

Com isso o autor referenda que a educação deve buscar o crescimento do ser a partir da sua essência. Concebendo o ato educativo desta forma, estar-se-á

inibindo a visão mecanicista e fragmentária que o mundo materialista nos impõem e, oportunizar-se-á a expressão dos mais íntimos sentimentos do ser, da sua espiritualidade.

Cardoso (1995) acredita que, assim, a educação assume um sentido terapêutico, ao despertar no educando uma nova consciência que transcenda do eu individual para o eu transpessoal, orientando-o para o caminho do crescimento pessoal. Acrescenta:

“...o ato de ensinar não é apenas transmissão de conteúdos científicos e técnicos para que o indivíduo desempenhe uma função social e/ou a formação de uma consciência crítica que o leve a ser sujeito transformador das estruturas sociais injustas. A educação deve, também, estimular o educando a aprender a aprender para desenvolver todas as potencialidades”. (p. 53)

Sobre o eu transpessoal, Weil (1995) refere que trata-se de um “estado de consciência em que se dissolve a aparente fronteira entre o “eu” e o mundo exterior” (p.14). Acrescenta que significa ir além dos limites do pensamento conceitual inerente à pessoa humana, permitindo ao homem revelar o mistério da limitação do ser na sua manifestação humana e, dissolvendo as fronteiras por ele impostas. Constitui-se em ponto de encontro entre ciência, arte, filosofia e mística.

Em educação, a transpessoalidade leva ao enfoque global e interdisciplinar, ao despertar de valores universais. Revela o autor: “... a vivência transpessoal é uma vivência holística na qual o ser humano se re-des-co-bre como ser, o transpessoal é um neologismo sinônimo de ser.”(p. 17).

Thoenig (1991) corrobora esta afirmativa quando diz que ao nível da consciência pessoal, o ser humano sofre muitas limitações que o levam ao sofrimento. Na medida em que as conhece, reflete e as transcende, desenvolve em si a dimensão transpessoal, o ser se reconhece na sua essência.

Isto é particularmente importante quando assumimos que a educação, mesmo a formal, deve levar o ser humano a reconhecer-se como existente, sujeito de sua própria história, com papel ativo nas lutas e buscas por transformação da sua realidade.

Para que o ato educativo seja efetivo é necessário que todos os envolvidos estejam cientes do grande valor que encerra. Ao educador cabe importante papel como mediador do processo. Especialmente, neste período em que as atenções parecem estar mais voltadas para o cientificismo, cabe ao educador a busca do equilíbrio entre o objetivo e o subjetivo. Explicita Freire (1983), que humanismo e tecnologia não se excluem, mas o compromisso verdadeiro do educador é com o homem, com sua libertação, devendo, portanto, sem prescindir da ciência e da tecnologia, reconhecer no homem o potencial para "ser mais". Em outra obra acrescenta ainda Freire (1997, p. 88): "A mudança do mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho".

Fica claro para Freire (op. cit) ser impossível uma prática pedagógica sem amorosidade, respeito, tolerância, humildade, gosto pela alegria e pela vida, abertura ao novo, disponibilidade para mudança, ética, e isto não se faz apenas com ciência e técnica.

Com a intenção explícita de tornar o ato educativo e a aprendizagem mais abrangentes, Cardoso (1995) apregoa a aprendizagem holística como fruto não apenas de estudos interdisciplinares, mas como vivência globalizante dos conteúdos, afim de transcender o reducionismo/mecanicismo, estando a aprendizagem centrada não só no educador ou no educando, mas em ambos. Cabe especialmente ao educador: estar aberto e atento a tudo que há fora e dentro de nós, ter visão não preconceituosa da realidade, ser flexível, atento ao presente e à vivência com o educando, ser bem humorado, ter vocação para docência, ser

paciente respeitando o ritmo de aprendizado de cada educando, ser humilde aceitando suas limitações.

Esta abordagem tem estreita aderência, portanto, com o pensamento de Freire (1997) que assim expressa seu sentimento sobre a prática docente:

“Não sendo superior nem inferior a outra prática profissional, a minha, que é a prática docente, exige de mim um alto nível de responsabilidade ética... É que lido com gente. E porque lido com gente, não posso, por mais que, inclusive, me dê prazer entregarme à reflexão teórica e crítica em torno da prática docente e discente, recusar a minha atenção mais pessoal deste ou daquele aluno... Como prática estreitamente humana, jamais pude entender a educação como uma experiência fria, sem alma, em que os sentimentos e as emoções, os desejos, os sonhos devessem ser reprimidos por uma espécie de ditadura racionalista.” (p. 163-164)

Revela-se, desta forma, a paixão pela arte de ensinar, fundamental em todos os níveis de aprendizado formal, e em todas as situações cotidianas e informais que envolvem a relação do ser humano consigo mesmo, com os outros e com a natureza.

Especificamente no que se refere a prática universitária, profundas transformações vem ocorrendo. Segundo Caumo (1997, p. 99), a modernidade requer que capacitação e produção andem juntas, sem esquecer a consciência crítica, sem abandonar as dimensões humanizadoras dos conhecimentos, que devem estar mais voltados à vida. Segundo este autor, “competência profissional, na modernidade, integra humanismo e tecnologia, ação e reflexão, teoria e prática”.

Para Caumo (op cit), a integração do ensino e da pesquisa é a forma de “emancipar as pessoas do positivismo”, ou seja, o ensinar a “aprender a aprender”. Em especial, destaca a pesquisa ação, que envolve a participação dos que estão inseridos na realidade em transformação, investigando questões que lhes dizem respeito, enquanto se constrói um saber mais democrático. O autor expressa:

“Assim, a pesquisa ilumina para o aluno a ciência que aprende, constituindo-se método de aprendizagem como objeto de ensino. Para desvelar significados, professor e alunos pesquisadores passam a ser fonte de questionamentos e problematização porque assumem a postura de sujeitos que se impregnam em significados reais, não apenas simbólicos. Mergulham nos fenômenos que investigam, compreendendo a realidade através da percepção”.
(p. 101)

Ainda com relação ao ensino universitário, Penna (1991) ao falar sobre a universidade no terceiro milênio e a construção da dignidade humana, aponta que o verdadeiro progresso passa pelo desenvolvimento espiritual, como forma de permitir a explosão de potencialidades do aluno. Um progresso que harmonize a técnica mais sofisticada à sensibilidade, perpassando a formação dialética do ser. Diante do exposto surge o inevitável questionamento sobre: Como se dá a formação do enfermeiro? Como se dá o educar para cuidar? Impossível responder a este questionamento sem fazermos uma incursão pela história da enfermagem, a qual revela aspectos que ainda se fazem presentes na prática atual.

Segundo Pires (1989) e Silva (1989), a enfermagem, desde suas origens, esteve associada a uma atividade de cunho caritativo-religioso, doméstico, feminino, servil e empírico, sendo exercida por prostitutas, mulheres marginalizadas e religiosas. Somente após a atuação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia (1854) é que a enfermagem começou o seu processo de profissionalização, calcada em princípios como: hierarquia, autoritarismo, disciplina e submissão ao conhecimento e poder médico. A própria Florense ilustra: “Enfermagem é distintivamente um trabalho de mulheres (...) mulheres tão peculiarmente adaptadas para a onerosa tarefa de cuidar hábil e pacientemente do doente, obedecendo fielmente ordens médicas.”(apud Meyer, 1993, p.48).

No Brasil, a institucionalização da enfermagem só aconteceu no início do século XX, com a criação, em 1923, da Escola de Enfermagem Ana Neri no Rio de

Janeiro, pautada no modelo nightgaleano. Segundo Saupe (1998), desde então, a profissionalização da enfermagem evoluiu comandada pelas escolas e por currículos legalmente determinados. A autora coloca:

"A evolução do currículo para o preparo de enfermeiros inicia-se com um enfoque generalista e comunitário e vai se adaptando às políticas de saúde emergentes e ao modelo de privatização dos serviços de saúde, levando à valorização da especialização precoce e ao domínio de tecnologias, nem sempre adequadas à nossa realidade." (p.37)

Corroborando esta afirmativa Paskulin (1998), afirmando que, desde 1923, a formação de profissionais está vinculada às determinações do mercado de trabalho, dentro de interesses governamentais.

Gil (1996) faz referência também ao modelo flexneriano como grande influenciador do ensino de enfermagem.

Assim, passo a passo, a evolução sócio-política e econômica do país e do modelo de saúde vigente, é perpassada nos currículos. Saupe (1998) traça um panorama da progressão curricular do ensino de enfermagem no Brasil. O primeiro, em 1923, destinava-se a atender a formação de enfermeiros na área de educação sanitária, visto que o país enfrentava grandes epidemias. Em 1949, veio a primeira reforma curricular, que já visava a formação para a área hospitalar, pois o país já começava o seu processo de industrialização. Interessante ressaltar a observação feita por Lanthier apud Saupe (1998), sobre referências a uma atuação mais voltada ao paciente como ser integral, já em 1949, talvez influência das teorias humanísticas surgidas na época. No entanto, o que se verificou foi a intensificação do ensino técnico e especializado.

A partir da década de 50 ganha impulso a era da medicina privada no Brasil, e a enfermagem acompanha este "avanço". Em 1962, surge a terceira reforma curricular que concentra o ensino na assistência a pacientes hospitalizados, e, a

quarta, em 1972, que legitima este ideal. É Germano (1993) quem nos traz uma visão bem crítica sobre o panorama da época, quando tanto a medicina quanto a enfermagem, impulsionadas pelo capitalismo e pelo consumo desmedido de medicamentos e avanço vertiginoso da indústria de equipamentos médico-hospitalares, solidificaram uma atuação centrada no modelo biologicista e hospitalocêntrico de atenção à saúde. Também nesta época, há o nascimento de muitas UTI's para atender uma população ameaçada por doenças potencialmente preveníveis, vítima do descaso e da selvageria do modelo capitalista, situação que perdura até hoje.

Ainda para Germano (1993):

"Assim, a formação do enfermeiro tem servido muito bem à profissão médica que, por sua vez, necessita de uma enfermagem também especializada para juntos atuarem nos centros cirúrgicos sofisticados e nas clínicas médicas requintadas, no campo das cirurgias plásticas, enfim uma assistência curativa. Resta salientar que esse atendimento é praticamente restrito a uma minoria, às camadas privilegiadas da sociedade." (p.40)

Nota-se que a enfermagem responde satisfatoriamente aos princípios capitalistas. Resende (1995) falando sobre a educação capitalista diz que:

"... precisa ser utilitarista, a serviço do capital, barata, acrítica e prática. O capitalismo exige da escola a formação de trabalhadores diretamente utilizáveis a curto prazo, adequados às necessidades das empresas e dos monopólios. Não é conveniente que se lhes estimule o dasabrochar da consciência crítica." (p. 81)

Assim vai se formando o profissional enfermeiro excelente técnico e burocrata, mas desprovido de senso crítico para enfrentar a ideologia dominante.

Por outro lado, a partir da década de 70 verifica-se, na enfermagem, um crescimento no que tange à pós-graduação, o que tem contribuído,

significativamente, para a adoção de uma postura mais crítica e menos submissa no que se refere ao ensinar/cuidar em enfermagem, embora muitos valores tradicionais e dogmáticos ainda persistam na prática profissional.

A formação de massa crítica oportunizada pela pós-graduação serviu de abertura para uma mudança, já significativa, de realidade. A reestruturação, de forma mais participativa e refletida, do currículo de enfermagem que resultou na construção do currículo mínimo, aprovado em 1994 e implantado nas escolas a partir de 1996 demonstra isso. Embora com um nível de abrangência superior aos anteriores, este currículo ainda deixa lacuna no que tange a formação do enfermeiro como educador. Além disso, a realidade política do país ainda privilegia a atenção privativa de saúde, com interesses voltados, quase que exclusivamente, ao avanço tecnológico, em oposição incoerente a uma realidade sócio-econômico-sanitária que flagra miséria, fome, epidemias.

Pode-se afirmar que a busca pela formação do "enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico-científica, ético, política, social e educativa" (ABEN, 1998, p.4), tem sido perseguida incansavelmente, confrontando-se, diariamente, com o modelo político e de saúde vigentes. No entanto, este é um trabalho árduo e que terá, realmente, eficácia, a partir da implantação de projetos político-pedagógicos nas escolas de enfermagem do país.

Leopardi, Wendhausen e Reibnitz (1992) afirmam que apesar da busca por concepções diferentes daquelas oferecidas pelo modelo biologista, parece muito difícil a reestruturação de um novo padrão de ensino, pois há forte aderência ao modelo hegemônico no setor saúde e na ciência em geral.

Já Saupe (1998) tem uma visão bastante otimista sobre este processo de reestruturação curricular, voltado para as reais necessidades do ser humano e do enfermeiro, enquanto profissional crítico e portador de valores que se afinam com uma perspectiva renovada de atuação. Ela enfatiza:

“São inúmeras as iniciativas individuais, grupais e mesmo institucionais que tem proposto e desenvolvido programas nos quais o valor está na interação, no respeito, no diálogo, na liberdade, na emancipação, na valorização das crenças e cultura... Afirmamos que a tendência destas iniciativas é de expansão, mesmo que de maneira linear/aritmética, mas com possibilidades exponenciais/geométricas. São células, favos, alvéolos de iniciativas particulares, que poderão unir-se formando redes de expansão generalizáveis.” (p. 60)

Ainda Saupe (1992), acredita que há uma tendência em formar um cidadão crítico, envolvendo o exercício do pensar, perceber, refletir, criticar, imaginar, criar, investigar, buscar e compartilhar soluções, e conhecimentos científicos básicos.

No entanto, Bevis apud Waldow (1993) revela que as enfermeiras em geral são educadas para servir ao "status quo" e, que até podem tentar resistir, mas em sua maioria, permanecem dentro das rotinas e inflexibilidade da burocracia e da técnica. Acredita que o grande desafio é uma educação que rompa com os tradicionalismos e que aspire a realização como ser humano total e que valorize o cuidado humano. O sucesso deste desafio somente será obtido se despertarmos nossos educandos para valores universais.

Leopardi, Wendhausen e Reibnitz (1992) lembram-nos que:

“... para que possamos conceber um ensino que esteja em consonância com esses novos conceitos que temos admitido, temos antes que rever, enquanto indivíduos, nossos valores e os compromissos que desejamos assumir em razão deles. Para que não fiquemos com uma dicotomia entre o discurso e a prática, precisamos colocar nossas consciências como dirigentes de nossas práticas, entendendo que esta consciência signifique uma retomada de valores e de mudanças de atitude.”(p.52)

Correia (1996) enfatiza que a evolução de valores no ensino da enfermagem precisa ser desenvolvida, pois, cuidar implica que se trate a pessoa como fim e não como meio, o que requer senso de justiça, somente proporcionado por um

desenvolvimento moral. Afirma que isto repercutirá na valorização do cuidar e na qualidade de vida das pessoas, como consequência.

Angelo (1994), com uma visão mais otimista, diz que o cuidado, como centro da educação em enfermagem, é uma tendência atual, o que possibilita mudanças significativas mudando o foco da técnica para a compreensão crítica. Assim, as universidades têm orientado suas ações para a formação do chamado enfermeiro da nova era, do próximo milênio.

Antes, no entanto, de prosseguir esta discussão sobre o educar para cuidar, considero importante esclarecer alguns conceitos, principalmente no que tange a valores, dado que esta palavra pode assumir significações diferentes conforme o contexto em que é inserida.

Segundo Weil (1993) muitos aspectos podem englobar o conceito de valor. Para a linguagem comum, valor é aquilo que se preza ou se rejeita uma coisa, pessoa ou idéia; para a metafísica é a característica que faz com que as coisas sejam dignas a ponto de serem apreciadas pelo ser, do ponto de vista moral é o que faz a distinção entre o bem e o mal; segundo a lógica é o que dá característica de certo ou errado; do ponto de vista ético é o belo ou o feio; e, por fim, do ponto de vista psicológico (proteção, alimentação), afetividade, valores sociais. De uma forma genérica valor é "uma variável da mente que faz com que o ser humano decida ou escolha se comportar numa determinada direção ou dentro de determinada importância."(p.47).

Alvarez (1989) refere que a preocupação com valores é tão antiga quanto a reflexão humana, pois, pensadores de todos os tempos tem se ocupado dela. Afirma que, apesar de estarmos na era da promoção da inteligência e da lógica, tem surgido com muita força uma busca pela reafirmação de valores e da afetividade oriunda, principalmente, da reflexão entre ciência e arte, antigo e novo, teoria e prática, e que estas reflexões são muito importantes em educação.

Segundo ele:

“La educación formal, no-formal e informal, no puede prescindir ni en la filosofía ni en la práctica de los valores y del desarrollo moral. El resultado general esperado de la educación, está em efecto, ultimamente relacionado com el juicio, las actitudes y el comportamiento social.”(p.15)

Em concordância, Cañon (1989) acredita que os processos de industrialização e modernização associados a influência dos meios de comunicação de massa, tem afetado as pessoas no sentido de dificultar uma tomada de consciência sobre seus próprios valores, sendo a educação o meio ideal para esta conscientização.

Ele ilustra:

“Cada día es más difícil lograr conciencia de nuestros propios valores. Esta falta de conciencia no sólo deja al individuo en un estado de confusión moral, afectiva e comportamental, sino que impide su desarrollo personal, el concepto positivo de sí mismo y la realización de sus potenciales. (...)

La escuela no puede permanecer indiferente ante la presente confusión de valores. Tomar una posición de neutralidad es ya en sí una decisión valorativa.” (p.135)

Com isso percebemos o importante papel que a educação desempenha na sociedade e, igualmente, a necessidade de repensar a educação de enfermagem, no intuito de promover o despertar de valores. A que se pensar, no entanto, que valores estão sendo despertados ou transmitidos/impostos ao acadêmico de enfermagem.

Segundo Collière (1989) o cuidar é marcado por crenças e valores. Valores que refletem a internalização de uma ideologia dominante, aderidos e praticados sem questionamentos, ou, valores que buscam compreender o significado e a razão de ser do que se pratica. Na enfermagem, percebe-se, claramente, a marca

de valores diariamente vivenciados a fim de fazer cumprir os preceitos hegemônicos do modelo dominante. Submissão, servilismo, dogmatismo religioso, trabalho caritativo são alguns exemplos que ilustram este quadro. Todos estes valores são repassados, de forma acrítica, através, principalmente, da educação. Silva apud Nietzsche (1998) traz uma abordagem sobre os valores que são característicos da pedagogia tradicional, dentre eles: valorização da autoridade do professor, da programação lógica do conteúdo, da disciplina, da memorização de conteúdos, da transmissão de conhecimentos indispensáveis à manutenção da estrutura e funcionamento da sociedade. Também fala dos valores transmitidos pela pedagogia tecnicista, como: produção de profissionais competentes para as exigências do mercado de trabalho e do ensino modelador de comportamento. O destaque atribuído a estas correntes pedagógicas vem ao encontro, e é justificado na fala de Nietzsche (1998) quando afirma que são as mais verificadas no ensino de enfermagem. Afirma que há indícios da introdução de princípios da Pedagogia Crítica, no entanto, há um longo e árduo caminho a ser percorrido.

Bettinelli (1998) imbuído de espírito renovador declara ser importante fundamentar a educação nos princípios da autonomia e da liberdade, afim de atingir crescimento pessoal e profissional. Acrescenta:

“... os alunos das escolas de enfermagem, além de acompanhar a evolução técnico-científica, precisam voltar-se também para valores afetivos e de relações humanas, característica primeira do cuidado, que é uma atitude inter-relacional. Não é possível separar a aprendizagem cognitiva da afetiva, mas é fundamental manter o equilíbrio entre ambas. Enquanto se estimula a subjetividade, a intuição, a sensibilidade, não se pode esquecer do racional, do lógico e objetivo...”(p.150)

Através desta análise pode-se inferir que é preciso renovar o ensino de enfermagem, afim de formar profissionais mais críticos, autônomos e imbuídos de valores que enalteçam, antes de tudo, a vida. No entanto, não basta, isoladamente,

reformular currículos, ou adotar nova didática ou metodologia de ensino, mas, é preciso que as pessoas, que o enfermeiro educador, reflita e assuma uma filosofia mais voltada para a valorização do ser (educando-cliente), do significado da existência de cada um dos envolvidos no processo e, do educar para cuidar como meio de possibilitar esse aprendizado.

A partir desta proposta de educar para cuidar, alguns estudos têm surgido. Embora tímidos, eles possibilitam vislumbrar um novo profissional, mais comprometido com a saúde humana. Mas, esta tarefa requer um compromisso dos educadores, a partir da motivação do educando para um cuidado mais humano associado à busca da autorealização.

Cohen apud Waldow (1998)^b, aponta alguns aspectos que devem ser considerados para que se dê o educar para cuidar, destacando: - experienciar o cuidado, considerando-o um processo interativo; - transmitir e demonstrar comportamentos de cuidado, favorecendo a aprendizagem da totalidade (reconhecendo os seres humanos como totais); - promover o autoconhecimento e o conhecimento do outro ser através de atividades que desenvolvam a confiança e mútuo respeito; - estabelecer o cuidado como uma norma ética.

Já Betinnelli (1998) pontua outras estratégias que podem contribuir com uma educação para o cuidado. Ele destaca:

“... deve haver equilíbrio entre a generalização e a especialização, estimulando o profissional a utilizar a intuição, a criatividade e a sensibilidade ao cuidar do paciente. Trata-se de uma mudança inadiável, que deve começar no modo de ser e de pensar dos professores, conscientizados de que o processo educativo é uma operação dialógica, que visa não apenas ensinar, mas também aprender, enquanto acontece o cuidado.”(p.163)

Com estas palavras o autor também esclarece a importância do papel do educador, que deve fomentar uma prática educativa criativa, ao que complementa Reibnitz (1998):

Para Waldow (1993), o verdadeiro processo ensino-aprendizagem é um processo de mútua colaboração, em que educador e educando aprendem e ensinam. Assim, a busca do conhecimento envolve a preocupação ética, a estética, prioriza o desenvolvimento humano, a liberdade de escolha, cultiva a espiritualidade; possibilita ao indivíduo atribuir valores, criar significados, desenvolver perspectivas, buscar o desconhecido, transformar e inovar.

Na visão de Lopes e Nunes (1995, p. 11), a prática educativa exige o desempenho refletido, ou, em outras palavras, "para saber aprender é necessário saber como aprender e para saber ensinar é necessário aprender e saber-como-se-aprende e como-se-aprende-enquanto-se-ensina".

Para Salgueiro (1997), o processo educativo exige a compreensão dos envolvidos como seres únicos e globais, sendo imprescindível "viver" o que se aprende. Refere que:

"Aprender é "mergulhar" na ação, quer ela seja exercida com as mãos ou com o intelecto, lutar por descobrir os segredos da matéria e das idéias, sofrer as vicissitudes dessa luta e sair dela diferente, mais rico de vivências e de conhecimentos que são nossos porque todo o nosso ser participou na sua conquista. A aprendizagem implica a integração do novo conhecimento na experiência passada e presente de forma a alterar a nossa percepção do mundo e dos outros." (p. 28)

Em suma, Reibnitz (1998) nos traz uma visão muito importante sobre a educação em enfermagem. Para ela:

"A educação necessita se voltar para a busca de um modo mais saudável de aprender, fortemente vinculado aos aspectos positivos do comportamento humano, assim como felicidade, prazer, satisfação e alegria. O processo educativo precisa estar voltado prioritariamente para o crescimento pessoal dos indivíduos, voltado também para o relacionamento inter-pessoal,

desenvolvendo nos alunos as potencialidades necessárias para o autoconhecimento.” (p.205)

Desta forma, o processo de cuidar e de educar para cuidar, pode deixar de ser algo pesado, “doloroso”, que muitas vezes traz ansiedade, para tornar-se uma relação mais leve, solta, prazerosa..

Bevis apud Waldow (1998), refere que a educação voltada para o cuidado não modela ou impõem regras, mas, “permite o vir a ser, o tornar-se. Em uma educação para o cuidado, os atores assumem riscos. É um compromisso político, filosófico, ético e moral e envolve dor e prazer.” (p.190).

Outro aspecto importante a ser ressaltado na educação em enfermagem é a pesquisa. Para Schmarczek (1992, p. 96), o pesquisar integrado ao educar “é um processo que requer novas abordagens, novas aprendizagens, especialmente a leitura crítica do que se produziu, do que está dado, instituído, aprovado”. Comenta que isto envolve uma reflexão sobre a realidade e o seu questionamento, o que acabará por revelar que a enfermagem é uma profissão social.

Na visão de Freitas e Christófaró (1992), o processo de ensino e pesquisa tem uma perspectiva bem dinâmica e ampliada, que foge ao rigor positivista. Elas expressam:

“E nessas permanentes idas e vindas da humanidade que nós podemos conceber que o exercício da educação e da investigação no homem não se dá no espaço de um momento, ou como um ato logicamente definido ou pré-definido, e sim uma dinâmica imensurável de afirmações e negações das coisas e das significações das coisas.” (p. 101)

Compartilhando este pensamento, Arruda, Dias e Silva (1992, p. 121), ao estudarem a questão da pesquisa em enfermagem, afirmam que “pesquisar, teorizar, administrar e educar emergem do processo de cuidar”. Garantem que o cuidado ao ser humano, tanto a nível individual como coletivo, sobreviverá

enquanto a pesquisa fizer parte integrante deste, o que chamam de “cuidando-pesquisando”. Colocam que “esta perspectiva abre lugar para a vitória do “ser” sobre o “ter”, o que chamam de “re-criação”. Para estas autoras:

“Essa re-criação perpassa pelo desenvolvimento da potencialidade do ser, o re-encontro do ser com a unidade cósmica, a retomada da arte, para citar alguns aspectos. A enfermagem será então uma profissão exercida no re-encontro do seu sentido, do seu significado: “o cuidar do ser”. E é nesse contexto que, de forma natural, emerge a pesquisa em enfermagem, redimensionando e resgatando o processo criativo de cuidar.” (p. 122)

Neste sentido, a prática educativa em enfermagem que visa o cuidado ao ser humano deve envolver, sobretudo, a reflexão, no sentido de provocar uma revisão constante de valores. Assim, o processo educativo passa a fazer parte da vida, da existência e, com maiores possibilidades de alcance de objetivos.

Ainda Waldow (1998)^a, ao mencionar a importância da educação para o cuidado, revela que:

“Cuidar significa presença corpo-mente do aluno/professor junto ao paciente/família. Enquanto o aluno vivencia, estuda e desenvolve sua prática de aprendizagem sobre o cuidado humano, aprende a criar seu futuro fazer profissional. Essa criação é o ato através do qual o aluno concebe, organiza e expressa ações de cuidado. A pessoa do aluno quando se depara com os mistérios da vida e da morte e a possibilidade de desvendá-los, é invadida tanto por sentimentos elevados como por sentimentos ínfimos”. (p. 185)

É neste momento que o papel do educador se revela de indubitável importância, no sentido de auxiliar o educando a compreender a sua vivência e, dela extrair o máximo de aprendizado, bem como, o cliente que está sendo cuidado.

Para tanto, ambos devem desenvolver sensibilidade, que no entender de

Terra (1998):

“...é de importância vital na formação do enfermeiro, tendo em vista a sua responsabilidade com o paciente. O enfermeiro necessita além do conhecimento das técnicas e teorias, outros valores que aos poucos foram esquecidos ao longo do tempo. É preciso resgatar a sensibilidade como fonte de conhecimento e fonte de inspiração para que o enfermeiro seja mais humano ao lidar com os pacientes.” (p. 75)

Corroborando esta afirmativa Santin (1996), ao referir que as mudanças precisam ocorrer a partir do humano:

“A enfermagem precisa ser repensada a partir do relacionamento humano, onde a sensibilidade é o fio condutor, o que não significa dizer que não possa valer-se dos recursos da ciência e da técnica. O que importa é que a sensibilidade seja o ponto de referência.” (p. 14)

Watson (1996) que propõe a Teoria do Cuidado Transpessoal em Enfermagem, e que sustentou a prática assistencial desenvolvida, enfatiza que o currículo de enfermagem deve ser centrado no cuidado humano (currículo visto como interação) fundado em uma educação emancipatória, o que é um compromisso político, filosófico, ético e moral. Para Watson apud Angelo (1994):

“A educação para ser um bem, deve ser emancipatória. Deve capacitar a pessoa a perceber, intelectualmente, os fenômenos e a dominar habilidades necessárias para lidar com eles ou investigá-los. Sem emancipação, educação é um instrumento opressivo.” (p. 12)

Com esta afirmação, Watson expressa a sua preocupação com o educar para cuidar, enfatizando que o cuidado humano é central tanto para a pedagogia como para a prática, e que é a possibilidade de termos uma enfermagem diferenciada no século XXI.

Com base no referencial teórico aqui apresentado, é possível afirmar que se o cuidado é a essência da enfermagem, o é ainda mais no ensino de sua prática e, que para educar para o cuidar é preciso estar apaixonado, envolvido e comprometido com o processo de ensinar a cuidar. É preciso valorizar cada momento, cada vivência do processo como se fosse único, tendo-se a certeza de que é apenas mais uma faceta do complexo mundo da educação e da enfermagem.

4 MARCO CONCEITUAL

A finalidade deste capítulo é explicitar quais os conceitos e pressupostos principais que nortearam a prática assistencial desenvolvida junto ao acadêmico de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva e esta Dissertação de Mestrado. Para Fawcett apud Silva & Arruda (1993), marco conceitual, modelo conceitual ou sistema conceitual refere-se a um conjunto de conceitos e proposições abstratas e gerais, intimamente relacionados.

Assim sendo, os conceitos e proposições apresentados revelam as crenças do autor e esboçam como conduzirá seus atos, tendo em vista os objetivos propostos.

Os pressupostos e conceitos aqui colocados têm base no referencial teórico de Watson que encontra consonância com o pensamento dos seguintes autores: Cardoso (1995), Demo (1996), Freire (1983, 1997), Waldow (1993, 1995, 1998_a).

4.1 Pressupostos

- O cuidado é a essência da prática e da educação em enfermagem; (Watson, 1996)
- O ser humano é uma unidade mente/corpo/espírito/natureza; (Watson, 1996)
- A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde humana; (Camponogara, 1999)

- O cuidar e o ensinar a cuidar são práticas revestidas de subjetividade/ intersubjetividade, conhecimento científico, sensibilidade/afetividade, ética, estética, compromisso, envolvimento, criatividade, espiritualidade; (Camponogara, 1999)
- A vivência do cuidado transpessoal possibilita autoconhecimento e autorealização, e autocura; (Watson, 1996)
- O processo de ensino-aprendizagem deve ser um processo de aprender a aprender, a partir do questionamento dos próprios valores e vivências. (Demo, 1996)

4.2 Conceitos

A fim de fundamentar a prática assistencial desenvolvida, foram conceituados e inter-relacionados os seguintes termos: ser humano, saúde, ambiente, enfermagem, enfermeiro, cuidado, cuidado transpessoal, educação, educador, educando, educador em enfermagem, educação em enfermagem. Os conceitos aqui elaborados traduzem o meu entendimento, amparados pela linha de pensamento dos autores já referidos.

Ser humano: é um ser único, dotado de dimensões: física, mental, espiritual, em constante relação consigo próprio, com os outros, com o universo. (Cardoso, 1995).

Saúde: é estado de equilíbrio e harmonia entre as dimensões física, mental e espiritual do ser humano, e entre este e o universo. (Watson, 1996)

Ambiente: é dado pelo conjunto de percepções e valores do ser humano com relação às circunstâncias sociais, culturais e espirituais que o cercam.

(Watson, 1996).

Enfermagem: é uma profissão do ramo das ciências humanas que envolve a relação entre seres humanos, em situações de saúde e doença, em busca da promoção e restauração da primeira, e permeada por um comprometimento científico, ético, estético e psico-espiritual entre os envolvidos. (Camponogara, 1999).

Enfermeiro: é o profissional capacitado para exercer o cuidado ao ser humano, tendo em vista a busca do potencial de cura/autocura do mesmo. (Camponogara, 1999).

Cuidado: é a essência da enfermagem, constituindo-se em um fenômeno processual, relacional, consciente, intersubjetivo, que visa a potencializar o ser humano para a harmonia de suas dimensões físico-mental-espirituais e com o universo. (Waldow, 1993, 1995, 1998 e Watson, 1996).

Cuidado transpessoal: é o momento de cuidado entre ser humano cuidador e o ser humano cuidado, onde um é tocado pelo centro humano do outro em busca da harmonia corpo-mente-espírito, a partir de uma interação consciente, ética e estética. (Watson, 1996)

Educação: é uma prática, um processo que visa o crescimento pessoal e a compreensão da realidade que cerca os envolvidos, através de ações crítico-reflexivas que articulam conhecimento científico, sensibilidade, ética e estética, com o fim último de transformar/innovar esta realidade. (Freire, 1983, e 1997 e Waldow, 1993).

Educador: é o mediador da prática educativa, comprometido filosófica e politicamente com o processo de ensino-aprendizagem (aprender a aprender) que visa o crescimento integral do ser humano e a sua emancipação. (Freire, 1997).

Educando: é um ser humano único, com capacidades e necessidades específicas, em permanente busca de crescimento e realização pessoal/integral-

profissional. (Freire, 1997).

Educador em enfermagem: é o profissional comprometido com o processo de educar para cuidar a partir das experiências/vivências entre educador/educando/cliente, durante um processo de ensino/aprendizagem que envolva conhecimento científico, sensibilidade e ética, em busca do crescimento mútuo. (Camponogara, 1999)

Educação em enfermagem: é o processo de educar para o cuidado que visa a formação de profissionais competentes técnico-cientificamente e habilitados para um cuidado humano, que visa o crescimento integral de todos os envolvidos e o comprometimento com a saúde humana. (Camponogara, 1999)

4.2.1 Alguns sub-conceitos

Com o intento de facilitar a compreensão dos conceitos anteriormente apresentados, apresento a seguir alguns sub-conceitos, igualmente, com uma visão bem particular acerca dos mesmos.

Centro humano: corresponde à essência do ser humano, ao EU, ao "self". Analogicamente, é o núcleo onde estão guardadas suas emoções, sentimentos e o seu potencial de autocura. (Watson, 1996).

Crescimento pessoal: refere-se à dinâmica de revisão e modificação de valores que permeiam a vivência/existência de cada ser humano, na busca da autorealização. (Camponogara, 1999).

Transformar: refere-se a ações que possibilitem a modificação de dada situação ou circunstância. É um processo que ocorre mediante a conscientização sobre certa realidade e reflexão sobre os fenômenos nela envolvidos. (Camponogara, 1999).

Inovar: semelhante ao anterior, exceto pela conotação de radicalismo que o

termo encerra. As transformações são mais profundas e de maior amplitude. (Camponogara, 1999).

Criatividade: diz respeito a capacidade do indivíduo motivado por algo novo, em expressar-se e agir de forma diferente da qual estava habituado. (Camponogara, 1999).

Senso crítico: capacidade de emitir juízo a respeito de situações, comportamentos, após cuidadosa avaliação, com o fim de direcionar a própria conduta. (Camponogara, 1999).

Conhecimento científico: diálogo que se dá entre o homem e a natureza, levando em conta aspectos objetivos e subjetivos, que visa desvendar a realidade tal como a percebemos e vivenciamos sem preocupar-se com a determinação de verdades prontas e acabadas. (Morin, 1996).

Autoconhecimento: refere-se a conscientização sobre a essência do ser, seus comportamentos e sentimentos mais íntimos, que influenciam a maneira como o ser humano reage e age diante das circunstâncias. (Camponogara, 1999).

Harmonia: é uma inter-relação de quaisquer elementos que transcorre de forma dinâmica, consonante, sem atritos. (Camponogara, 1999).

Comprometimento: significa engajar-se de forma crítica e consciente com o outro ser humano, com a profissão, com a sociedade e consigo mesmo, com o fim de atingir meta proposta. (Camponogara, 1999).

Solidariedade: refere-se ao auxílio mútuo entre os seres envolvidos, tornando-se interdependentes, para atingir o fim a que se propõem. (Camponogara, 1999).

Espiritualidade: significa lançar-se rumo à essência do outro, à natureza, ao cosmos, à própria essência. Ligar-se a outras dimensões da existência de forma a obter autoconhecimento. (Watson, 1996).

Subjetividade: refere-se ao que é sentido pelo ser humano, podendo ou não

ser exteriorizado através de emoções, sensações, sentimentos. (Watson, 1996).

Amor: sentimento de afeição profunda que une os seres humanos entre si, com a natureza, com o cosmos os conduz e a harmoniza consigo mesmos. (Camponogara, 1999).

Sensibilidade: faculdade que permite sentir e experimentar variadas sensações e sentimentos. Estar atento as mais sutis expressões do EU, de outro ser humano, da natureza, do cosmos. (Watson, 1996).

Estética: aspecto do cuidado ao ser humano que valoriza o potencial intuitivo, imaginativo, criativo, a espontaneidade de expressão, de forma a conviver dialeticamente com a natureza científica deste cuidado (Leopardi, 1996). A estética compreende também as representações sensíveis, aquilo que o ser humano é capaz de projetar desencadeando percepções ou aquilo que ele consegue perceber em razão de sua totalidade.

Ética: conjunto de valores individuais que determinam a postura do ser diante de experiências/vivências que permeiam o cotidiano da existência humana.

4.3 Representação gráfica do marco conceitual (Camponogara, 1998)

Interpretação do desenho

A partir do entendimento de que o cuidado é a essência da prática e da educação em enfermagem, busquei a construção de meu marco conceitual, no que tange aos pressupostos, conceitos e representação gráfica. Nesta última, procuro transpor sob a forma de desenhos e símbolos a configuração da interrelação dos conceitos construídos, atribuindo-lhes forma e significado.

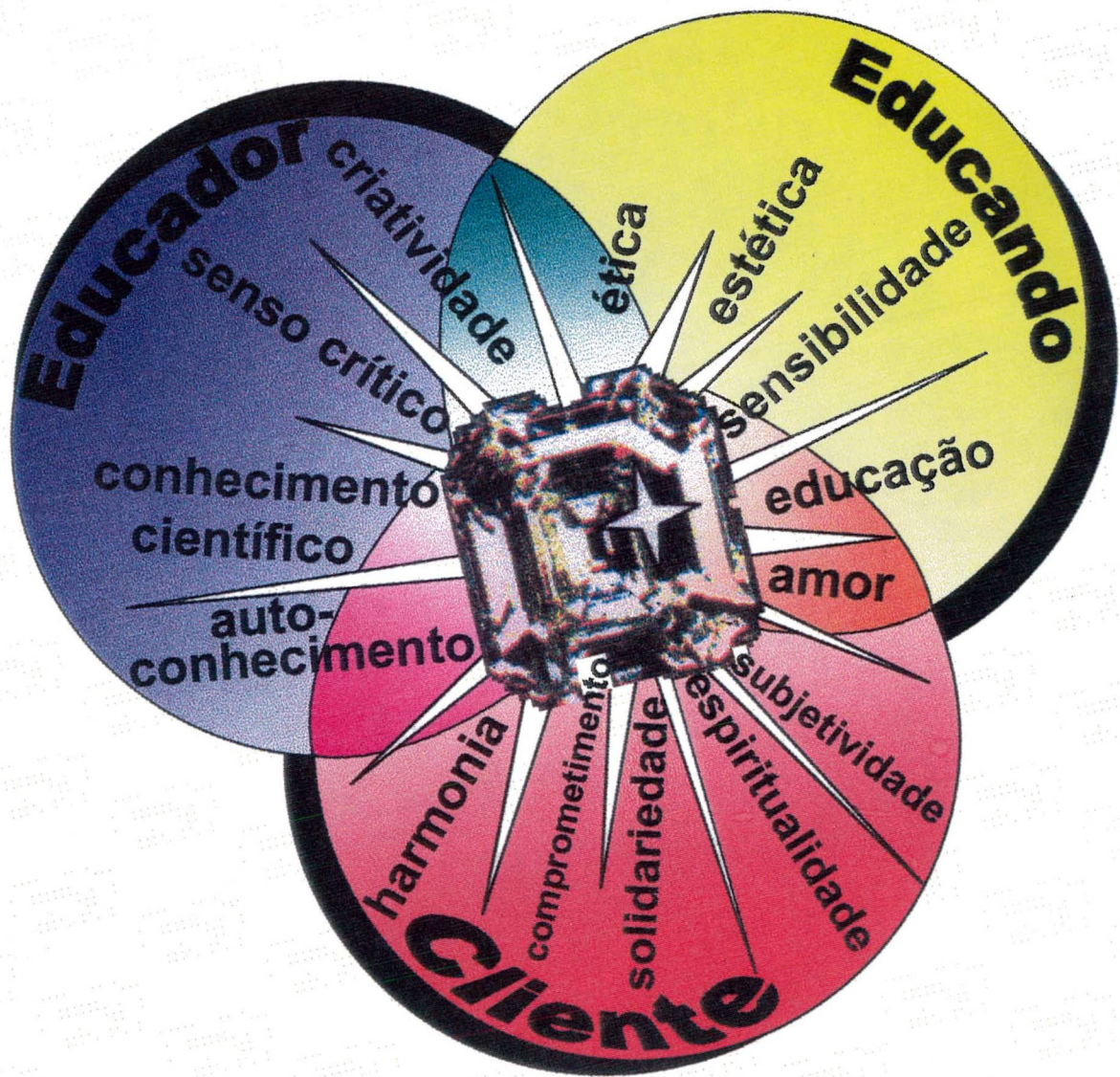
Considerando: que o cuidar é um fenômeno de alto valor moral, sentimental e espiritual, cujas facetas ainda não são bem compreendidas; que é um dos atos mais antigos que se tem conhecimento, presente nas relações entre os seres vivos e que é belo e precioso, carregado de luz, mistério e energia, busquei associá-lo a uma pedra preciosa: a um diamante. O diamante é conhecido como matéria prima do universo, a mais antiga formação rochosa de que se tem conhecimento. Também é belo, precioso, tem alto valor sentimental, material e sua luminosidade transmite mistério e energia. Conforme é deslocado e observado, suas múltiplas facetas revelam-se, tornando-o algo ainda mais místico e cheio de possibilidades.

Com base nesta analogia, coloquei o cuidado/diamante na intersecção de três círculos que representam a estrutura do ensinar a cuidar.

Um deles é representado pelo educador, que não necessariamente é o enfermeiro-docente, mas, pode ser entendido como a equipe de enfermagem que exerce, constantemente, em sua prática, a educação para o cuidado. O outro é representado pelo educando, que igualmente pode ser aqui entendido como toda equipe, não somente o acadêmico. Um terceiro é representado pelo cliente, o ser humano único e composto pelas dimensões física-mental-espiritual, em constante relação com outros seres, em busca do potencial de cura e autoconhecimento.

Estes círculos estão representados, cada um por uma cor primária, a fim de simbolizar que não são seres completos e acabados. A tríade é muito dinâmica e,

Educar para cuidar em Enfermagem



na medida em que se relacionam (quando há intersecção), passam a tomar a posição do outro, exercendo um papel diferente. Assim, cliente, por alguns momentos também é educador e educando.

Quando há a união das três dimensões, acontece o momento de cuidado (particularmente o cuidado transpessoal), de onde emergem raios resplandecentes, especialmente: ética, estética, sensibilidade, amor, subjetividade, espiritualidade, harmonia, comprometimento, autoconhecimento, conhecimento científico, senso crítico, criatividade e solidariedade.

Desta forma, procuro demonstrar que o educar para cuidar é um processo dinâmico, transparente e permeado por uma série de sentimentos e emoções.

O desenho permite a criação de símbolos cujas relações reproduzem aquelas inerentes ao processo de educar para cuidar em enfermagem. Permite ainda uma representação da interligação presente entre essas dimensões.

5 METODOLOGIA

Este capítulo objetiva demonstrar os passos seguidos a fim de concretizar os objetivos propostos, tanto para consecução da prática assistencial pretendida, quanto para o aprofundamento da temática – educar para cuidar – à luz de referenciais teóricos específicos.

5.1 Local

A prática assistencial foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O referido hospital é uma instituição pública, federal, fundado no ano de 1970. É uma instituição de grande porte, possuindo atualmente 302 leitos, distribuídos em 25.500 m² de construção vertical, localizado no Campus Universitário, Camobi, em Santa Maria - RS. Atende a clientes procedentes de Santa Maria e de outras cidades do Rio Grande do Sul, de diversas clínicas e especialidades. Por ser um hospital-escola, conta com a atuação de docentes e acadêmicos de diversas áreas (medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia, dentre outros), além do quadro de pessoal permanente estimado em 1190 funcionários (em 03/02/1998). Por sua peculiaridade, atende à comunidade nas modalidades de ensino, pesquisa, assistência e extensão.

A Unidade de Terapia Intensiva-Adulto esteve situada, provisoriamente, no 3º andar do hospital, uma vez que sua área física localizada no 5º andar passava por reformas para ampliação do número de leitos, na época da realização da prática assistencial.

A unidade dispunha de 05 leitos distribuídos em 2 quartos com 3 e 2 leitos, respectivamente. Um corredor central dividia a unidade, daí derivando as demais dependências: sala de estoque de materiais e equipamentos, sala de lanche e quarto para o médico plantonista. A secretaria localizava-se no corredor central.

O quadro de funcionários é composto por 7 enfermeiros, 20 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de saúde, 2 fisioterapeutas, 1 secretário, distribuídos nos turnos: manhã, tarde e noite. Há plantão médico permanente. Atuam ainda docentes e acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e fisioterapia.

As normas e rotinas da unidade obedecem ao padrão para UTIs (recomendado pela literatura da área), principalmente no tocante ao controle e monitorização de sinais vitais, padrão hemodinâmico, avaliação de nível de consciência, da função respiratória e controle de infecção, dentre outros. A conduta diagnóstica e terapêutica igualmente sofre normatização, tendo como base os protocolos utilizados em UTIs da capital do estado e região sudeste do país.

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro são de ordem assistencial-administrativa e principalmente, assistenciais tendo em vista as necessidades da clientela que é variável quanto a idade e diagnóstico. Há um envolvimento bastante acentuado com a manutenção de equipamentos, principalmente, respiradores artificiais e monitores cardíacos. Não há utilização de uma metodologia da assistência de enfermagem na unidade, apenas a realização de uma evolução de enfermagem em cada turno de trabalho.

As atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem são, eminentemente, assistenciais, envolvendo cuidados corporais de rotina e cumprimento da prescrição médica.

O horário de visitas é restrito. Das 10h30min às 11h e das 14h30min às 15h, entrando apenas um familiar de cada vez. O médico fornece informações sumárias sobre o estado do cliente, após o horário de visitas. O hospital atende,

basicamente, clientes carentes, conveniados ao Sistema Único de Saúde. Muitas vezes, os familiares ficam impossibilitados de realizar visitas, pois o mesmo coincide com seu horário de trabalho.

Como já foi mencionado, a unidade atende a uma demanda bastante variável. Durante a prática foram cuidados clientes com alto grau de gravidade, uma vez que, a unidade possui número insuficiente de leitos, para atender a uma demanda regional muito acentuada. Colabora o fato de ser esta UTI, a única da cidade a atender clientes conveniados ao Sistema Único de Saúde.

O quadro a seguir apresenta algumas características dos 12 clientes cuidados durante a prática assistencial.

QUADRO 1 – Caracterização dos clientes cuidados durante a prática assistencial

Diagnóstico	Sexo	Idade	Tempo de Permanência	Evolução
Carcinoma de Pequenas Células, Insuficiência Renal Crônica, Insuficiência Respiratória, Diabetes, Sepsis*.	F	74	8 dias	Óbito
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, Insuficiência Respiratória, Hipertensão Arterial Sistêmica, Sepsis.	F	54	13 dias	Alta
Crises convulsivas graves por interrupção de tratamento para epilepsia**	F	27	4 dias	Alta
Câncer de pulmão, enfisema pulmonar.	M	61	17 dias	Óbito
Morte cerebral após atropelamento***	M	--	2 dias	Óbito
Bloqueio Átrio-Ventricular, Infarto Agudo do Miocárdio, Trombose Arterial em Membro Inferior Esquerdo.	M	70	8 dias	Alta
Tentativa de suicídio.	M	24	6 dias	Alta
Politraumatismo por acidente automobilístico****	F	20	9 dias	Alta
Pancreatite necro-hemorrágica, sepsis.	F	34	15 dias	Óbito
Leucemia Pró-Mielocítica, Sepsis.	F	48	4 dias	Óbito
Pós-operatório de Colicistectomia, drenagem de abscesso, Sepsis.	F	69	12 dias	Óbito
Infarto Agudo do Miocárdio.	M	69	4 dias	Alta

* Óbito presenciado pelos acadêmicos.

** Cliente estava em gestação de aproximadamente 12 semanas (o feto

sobreviveu).

*** Não foi possível informar a idade pois o cliente não foi identificado, tendo sido, após o óbito, encaminhado ao Instituto Médico Legal, para reconhecimento da arcada dentária.

**** Cliente estava em gestação de 20 semanas. O feto morreu no acidente.

Dos clientes cuidados, 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino. A maioria, 33% eram idosos, mas, 35% apresentavam idade inferior a 35 anos. O tempo de permanência na unidade foi de 8,5 dias, considerado alto, segundo os parâmetros oferecidos pela literatura específica. O índice de mortalidade foi de 50%, igualmente alto, tendo em vista o limite aceitável de 30%, pela literatura.

A maioria dos clientes fez uso de recursos tecnológicos, como: monitores cardíacos, oxímetro de pulso, respiradores artificiais (apenas 2 não utilizaram), uma cliente fez hemodiálise contínua de baixo fluxo, dentre outros. Além disso, utilizaram variados tipos de sondas e drenos e medicações. O nível de consciência foi variável, mas, posso afirmar que prevaleceu o estado de inconsciência. A interação com familiares permitiu conhecer a história de vida de muitos deles, alguns vivenciando momentos muito peculiares em suas vidas (como no caso das clientes gestantes) e, todos atravessando momento de crise: a experiência de ser humano internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), vivenciando a luta pela vida e o processo de morte, concomitantemente.

Embora os clientes cuidados não sejam a população alvo desta prática, a intenção em demonstrar esses dados, foi de traçar um esboço do ambiente experienciado pelos acadêmicos durante a prática. Esta realidade permite verificar porque a UTI é, ao mesmo tempo, fascinante e assustadora, possibilitando a oportunidade de conhecer patologias graves, técnicas sofisticadas e complexas e recursos tecnológicos de ponta, ao lado do convívio constante e íntimo, com a possibilidade de morte e todos os sentimentos contraditórios que esta inspira.

5.2 Sujeitos do Estudo

A prática assistencial envolveu os acadêmicos do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria que estavam cursando a disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto "B".

Esta disciplina faz parte do tronco profissionalizante do curso, com carga horária total de 450 (quatrocentas e cinquenta) horas/aula. Tem como objetivo: Identificar necessidades básicas afetadas, visando à promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação do indivíduo, e, prestar assistência de enfermagem ao adulto em situações mais complexas de forma sistematizada, visando a melhoria de sua qualidade de vida. Segue, em anexo, o programa de ensino da disciplina (Anexo I).

Além de atividades teórico-práticas relativas à UTI, também fazem parte do conteúdo programático: centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica, saúde mental e atenção de enfermagem ao cliente cirúrgico. Além dos conteúdos teóricos, os alunos fazem rodízio em 4 campos de estágio: UTI, centro cirúrgico e sala de recuperação, psiquiatria e clínica cirúrgica, equivalendo a aproximadamente, 70 (setenta) horas/aula práticas em cada local.

Na UTI, as atividades totalizam 18 (dezoito) horas/aula semanais, durante cerca de 4 semanas, quando os acadêmicos têm oportunidade de prestar assistência de enfermagem aos clientes ali internados e conhecer as peculiaridades do cuidado intensivo ao cliente crítico.

Foram sujeitos do estudo 8 acadêmicos, 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idade variável entre 19 e 29 anos, procedentes de Santa Maria e outras cidades da região. Apenas 2 já haviam tido contato com UTI. Uma, como cliente, internada após acidente automobilístico, e, uma, como familiar. Ambas revelaram ter tido experiências muito negativas com relação a unidade. Os outros

acadêmicos nunca tinham entrado numa UTI.

Segundo Watson (1996), o ambiente está diretamente associado aos valores do indivíduo, que determinam como irá comportar-se. Neste sentido, as experiências prévias sobre determinada realidade (neste caso a UTI) irão influenciar o comportamento do acadêmico, o qual, também é influenciado pelo ambiente social, cultural e espiritual circundante. Como 2 acadêmicos já possuíam um “pré-conceito” sobre UTI, carregado de sentimentos negativos, necessitaram de apoio especial por parte do grupo de acadêmicos e, especialmente do meu amparo como educadora, a fim de lhes possibilitar a vivência das aulas práticas com o menor “stress” possível.

Neste trabalho os sujeitos assumiram o cognome de pedras preciosas, a saber: Esmeralda, Água Marinha, Ametista, Água, Turqueza, Turmalina, Granada e Topázio.

5.3 Desenvolvimento da prática

O desenvolvimento da prática aconteceu de forma leve e harmoniosa. Embora eu tivesse, no projeto de prática assistencial, pré-determinado etapas a serem seguidas, a fim de atingir os objetivos propostos – consonantes com o processo de enfermagem – o seu seguimento não ocorreu de forma “fechada”. Houve, isto sim, um total entrelaçamento entre as etapas, fruto da internalização das idéias de Jean Watson, autora da Teoria do Cuidado Transpessoal, que embasou a prática.

Neste sentido, a cada dia que passava, novas facetas do fenômeno ensinar a cuidar se mostravam e, fortaleciam o desejo de cuidar, de ensinar, de fazer parte do grupo. A cada dia, surgiam novas emoções, experiências, vivências, que eram, por todos, sentidas, degustadas, até tomarem forma e ocuparem lugar dentro do

nosso processo de conhecimento e autoconhecimento.

A prática ocorreu entre os meses de abril e maio de 1998, quando houve convivência intensa entre educador, educandos e clientes. Ao fim de 4 semanas, totalizamos cerca de 90 horas de convívio. A fim de facilitar o seguimento da prática, os acadêmicos obedeceram a um rodízio, já que seria inviável a presença de 8 alunos no ambiente da UTI. Cada aluno permaneceu na UTI durante 10 dias, por um período de 6 horas, conforme escala. Na maior parte dos dias o grupo era composto por 6 acadêmicos.

Durante este período também ocorreram encontros, chamados por mim de Momentos de Reflexão. Tais encontros tiveram o objetivo de propiciar a externalização de sentimentos, emoções, angústias, temores e alegrias. Ao mesmo tempo ocorria uma reflexão sobre os valores de cada um, favorecendo o desenvolvimento de uma postura ética e crítica acerca das situações discutidas, vivenciadas. Também possibilitaram a discussão de textos e leitura de livro, favorecendo um aprendizado teórico-prático e estimulando o acadêmico à busca da pesquisa.

Posso adiantar, que esta prática foi um momento de cuidado transpessoal, na medida em que nossas subjetividades se inter-relacionaram de forma a nos proporcionar carinho, amor e uma energia positiva muito benéfica. Cuidamo-nos como seres humanos portadores de dimensões física-mental e espiritual e em contato constante com o Universo. Nossos centros humanos foram tocados uns pelos outros, como uma rede, fortemente entrelaçada. Vivenciar os conceitos e pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal, na prática educativa, permitiu-nos abertura para sensibilidade, comprometimento, autoconhecimento, amor, solidariedade, criatividade, senso crítico, conhecimento científico, harmonia e espiritualidade. Desvelou, em nossos seres, o potencial de verdadeiros cuidadores – que trazem o cuidado como ideal moral e como compromisso com a saúde

humana.

A seguir, detalho alguns passos que foram seguidos, e recursos utilizados, durante o desenvolvimento da prática.

As primeiras impressões

As primeiras impressões ocorreram por ocasião da apresentação do projeto à equipe de trabalho da UTI – HUSM e, aos alunos que passariam a ser sujeitos da prática.

No primeiro caso, existiram 2 momentos: um, com a equipe da manhã e outro com a equipe da tarde, visto que a prática com os alunos se desenvolveria nos dois turnos. Em ambos os momentos, foi feita reunião informal com a participação de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, bolsista de enfermagem e fisioterapeuta num total de 11 pessoas. Fiz exposição dos motivos que me levaram a desenvolver esta prática, dos objetivos e metodologia a ser desenvolvida. Solicitei sua participação como observadores do trabalho, pois seriam convidados a validar o estudo no final da prática, através de entrevista (Anexo II), se assim o desejassem. Demonstraram partilhar das minhas intenções. Em alguns, notei expressões de emoção, traduzidas pelo choro, ao passo que ia discorrendo o assunto. Os funcionários da manhã solicitaram participação em um dos momentos de reflexão (filme), para o qual foram convidados.

Os funcionários da tarde, igualmente, mostraram-se muito receptivos. Surpreendeu-me um questionamento feito por uma auxiliar de enfermagem: "Por que tu não realiza este trabalho conosco? Nós também precisamos!" As outras concordaram. Acolhi sua opinião e explicitiei meus motivos para, naquele momento, trabalhar com acadêmicos de enfermagem.

O primeiro contato com os acadêmicos aconteceu no mesmo dia, quando

coloquei, sumariamente, os motivos, objetivos e metodologia do trabalho. Solicitei sua participação com total liberdade para não integrar o grupo de estudo. Dos 9 acadêmicos, apenas 1 não quis participar, justificando motivos pessoais. A esse acadêmico foi assegurado que teria igual acompanhamento e não sofreria discriminações. Ficou claro aos acadêmicos que seu anonimato seria garantido, bem como, todos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Logo após solicitei que respondessem a um questionário (Anexo III) que teve a finalidade de mostrar concepções e expectativas, impressões trazidas pelos acadêmicos sobre terapia intensiva. Já via nos alunos satisfação por fazerem parte de um estudo, que lhes possibilitaria um novo olhar sobre o cuidar em enfermagem. Isto foi demonstrado através de expressões verbais e não-verbais.

Após terem respondido ao questionário, pude então expressar toda emoção que tinha em realizar o trabalho proposto. Falei sobre UTI, sobre a importância do cuidado humano (já introduzindo alguns conceitos de Watson). Coloquei algumas vivências pessoais e pude observar olhares atentos, ansiedade, emoção (traduzida em choro). Mais ouviram do que falaram. Senti-os sequiosos pelo conhecimento sobre UTI.

Logo após, fomos conhecer a unidade (área física, equipamentos, clientes internados). Seus olhares estavam muito atentos. Vi fascínio, deslumbramento em seus rostos. Retornamos à sala para acertarmos o cronograma de atividades e fazer mais alguns comentários sobre o cuidado em terapia intensiva.

Após estes dois contatos, obtive um levantamento prévio de informações que me permitiram sentir as expectativas e emoções que circundavam o trabalho. No entanto, diariamente, novas vivências, experiências, sentimentos afloravam e novos aspectos do processo de ensinar a cuidar se revelavam, ampliando perspectivas.

Após refletir sobre os momentos anteriormente vivenciados, através dos quais pude perceber nuances do ambiente que iria, pelo menos inicialmente, circundar a prática e, de posse da minha vivência anterior como acadêmica, enfermeira e docente em UTI, procurei absorver as impressões que havia sentido, de forma a delinear a prática.

Em busca do cuidado transpessoal

No dia seguinte ao primeiro encontro, começamos a nossa trajetória em busca do cuidado transpessoal. Os acadêmicos passaram a assumir clientes na UTI. Mantive a minha metodologia anterior: dois alunos cuidando de um cliente. Notei que esta estratégia diminuiu o nível de ansiedade, uma vez que, possibilitou ao acadêmico o amparo do colega na realização do cuidado. Ao mesmo tempo, houve um fortalecimento do vínculo entre colegas, estimulando o diálogo a fim de que o cuidado acontecesse da melhor forma possível. Como esta experiência era positiva, optei por utilizá-la também neste momento, o qual seguiu-se até o fim da prática. Esporadicamente, o acadêmico cuidava individualmente de um cliente, conforme grau de gravidade do último e interesse do primeiro. As atividades junto ao cliente perfizeram cerca de 60 horas/aula. No início, aconteciam de forma tímida, misturando medo, ansiedade e receio. Conforme fomos nos cuidando, o processo de ensinar a cuidar foi tomando formas diferentes do que habitualmente eu fazia. Passei a olhar o acadêmico com outros olhos: com desejo de cuidá-lo e de ser, também por ele, cuidada. O nosso ambiente tornou-se permeado por um diálogo carregado de afeto, pelo toque amigo e carinhoso. A construção do conhecimento se dava de forma, empática. Sentíamos, mutuamente, a necessidade de dialogar sobre determinado procedimento, situação, circunstância, patologia. O medo e a ansiedade constantes nos primeiros 3 ou 4 dias, cederam lugar à cumplicidade. A

prática educativa e cuidativa tornou-se uma constante, do qual faziam parte: eu, os acadêmicos, a equipe multiprofissional da UTI, funcionários dos serviços de apoio e outros acadêmicos, clientes e seus familiares. Conhecimentos e princípios científicos foram aprendidos conjuntamente com a vivência de muitos sentimentos e emoções.

Concomitantemente a este processo, aconteceram encontros: momentos de reflexão. Embora eu houvesse, no projeto, previsto seis encontros, aconteceram 5, por dificuldades no ajuste de horário. Foram muito importantes, e especialmente, carregados por muita energia. Constituíram-se em respiradouros para as tensões vivenciadas na UTI e, em mananciais de conhecimento e autoconhecimento, fortalecedores de uma postura pessoal e profissional ética e crítica. Permitiram discussões, troca de experiências, extravasamento de emoções, lágrimas, expressões artísticas (desenho) traduzindo-se em revisão e/ou reafirmação de valores. Foram tão intensos, que nunca obedeceram o horário previsto para término. Pelo contrário, muitas vezes, encerrávamos as discussões até 2 horas após o horário dado como limite. Estes encontros aconteciam na própria UTI ou em salas de aula junto ao Departamento de Enfermagem.

No primeiro encontro, falamos, principalmente sobre a morte, visto que os alunos haviam presenciado a morte de um cliente que estavam cuidando e também sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal. No segundo assistimos a um filme: Um Golpe do Destino. Os outros traduziram-se em discussão de vivências e de textos por mim propostos a partir das impressões coletadas no primeiro encontro (segue listagem em Anexo IV).

Diariamente, pequenos momentos de reflexão tornaram-se oportunos no local da prática, sendo extremamente válido permitir o extravasamento da emoção, no seu "auge" e, assim a busca do melhor encaminhamento. Estes momentos foram marcados pela solidariedade no grupo.

Desta forma, o cuidado transpessoal junto ao cliente e familiares foi acontecendo cada vez mais intensamente. Práticas como: dialogar com cliente (mesmo inconsciente), interagir com este, interação com família, interação acadêmico-cliente-família, uso do toque, transmissão de energia positiva, estímulo à meditação, fizeram parte do cuidado ao cliente crítico. Juntamente, houve o desenvolvimento de técnicas e procedimentos de enfermagem, a realização da metodologia da assistência de enfermagem, estudo de patologias (até sob a forma de estudo de caso), estudo de fármacos, estudo do funcionamento de aparelhos, enfim, o conhecimento de todo aparato técnico-científico exigido em terapia intensiva.

Foi solicitado que os acadêmicos realizassem, diariamente, um relato de sua vivência na UTI, que denominei Diário de Campo. Este diário, foi muito importante para o processo de reflexão e autoconhecimento do acadêmico. Concomitantemente, elaborei um Diário Pessoal, contendo minhas impressões acerca da prática e de como vinha se desenvolvendo o processo de ensinar a cuidar. Em alguns momentos, contei com a colaboração de uma acadêmica monitora, que me auxiliava na supervisão de tarefas técnicas, mas que também, agiu como observadora da prática assistencial, elaborando igualmente um diário pessoal. Em todos os diários houve, com o passar do tempo, clara modificação no conteúdo e na forma de descrever os fenômenos vivenciados, denotando crescimento por parte de todos envolvidos.

O valor do Cuidado Transpessoal no processo de ensinar a cuidar em Enfermagem

Assim como a busca do cuidado transpessoal, que se constitui em diferentes formas de observar e agir e de ser enfermagem, também o processo de

avaliar esta prática tornou-se fonte inesgotável de reais possibilidades de crescimento.

Este processo acontecia diariamente. A cada atitude observada ou concretizada por mim, pelos acadêmicos, pelos clientes, pela equipe multiprofissional, havia um olhar crítico que fomentava reflexões e discussões e, realimentava o processo, transformando-o e/ou inovando. Notei que, com o passar do tempo, cada experiência vivenciada passava por esse processo de autoanálise interna, muitas vezes socializado quando se entendia que viria em benefício do grupo.

A abertura para esta socialização dava-se diariamente, nos pequenos momentos de reflexão oportunizados durante as aulas práticas e, nos 5 encontros realizados durante toda a prática assistencial. Nestes momentos, discutíamos aberta e francamente, o que precisava mudar e como fazê-lo, e o que podia ser mantido. Retornávamos ao campo, fortalecidos e mais convictos do que almejávamos. Esta metodologia favorecia uma prática educativa democrática, calcada no princípio de "aprender a aprender" e, principalmente, tomando os educandos como co-responsáveis por todo o processo.

Conforme estava previsto no projeto de prática assistencial, no último dia de convívio, os acadêmicos foram solicitados a responder a um novo instrumento (Anexo V), que tinha por finalidade verificar a ocorrência de mudança de concepção, crescimento pessoal, bem como, validar esta proposta. Isto feito, houve um último momento de reflexão, cujas discussões giraram em torno da validade da prática. Este momento, bem como, os dois momentos de reflexão anteriores, foram gravados (com consentimento do grupo) para que não fosse perdida a riqueza das reflexões que vinham acontecendo. Posteriormente, as fitas foram transcritas por mim.

Os acadêmicos foram solicitados a, espontaneamente, assinar uma

autorização para que as informações fornecidas pudessem ser publicadas (Anexo IX).

Também segundo o projeto, a equipe foi chamada a fazer o seu depoimento sobre o trabalho desenvolvido, seguindo instrumento em anexo (já referido). Foram ouvidas 11 pessoas, que não só responderam às questões formuladas, mas também, demonstraram total interesse por este trabalho.

Houve oportunidade de entrevistar um cliente que esteve internado na UTI durante o período em que se desenvolveu a prática e que fez parte do grupo de clientes cuidados. Somente ele teve alta da UTI com estado de consciência, que permitisse o relato da vivência com fidedignidade e por isso, foi o único entrevistado. Os sentimentos por ele descritos, foram de fundamental importância para demonstrar o valor e significado do cuidado transpessoal.

Devo ressaltar que muitos dilemas éticos e educativos foram vividos e discutidos, conferindo a esta prática, especial valor, e aquilatando, não só o processo de ensinar a cuidar em terapia intensiva, mas também os seres humanos nele envolvidos.

5.4 O sentimento traduzido em palavras desvelando significados

Ao término da prática assistencial, pude perceber de forma mais clara a imensidão de sentimentos que haviam aflorado, neste processo de ensinar/aprender a cuidar com base no cuidado transpessoal, muitos registrados nos instrumentos utilizados para anotações das vivências dos acadêmicos, e outros tantos, registrados em meu Diário de Campo e, ainda extravasando em meu ser.

Com a confirmação do intento de prosseguir a aprofundar esta temática, nesta Dissertação de Mestrado (após o Exame de Qualificação), pude ter certeza do caminho a ser seguido para nortear o desvelamento dos dados obtidos.

A abordagem qualitativa foi eleita, pois, segundo Polit e Hungler (1995): “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus atores”. (p. 270). Revelam ainda que, esta abordagem propicia campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos.

Além disso, parte da pesquisa é descritiva, que no entender de Gil (1991) privilegia a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

O suporte bibliográfico ofereceu condições para a reflexão dos achados da prática assistencial. No entanto, isto foi possível a partir da categorização dos mesmos, a qual teve como critério as especificidades da temática e a vivência em si.

Após leitura exaustiva, os depoimentos foram agrupados formando categorias que permitiram a apresentação, a discussão, a análise e a interpretação dos achados.

De acordo com Martins e Bicudo (1989) na análise categorial:

“O conteúdo é agrupado de acordo com o sistema próprio do pesquisador (...) e esse é um procedimento interpretativo. Requer que o pesquisador seja capaz de fazer seleção a cada estágio do desenvolvimento do processo.” (p. 57)

Deste percurso, resultaram 19 categorias, a saber:

- a relação com o cliente crítico;
- a busca por interação;
- a descoberta do cuidado transpessoal;
- o despertar de valores;
- o despertar para a espiritualidade;
- a empatia;

- o uso do toque;
- o despertar para o autoconhecimento;
- o relato de vivências;
- o processo de enfermagem;
- ensino tecnicista;
- integração técnica/sensibilidade;
- a busca da autonomia;
- a importância do educador;
- um novo conceito de cuidar;
- intercomplementariedade entre tecnologia e cuidado humano;
- o cuidado transpessoal;
- crescimento pessoal/profissional;
- futuro profissional.

As categorias foram analisadas, discutidas e interpretadas à luz do referencial teórico e com base na minha vivência educadora/cuidadora/pesquisadora.

6 A VIVÊNCIA DE ENSINAR A CUIDAR COM BASE NO CUIDADO TRANSPESSOAL

“Uma vez, um velho rabino disse que os professores começam explicando o que não sabem, depois de algum tempo explicam o que já aprenderam, depois de mais algum tempo explicam o que é importante e só depois de muito tempo percebem que a sua tarefa não é a de explicar, mas a de criar condições para que seus alunos aprendam e se transformem em seres humanos solidários.” (In: Cianpone; 1997)

Antes de começar a mostrar como se deu a vivência de ensinar a cuidar utilizando como principal suporte os princípios da Teoria do Cuidado Transpessoal, gostaria de expressar a dificuldade em aceitar, internamente, este desafio. Um desafio porque veio ao encontro de tudo que está dito, prescrito, aceito, como certo e verdadeiro. Não que eu quisesse negar isso, mas, de certa forma, procurei oferecer uma maneira diferente de educar em enfermagem. Transpor a barreira de vir ao encontro dos ditames do paradigma mecanicista, sob os quais se deu o meu processo formativo e mostrar alguns pressupostos de um novo paradigma, acredito, foi um ato muito ousado. Exigiu um retorno ao meu processo de formação, uma análise das circunstâncias que o envolveram, da minha conduta como acadêmica e profissional e, principalmente, do meu compromisso como enfermeira e educadora.

Aceito o desafio, passei a perscrutar em meu ser, aspectos, características, sentimentos, vivências, crenças que pudessem auxiliar na concretização do meu ideal. Também busquei auxílio em vasta literatura e, especialmente, na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, para então desenvolver a prática assistencial proposta, bem como, para dissertar sobre a temática proposta.

Embora tenha, na representação gráfica do marco conceitual, considerado o

cuidado como uma pedra preciosa – um diamante – neste momento, passo a considerar os seres cuidadores da mesma forma. A crença de que somos seres humanos sempre em busca de aperfeiçoamento e autoconhecimento, respalda esta decisão, uma vez que, quanto mais lapidada for a pedra preciosa, mais pura e transparente ela se torna. Assim, atribuí aos oito educandos cognomes de pedras preciosas, já relatados anteriormente.

Mesmo já estando em processo de lapidação, no que tange ao cuidado transpessoal e ao cuidado em terapia intensiva, algumas pedras preciosas continuavam na forma bruta, outras com uma película envolvente, impedindo que seu brilho resplandecesse. Isto foi constatado através das respostas ao questionário aplicado no primeiro encontro com os acadêmicos e corroborado pelas observações que fiz nos primeiros dias de aulas práticas. No entanto, com o desenvolvimento do processo de educar para cuidar houve mudança de concepções, atitudes e comportamentos, o que ficou demonstrado através das respostas ao questionário aplicado no último dia de prática e, também, pelas observações que realizei. Também houve notável modificação no relato de vivências no diário de campo dos acadêmicos. Soma-se a isso, a riqueza de informações e observações tornada possível pelos momentos de reflexão, marcados pela maturidade e desejo de crescimento pessoal/profissional.

Como esta dissertação trata da descrição de uma prática assistencial e, a fim de ser coerente com os princípios filosóficos que nortearam esta pesquisa, este capítulo será descrito sob a forma de relato de vivência, enriquecida com discursos dos acadêmicos, pelo referencial teórico consultado e por minha análise, enquanto pesquisadora.

6.1 O processo de lapidação – a busca de uma postura humana, ética e crítica

Não foi fácil conseguirmos atingir nossos objetivos. Após viver um processo educativo centrado no paradigma cartesiano, despertar para a sensibilidade, a subjetividade, para a totalidade do ser humano corpo/mente/espírito e ser humano/natureza/cosmos e para o amor, é tarefa difícil. Mas, nos aventuramos juntos neste processo de lapidação, a fim de depurarmos nossas perspectivas, nossos sentimentos, nossas emoções. Procuramos em nosso eu, em nossos mais íntimos sentimentos, os meios para chegar a uma nova realidade: o cuidado transpessoal.

Estudar a teoria do cuidado transpessoal passou a ser cotidiano. Mas, não bastava, não era suficiente. Era realmente necessário vivenciá-la. Para a própria Watson (1996) a teoria pode ser lida, ensinada, estudada, aprendida, mas, para ser verdadeiramente compreendida, é preciso experimentá-la pessoalmente, interagir e crescer dentro da filosofia proposta. Foi em busca dessa compreensão que o trabalho foi planejado e desenvolvido.

O primeiro dia de encontro com os acadêmicos, quando conheceram a unidade, já revelou que o trabalho se desenvolveria de forma harmoniosa em virtude de que via em seus olhares o desejo, a vontade de crescer, de buscar algo mais. Constatei que suas expectativas eram as mesmas dos outros acadêmicos, com quem havia convivido. Revelaram ansiedade, medo pelos estigmas que o campo carrega, mas também, desejo de “aprender”. Ao entrarem na unidade, pareciam-se com crianças maravilhadas, em um parque de diversões. Procurei observá-los, estar atenta para seus questionamentos. Todos os olhares percorriam os aparelhos, a multiplicidade de soluções parenterais, o uniforme da equipe, os curativos dos clientes. Todas as perguntas giravam em torno da aparelhagem e de patologias, embora, tivesse sido apresentado a eles, sumariamente, a história de

vida das pessoas que ali se encontravam.

Mesmo assim, fiquei muito confiante com relação a prática que aconteceria. Senti-me muito motivada, impulsionada a persistir em meu objetivo principal: despertar o acadêmico de enfermagem para o cuidado como essência da enfermagem e para o comprometimento com o ser humano em todas as suas dimensões.

Com base nos diários de campo dos acadêmicos, e em minhas observações diárias, pude ter uma idéia de como transcorreu a prática assistencial na UTI. Chamou-me atenção a grande diferença no modo de descrever a vivência junto ao cliente crítico, o que se traduz em mudança de concepção que será doravante detalhada.

No primeiro dia, os acadêmicos estavam muito ansiosos, aflitos, angustiados. Conforme o desabafo de um acadêmico:

“O estresse vivido dentro de um hospital interfere e muito na nossa vida como um todo. Passamos por momentos de extrema importância para os nossos sentimentos, os quais nos causam dor, agonias, ansiedades, alegrias, tristezas, medos, enfim, uma série de emoções estão envolvidas e precisam ser compartilhadas”. (Ágata)

A maioria dos acadêmicos demonstrou preocupação em não saber realizar técnicas e dificuldade em comunicar-se com os clientes. Na verdade, não houve comunicação. Não senti por parte de nenhum acadêmico, vontade de dialogar com o cliente. Sua atenção estava voltada simplesmente para a riqueza de possibilidades de aprendizado “técnico”, saber o lugar de guardar os materiais e medicação, conhecer patologias. O relato nos diários restringiu-se, na maioria, a descrever patologias e procedimentos realizados.

Emergiram depoimentos que retratam a dificuldade de conversar com o cliente internado em UTI, ou seja, revelam a **relação com o cliente crítico**:

“Senti dificuldade em começar a falar, “saiu alguma coisa” meio que como pressão de que era necessário falar algo”. (Água Marinha)

“Senti dificuldade em manter diálogo (monólogo) com a cliente. Acho que é porque ela não responde verbalmente”. (Granada)

“Senti falta de fazer uma comunicação e uma interação mais profunda com a paciente e não ficar apenas nos procedimentos técnicos”. (Turmalina)

“Me senti impotente – sem saber o que fazer porque não entendi”. (Ametista)

Como educadora-facilitadora – do processo de aprendizagem, “senti” que estavam tendo esta dificuldade, e que não viam naquelas pessoas seres humanos com potencial para autocura, resolvi, então fazer uma intervenção. Neste mesmo dia, fizemos um intervalo para reflexão quando disseram estarem muito satisfeitos com a dinâmica da unidade, proximidade de materiais, receptividade do pessoal. Discutimos também sobre a vivência dos clientes assistidos, quando comentavam não conseguir imaginar o que sentiam. Neste momento, solicitei que começassem a refletir a respeito: separação da família, dificuldade de expressão, uso de equipamentos, enfim ... e, que buscassem algo positivo nesta vivência. Ficaram pensativos.

Ao oportunizar esta reflexão apoiei-me na crença de que o ser humano não é objeto, é pleno de potencial mesmo estando inconsciente, pois acredito, que não possuímos apenas a dimensão física, mas também a mental e espiritual.

De acordo com Strieder (1990):

“O homem, porém, jamais poderá tornar-se um objeto. Pois quando tentamos reduzir a pessoa humana à condição de objeto, simultaneamente a destruímos. O núcleo mais profundo das personalidades não se submete a bisturis”. (p. 46)

No entanto, é difícil sensibilizar o acadêmico para estas dimensões, especialmente porque, normalmente, não é, e não está motivado para isso. Como agravante, a expectativa de vivenciar uma nova experiência de aprendizado, em um setor carregado de estigmas negativos, muito interfere no processo de aprendizagem.

A ansiedade do acadêmico ao entrar numa UTI pode apresentar-se de várias formas: agitação, letargia, dentre outros, representando um obstáculo a ser ultrapassado. Um dos acadêmicos, que já havia tido experiência em UTI como paciente, relatou:

“ ... a sensação foi horrível, senti-me mal, o coração acelerou, fiquei meio zozna e a única certeza que tive, naquele momento, é que não queria estar ali. A ansiedade e a angústia foram imensas durante todo o tempo que ali permaneci, uma vontade de chorar, de sair correndo para um lugar bem distante dali e não retornar jamais”. (Turqueza)

Este momento é de extrema delicadeza e, exige que o educador aja de forma amigável e carinhosa, a fim de minimizar os efeitos traumatizantes que o ambiente possa proporcionar. Minha atuação consistiu em conversar tranquilamente com a acadêmica, expondo que sua reação, embora dolorosa, não é exceção, sendo perfeitamente compreensível. Dei-lhe total oportunidade para expressar seus sentimentos, verbal e não-verbalmente (choro), deixando-a à vontade na condução da conversa. Falamos sobre muitas coisas, inclusive problemas pessoais, e começamos a tocar-nos transpessoalmente. Senti-me em processo de empatia com a acadêmica. Por vontade própria, ela retornou à unidade no dia seguinte.

No segundo dia de aulas práticas ainda havia ansiedade, muita preocupação com a realização de procedimentos técnicos e manuseio de equipamentos. No entanto, alguns acadêmicos começaram a relatar, e eu observei

isto, maior interação com familiares e com os pacientes. Notei que esta acontecia mais com os familiares porque eles podiam expressar-se verbalmente, ao passo que, os pacientes encontravam-se inconscientes. O relato seguinte sobre experiência com familiares de uma cliente em estágio terminal, demonstra isso:

“...Dialogamos com familiares de modo que entendessem o seu quadro clínico e melhor se aproximassem dela, transmitindo-lhe presença, calor. Presenciamos a revolta – o choro – e por pouco contivemos as lágrimas, porque uma “Força Maior” permitia-nos consolá-la”. (Ametista)

Logo após esta interação com os familiares, a cliente veio a óbito, fato que deixou os acadêmicos bastante assustados. Alguns nunca haviam presenciado a morte. Apesar disso, Ametista relatou:

“...nunca lidei bem com este tema, pois a morte de pessoas próximas sempre me causou revolta. Neste caso, porém, a sensação que tive, não julgo ser fria, mas de paz, serenidade”. (Ametista)

Esta vivência relatada, demonstra que o acadêmico atribuiu muita importância ao fato de ter interagido com os familiares, fazendo com que os seus sentimentos, a sua reação diante da morte fosse menos traumatizante. Embora sem dar-se conta, houve nuances de interação transpessoal entre acadêmica e familiares, traduzida por “força maior” – o que lhe trouxe a paz e serenidade mencionadas.

Nunes (1998) revela que a aprendizagem apropriada oportuniza ao aluno cuidar de si e do outro. Ele reflete quando fala de si, reconhecendo-se observador e sensível. Esclarece que, enquanto está conhecendo novas realidades que lhe mobilizam experiências já vivenciadas, descobre aptidões, e estas vão se inserindo no processo de cuidar.

A ocorrência desta situação, foi extremamente importante para o nosso trabalho. Logo após, em momento de reflexão, discutimos, exaustivamente, a situação, a temática morte, e isso permitiu um despertar para a real possibilidade de existir cuidado transpessoal em terapia intensiva. Foi como um impulso para a busca da realidade desejada. Considero esta situação um marco, donde derivaram outros mais, e que concretizaram nosso objetivo.

Outra vivência, em que uma cliente grávida, com graves crises convulsivas não recebia visita de familiares, serviu de “estopim” para que Turqueza (a acadêmica que já havia relatado seus sentimentos traumatizantes com relação a UTI, no dia anterior) experienciasse uma crise emocional muito intensa. Após constatar a solidão em que se encontrava a cliente, Turqueza começou a chorar desesperadamente, culminando com seu afastamento do ambiente que se encontrava. Levei-a a uma sala destinada a estudos, dentro da UTI, pedi que me esperasse após tentar acalmá-la um pouco, e retornei brevemente a unidade solicitando que alguém acompanhasse os outros acadêmicos, enquanto dialogava com Turqueza.

Ao retornar à sala, poucos minutos após, Turqueza mostrou-me um desenho que havia feito no quadro-negro (Anexo VII), que, segundo ela, demonstra sentimento de impotência.

“Senti-me como se tivesse emaranhada, cercada por todos os lados e a luz que existia estava muito longe, distante”.
(Turqueza)

Após dizer isto, prosseguiu chorando copiosamente, sentindo-se confusa, “perdida”. Esta situação, extremamente delicada, exige do educador muita habilidade para contorná-la, sem agravar o trauma vivenciado. Permiti que a acadêmica chorasse e que verbalizasse, conforme sua vontade, os sentimentos que afloravam em seu ser. Após ouvi-la e transmitir-lhe mensagens positivas,

abraçei-a forte e carinhosamente, buscando, transpessoalmente, manifestar solidariedade, empatia, e o que considero o mais sublime dos sentimentos: amor. Acredito que o momento especial de vida que estava vivendo – a gestação de minha primeira filha – muito colaborou, uma vez que, tornou-me mais sensível ao apelo dos acadêmicos, desta em especial. Após isto, senti que a acadêmica estava realmente mais calma e re-energizada para enfrentar este obstáculo. A comprovação veio através do seu diário de campo:

“O que mais marcou para mim foi quando você me abraçou, aliás, você e a Luiza (minha filha), um abraço tão “forte”, em todos os sentidos. Há muito tempo ninguém abraçou-me assim tão verdadeiramente. Isto, amenizou-me, acalmou-me. Muito obrigado pela energia, pelo carinho, pelo amor que você e a Luiza passaram. A partir deste momento, comecei a pensar no que poderia fazer para suprir as necessidades da paciente”. (Turqueza)

Esta vivência serviu para reafirmar minha convicção de que é preciso educar e educar-se transpessoalmente, para que o cuidado transpessoal realmente aconteça. Pereira e Galperin (1995, p. 202) reforçam que “o nosso ensino deve encorajar a reflexão ao vivido, buscando alcançar a excelência do cuidado ao ser humano, seja ele nosso paciente ou nossos alunos”.

Não quero, com isso, defender a idéia de que o educador deva ser um psicólogo ou um “super-protetor”, mas, assim como dizemos aos acadêmicos que o cuidado de enfermagem deve envolver o conhecimento sobre a história de vida dos clientes, seus sentimentos, igualmente, a verdadeira educação para o cuidado, deve permitir o conhecimento sobre os sentimentos e circunstâncias em que se encontra o acadêmico. Ouso afirmar que: assim como, a educação faz parte do cuidado, também o cuidado faz parte da educação. Existe intercomplementariedade entre ação educativa e ação assistencial e ambas são parte da ação de enfermagem. Para alcançar os resultados previstos na aplicação da Teoria de

Watson, especialmente junto aos clientes em UTI é preciso que ocorra uma simbiose entre o ser professor e o ser acadêmico.

No terceiro dia, ainda havia grande preocupação com “aprender técnicas e sobre aparelhos”. Ainda havia muita dificuldade em comunicarem-se com os clientes. Mas, o contato com os familiares era cada vez mais intenso.

“Parece uma coisa, sem vida. Eu não vejo retorno. Parece que não há resultado”. (Ágata)

“Ainda me sinto um pouco “travada”, intimidada em relação ao ato de conversar, explicar as coisas ao paciente. Parece que ele não me entende, mesmo sabendo que ele ouve.” (Esmeralda)

“Sei que estou errada, mas ainda acho muito difícil tratar, conversar, tocar o paciente inconsciente.” (Granada)

Estas percepções demonstram, nitidamente, que os clientes são vistos como objetos, instrumentos de aprendizado e que há grande dificuldade em ampliar horizontes e vislumbrar uma prática diferente. Surpreendentemente, no fim daquele mesmo turno, a cliente referida pela acadêmica Ágata começou a atender ao chamado verbal. Seguiu-se, então, o seguinte comentário:

“Existia vida naquele corpo!” (Ágata)

A partir disso, esta acadêmica adotou uma postura mais humana diante da clientela, pois, uma dúvida passou a fazer parte da sua caminhada:

“Para o paciente é extremamente importante o nosso carinho, pois talvez possamos reverter algum quadro”. (Ágata) (grifo meu)

A acadêmica Turqueza encontrava-se bem mais calma. Conseguiu desenvolver atividades técnicas e dialogar com os clientes. Neste dia, refletindo

sobre sua atuação, seus sentimentos, novamente expressou-se artisticamente (ver Anexo VIII). Confidenciou estar mais tranqüila e ciente do caminho que precisava percorrer.

Enquanto educadora em enfermagem, sentia-me cada vez mais convencida da validade do meu trabalho, e bastante entusiasmada. Vejo o quanto o educador pode possibilitar e desenvolver, além da ciência, valores como ética, estética, sensibilidade, espiritualidade.

Neste dia, também refletimos sobre as reações da equipe aos pequenos avanços em termos de interação com o cliente. Embora tímidos e com dificuldades, os acadêmicos esforçavam-se em tocar e dialogar com os clientes. No entanto, afirmavam estar intimidados pelas reações irônicas da equipe que os observava. Dialogamos a respeito e reafirmamos nossas crenças e nossa intenção em persistir no propósito de cuidar transpessoalmente, a fim de, justamente, provocar mudança na concepção da própria equipe, para que também encontrassem naquelas pessoas que cuidavam, seres humanos e não apenas objetos, instrumentos de trabalho. Não seria coerente quereremos ver o cliente de forma integral, se não nos víssemos e nem aos nossos colegas desta maneira. Precisamos acreditar no seu potencial, vendo-os como sujeitos cheios de possibilidades. Segundo Saviani (1996):

“Como eu sou um sujeito capaz de tomar posições, de avaliar, fazer opções e engajar-me por elas, assim também aquele que vive ao meu lado, perto ou longe, é igualmente um sujeito e jamais um objeto”. (p. 37)

Na relação com os clientes, ocorriam avanços a cada momento, havia **busca por interação:**

“De início, mesmo que “forçando um pouco” consegui conversar com a paciente, falando sobre como estava o tempo, que nós voltaríamos de tarde, e que ela iria receber

visita". (Água Marinha)

"Acho que o terceiro dia de UTI foi muito importante para mim, porque consegui me comunicar com a paciente ... sinto que ainda estou muito presa a procedimentos, mas espero evoluir muito ainda." (Granada)

"Hoje realmente sinto que fiz "algo a mais" do que apenas técnicas e sinto-me bem por isto". (Turmalina)

A partir do quarto dia de aulas práticas, concomitantemente com a realização dos momentos de reflexão, passei a perceber que os acadêmicos, apesar de encontrarem dificuldade, estavam mais abertos ao cuidado transpessoal. Havia mais segurança na realização de procedimentos e mais leveza e espontaneidade na interação com os clientes e familiares. Passei a observar mais toque, mais diálogo, atitudes diferentes. Da mesma forma, começaram a ficar mais confiantes do seu potencial enquanto cuidadores e crescia o seu apego à profissão. Estava acontecendo a descoberta do cuidado transpessoal:

"Sinto a técnica como rotina, mas o atendimento transpessoal inova-se a cada instante, a cada toque, pois aprendemos a sentir "coisas diferentes." (Ametista)

"Sinto-me feliz por poder ajudar alguém, e principalmente porque eu consegui ir além dos simples cuidados físicos. Eu consegui transmitir confiança, carinho, otimismo e amor para o paciente que eu estava assistindo." (Ágata)

"Este estudo mostra o quanto é importante manter o diálogo, a empatia e a compaixão, tanto para com o paciente quanto para com os familiares ... Descobri que o importante do cuidado transpessoal é o querer ajudar ... O cuidado transpessoal faz com que o paciente tenha consciência de si mesmo." (Turmalina)

"... sinto que a cada dia que passa estou conseguindo gradativamente interagir mais com os pacientes, através do diálogo, do toque, tentando transmitir algo bom, positivo, que conforte, que acalme ... O mais gratificante é que estou conseguindo, gradativamente, comunicar-me com os pacientes, de uma forma mais natural, mais à vontade ... acredito que essa vontade de ver o outro melhor, de acreditar na terapêutica do toque, na força do pensamento positivo, me faz ter vontade de retornar ao CTI amanhã, aberta a novos

desafios.” (Água Marinha)

A partir desta etapa, percebi que os acadêmicos passaram a acreditar no cuidado transpessoal e a incorporá-lo como essência da enfermagem e de sua prática. A busca pelo cuidado transpessoal passou a ser projeto de vida e o sentido de sua vida acadêmica, mesmo estando cientes do risco de não conseguir atingi-lo – o cuidado transpessoal – em sua plenitude. De acordo com Moscovici (1997):

“Quando delineamos e seguimos um projeto de vida, a emoção está presente o tempo todo. Quando sonhamos e acalentamos um sonho e o transformamos num plano significativo, o substrato é emocional. É a força da motivação que se mantém elevada, graças aos sentimentos positivos de satisfação antecipada, de autoconfiança para enfrentar e vencer dificuldades, de tolerar frustrações, de aceitar desafios e riscos.” (p. 126)

Segundo Watson (1997) o cuidado humano deve constituir meta da enfermagem e o cuidado transpessoal apela para a intencionalidade, para autenticidade, para habilidade de estar presente, centrando a consciência na totalidade, na cura. Depreende-se daí, que o cuidado transpessoal é um guia, um projeto, ou como a própria Watson referenda não é só uma teoria, é uma filosofia de vida. Era nosso sonho, que acalentamos, e que impregnado de emoção foi tornando-se realidade.

Esta realidade foi conseguida porque nos dispusemos a ousar, nos atribuímos a liberdade de quebrar as amarras do paradigma cartesiano e avançar por novos caminhos.

De acordo com Strieder (1990):

“O verdadeiro conhecimento não deixa ninguém indiferente perante a vida, nem permite que fique enclausurado em si mesmo. Uma vez encaminhada a integração dos conhecimentos e a síntese existencial, muita coisa nova acontecerá no nosso ser e no mundo ao nosso redor, e haverá sempre um projeto de vida em vias de realização”. (p. 159-160)

A busca de um sentido para nossa vida, para nossa existência é o objetivo comum a todo ser humano. A filosofia, neste sentido, pode ser o meio para alcançar-se este fim.

A reflexão foi um ato permanente durante a prática. Ela acontecia em momentos determinados (os momentos de reflexão), durante as atividades práticas e fora do ambiente de ensino também. Segundo Saviani (1996) refletir é filosofar, pois exige uma retomada, uma reconsideração de dados e a busca constante de significados.

Em concordância Varela e Maturana apud Capra (1996) referem:

“O mundo que todos vêem, não é o mundo, mas um mundo que nós criamos com os outros. Esse mundo humano inclui fundamentalmente o nosso mundo interior de pensamentos abstratos, de conceitos, de símbolos, de representações mentais e de autopercepção. Ser humano é ser dotado de consciência reflexiva. Na medida em que sabemos como sabemos, criamos a nós mesmos”. (p. 227)

Na enfermagem, e em especial, na educação em enfermagem, filosofar é essencial, para que se possa, como assegura Leopardi (1993), deixarmos de ser meros trabalhadores que tem como prisma a enfermagem como simples prescrição burocrática. Aponta que a filosofia na enfermagem, dentre outros, é fundamental para *“exercitarmos nossa consciência para a reflexão sobre as relações entre o eu, os outros e o mundo, complementares, e ao mesmo tempo necessariamente, postos em confronto”*. (p. 11)

Collet e Schneider (1995) vêem a filosofia como possibilidade para abrir caminhos que apreendam a realidade em sua totalidade e para encontrar resposta às questões que apresentam. Este refletir, este filosofar precisa, basicamente, de um repensar de valores.

A partir deste momento da prática, os acadêmicos buscavam cada vez mais

um sentido para sua existência enquanto futuros cuidadores, enquanto seres humanos. O desabrochar da sensibilidade ao outro, da subjetividade eram cada vez mais evidentes. A mudança de valores, igualmente, mostrava-se significativa. Vi os valores de cada um perpassando a relação com o cliente, e aos poucos, sendo modificados, reafirmados. **O despertar de valores:**

“A partir deste estágio no CTI me tornei mais solidária... Mas acima de tudo, o maior valor que consegui foi ser mais humana, encarando a vida com mais entusiasmo, vivendo-a intensamente”. (Ametista)

“A gente acorda por valores que até vê mas não valoriza ... outros valores desenvolveram-se paralelamente como fé, esperança, persistência, doação. (Ametista)

“Realizar estágio no CTI, trouxe para mim coisas muito importantes, foi uma fase de modificação de valores. Valores que servirão para toda a minha vida, tanto na minha atuação profissional quanto pessoal”. (Ágata)

“Respeito pelo ser humano ...”(Turqueza)

“Me sinto mais humana e preparada”. (Granada)

Assim, os acadêmicos foram reconstruindo seu sistema valorativo, na mesma proporção em que se descobriam como seres humanos com potencial, liberdade e autonomia para SER humano. O professor tem papel fundamental, no sentido de proporcionar o ambiente favorável para que isto aconteça; para alertar o acadêmico de sua capacidade de optar, decidir, transformar-se. Deve para tanto, apresentar-se como ser humano, em iguais circunstâncias, em busca de crescimento e autorealização. Ferlic apud Gelain (1998) alerta que o docente não pode ignorar a importância da reflexão filosófica, que deve basear-se na compreensão de si mesmo e de seu lugar no mundo e dos seus objetivos para autorealização.

O educar para cuidar não pode prescindir desta busca pela realização do ser a partir da reflexão sobre os valores envolvidos na circunstância do cuidado.

Watson (1996) assegura que o profissional deve estar com conexão direta com valores universais como: amor, solidariedade, humanidade; para então vivenciar em plenitude o cuidado transpessoal e despertar o potencial para a cura e a autocura.

Weil (1993) corrobora este ideal ao afirmar:

“... todos os profissionais são educadores responsáveis pelo despertar dos valores universais na sua área específica. Assim, será responsabilidade da pedagogia do futuro, dar preparo a todos estes profissionais para serem educadores e despertadores desta nova consciência e ética espontânea, condição para que eles mesmos possam ser um exemplo vivo do que preconizam”. (p. 103)

Moscovici (1997) acredita que a partir da revisão de valores, surgem questionamentos que levam o indivíduo a um plano mais avançado que o racional-espiritual – aonde começa a sua redescoberta como ser humano e a autogerência de sua própria vida.

A revisão de valores permite, então, que o acadêmico revise sua consciência e reformule posturas. Na prática desenvolvida fica evidenciada uma revalorização do acadêmico enquanto cuidador, do cliente, da família e da enfermagem. A narrativa a seguir demonstra isso:

“Notei neste momento (do cuidado transpessoal) o quanto nós éramos importantes para esse paciente, nós representamos para ele um ponto de otimismo, de fé e confiança pois, ele percebeu que estávamos dispostas a ajudá-lo e que ele era importante para nós e para o mundo ... Eu percebo o quanto a enfermagem é importante para a manutenção da vida de uma pessoa, pois ela está trabalhando de forma a não distanciar o paciente do seu modo de vida, valorizando seus sentimentos, preservando-o de exposições, mantendo uma conexão com a família, com o tempo, com o espaço, com a situação em que ele se encontra”. (Ágata)

Este relato demonstra a amplitude de percepção que extrapola a relação eu-tu e, abrange a vida em família e em sociedade do cliente. O ser humano é visto

com outras dimensões, além da física, que estão em contato com o micro e com o macro-ambiente que o cerca. Posso afirmar que o cuidado transpessoal mostrou ao acadêmico a liberdade que ele até tem, mas que não o deixam ou ele não se sabe poder usufruir. Segundo Strieder (1990):

“A educação, por exemplo, não consiste em “habituar alguém a realizar determinadas coisas”. A única educação humana, a da liberdade, está na abertura a um leque suficientemente amplo de interesses humanos, de modo a poder combinar-se e equilibrar-se de forma cada vez mais rica e complexa, se o educando quiser tirar partido, livremente, da educação. Pois, o homem de um só partido, de uma só ideologia, de um só determinismo, é um obcecado, um fanático, um escravo”. (p. 61)

Waldow (1998)_b ressalta que:

“No processo de educar para o cuidado humano, é necessária a conscientização como um valor e imperativo moral, sensibilização e conseqüente exercício. O cuidado humano é um processo de empoderamento, de crescimento e de realização de nossa humanidade”. (p. 191)

A partir deste ponto, o cuidado transpessoal passou a fazer parte integrante da conduta dos acadêmicos. Acredito que começou a acontecer um equilíbrio entre o cuidado técnico-científico e o cuidado transpessoal.

É ainda Waldow (1998)_b que referenda que no verdadeiro cuidado humano, há no relacionamento com o outro ser, a expressão do conhecimento e da sensibilidade, demonstrados na habilidade técnica e na espiritualidade.

O **despertar para a espiritualidade** começou a transparecer espontaneamente, revelando que a intuição e a razão podem e devem fazer parte do cuidado de enfermagem. As expressões a seguir revelam esta fusão entre os seres:

“Esta força interior que impele a este cuidado é tão grande e maravilhosa que estimula-nos a fazer coisas que nunca pensávamos ter capacidade. O crescimento interior é inevitável e que bom que ele acontece”. (Ametista)

“ ... juntamente com seu esposo, pedi que fechasse os olhos e se imaginasse em um lugar bonito, calmo e que sentisse que estava melhorando. Notei que ela sentiu-se bem com isso. Quando saio da UTI sinto como se a minha energia tivesse sido “sugada”, esta é uma sensação estranha ... Esta troca de energia é tão gratificante que traz muita paz de espírito para ambos”. (Turmalina)

“Enquanto tocava as mãos da paciente, fechei os olhos e imaginei que ela estava num jardim ensolarado e imaginei um ser envolto de luz tocando sua ferida operatória e levando embora toda dor. Quando abri os olhos, a paciente estava chorando, mas feliz. Tenho a sensação que ela participou comigo daquele pensamento”. (Topázio)

“Rezamos o Pai Nosso verbalmente. Foi um momento não só de transmissão de energia, mas de troca de amor, de carinho, de confiança. Foi excelente tanto para nós como para a paciente”. (Turqueza)

“Passados alguns poucos minutos, chegamos perto dela e, inesperadamente, começamos a conversar e, imediatamente surgiu uma “força”, não sei de onde, e começamos a meditar. Oramos um Pai Nosso e começamos a “viajar”, fomos falando, falando, não sei como explicar a emoção, a energia, algo que para mim foi muito intrigante, não sei como descrever com palavras, o que estávamos sentindo enquanto estávamos de mãos dadas. Chorei pela emoção, pelo que estava sentindo: uma alegria sufocante, que não sei explicar ou descrever com palavras ... Eu não me sentia em condições, mas ao mesmo tempo, assim, fluiu, sabe? Saiu aquele negócio, assim, dá um ... eu não sei explicar como é. Porque eu realmente, pensando, conscientemente, não sai, né. A gente vai assim, no instinto, vai saindo, vai saindo ...”. (Granada)

Estes depoimentos emocionados revelam a plenitude alcançada com o estudo. Maffesoli (1996) nos auxilia a compreendê-los quando afirma: *“O sensível é fonte de riqueza espiritual, fortalece o corpo, mas ao mesmo tempo, permite a plenitude do coração”*. (p. 78)

Moscovici (1997), igualmente de acordo com este ideal acredita que só

sentimos a plenitude da existência quando sentimos o que vêm da profundidade do nosso ser. Revela:

"A verdadeira força está dentro de cada um de nós e precisamos descobri-la, encontrar-nos como ser seres humanos. Esta é a verdadeira força de transcendência. A espiritualidade está neste caminho". (p. 74)

Também neste caminho estão os acadêmicos, sujeitos do estudo. A busca por esta irradiação de espiritualidade fez parte da prática educativa. Quando nos conscientizamos que o ser cliente é um ser humano integral, incluímos a espiritualidade como parte do cuidado transpessoal. Ressalto, evidencio, enfatizo o caráter de espontaneidade que esta ação continha. Embora a minha ação como educadora exigia que motivasse-os, incitasse-os à manifestação de sua espiritualidade, em nenhum momento estivemos atrelados a qualquer espécie de dogma. Ao contrário, experienciamos aqueles momentos livremente, autonomamente e os incorporamos a nossa existência enquanto educador-educando.

De acordo com Cardoso (1995), a essência da espiritualidade não está na crença ou no dogma religioso, mas na profunda identificação de nossa existência, que faz brotar valores como: compaixão, humildade, altruísmo, paz, justiça, amor. Figueiredo (1998) reforça que a espiritualidade, como integrante do cuidado de enfermagem, exige compreensão sobre psicologia transpessoal, e que exige uma tomada de posição, mente aberta e mudança de comportamento.

Estas experiências, foram oportunizadas porque mantivemos nossa mente aberta ao autoconhecimento, ao grau mais elevado de consciência, a força interior, ao poder da experiência intuitiva, identificados como características do conceito de espírito, defendido por Watson.

O caminho até então percorrido, possibilitou que outro aspecto fosse

incorporado ao cuidado que vínhamos prestando: a empatia:

“E depois da interação que consegui com ela, de lembrar da energia que nos uniu”. (Granada)

“Me considero mais prestativa no sentido de me “imaginar” no lugar das pessoas, e a partir daí, tomar uma atitude de acordo com o que eu gostaria de ouvir ... não basta imaginar o paciente, é preciso vivenciar”. (Ametista)

“Isto nos mostra que a compaixão e a empatia devem estar presentes no atendimento ao paciente, quando nos colocamos em seu lugar e o atendemos como desejamos que nos atendessem se um dia passássemos por esta situação”. (Turmalina)

“... mas que a gente tentava se por no lugar dele, tentava imaginar o quanto era difícil para ele estar com aquele tubo na boca, não poder falar, não poder expressar aquilo que ele estava sentindo ... Com essas coisas, a gente aprende a sentir um pouco o que aquela pessoa está sentindo, a se colocar no lugar, se imaginar ali ...” (Ágata)

Segundo Watson (1988) 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.

Para que a empatia ocorra, a experiência/vivência são imprescindíveis. No que se refere ao cuidado transpessoal ela oportuniza a comunhão de experiências, de sentimentos, de energia e de cura. Quanto a educação, a empatia também é muito importante, pois possibilita uma inter-relação entre sujeitos, subjetividades e facilita a prática educativa. Além disso, no momento em que ocorre a empatia educador-educando, há uma superação da visão dicotômica tradicionalmente existente entre ambos, com maiores possibilidades de introspecção/expressão de um conhecimento transformador/inovador.

De acordo com Saviani (1996):

“O fato de não ser indiferente à pessoa dos outros, o fato de reconhecer o valor do outro, a sua liberdade, indica que o homem

é capaz de transcender a sua situação e as opções pessoais para se colocar no ponto de vista do outro, para se comunicar com o outro, para agir em um comum com ele, para ver as coisas objetivamente". (p. 37)

Acredito que buscar o desenvolvimento do cuidado transpessoal junto a uma clientela especial – o cliente crítico – trouxe influências sobre a forma como se deu esta aprendizagem. A ansiedade que o termo UTI carrega, acredito que propiciou um retorno ao interior de cada acadêmico, a fim de que mobilizassem em seu íntimo, sentimentos e valores que os auxiliassem a “enfrentar” a vivência junto ao cliente crítico. Por outro lado, esta vivência, normalmente dolorosa, assustadora, talvez tenha impulsionado-os à busca de uma forma alternativa de cuidar para que o seu viver se tornasse menos difícil. Senti que ao buscarem, minuto a minuto, o repensar de valores, a expressão de sua espiritualidade, a empatia, procuravam uma forma de amenizar o sofrimento do cliente e familiares e o seu próprio sofrimento, enquanto seres humanos, que comungavam a mesma vivência. Para Waldow (1998)^b, o cuidado humano: “ ... é entendido como uma forma de viver em que seres humanos tentariam harmonizar seus desejos de bem-estar próprio em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros”. (p.43)

É este rumo que deve ser dado ao ensino de enfermagem. O docente deve incluir em seu processo de trabalho elementos que despertem a sensibilidade, a subjetividade do acadêmico. Estimulá-lo a refletir sobre si mesmo, sobre seus sentimentos é a melhor forma de comprometê-lo com o outro ser que receberá o seu cuidado. Esta foi basicamente, a estratégia utilizada durante a prática desenvolvida.

Pagliuca e Silva (1997) acreditam que:

“A intencionalidade e a intersubjetividade do conhecimento nos transmitem benefícios na forma de crescimento pessoal, relação interpessoal e conseqüentemente maior satisfação no ato de comunicar-se com o ser humano”. (p. 105)

Outro ponto a ser analisado e que merece destaque refere-se a espontaneidade, a criatividade ao expressar sentimentos, durante o cuidado transpessoal, francamente revelada nas falas dos acadêmicos:

Segundo Waldow (1998)_b:

“Para que o cuidado realmente ocorra na sua plenitude, a cuidadora deve expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família. A isso deve conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstrados por palavras, tom de voz, postura, gestos e toque. Essa é a verdadeira expressão de arte e da ciência do cuidado: conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade”. (p.144)

Maffesoli (1996) comunga com este pensamento pois acredita que:

“ ... a pessoa constrói-se na e pela comunicação ... todas as potencialidades humanas: a imaginação, os sentidos, o afeto, e não apenas a razão, participam dessa construção. É isso que permite falar da “abertura” da pessoa, abertura aos outros, abertura às diversas características do eu. O despojar-se de um si, na verdade fechado sobre si mesmo, fornecendo a participação, a projeção para o outro, o desejo de fusão”. (p. 310)

Esta expressão de sensibilidade e abertura aos aspectos que a racionalidade/objetividade não valoriza, é o que permite-me crer que o cuidado que prestamos foi um cuidado-arte. Havia em cada olhar, em cada toque, na realização de técnicas de enfermagem, em cada pensamento o desejo de expressar, não só sentimentos; mas de captá-los, mesmo que o cliente não pudesse manifestá-los verbalmente. Houve o desejo de vivenciar cada momento de cuidado, como se fosse único, e dele extrair toda energia, todo potencial curador, revitalizante. O cliente crítico passou a ser visto como ser humano que precisava ser polido para que sua luz pudesse transparecer e, não apenas como instrumento de aprendizado,

compartimentado, desprovido de história, de subjetividade. A arte esteve em todos os momentos, pois em cada um houve o desejo ardente de (re) descobrir a vida, sua essência. Mesmo em atividades simples, como a verificação de sinais vitais havia a intencionalidade de cuidar verdadeiramente, ou seja, de despertar o cliente crítico, inconsciente, amedrontado, "isolado", para a cura, para a vida que ainda podia viver.

Segundo Watson (1994) a arte da enfermagem está na capacidade do ser humano receber o outro com suas expressões de sentimentos e experienciá-los; relaciona-se com o equilíbrio humano, portanto, está na capacidade do ser humano de desenvolver a sua espiritualidade e a do outro. Enfatiza que a arte recria a vida em todas as suas formas e que evoca, além da espiritualidade, a imaginação, a criatividade e a dedicação.

Acredito que esta vontade de ver o outro viver, de acreditar piamente que ele podia voltar a viver, pois estava "vivo", fez o nosso cuidado diferente. Diferente do cuidado inerte, inodoro, insípido que se acostuma com "pacientes no limiar vida-morte" e desacreditam-no que pode ainda lutar pela vida. Não quero com isso, afirmar que devemos negar a morte. Ela acontece, faz parte da vida. Mas, mesmo quando ela é inevitável, o cuidado transpessoal, e a arte nele contida, transformam o processo de morrer em uma experiência digna, ética, que se traduz em autoconhecimento, amenizando os sentimentos de impotência e frustração, cotidianamente vivenciados pelo profissional de enfermagem. Como afirma um acadêmico:

"Tem todo um repensar de valores atrás da morte, mas selecionamos o que é bom para nós ou não". (Água Marinha)

A partir do momento em que o acadêmico de enfermagem adquire esta consciência, o seu "viver a experiência de ser acadêmico em UTI", se torna mais prazerosa, menos traumatizante. Ele passa a agir de acordo com seus valores, sua

intuição, sua espiritualidade. Ao contrário de adquirir apenas conhecimentos técnicos, ele aprende a viver. Os bancos universitários já não podem omitir-se a tarefa de preparar trabalhadores competentes, cidadãos compromissados e seres humanos felizes. De acordo com Strieder (1990): "Ser feliz e viver bem é uma arte. E toda arte deve ser aprendida. Aprende-se a arte de viver ouvindo a própria consciência e vivendo de acordo com ela". (p.48).

Todo este processo de aprender a cuidar transpessoalmente despertou o acadêmico também para a sensibilidade de tocar o cliente crítico. O uso do toque esteve bastante presente. Toque afetivo, toque com intencionalidade, toque com desejo de cuidar e ajudar.

"Sei que ainda tenho muito para aprender, mas me sinto feliz por estar aprendendo a aprender. Por poder dar mais do que um cuidado, um toque técnico, por amor, carinho, afeto, energia, que mesmo não entendendo ou sabendo explicar, sei que posso transmitir isso e muito mais, com um toque apenas ... aprendi a "tocar" o que agora acho fundamental e imprescindível no cuidado ao paciente". (Granada)

"O toque não é só sensório, é energia. Tocar é passar energia, é uma coisa diferente ... É um toque com amor". (Esmeralda)

"Transmissão de energia, amor, carinho, através de toques, confiança, calma, segurança". (Turqueza)

"Foi comovente para mim, em especial, por sentir aquela "mão edemaciada" segurar forte a minha mão, como se mais uma esperança dali surgia ... através do toque, das palavras consegui passar o máximo de energia positiva que eu dispunha". (Ametista)

Tocar passou a fazer parte do cuidado de enfermagem. Para nós, não existe cuidado sem toque, sem troca de energia. Para Figueiredo et al (1998) toque significa:

"A matriz de todos os sentidos, que dá significado humano à pele; é o ato revolucionário que revela a dimensão da capacidade

humana, estímulo que penetra na saudável tessitura dos contatos humanos, a própria existência humana, é a troca de energia entre quem cuida e quem é cuidado pela enfermagem". (p. 145)

O despertar para o autoconhecimento foi uma consequência de todo esse processo de aprender a cuidar. Acredito que minha intervenção, enquanto docente, contribuiu para que isso acontecesse, pois a todo instante estimulava o acadêmico, a perceber novas faces do cuidado e intervir de forma criativa sobre elas. As expressões a seguir retratam a importância deste autoconhecimento para os acadêmicos:

"Eu também não sabia que era capaz de chegar nas pessoas e falar, expressar os sentimentos e ajudá-las ... comecei a ver as coisas que até então eu não percebia que seria capaz de fazer". (Ágata)

"Eu não sabia que era capaz de agir desta forma, do que eu podia fazer. Mudou muito a minha maneira de ver o paciente". (Topázio)

"O conhecimento que eu tinha, é que não sabia dessa capacidade de chegar e conversar com as pessoas. Eu pensei que eu não conseguisse desenvolver isso. Isso eu acho que me superei muito, e é muito gratificante". (Ametista)

"Pra ver como a gente tem capacidade de mudar, é só querer". (Turmalina)

"Nessas conversas aprendemos a ouvir, entender e respeitar mais o outro, e também a nos conhecermos melhor ... vamos aprendendo a conviver melhor com os outros e com nós mesmos. E acho que é através desse respeito ao outro e do autoconhecimento, que poderemos ser profissionais um pouco melhores no amanhã". (Granada)

Percebemos que o autoconhecimento influenciou, positivamente, o cuidado prestado, pois, o outro passou a ser percebido com "outros olhos", em sua totalidade. Watson (1996) assegura que a ênfase colocada no "querer ajudar", na subjetividade, auxilia o enfermeiro a obter autoconhecimento, autocontrole e, até mesmo, autocura.

Moscovici (1997) igualmente imbuída desta forma abrangente de encarar o relacionamento interpessoal, declara:

"O que falta a você é esse conhecimento interior das suas fraquezas e forças, dos seus potenciais, daquilo que você pode ser e como você é. Enquanto não se conhecer, estará lidando com os outros de uma maneira superficial. Seu autoconhecimento é fundamental, pois é a partir daí que você poderá gerenciar suas emoções, posicionando-se, e dirigir as suas energias, os seus esforços, de uma forma produtiva. Se você não tiver empatia por si mesmo, não poderá desenvolver empatia pelos outros, não sincronizará as suas emoções. É uma luta inglória lutar contra si mesmo". (p. 92)

Assim, os acadêmicos aprenderam não só a cuidar do outro de uma maneira diferente, mas também, a autocuidarem-se o que é primordial ao profissional de enfermagem. Como diz um acadêmico:

"... de valorizar mais as coisas que possuo, de viver intensamente, sem desperdiçar momentos, procurando sempre estar em harmonia, na medida do possível; com a vida, com as pessoas com as quais convivo. Acredito que só se transmite tranquilidade, segurança, atenção, calor humano às pessoas sob nossos cuidados, se antes, tivermos nós, resolvido nossos conflitos". (Água Marinha)

Heinrich e Killen apud Radündz (1998) concordam e, enfatizam:

"... a sua habilidade para cuidar de seus pacientes depende, em grande parte, de quão bem você cuida de você mesmo. (...) E você chegará à conclusão de que quanto melhor você cuidar de você mesmo tanto melhor você viverá, tanto melhor você amará, e tanto melhor você trabalhará". (p. 37)

Watson (1994) igualmente acredita que o enfermeiro precisa cuidar-se, cultivando momentos de tranquilidade, terapias que auxiliem a reenergizar o próprio "self".

Ao fim da prática, os momentos de cuidado transpessoal tornaram-se mais

comuns e, dificilmente aconteciam somente entre acadêmico e cliente, mas sim, entre acadêmico, cliente e familiares. A família passou a ser valorizada não só como parte do ambiente do cliente, mas, como terapêutica para o mesmo.

Turqueza estava mais tranqüila e empenhada em lutar pelo cuidado transpessoal. Ao falar sobre uma cliente:

“Sinto que fui importante para aquela pessoa que ali está, pois, consegui estimulá-la a lutar pela sua recuperação, pela sua vida. Emociono-me com isso”. (Turqueza)

O desenho (Anexo II) revela seu sentimento de paz e serenidade. Nesta ocasião, ela também fez uma reflexão (Anexo X), intitulada “O que espero e busco da enfermagem” que traduz seus sentimentos com relação a própria internação na UTI e, que faz um chamamento para o cuidado humano.

Nesta fase, em vias de terminar a prática, a diferença na forma e conteúdo dos relatos era gritante. Os primeiros acentuados pela listagem de técnicas desenvolvidas. Os últimos, marcados por depoimentos emocionados, donde emergiam sentimentos variados e, um profundo senso de profissionalismo, denotando amor e paixão pela profissão escolhida. Segundo Waldow (1995), o diário pessoal oportuniza um registro de crescimento e desenvolvimento pessoal e, sua prática constante promove e aprimora a comunicação escrita.

Sobre o relato de vivências, os acadêmicos referem:

“Para mim escrever, foi mais colocar os meus sentimentos ... foi muito bom porque extravasa”. (Ágata)

“No início era um pouco chato. Mas, agora, eu percebi a diferença da escrita. No início eu colocava assim: realizei aspiração e tal. E ontem, eu não coloquei nada disso. Só coloquei o que eu senti”. (Água Marinha)

“Tinha dias em que dava uma angústia e, parece que colocando no papel melhorava”. (Granada)

“Chato um pouquinho claro que é. Mas é bom, porque por

alguns minutos tu reflete, tu frisa, tu guarda bem aquilo. Tu reflete bem aquilo que tu sentiu, que tu viveu ali, aqueles momentos". (Topázio)

A experiência de solicitar que os acadêmicos elaborassem diários pessoais foi muito proveitosa. Oportunizava a reflexão, o extravasamento de emoções, a absorção de vivências que se traduziram em conhecimento. Além disso, oportuniza ao acadêmico a autopercepção como sujeitos, cuja subjetividade e sensibilidade estão postos em ação.

Segundo Arendt (1997):

"... desacompanhada do discurso, a ação perderia não só o seu caráter revelador como, e pelo mesmo motivo, o seu sujeito, por assim dizer: em lugar de homens que agem teríamos robôs a realizar coisas que seriam humanamente incompreensíveis. (...) A ação que ele inicia é humanamente revelada através das palavras". (p.191)

Outra modificação aconteceu na forma e conteúdo do **processo de enfermagem**, desenvolvido pelos acadêmicos. Histórico, diagnóstico e plano de cuidados de enfermagem no início, eram realizados com muita dificuldade e baseados em necessidades biológicas. Conforme evolução e crescimento, pela Teoria do Cuidado Transpessoal passaram a valorizar também necessidades psicossociais e de autorealização e espirituais.

"Até porque, Silvia, quando tu pedia para nós: façam plano de cuidados para o paciente ... é que nos estávamos acostumados a colocar aquele monte de procedimentos e, não despertava para outras coisas". (Ágata)

"Fazia um bom plano, só que por fora, né!"(Água Marinha)

"Só fazia réplica de coisas anteriores, do plano anterior". (Topázio)

Nestes discursos já fica estampado o olhar crítico dos acadêmicos sobre seu próprio agir em momentos anteriores, quando ainda estavam muito apegados ao modelo biologicista. Segundo Watson (1996) todas as dimensões do ser humano devem ser valorizadas, para que seja cuidado de forma mais abrangente e, congruente com os princípios holísticos e, portanto, de humanização do cuidado.

Segundo os acadêmicos, trabalhar com a Teoria do Cuidado Transpessoal foi muito bom. Relatam que ofereceu respaldo, ao mesmo tempo em que deu seriedade ao trabalho. Dizem que utilizar teorias confere autonomia para desenvolver atividades, que são plenamente justificadas, além de oferecer segurança. Referiram que é muito importante saber que outra pessoa, em outro momento, também teve preocupações semelhantes as nossas. O depoimento seguinte demonstra a importância de vivenciar a teoria.

“Acho que essa teoria foi nossa base, nossa formação. Nunca vai sair de nós. Acho que vai cada dia melhorar, crescer muito mais em cima do que a gente aprendeu. Foi um despertar”.(Ágata)

Desta forma, reafirma-se minha convicção da importância de oferecer ao acadêmico de enfermagem a oportunidade de embasar sua prática com teorias de enfermagem. Acredito que isto o torna um profissional mais seguro e confiante de seus ideais e, mais autônomo, por consequência.

Igualmente, estimulá-lo à busca constante da pesquisa é muito importante. O acadêmico deve ter compreensão de que pesquisar não é, somente, obedecer a uma seqüência de passos, a fim de comprovar ou não uma hipótese. Pesquisar deve fazer parte do dia-a-dia. É cada instante de convivência com o cliente e equipe, é cada vivência nova que trará novos significados, é sentir-se estimulado para buscar a satisfação no trabalho todos os dias. Pesquisar, cuidar e educar devem ser aspectos inseparáveis do fazer em enfermagem e, esta afirmativa

permeou toda a prática desenvolvida. A pesquisa foi uma constante porque a indagação foi uma constante.

Conforme Pereira e Galperin (1995) para pesquisar:

“Partir da realidade do cotidiano da nossa prática para melhor compreendê-la, refiná-la e transformá-la. O contato é tomado em sua forma natural, no aqui e agora, onde se resgata a realidade vivenciada por educadores, educandos e aquele que é cuidado”.
(p.190)

Estou convicta de que o bom andamento da prática está atrelado a muitos fatores. Gostaria de destacar, em especial, a forma como conduzi a prática educativa. Primeiramente, ressalto o fato de aceitar-me como ser humano inacabado, limitado e, vivenciando um grande momento de aprendizado, a cada encontro com o educando e com o cliente. Esta postura de humildade perante a prática que estávamos, juntos, construindo, foi sentida pelos acadêmicos e, certamente influenciou-os. Por outro lado, por possuir maior experiência e conhecer mais profundamente o referencial teórico que embasou este processo de ensinar a cuidar, procurava perscrutar cada instante em que o fenômeno cuidar se mostrava, estimulando o educando a procurar uma nova maneira de visualizá-lo, permitindo que ele, criativamente, pudesse agir. Minha postura de mediadora, propiciou a liberdade necessária para expressarem-se, de acordo com sua vontade, intuição e senso ético/crítico.

6.2 Alguns momentos especiais de lapidação

Acredito que esta mudança de postura, o avanço obtido no processo de cuidar em enfermagem, e no processo de educar para cuidar em enfermagem, não teria ocorrido tão eficazmente, se não tivessem existido os momentos de reflexão.

Eles foram fomentadores, mananciais em nossa caminhada. Ao fim de cada

encontro, saíamos mais enriquecidos, renovados, lapidados, brilhantes. Os momentos de reflexão foram grandes momentos de cuidado transpessoal, pois cuidamo-nos mutuamente.

Cada vivência colocada, cada sentimento exteriorizado, cada lágrima derramada, significava muito para todos nós. Desde o primeiro encontro (que versou principalmente sobre morte), passando pela demonstração do filme (Um golpe do Destino) até os outros, que foram mais dedicados a vivências na UTI, houve crescimento e autoconhecimento progressivos. Foram ocasiões em que a reflexão de valores, posturas, situações, vivências determinaram grande amadurecimento. Acredito que o principal ganho tenha sido o desenvolvimento de uma verdadeira postura ética, ou seja, determinada, coerente, refletida e visando, sobretudo, ao bem da coletividade.

Os acadêmicos classificaram estes momentos como “nobres”, sentido-se privilegiados por fazer parte deles:

“É um momento importante em que todos tiram suas máscaras e deixam extravasar os seus sentimentos permitindo, assim, melhor conhecimento de nós e das pessoas que convivem conosco. Proporciona crescimento pessoal e profissional”. (Turqueza)

Os assuntos discutidos envolveram, em sua maioria, dilemas éticos, como: terminalidade, doação de órgãos, morte, morte cerebral e reflexões sobre o cuidado mecanicista, sobre o cuidado transpessoal (seus conceitos e princípios), toque terapêutico, autonomia profissional, futuro profissional, corporeidade, trabalho multi e interdisciplinar, atual currículo de enfermagem, prazer e sofrimento no trabalho, uso da tecnologia, uso da metodologia da assistência de enfermagem, dentre muitos outros.

É interessante destacar que as vivências pessoais e sentimentos eram colocados de forma tão espontânea, como se o acadêmico quisesse não só receber

auxílio no entendimento de seus conflitos, mas também queria auxiliar. Chego a afirmar que este grupo, na verdade, foi (e acredito que ainda seja) um grupo de auto-ajuda. Não havia medo de colocar o mais íntimo sentimento. Pelo contrário, havia necessidade de compartilhá-lo, pois, todos tinham como intenção o crescimento coletivo, a partir da experiência individual. A emoção, traduzida em choro, e a expressão artística espontânea, foram constantes em todos os encontros. Isso demonstra a necessidade existente no ser humano acadêmico em dar vazão ao que lhe causava angústia, "stress". Desde o primeiro momento, passamos a nos sentir como seres humanos integrais. Cuidamo-nos desta forma. Cada dimensão do ser era assinalada com a mesma intensidade e, isto, reforçou o meu conceito de ser humano, que passou a ser também dos acadêmicos.

Posso afirmar que o marco conceitual, foi ponto a ponto refletido por mim e pelos acadêmicos, nestes momentos de reflexão, e vivenciado na prática, o que me torna ainda mais convicta e segura.

Algumas discussões marcaram, de forma especial os momentos de reflexão: a postura crítica assumida diante do **ensino tecnicista** que ainda predomina nos cursos de enfermagem:

"Eu me frustrei um pouco, a professora chegava ao paciente assim, sabe, ela nem falava que ia pegar. Ela já ... essa técnica é assim, não sei o quê. Ela pegava o paciente na mão para explicar punção, nem falava para criatura o que ia fazer. Eu ficava ..."(Turmalina)

"No início também exercia assim técnica, técnica. Coisa horrível, né!" (Ametista)

"Nos outros estágios a gente era mais ensinada a fazer procedimentos, fazer técnicas". (Esmeralda)

"Desde o 4º semestre eu não gostei muito dos andares, achei muito técnico ... os profissionais só faziam aquela coisa técnica..." (Ágata)

"A gente como aluno se cobra muito né. Tem que estar afiadinho no campo de trabalho e tal ... Acho que o aluno

***precisa ser muito mais explorado dentro da enfermagem, como ser humano, não como robozinho que vai repetindo movimentos certinhos ... E o lado humano? Sempre se fala do lado humano, desde o início do curso. "Ah! Nunca esqueçam do aspecto humano!" Mas ficava sempre aquela coisa, muito vazia, né. Muito superficial, muito ..."* (Topázio)**

As expressões citadas mostram a dificuldade de atuar de forma diferente face a um realidade educacional marcada por interesses capitalistas, por uma ideologia fortemente inculcada no educando, desde a escolarização primária até o ensino superior, perpassando, igualmente pela educação informal. Isto é colocado, por um acadêmico:

***"Desafiar um sistema, para reformular as suas questões de trabalho e atuação é bem complicado, principalmente porque não fomos ensinados a ser diferentes, as nossas universidades, na maioria das vezes nos ensinam a ser mão-de-obra para gerar coisas e com isso aumentar o potencial econômico, mas não nos ensinam a ser solidários, humanizados e espiritualizados".* (Ágata)**

A partir deste desabafo, o docente deve questionar-se sobre como se dá sua prática educativa. Questionar-se se o interesse dominante que aí está posto está atendendo as nossas necessidades. Tem nos trazido felicidade? Tem contribuído para o crescimento do educando enquanto ser humano e enquanto profissional? Se sim, acredito que devemos manter o ensino de enfermagem centrado na técnica, na patologia, compartimentado. Devemos formar, moldar soldados que atendam ordens e executem com exímia habilidade e eficiência o que lhes é determinado. Caso contrário, se estamos inconformados, insatisfeitos, devemos lutar, ardentemente, por uma educação que contribua para a transformação. Uma educação que contemple o ser humano como sujeito único e indivisível. Como? Percebendo-o desta forma. Colaborando, lado a lado, com seu desenvolvimento. Encarando-o com respeito, liberdade, permitindo que ele expresse sentimentos, certezas e incertezas, que reflita. Essa é a melhor forma de

desenvolver a consciência crítica, pois, não podemos lutar ou querer para o outro (o cliente) o que não temos para nós mesmos. Não existe educação neutra. Não tomar partido, já é uma decisão a favor da hegemonia dominante. Limitar a educação de enfermagem ao ensino técnico significa colocá-lo a serviço dos interesses capitalistas.

No entender de Saviani (1996):

“... educação é sempre um ato político, ou seja, ela está sempre posicionada no âmbito da correlação de forças da sociedade em que se insere e, portanto, está sempre servindo às forças que lutam para perpetuar ou transformar a sociedade”. (p. 222)

Em concordância, Resende (1995) acrescenta que ação e reflexão são fundamentais para propiciar uma ação transformadora, que exige posicionamento científico, técnico, político e social, promovendo a emergência da consciência crítica e do educando como cidadão.

O ensino de enfermagem, além do suporte técnico, deve oferecer ao educando uma aprendizagem que contemple a expressão de sua subjetividade. Somente aprendendo a expressar e entender os próprios sentimentos, o educando poderá compreender os do outro. A prática de enfermagem é essencialmente relação interpessoal, e é esta lacuna que precisa ser preenchida na formação profissional.

Watson (1988) afirma que falhamos em preparar acadêmicos para serem meramente empregados de instituições, ao invés de prepará-los para o cuidado. Enfatiza que a educação da enfermagem deve atender a formação da pessoa como um todo e reconhecer que o aprendizado é subjetivo, contextual, conduzido por valores e pelo diálogo.

Collière (1989) em concordância acredita que:

“Para poder “ajudar a viver”, facilitar a vida, a utilização de instrumentos e técnicas exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado. De facto, cuidar não pode ter sentido, se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional”. (p. 269)

Ao analisar um processo de trabalho mais voltado para a técnica e fragmentação do ser humano e compará-lo com a prática educativa vivenciada por eles, os académicos puderam refletir e perceber o avanço que conseguiram, não só na forma de obter conhecimento, mas na qualidade deste conhecimento. Nos discursos a seguir fica evidenciada a **integração técnica/sensibilidade**:

“Mas consegui passar pelo estágio com um saldo muito positivo, não só por ter superado o trauma, mas principalmente, por ter amadurecido, por ter tido essa liberdade e motivação para valorização do sentimento, do diálogo, do toque, do cuidado como um todo, e não apenas pela técnica”. (Granada) (grifo meu)

“Para mim foi um despertar, cresceu internamente uma vontade enorme de ajudar. Acredito que essa vontade de ajudar sempre fez parte do meu plano de assistência para qualquer paciente, mas ela estava meio adormecida, e foi com esse reavaliar de valores, que esse sentimento cresceu enormemente. Eu percebi que poderia doar muito mais do que eu estava oferecendo para os pacientes, que eu poderia fazer para as pessoas algo maior, mais grandioso, mais espiritualizado, que fosse além dos cuidados técnicos, que tocasse no coração e na alma de cada indivíduo ... através disso, eu pude observar que não basta oferecermos somente cuidados técnicos é preciso, acima de tudo, darmos amor”. (Ágata)

“É muito importante ter essa sensibilidade pois o outro, além de medicamentos e cuidados técnicos, tem necessidade de ter alguém que o entenda, que fale algo que o conforte, que seja seu “porta voz”, que saiba entender e atender seus gestos, atitudes, movimentos. ... Acho a técnica uma coisa que até se faz, mas é super importante conseguir levar junto os teus sentimentos”. (Água Marinha)

“Assim, já não consigo analisar uma disfunção orgânica como um fato isolado, mas como um suceder de acontecimentos ao longo de uma vida”. (Ametista)

Estes relatos evidenciam o crescimento apresentado pelos acadêmicos. Interessante ressaltar que, durante a prática, não houve superposição do conhecimento humanístico sobre o técnico. Ao contrário, buscamos durante cada momento a sincronia, a harmonia de ambos, para que se tornassem uma única e poderosa força – o cuidar. Acreditamos que não são e não devem ser conhecimentos polarizados, pois aí estaríamos dicotomizando-os e perpetuando um paradigma que a tudo dualiza. Devem, isto sim, formar um único conhecimento. Na verdade, a técnica sem o suporte humanístico, não é cuidado, é mera tarefa.

Saviani (1996) concorda com este pensamento e acrescenta: “O progresso povoou a história com as maravilhas e os monstros da técnica, mas desabitou a vida dos homens. Deu-lhes coisas, mas não lhes deu mais ser”. (p. 17)

Assim, associando à ciência a sensibilidade estar-se-á lutando pelo progresso do homem, enquanto ser, existente e essência. Estar-se-á lutando pela sobrevivência do planeta com toda complexidade que apresenta. Isto será obtido quando os homens aprenderem a cultivar cada momento, cada espaço, cada vivência, que compõem sua vida, dali extraíndo o máximo de energia e aprendizado. De acordo, Collière (1989):

“... os conhecimentos não podem ser utilizáveis e constituir fontes de desenvolvimento senão forem o ponto de encontro da experiência vivida e de tudo o que pode alimentar, sustentar, enriquecer essa experiência, para lhe dar sentido e lhe permitir regenerar-se, recriar-se”. (p.257)

Um dos momentos de reflexão foi especialmente marcado por uma boa notícia. Um dos clientes que fez parte do grupo que cuidamos, havia recebido alta da UTI em bom estado geral e com perfeito nível de consciência. Tratava-se de um homem jovem que havia tentado suicídio após o término de um relacionamento

amoroso, dando entrada na UTI em estado gravíssimo por intoxicação com organofosforado. Após um período de coma, o cliente recobrou o nível de consciência. A própria história de vida fez com que os acadêmicos buscassem empatizar com ele, cuidando-o transpessoalmente durante o período de internação. Utilizaram-se, principalmente, do toque, diálogo transmitindo mensagens positivas e estimulando a meditação positiva, além de atenderem as necessidades biológicas do mesmo. A relação de confiança despertada foi tão intensa que, durante o período de semi-coma, este cliente apenas respondia (com suave aperto de mão) aos acadêmicos. Quando solicitado a responder por outros elementos da equipe, mantinha-se imóvel. Mas, a grande satisfação aconteceu quando, já em unidade de internação, este cliente demonstrou lembrar-se de todos os momentos vivenciados junto aos acadêmicos (mesmo em estado de semi-coma). Relatou detalhes de alguns deles e, disse que foi o toque “diferente” do que o oferecido pelos outros profissionais, e as mensagens de estímulo, que fizeram-no ter novamente vontade de viver.

Para o grupo, este depoimento foi muito importante, vindo a validar o trabalho desenvolvido. Chegamos à conclusão de que este cuidado foi “diferente” porque havia vontade, desejo de ajudar, havia intencionalidade e respostas positivas para o atendimento humanizado da clientela assistida.

Segundo Watson (1996):

“A ocorrência do cuidado é intersubjetiva, porque o profissional, dentro do modelo transpessoal de cuidado-cura, procura ser total e autenticamente presente, ao mesmo tempo que também transcende o EU. A consciência intencional do cuidado, cria um novo campo de possibilidade num momento de cuidado, que por sua vez, afeta o potencial de cura e a saúde de ambos os participantes do processo”. (p. 149)

Importante destacar que durante a prática, em vários momentos, estiveram contemplados, na relação de cuidado, os fatores de cuidados (referenciados na

página 39) preconizados por Jean Watson em sua teoria. Com maior ou menor ênfase todos estiveram presentes em algum momento, fornecendo um sustentáculo para que o cuidado transpessoal pudesse acontecer. Perseguí-los foi muito importante para que pudéssemos conscientizar nosso intento.

É interessante ressaltar que houve tamanha modificação de concepção e comportamento, que os educandos passaram a vivenciar o cuidado transpessoal em outras ocasiões, e a influenciar outras pessoas de seu convívio.

A maioria dos acadêmicos, que fez parte do grupo, também é bolsista de enfermagem do hospital, uma espécie de atividade remunerada que desenvolvem em vários setores do hospital. Os próprios acadêmicos relataram que, a partir das vivências na UTI, passaram a modificar sua atuação como bolsistas. Ao invés de se deterem apenas nas tarefas, voltaram-se também à humanização do cuidado. Preocuparam-se em conversar mais com os clientes, em saber sua história de vida, seus sentimentos:

“Coisas que eu mudei na bolsa também. Não consigo mais ir lá, ver uma P.A., assim ... colocar o aparelho ... não consigo olhar para um paciente e escrever “sem queixas”. Eu tenho que perguntar: O que tu tem? Quer falar? Consigo explorar mais esse lado até na bolsa. Bah! ... E isso é cuidado transpessoal”. (Água Marinha)

“Até na minha bolsa, né. A gente assume enfermarias, 10 pacientes, daí, tinha que fazer as coisas correndo, né. Preparar medicação, fazer tudo correndo. Cumprimentava os pacientes, mas era rápido, assim, né. Agora, mudou completamente. Agora, cada paciente que eu vou ver os sinais, eu fico conversando. E dá prá fazer tudo e sobra tempo ainda ...” (Ágata)

Outros acadêmicos também relataram fatos semelhantes. Alguns passaram a desenvolver estágio extra-curricular na UTI, imediatamente após o término das aulas práticas curriculares e, igualmente, referiram não conseguir abandonar o cuidado transpessoal. Este fato foi referendado também por pessoas da equipe.

Durante as aulas práticas, houve preocupação em partilhar este conhecimento com outros acadêmicos do curso de medicina e fisioterapia e, com outros profissionais, como os do laboratório de análises clínicas, que vão diariamente à UTI fazer coletas. Nestes casos, existiu a necessidade de despertar nestas pessoas a sensibilidade para assistir os clientes de forma personalizada e humanizada. Os acadêmicos demonstraram como é importante chamá-los pelo nome, explicar o que será feito, tocá-los de forma a interagir, preocupando-se com o ambiente onde está o cliente, dentre outros.

Também sentiram necessidade de disseminar o conhecimento vivenciado junto a outros profissionais da equipe de enfermagem, em outras unidades do hospital, onde atuavam como bolsistas, enfatizando a importância de despertar para o cuidado humanizado.

Como educadora, estes fatos deixam-me muito feliz e gratificada. Assim como eu experienciei o cuidado humano, internalizei-o e, passei a vivenciá-lo em minha atividade profissional, vejo que os acadêmicos também o fizeram, reafirmando a importância de, não somente conhecer uma realidade, mas, sentir-se parte integrante dela.

Toda esta vivência conferiu aos acadêmicos, além de uma postura mais crítica e ética, mais autônoma. Refletir sobre as “feridas” da enfermagem e sobre as experiências que até agora vivenciaram, possibilitou-lhes um novo despertar: a **busca da autonomia.**

“A subordinação é da enfermagem e ... a gente até fala sobre isso. Vamos tentar romper esta ideologia, de não decidir nada, não criar nada, simplesmente o que nos mandam, a gente vai fazer. É a mesma coisa lá no CTI, a nossa assistência ... não é uma coisa comum, o que a gente está fazendo, né. Não é uma subordinação”. (Topázio)

“Eu acho que seguir a prescrição médica é a mínima coisa do trabalho do enfermeiro. É a coisa menor que ele vai fazer. Tem muito mais para realizar do que seguir aquela prescrição”. (Ágata)

O processo educativo deve privilegiar, antes de tudo, a liberdade e a autonomia do educando. Somente de posse destes valores ele poderá compreender o outro como, igualmente, portador destes atributos. Na educação em enfermagem, são aspectos muito importantes, pois garantem não só a possibilidade de termos um futuro profissional menos subordinado à hegemonia dominante, mas um cuidar que tenha como pressuposto básico: o respeito ao ser humano. No entender de Orcajo (1996):

“El sujeto, el cambio, es capaz de um comportamiento singular porque piensa y decide a partir de sí mismo. Es um “sí mismo”. Es capaz de elegir, rebelarse y contradecir. Capaz de desbordar las presiones y las pautas sociales, Libre y, por eso, autónomo”. (p. 88)

Esta liberdade e autonomia, permitem um refletir também sobre a **importância do educador**, especialmente o de enfermagem. Muitas questões foram colocadas, permitindo transparecer o papel político e a postura moral que o educador deve ter:

“É, falta um empurrãozinho, né. Eu acho que o professor é muito importante. Como muitos costumam dizer: o aluno é o espelho do professor”. (Topázio)

“É ... eu acho que o professor tem maneiras e maneiras de dar aula. Não pode ficar cobrando, cobrando e, não fazer por merecer”. (Esmeralda)

“Quanto é importante que o professor nos dê segurança para realizar as coisas. Dê-nos calma e tranquilidade para realizar as coisas”. (Ágata)

De uma forma geral, estes relatos revelam concordância com o pensamento de Kolberg (1989) quando afirma que:

“El maestro no es elemento inerte en el salón de clase. Conciente o inconscientemente afectará la dirección en que sus estudiantes tomen una decisión, resuelvan um dilema, y actuén frente a una situación moral. El maestro no puede abandonar su función de agente socializador”. (p. 137)

Podemos afirmar que o educador influencia, continuamente, a maneira como se dá a prática educativa, portanto, deve sempre reavaliar a sua prática. Deve ter coragem para assumir seus valores, para refletir junto com os acadêmicos sobre os deles, possibilitando o reavaliar conjunto. No entanto, para que isto aconteça é necessário um sustentáculo emocional e espiritual, o qual é encontrado na abordagem transpessoal.

Foi esse “porto-seguro” – o transpessoal – que permitiu-me, avançar por caminhos, às vezes tortuosos, às vezes obscuros, junto com os acadêmicos e, despertarmos para novos valores, criando e recriando, a todo instante, nossa prática educativa e nossa vida, nossa existência. No entender de Waldow (1998)_b:

“As atitudes e comportamentos dos docentes parecem ser fatores de influência assim como também a competência, o interesse e o comprometimento profissional. Esses fatores determinam ou são decisivos para a formação de um ambiente favorável à socialização dos estudantes para o cuidado humano”. (p. 98)

Não precisamos de professores/docentes de enfermagem que apenas transmitam conteúdos. A enfermagem precisa de educadores, fiéis aos seus princípios e aos do universo. Educadores que amem e, por isso, eduquem. O verdadeiro educador se distingue por ser apaixonado, sonhador, cheio de esperança, fala mesmo que não pronuncie palavras. Na visão de Brandão (1985): “Educador é um fundador de mundos, mediador de esperanças, pastor de projetos”. (p. 28)

O educador não pode omitir a sua condição de ser humano. Não pode

apresentar-se ao outro ser humano – acadêmico/cliente – apenas como professor/profissional. Se assim o fizer, estará tolhendo, a amplitude que a prática educativa deve conter, trazendo sérios prejuízos na formação do ser enfermeiro. O ser humano educador deve expressar, em cada olhar, em cada gesto, toda a sua essência, toda a sua espiritualidade, todo o seu vigor, concretizando a educação voltada para o mais ser de que Freire (1997) tanto nos fala. O ser educador deve comungar com o ser educando cada instante, cada nuance, todos os aspectos possíveis do fenômeno educar para cuidar, (re) valorizando o outro, a vida, a existência.

Diante do relato anteriormente exposto, sinto que este processo de lapidação foi um avanço no que se refere ao ensino em UTI. Senti-me, realmente, mediadora entre acadêmicos, clientes e equipe, tecendo aos poucos uma complexa rede que nos assegurou uma nova forma de conceber o processo de cuidar e de educar para cuidar. Acredito, piamente, que o processo educativo deve aliar ciência, arte, sensibilidade, ética e espiritualidade. Reunindo e vivenciando estas facetas do fenômeno educar para cuidar junto ao acadêmico de enfermagem, possibilitaremos a construção de um profissional mais autônomo e comprometido com o ser humano. Nas palavras de uma acadêmica:

“Foi o último dia de estágio no CTI, mas está significando o início de muitas coisas, como por exemplo: o modo diferente de cuidar de alguém. Que bom que esse avanço na maneira de prestar assistência fez parte do nosso estágio, pois, certamente, seremos profissionais diferentes”. (Ágata)

Para Salgueiro (1997), assim como o cliente é co-participante do cuidado e é seu beneficiário, o aluno torna-se co-participante do projeto pedagógico. Afirmar que conceber cuidado e ensino desta forma, é privilegiar a experiência da pessoa, construindo sua identidade pessoal e saber profissional.

Em suma, nós, educador e educandos, assumimos nossa postura de seres

humanos integrais, histórico-sociais, transformadores, criadores. Vimos que a realidade do fim da prática era diferente da inicial, o que reafirmou nossas crenças e convicções, nosso potencial, nosso eu.

6.3 Da pedra bruta a pedra lapidada – a mudança de concepção

Este item apresenta as categorias finais que revelam a mudança de concepção apresentada pelos acadêmicos, tendo como base, principalmente, os questionários respondidos no primeiro e no último dia de prática.

Com relação a primeira questão – O que é cuidado de enfermagem? – embora em todas as respostas apareçam conceitos mais voltados para os aspectos técnicos, surpreende o fato de a maioria conter palavras e expressões voltadas ao cuidado humano. Algumas referindo o atendimento ao ser como um todo bio-psico-socio-espiritual. Apenas um acadêmico incluiu a família como receptor deste cuidado. Na prática, no início das aulas, o que se verificou, no entanto, foi um cuidado puramente técnico-mecanicista, e a postura assumida, de haver muita dificuldade de identificar naquele ser que estava sendo cuidado, um ser humano com dimensões física, mental e espiritual. Este fato remete-nos à dissociação teórico-prática quando o educando aprende “decorando” conceitos prontos e acabados, mas não os vivencia na prática.

Sobre isso, Resende (1985) aponta que o ensino deve centrar-se em situações práticas, reais, ou seja, deve ser vivenciado. Em concordância, Waldow (1998)^b refere:

“A educação em enfermagem tem, senão o mais importante, um dos papéis essenciais para uma socialização do cuidado humano. Não existem, no entanto, receitas, planos de ensino ou manuais para ensiná-lo. O cuidado técnico pode ser ensinado, porém o cuidar em sentido mais amplo, entendido como um processo interativo, precisa ser vivido”. (p. 162)

Werneck apud Resende (1985) considera a integração teoria-prática fundamental. Segundo o autor: "Não se pode considerar bem sucedido um tipo de educação que desencadeie um novo tipo de pensar, mas não de agir". (p. 153)

Ao fim da prática, quando inquiridos, novamente, sobre o seu conceito de cuidado de enfermagem, todos acadêmicos apresentaram uma visão mais ampliada, **um novo conceito de cuidar**, associando cuidado técnico e humano, utilizando-se de maior embasamento: a sua vivência.

"Cuidar significa doar-se, ir além da realização de técnicas, da prescrição médica, das tarefas. É o importar-se pela vida, pelos problemas, pelos medos, angústias e necessidades psicológicas do outro". (Água Marinha)

"Para cuidar realmente é necessário que estejamos dispostos a ajudar o paciente a vencer suas dificuldades e conflitos, sejam elas corporais, espirituais ou familiares. É claro que essa ação deve vir acompanhada de muita boa vontade e amor". (Ágata)

"Cuidado é a atenção que a enfermeira e sua equipe prestam ao paciente, seja a técnica que precisa ser feita, seja o toque que é dado para confortá-lo. Para cuidar é preciso mais do que conhecimento científico, é preciso empatia ... Por isso, não é preciso mais que ouvidos e um coração aberto para entender e assim poder "cuidar". (Granada)

"Cuidado de enfermagem é muito além da técnica de um banho, de uma administração de medicamento, é amor com o paciente, é carinho, é diálogo, mesmo que, às vezes, pareça impossível, é atenção com seus familiares ... é demonstrar Deus nesse momento". (Esmeralda)

Esta mudança de concepção, referenda o princípio de que os conteúdos precisam ser vivenciados para que haja educação transformadora. Segundo Freire (1997, p. 25), "ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou sua construção". Salgueiro (1997), concorda, afirmando que mais do que acumular conhecimentos, a universidade deve capacitar o educando

para aprendizagem contínua, ao longo da vida.

Resende (1985) acrescenta: "Na medida em que o educando exercita seu potencial criador e alia o pensar ao fazer, não como dois momentos estanques, mas como processo dialético, comprometendo-se socialmente".(p. 139)

Este compromisso não é só com o outro, com a sociedade, é consigo mesmo, enquanto ser humano, integrante desta sociedade, do universo, do cosmos. Enquanto parte integrante de uma profissão, que tem como essência o cuidado e, como responsabilidade zelar pela saúde humana.

Segundo Waldow (1998)^b, o compromisso implícito ao cuidar humano, está em ajudar a construir uma sociedade com base em princípios morais, escrevendo uma história da qual se tenha orgulho. Para isso é preciso assumir o cuidado como valor, o que para a autora pressupõem:

"Assumir o cuidado como um valor, como um imperativo moral, prescinde de uma consciência do que ele significa para cada uma (a) individualmente. Isso só é possível no momento em que se questiona a cerca do significado do cuidar e de sua relação com a vida e com a profissão de enfermagem". (p. 162)

Esta consciência foi despertada nos acadêmicos, sujeitos do estudo. Assumiram o cuidado como valor, que passou a nortear todos seus comportamentos e atitudes. Acredito que a convivência com o cliente crítico auxiliou-nos neste sentido, pois provocou reflexões mais profundas a cerca do seu "self", do "self" do outro. Possibilitou-lhes "filosofar". No entanto, coloco, já como limitação do estudo, o curto espaço de tempo que tivemos para desenvolver esta consciência do cuidado como valor, como imperativo moral. Soma-se a isso, o fato de revelarem que não tiveram, em outros momentos do curso, este despertar. Acredito que, se desde o primeiro semestre o currículo do curso já estivesse voltado para o cuidado humano, bem como, os educadores de enfermagem, imbuídos deste princípio, ao chegarem ao 5º semestre (momento em que se

encontravam os sujeitos) já haveria uma sensibilização e os acadêmicos poderiam partir para ações mais concretas e transformadoras.

Outra limitação do estudo, refere-se ao despreparo, desconhecimento dos acadêmicos sobre teorias de enfermagem, o que exigiu-me um esforço adicional para prepará-los. O embasamento em teorias de enfermagem, deve igualmente, acontecer desde os semestres iniciais. Aliou-se a esta dificuldade o fato de ser a Teoria do Cuidado Transpessoal, um modelo bastante complexo, que exige um nível de abstração bastante avançado, ao que não estamos acostumados, pois o nosso sistema educacional (calcado em princípios positivistas/capitalistas) não nos dá abertura para pensarmos em nós mesmos e, no outro, enquanto essência. Não nos permite o filosofar, de forma radical, rigorosa e conjunta, como preconiza a concepção pura da palavra.

Apesar destas limitações, obtivemos um grande avanço. O cliente crítico passou a ser cuidado de forma humanizada, pois a sensibilidade e a técnica, simultaneamente, fizeram parte de um só agir: o cuidar transpessoalmente.

Este ideal vem ao encontro do que Watson (1996) preconiza quando enfatiza que o cuidado humano é um meio de diferenciar a enfermagem de outras profissões da área da saúde, e, somente através dele a enfermagem poderá desenvolver-se como profissão. Alerta que, do contrário, a enfermagem corre o risco de submergir em meio ao avançado tecnológico e, de ter sua essência – o cuidado – executado por outra profissão. Ela também acredita que o cuidado humano deve integrar os currículos dos cursos de enfermagem, o que já acontece em várias escolas americanas.

Retornando a análise da prática desenvolvida, com relação a segunda pergunta – O que é Unidade de Terapia Intensiva? – nos dois instrumentos, aparecem depoimentos que relacionam UTI a morte, uso de tecnologia, ao cuidado e ao pessoal especializado. Ao fim da prática, alguns acadêmicos começaram a

relacionar a UTI com a vivência dos clientes e suas situações especiais de vida. Sentimentos de impotência, revolta, fragilidade, medo, ansiedade são comuns aos acadêmicos que iniciam atividades no setor. Suas expectativas giraram em torno da capacitação técnica, para a grande maioria. Alguns acrescentaram, como expectativa, o entendimento dos sentimentos do cliente e familiares, e o aprender a falar com o cliente inconsciente.

Com o desenrolar das atividades as expectativas foram atingidas, muitos mitos desmistificados e os sentimentos vivenciados no início das aulas práticas, bastante amenizados. Acredito que todos os discursos até agora relatados evidenciam isto.

No que se refere ao uso da tecnologia, também questionada nos dois instrumentos, não houve mudança significativa de opinião. Já ao iniciarem as atividades, os acadêmicos a consideram muito importante, mas, tinham a noção de que não deveria haver supremacia desta sobre o cuidado de enfermagem, o que, não visão de alguns, está acontecendo. De uma forma geral, acreditam na **intercomplementariedade entre tecnologia e cuidado humano:**

“A tecnologia, nos dias atuais, é o reflexo da modernidade. Cabe ao enfermeiro saber manuseá-la para não por em risco a vida dos pacientes com que trabalha. É fundamental, porém, que saiba distinguir o paciente como ser humano e não como uma continuidade das máquinas – estático, mecânico”.
(Amestista)

“A tecnologia veio auxiliar a enfermagem no cuidado, mas não substituí-la”. (Turmalina)

“Continuo pensando que a tecnologia é muito importante, mas não é tudo. Não adianta ter um respirador de última geração se não houver um profissional para pegar na mão do paciente e dizer o que é aquilo, para que serve, que benefícios traz para ele”. (Granada)

“Acho que a relação é muito importante onde um deve completar o outro; pois quem ganhará com isso certamente será o paciente. Um enfermeiro compromissado com a sua função jamais delegará o seu cuidado para ser substituído.

Ele irá encontrar maneiras de cuidar com mais qualidade, tendo o auxílio da tecnologia". (Ágata)

Este modo de ver a relação profissional x tecnologia significa um avanço muito grande, pois, como Moscovici (1996), ressalta, o sistema educativo atual prioriza a tecnologia em detrimento do crescimento pessoal e interpessoal. Especialmente nas UTIs, que concentram grande aparato tecnológico ocorre esta polarização homem/máquina, quando, na maioria das vezes a última sobrepõe o primeiro. Conseqüente a isto, temos um profissional "expert" em sistemas tecnológicos, mas, extremamente deficitário no tocante a comunicação interpessoal, o que gera um cuidado "frio", mecanicista.

É fundamental que os educadores de enfermagem percebam a tecnologia como apenas complementar ao cuidado, priorizando em suas abordagens a sensibilização para a experiência do outro e do próprio acadêmico, o repensar de valores daí recorrente, a importância do toque, empatia e espiritualidade e, por fim, a necessidade imperiosa de possibilitar o autoconhecimento a partir da prática educativa/cuidativa. Somente a partir da maturidade que esta prática de ensino-aprendizagem proporciona, teremos profissionais suficientemente preparados para aliar tecnologia e cuidado humano, de forma a manter um equilíbrio entre ambos.

Alguns acadêmicos puderam analisar a forma como seu deu a relação entre tecnologia e profissionais, no local onde aconteceu o estudo:

"Percebo que ainda a tecnologia se sobrepõe, isso de uma forma geral, mas, por outro lado, percebo que no nosso grupo isso ocorre de forma invertida. Percebi que nesse espaço de tempo já houveram mudanças, principalmente, agora no final. Embora tímidos, a equipe de enfermagem parece estar se comunicando mais com os pacientes. Penso que nós conseguimos plantar uma semente e que ainda irá germinar". (Água Marinha)

Este comentário demonstra a satisfação do acadêmico ao perceber a

mudança de atitudes e comportamentos, no ambiente que o cerca. Isto vem reforçar que a verdadeira educação deve ser transformadora e, o educando, deve sentir-se sujeito histórico e ativo nessa transformação. Para Freire (1997), uma das tarefas mais importantes da educação crítica é propiciar condições para o ensaio da experiência de assumir-se como ser social e histórico, pensante, comunicante, transformador, criador e realizador de sonhos.

Ainda com relação ao uso da tecnologia, o princípio defendido pelos acadêmicos vem ao encontro do que propõe Watson (1996), quando enfatiza que o cuidado humano tem sido pouco utilizado em detrimento do avanço tecnológico e que deve haver equilíbrio entre ambos.

O objetivo de aplicar 2 questionários, no início e no fim da prática, com algumas questões iguais, para observar a mudança ou não de conceitos, foi atingido. Embora algumas mudanças tenham sido muito sutis, elas demonstram a necessidade de se vivenciar, intensamente, o ambiente no qual se realiza a prática e de refletir a cerca desta vivência, dos comportamentos e atitudes, conferindo ao futuro profissional, uma base muito mais sólida, oportunizando-lhe a conscientização e a formação do senso crítico.

Vivenciar a teoria do cuidado transpessoal, refletir sobre seus pressupostos, proporcionou a todos nós um aprendizado muito grande. Tanto eu, quanto os acadêmicos e, até a equipe de enfermagem que se comportou como expectadora do nosso trabalho, tivemos aprendizado. Muitos valores foram reafirmados e fortalecidos. Outros sofreram modificações e isso tornou-nos seres humanos diferentes, profissionais diferentes. Despertou-nos, além da vontade de ajudar o outro, um desejo muito forte de conhecê-lo, sabendo que isso traria como consequência, nosso próprio autoconhecimento. No entanto, foi muito difícil este despertar, uma vez que, tanto eu quanto os acadêmicos estávamos acostumados a olhar apenas uma face do fenômeno cuidar. Desvelar as outras faces, olhá-lo sob

outro prisma, foi um processo conjunto, que culminou com imensa autorealização.

Estas modificações estão expressas nos seguintes depoimentos sobre o cuidado transpessoal:

“É algo maravilhoso ... que mexe conosco, que nos impulsiona a sair de nós e transmitir a potencialidade positiva ao outro ... Antes de entrar no CTI pensei que não iria conseguir falar com os pacientes, pois confesso que via-os como algo em cima de uma cama, e que me sentiria uma idiota conversando com eles sem obter uma resposta. Hoje percebo isto de forma diferente. Vejo-os como uma extensão de mim mesmo”. (Água Marinha)

“O cuidado transpessoal é vital, fundamental e indispensável para que possamos atingir um maior grau de eficiência em nossas atividades de enfermagem”. (Topázio)

“Esse cuidado traz valores que até então desconhecemos, ou seja, o valor à vida e a intensidade com que devemos viver cada instante, como se fosse o último que ainda resta”. (Ametista)

“É um ato que exige muita boa vontade de ajudar por parte do enfermeiro, é algo que deve surgir do íntimo de cada um e deve ser complementado, com muito autoconhecimento, equilíbrio pessoal e amor”. (Ágata)

“Muito importante tanto para nós, profissionais da área de saúde, quanto para o paciente, pois a valorização de valores que são esquecidos como: respeito, dignidade, faz o paciente sentir-se importante e, conseqüentemente, nós também. É um cuidado que te passa energia, amor, afeto, ternura, enfim, mexe com teus sentimentos”.(Turqueza)

“É o cuidado que faltava para a enfermagem ganhar autonomia e reconhecimento. No momento que passamos energia positiva para o paciente, também a recebemos, e isto torna-se uma terapia mútua, conjunta. O cuidado transpessoal veio retirar o estresse que sempre acompanhou a enfermagem, o paciente e sua família. Trouxe também uma visão de continuidade do ser humano, que não fica delegado apenas a este plano físico e que transcende os sentidos. Acredito que este cuidado seja a semente que irá germinar e dar belos frutos para uma “nova enfermagem” e um “novo cuidar”. (Turmalina)

Vemos, claramente, uma preocupação com algo mais do que simplesmente técnica. Uma preocupação com a vida, com os sentimentos tanto do paciente como do profissional. Estes depoimentos respondem ao principal questionamento feito por Watson (1996) em sua teoria: "O que significa ser humano e atencioso, quando alguém decide trabalhar com outras pessoas que precisam de saúde, cuidado, cura?". Significa sair de nós mesmos e transmitir energia positiva, ser cúmplice junto ao cliente, refletir sobre e reafirmar nossos próprios valores e ter vontade de ajudar o outro.

Esta nova forma de abordar o cuidar/cuidado de enfermagem possibilita a expressão da sensibilidade (ao mesmo tempo em que a desenvolve) da ética, da estética, da espiritualidade, imprimindo-lhe uma nova roupagem. Da mesma forma, para que se dê o ensinar para cuidar é necessário considerar todos esses aspectos. A prática educativa deve estar voltada para o desenvolvimento do conhecimento científico associado ao despertar da sensibilidade, da espiritualidade, enfim, para uma infinidade de acontecimentos que não podem passar despercebidos, pois, fazem parte da formação do senso crítico e ético do profissional de enfermagem.

Prosseguindo, foi questionado, no segundo instrumento, sobre a ocorrência de **crescimento pessoal/profissional** após a prática. Unanimemente houve resposta afirmativa, tanto pessoal quanto profissionalmente. Significou um avanço, desde o conhecimento e segurança no desenvolvimento e manuseio de técnicas até o despertar para o respeito ao ser humano, solidariedade, autoconhecimento, dentre outros, abaixo destacados:

"Eu diria que me abriu ainda mais o horizonte. Me senti como se estivesse saindo daquela "mesmice". Percebo que descobri algo mais – o paciente". (Topázio)

"Hoje sou mais madura, menos egoísta, sou mais solidária e empática. Como profissional já aprendi muito, mas sei que e tenho a consciência disso, tenho muito a aprender. E melhor,

despertou o interesse de perguntar, questionar e pesquisar cada vez mais". (Ametista).

"Muitos sentimentos e valores foram despertados e com isso a minha forma de cuidar foi modificada em alguns pontos e, também cresceu enormemente uma vontade de ajudar, mas ajudar mesmo e com muito amor. Foi o momento em que percebi que poderia oferecer muito mais às pessoas do que eu estava oferecendo". (Ágata)

"O meu crescimento foi enorme, houve um despertar para coisas que eu até já conhecia mas que estavam meio adormecidas". (Esmeralda)

"Houve crescimento tanto profissional quanto pessoal. Profissional no sentido de "aprender" coisas que antes não tinha conhecimento. Pessoal no sentido de valorizar, respeitar o ser humano que ali está e também de proporcionar-me reflexões para um autoconhecimento". (Turqueza)

Como vemos, houve um despertar para o cuidado humano ao cliente, na medida em que o acadêmico reflete sobre esse cuidado, mostrando-se mais solidário e empático, preocupado em tocá-lo, mas principalmente, quando descobre o paciente.

Para Roach apud Waldow (1995), a capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana, mas a educação é muito importante na determinação da qualidade deste cuidar/cuidado, que será manifestado, profissionalmente, no futuro. Enfatiza que se o foco – cuidar/cuidado – for integrado aos currículos, passará a constituir-se comportamento habitual da enfermagem.

Ressalto a importância do educador, agindo como mediador, unindo, a história e vivência anterior do acadêmico, ao que se mostra, se revela como novo e eficiente. Enfatizo a forma como essa prática educativa deve acontecer para que ambos, educador e educando, experienciem o processo de aprender a aprender e se autoconheçam.

Na visão de Cardoso (1995) a aprendizagem não objetiva apenas capacitar o indivíduo a entender o funcionamento do mundo, mas, é um processo de

autoconhecimento, que implica em mudança de valores e, que não está centralizado no professor ou no educando, mas no encontro experiencial entre eles.

Moscovici (1996) ressalta que a aprendizagem é um processo complexo que envolve toda a pessoa. Segundo ela:

“Aprender a aprender significa a aprendizagem “que fica” para vida independentemente do conteúdo. É um processo de buscar e conseguir informações e recursos para solucionar seus problemas, com e através da experiência de outras pessoas, conjugadas à sua própria”. (p. 8)

As reflexões sobre o crescimento pessoal/profissional, sobre os próprios valores, abriram caminho para que um novo questionamento surgisse. Em vários momentos, refletimos sobre como se daria a continuidade desta prática de cuidar transpessoalmente, após o término da prática assistencial. Pensamos, então, no futuro profissional:

“Acho que as coisas dependem muito de nós mesmos. Se a gente quer fazer alguma coisa a gente consegue fazer. Eu acho que eu jamais vou esquecer isto e até porque, eu não seria feliz se eu, dentro do meu trabalho, não conseguisse realizar, esse lado aí, entende. Eu acho que isso aí foi a nossa base, a nossa formação. Nunca vai sair de nós isso aí. Acho que vai cada dia melhorar, crescer muito mais em cima do que a gente aprendeu. Foi um despertar”. (Ágata)

“Eu acho que dificilmente alguém desse grupo vai desistir da profissão levando essa ênfase humanizada. Tenho certeza que nós que estamos aqui, seremos profissionais diferentes”. (Turmalina)

“... eu jamais vou perder esse lado de ser humano, de tocar, de tentar entender a pessoa. Esse lado de conhecer melhor, porque isso tocou muito em mim, muito, e eu acho também que eu não consigo mais separar isso. Não tem como não ser”. (Granada)

“Eu acho que essa é a semente que ela (educadora) plantou nos nossos corações e vai brotar, e vai crescer, e só basta a gente continuar nesse caminho, o que acho que a gente vai conseguir. E, eu não esperava que fosse tão bonito esse despertar. É incrível”. (Esmeralda)

Esses depoimentos demonstram, claramente, acadêmicos despertados para a beleza do cuidado de enfermagem, sensíveis ao outro e a si mesmos. Revelam que não houve apenas transmissão de conteúdos fragmentados, mas sim, uma aprendizagem que tocou a sua essência e que provocou transformações em sua existência.

Segundo Morin (1996):

“O indivíduo vivo vive e morre neste universo onde só o reconhecem como sujeito alguns congêneres vizinhos e simpáticos. É, portanto, na comunicação amável que podemos encontrar o sentido de nossas vidas subjetivas”. (p. 328)

O educador, precisa, portanto, amar incansavelmente os alunos. Demonstrar a eles toda suave beleza que há no universo, viajar com eles por mundos novos. Aventurar-se. Deixar-se levar pela intuição, pela sensibilidade. Abrir-lhes as portas da sua espiritualidade, da sua criatividade. Mostrar-lhes o brilho e a leveza contidos no verdadeiro cuidar. Talvez, esta seja a estratégia para tornar o profissional mais comprometido com a profissão, com o universo, com a essência da vida – o ser.

6.4 Refletindo a nossa luz

A nossa prática não seria coerente com os princípios por nós defendidos, se não houvesse sensibilização da realidade que nos envolvia. A equipe de enfermagem da UTI, principalmente, acompanhou diariamente a nossa busca por um cuidado mais humano e, conforme havíamos combinado, forneceu o seu depoimento. Para nossa surpresa, já no decorrer da prática começaram a surgir comentários informais sobre o desempenho dos acadêmicos no setor, os quais eram positivos e estimuladores. Creio que esta participação, que posso afirmar foi

intensa, por parte da equipe, se deve ao excelente relacionamento que sempre houve entre os acadêmicos do curso de enfermagem e a equipe da UTI. Igualmente, a integração docente-assistencial sempre esteve a contento, na medida em que havia harmonia, colaboração e respeito no desempenho das atividades de cada um. Os frutos desse bom relacionamento resultaram em pesquisas conjuntas, consultorias, desenvolvimento de projetos, dentre outros. O chamamento à validação do trabalho desenvolvido só veio a fortalecer estes laços que em muito beneficiaram todos os envolvidos.

Foram ouvidos onze funcionários dos turnos manhã e tarde, sendo eles: 3 enfermeiros, 6 auxiliares de enfermagem, 1 bolsista de enfermagem e 1 fisioterapeuta. A equipe médica não foi incluída por não permanecer muito tempo junto ao cliente (normalmente, os médicos atuam na UTI 1 vez por semana), o que, acredito, comprometeria a análise do trabalho. Foi assegurado o anonimato a todos entrevistados, que passaram a ter nomes fictícios.

Como todos os entrevistados já acompanham o trabalho que desenvolvo como docente há, pelo menos, dois anos, a análise da primeira questão foi comparativa. Perguntei-lhes se haviam notado mudança na forma de cuidar os clientes por parte dos acadêmicos e, sendo positiva a resposta, quais seriam elas.

As declarações a seguir evidenciam esta mudança:

“Ah! Eu senti mudança. Eles ficaram mais, mais próximos dos pacientes. Mesmo sabendo que o paciente está ali, sedado, não está respondendo, eles procuraram tocar e procuraram conversar”. (Walquiria)

“Eu achei que eles cuidavam mais do paciente como ser humano, da família, aquele carinho. Acho que foi uma diferença significativa”. (Luiza)

“Estão tocando, falando mais com os pacientes, mais emotivos (notei lágrimas), mais próximos do paciente e mais próximos dos familiares”. (Valéria)

“Houve uma aproximação maior do aluno com o paciente, envolvimento. Não só com aquela patologia e sim, a relação

dele com ... A relação com a família também deu para sentir ... É uma conduta já aderida ao perfil deles com profissional". (Carolina)

"Com o paciente, eu senti que eles chegaram mais, tocaram mais no paciente. Senti, muito mais de ... de conhecimento de causa do que é estar sofrendo ... morrendo numa cama. Do que tu pode transmitir. Eu sinto isso. Então, eu acho que foi um grande avanço ... um crescimento muito bom". (Antonia)

"Eles estão realmente mais voltados com o lado humano ... E percebi, assim, até na hora das evoluções, a preocupação de estimular o contato, falar com o paciente". (Beatriz)

"Os alunos estão com mais vontade de ver o paciente, não simplesmente como objeto. Estão conversando mais, tocando mais e passando mais segurança para o paciente". (Joana)

"Achei que eles deram mais carinho, mais atenção ... Ficaram mais próximos dos pacientes. Usaram bastante o diálogo". (Ana)

Foram unânimes ao responder que houveram mudanças. Notaram os acadêmicos mais próximos dos clientes, conversando mais, tocando mais, transmitindo algo positivo. Comentaram que os acadêmicos não se preocuparam só com equipamentos, ou seja, o aprendizado não foi apenas tecnicista. Ressaltaram que os acadêmicos conversavam mesmo com clientes inconscientes, e também, com familiares, de forma franca, espontânea. Não viam naquele gesto imposição ou obrigação. Da mesma maneira, acharam-nos menos receosos e angustiados.

"Não tem receios, medos ou angústias de como é que ele vai escutar. Então, eu senti uma coisa bem natural, bem espontânea. Eu senti uma desinibição do aluno frente ao conversar com o paciente". (Carolina)

"E não uma coisa obrigatória. Eu senti que eles se sentiram mais a vontade". (Walquiria)

Enfatizaram que essa mudança, que esse cuidado carinhoso, afetuoso aconteceu também fora das aulas curriculares (no estágio extra-curricular, como já

foi mencionado) aderindo-se a conduta profissional dos mesmos, visto que, inclusive, procuraram disseminar seus princípios entre outros profissionais.

Também observaram que os acadêmicos estavam mais autônomos para executar tarefas e dialogar com outros profissionais, assim como, mais entrosados com a própria equipe de enfermagem.

“Eles estavam mais soltos. Isso que eu notei, tanto em relação ao paciente como em relação a gente”. (Walquiria)

“Eu acho que eles chegaram mais francos para tocar no paciente e para conversar conosco. Eles tiveram uma abertura maior com os próprios auxiliares aqui da equipe”. (Antonia)

Estes depoimentos identificam algo essencial, além da mudança de comportamento dos acadêmicos, que é interação ensino-serviço. Na visão de um elemento da equipe:

“Eu acho uma coisa excelente essa interação que a gente está tendo professor/aluno/equipe”. (Beatriz)

Sem dúvida, esta interação sempre deve existir, caso contrário, a educação do futuro profissional pode sofrer graves prejuízos, assim como, pode haver interferência negativa no andamento das ações de saúde prestadas pelo campo de prática. Da mesma forma, é educativo e salutar conviver-se em ambientes de trabalho harmoniosos, onde haja mútua colaboração. Percebendo a integração ensino-serviço como um processo de busca conjunta do saber/fazer profissional, o acadêmico desfrutará de maior liberdade e autonomia, para buscar não só conhecimento, mas também, a expressão de sua sensibilidade e criatividade.

Esta integração é o caminho ideal para a superação da dicotomia teoria-prática, envidada pelo modelo capitalista.

Pagliuca e Silva (1997) apontam o diálogo entre as partes envolvidas como

caminho:

“... como docente, devo ensinar a cuidar, quando estou ensinando a cuidar, estou praticando, tenho que conhecer e criar novos conhecimentos, estes conhecimentos são sobre a prática, o cuidar. Estou, assim, fazendo o diálogo e o encontro de conhecer-fazer. A enfermagem assistencial faz-cuida e neste momento utiliza o conhecer e gera também novo fazer-conhecer”. (p. 104)

A partir desta interação conquistada, desenvolver o cuidado transpessoal, ficou mais fácil. Da mesma forma, a equipe começou a sensibilizar-se para um novo cuidar. Como ilustra o depoimento:

***“O cuidar dos alunos sensibilizou muito a equipe. Havia, nas reuniões, exemplo do cuidar dos alunos, sobre o holismo”.
(Lúcia)***

Noto, através dos depoimentos fornecidos, o quanto é importante cuidar e ensinar a cuidar de forma transpessoal. Fico feliz por não ser uma visão apenas do grupo diretamente envolvido no trabalho, mas de outros expectadores que referiram aprender conosco. E, é claro, muito nos ensinaram também.

Ouvir o funcionário dizer, que a partir da observação da nossa prática, identificou muitos conflitos, refletiu sobre eles e buscou uma mudança de atitude, é muito gratificante, e vem conferir o valor inestimável do cuidado mais humano na vida do ser cuidado e do ser cuidador.

Uma das reflexões surgidas, a partir do questionamento sobre o cuidado humanizado, referem-se a vivência do cliente internado em UTI e o tecnicismo ali existentes, que seguem:

“Então se imagina um paciente totalmente isolado da família, das pessoas com quem ele tem sempre segurança, está no meio de pessoas desconhecidas, que mexem com ele para lá e para cá e ele não fala nada, simplesmente sendo um boneco. Vamos virar de decúbito, vamos passar um sonda vesical. Não sabe nada do que está acontecendo ... Tem

muitos profissionais, pela nossa própria formação, que são muitos técnicos, técnicos, técnicos e técnicos. Não podem se envolver com sentimentos. Muitas vezes, o profissional acha que fazendo isso ele vai sofrer mais, e é onde ficam os problemas dele. Não é isso?" (Carolina)

"Porque a gente, às vezes, pensa só no paciente como um objeto de trabalho. Tu que atende um parada cardíaca, fazer uma medicação, ver um prescrição médica. Porque ... tem muitos ... família longe, não está aqui. Eles ficam perdidos, num lugar que eles nunca viram, e vêem aquele monte de coisa. Ficam, assim, super-apavorados ... até a gente nota isso, a gente sente ... imagina eles". (Júlia)

"Porque o paciente da UTI já permanece aqui sozinho, sem família, abandonado. Esse carinho diminui a solidão". (Joana)

"Porque os pacientes, por estarem muito graves, ... nós usamos mecanismo de defesa. E acabamos não conversando com eles". (Ana)

"Porque eu me englobo nisso também, eu faço parte da equipe, mas ... tem muita risada, muita conversa, e o paciente está ficando meio esquecido, meio de lado". (Maria)

Uma pessoa da equipe fez uma auto-análise sobre a sua formação profissional:

"Eu comparo muito com o tempo em que eu fui aluna. Eu acho que eu vim aprender a passar sonda, a fazer coisas assim, sabe; a fazer prescrição. Não se tinha uma visão de que UTI tem que ser humanizada. Eu só fui me dar conta dessa necessidade, quando eu comecei a exercer a minha profissão". (Beatriz)

Estas reflexões significam um passo inicial em busca de uma postura mais humana. Pensar na assistência prestada ao homem-objeto, na sua postura enquanto profissional, nas relações de trabalho, na sua formação profissional, significa refletir sobre conflitos, dilemas, inquietações com o fim de não só extravasar um sentimento, talvez reprimido, mas enveredar em busca de novos posicionamentos, de uma nova ética do cuidado humano.

De acordo com Silva (s.d.):

“Nossa vida reflete uma luta constante para vencer o abismo entre o saber o que fazer e fazê-lo de fato. Humanizar UTI é voltarmos a refletir sobre o ser humano. Começando pela própria vida; dos nossos parceiros, da nossa equipe, do nosso time e conseqüentemente dos nossos pacientes”. (p. 8)

Todas as pessoas referiram que o cuidado humano é muito importante, não só para a vivência do cliente que está sendo cuidado, mas também pela satisfação pessoal e encontro com o próprio “self” que pode trazer:

“Eu acho que talvez seja o principal passo que tenhamos a dar ... Até, eu, assim, me reencontrei mais, vendo isso”. (Antonia)

“Acho que cada vez mais vai ser pelo lado humano. Aparelho se aprende. Aparelho, é só ler o manual. Todo dia fazer que acaba aprendendo. E por aí, acho que as UTIs vão se encaixar”. (Beatriz)

“Quando os pacientes lembram depois a você. É tão gostoso porque isso alimenta o nosso ego. Não é só aquele dar aqui e não ter retorno. Você tem mais retorno. As trocas existem e são bem satisfatórias. Há satisfação pessoal e profissional. Então, eu acho que os dois lados saem ganhando. O paciente, principalmente, e a equipe também. Sai mais satisfeita”. (Carolina)

A vivência do educar para cuidar, embora tenha tido como objetivo primeiro sensibilizar os acadêmicos para a importância do cuidado humano, acabou por influenciar também, membros da equipe multiprofissional.

De acordo com Waldow (1998)^b, o cuidado humano implica em compromisso com o estar no mundo, com a construção de uma história da qual se tenha orgulho.

Para a autora:

“O cuidado humano é uma atitude ética em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos um dos outros. Pessoas se relacionam numa forma de promover o crescimento e o bem-estar da outra”. (p. 43)

Esta concepção acerca de cuidar, associada a uma prática educativa, que no entender de Saupe (1998) deve ser efetivada, na relação dialógica e participativa entre os envolvidos, promovendo, dentre outros, a superação da realidade existente e o processo de construção de uma nova realidade, é o que me permite acreditar na força da educação em enfermagem.

Construímos nossa história com a participação do cliente e da equipe de enfermagem da UTI, e juntos abraçamos uma grande causa: o cuidado humano. Toda luz contida em nossos seres convergiu para este propósito, fortalece-nos e, novamente, resplandeceu a fim de iluminar e fazer transparecer o nosso potencial de SER HUMANO.

7 EDUCAÇÃO E ÉTICA: RUMO A UM NOVO HORIZONTE

Toda e qualquer atividade de enfermagem está envolta por questões assistenciais, éticas e educativas, principalmente. Somos gente, trabalhamos e relacionamo-nos com gente, e isto é essencialmente humano. Assim como seres que se sabem inacabados moral, intelectual e espiritualmente deparamo-nos, cotidianamente, com dilemas, dúvidas, que nos colocam incertos e inseguros a respeito da postura e conduta a ser tomada diante de determinada situação.

A prática educativa está envolta por um emaranhado de questões que nos levam a muitas reflexões. Particularmente, a prática assistencial junto ao acadêmico de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva deu margem a uma série de incertezas. Busquei, neste Item, refletir e resgatar alguns dos aspectos éticos e educativos que estiveram presentes no trabalho a ser desenvolvido. Não será feita dissociação entre questões éticas e educativas, uma vez que, entendo e vislumbro ambas em profundo imbricamento.

Assim, Freire (1997) assegura-nos que a ética é inseparável da prática educativa, e que a melhor maneira de por ela lutar é vivê-la em nossa prática. Diz que, a partir do momento que somos seres histórico-sociais, tornamo-nos capazes de comparar, valorizar, intervir, escolher, decidir. Para este autor, transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é subestimar o que há de humano na educação, ou seja, o seu caráter formador. Por isso, o ensino dos conteúdos não pode estar alheio à formação moral do educando, tendo por isso, caráter eminentemente ético. O ensino dos conteúdos implica em testemunho ético do educador.

Complementando esta visão, Waldow (1998)^b, refere que o padrão ético

envolve os dilemas e conflitos de valores que permeiam o cuidado ao ser humano na busca do fazer justo. O caráter educativo do cuidado vem, então, ao encontro desta afirmativa; uma vez que, também envolve um posicionamento, a adoção de determinada filosofia/ideologia (consciente ou inconscientemente), o que pode, igualmente, gerar conflitos, desconfortos.

Diante destas colocações, surgem-me questionamentos-chave: Para que fins cuidamos em enfermagem? Para que fins educamos em enfermagem? Para que fins nos posicionamos eticamente? Estes questionamentos são muito amplos e merecem uma reflexão aprofundada. Também, deles derivam vários outros questionamentos, principalmente, em uma sociedade em que a tecnologia crescente ameaça, cada vez mais, o sentido humanitário do "cuidar". Urge, então, uma revisão constante de valores, de posturas, já que o fazer em enfermagem, é um processo dinâmico, aberto, que sofre influência do meio ambiente como um todo.

A execução da prática assistencial tendo como base o "educar para cuidar em enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva" deu margem a vários questionamentos e reflexões acerca de como exercemos nossa prática. Merecem destaque os seguintes:

- Com base em que valores estamos educando/cuidando?
- A educação atual tem possibilitado, além de conhecimento técnico-científico, crescimento pessoal, auto-realização, autoconhecimento?
- A educação em enfermagem tem permitido espaço para a sensibilidade, para a criatividade e imaginação, para a espiritualidade, para a estética?
- O educador de enfermagem está desvelando a realidade - o cuidado - junto com o educando ou transmitindo um conhecimento pronto e acabado?
- O educador tem permitido a tomada de iniciativa e a liberdade de

opinião/expressão ao aluno?

- Os educadores de enfermagem estão comprometidos com o cuidado humano? Estão contribuindo para a desumanização do cuidado?
- Os educadores de enfermagem tem oportunizado momentos para a discussão de valores? E para o posicionamento ético do educando?
- Que ênfase o educador/profissional de enfermagem está atribuindo à tecnologia? E ao cuidado humano?
- Está havendo preocupação com um cuidado mais humano em enfermagem, especialmente em UTI?
- Tem sido permitido ao educando de enfermagem refletir, posicionar-se acerca de questões como: a morte e o morrer, eutanásia, ressuscitação cardiopulmonar, terminalidade, separação da família, perda de privacidade, uso de equipamentos para prolongamento da vida, tão comuns em UTI?

Não é possível encontrar resposta para todos estes questionamentos como num "passe de mágica". Nem a educação, nem o cuidado humano são instâncias prescritivas, portanto, não há normas ou receitas para atingi-los. Há, isto sim, um fervilhar de emoções, sentimentos, angústias, ilusões e decepções, que permeiam o educar e o cuidar, o que possibilita o refletir, o filosofar, a respeito de ações essencialmente vitais.

O profundo respeito por tudo que é vivo, deve incitarnos à busca de uma nova ética, uma ética espontânea, natural, autêntica. Já não deve haver espaço para uma ética moralista, utilitarista na enfermagem, mas para aquela que constitui-se em esforço para realizar as potencialidades do ser humano, a partir de seus dilemas e conflitos existenciais.

A ação educativa, formal ou informal, deve ser a fonte onde brotam estas

reflexões. Na enfermagem, no entanto, o que se observa é uma prática educativa e cuidativa, que não está atendendo a este apelo.

Convivemos, desde o surgimento da profissão, com a subordinação aos mandos e desmandos da classe dominante. Mesmo a institucionalização da enfermagem não resultou em força suficiente para o rebelar-se contra o poder hegemônico. Ao contrário, continuamos obedecendo, fielmente, a ele. Assumimos, além do caráter capitalista de fazer – educar e cuidar em saúde – o paradigma positivista e o modelo biologicista, como norteadores da busca de conhecimento.

Com base nestas características, temos contribuído para a moldagem de profissionais passivos, acríticos, essencialmente técnicos e comprometidos com a produção de serviços de saúde que atendem apenas ao modelo privatista.

Mas a fim de contrabalancear este panorama, estamos em momento de transição paradigmática. Vivemos momentos de busca por dignidade, por respeito à vida, por valores universais. O homem começa a voltar-se para ele mesmo, para a sua essência, para a sua transcendência.

A enfermagem, felizmente, começa o seu processo lento, gradativo e árduo, de busca de sua essência e de resgate do seu compromisso com a saúde humana, rumo à conquista de uma nova ética. O educar para cuidar, fundamentado em reflexão de valores e de posturas, apresenta-se, agora, como caminho para o encontro deste paraíso. A reflexão constante sobre os questionamentos anteriormente levantados, deve ser o suporte para alçarmos vôo e expandirmos horizontes. E a educação profissional, deve não só assumir este desafio, como tomar a frente, em busca do efetivo comprometimento com a saúde humana, com o universo. A concretização desta visão ampliada, que visa ao bem da humanidade, começa antes pela busca da compreensão do ser humano, enquanto essência.

Antes de nos preocuparmos com a educação de enfermeiros competentes, devemos nos esforçar por compreendê-los como seres humanos, e que percebam-

se como seres humanos existentes. Não um ser humano que apenas vive um cotidiano atribulado e competitivo. Mas, um ser humano pleno, um ser humano-universo, que se perceba parte importante e fundamental no e do universo. Um universo que já não seria o mesmo se ele não existisse.

Enquanto não deixarmos de ser, apenas, competentes professores que cumprem à risca conteúdos programáticos, contidos em currículos que não reflitam as reais necessidades da natureza humana, que ensinam com insuperável perfeição didático-pedagógica a realização de técnicas; mas que não falam de valores universais, como: amor, respeito, dignidade, solidariedade, dentre outros; os nossos e tantos outros jovens que ocupam os bancos escolares e universitários, não se sentirão tocados pelas barbáries que assolam a humanidade. Não se sentirão tocados pela fome, que mata milhares de pessoas no mundo inteiro, pela poluição implacável que destrói nosso planeta, por um passado recente que mostra o extermínio de judeus, e por um presente que evidencia a morte de milhares de pessoas por motivos religiosos, étnicos, econômicos. Não se sentirão tocados pelo cliente que sofre calado a dor, a angústia existencial, o medo da morte ou, até mesmo, o medo da vida.

O educador não pode isentar o educando desta responsabilidade perante a vida. Ao formarmos apenas técnicos estamos absolvendo-os deste compromisso. Não é preciso, no entanto, querer ensinar grandes verdades universais (se é que elas existem), é preciso, somente ter coragem. Coragem de refletir com os alunos sobre seus próprios valores, certezas, e incertezas. É preciso ter coragem de viver a vida, vivenciar intensamente cada experiência, dela extraindo o máximo de aprendizado. É preciso estar aberto à dialética, ao ir e vir, ao antigo e ao novo, ao belo e ao feio, ao bom e ao ruim, (re)criando-a a todo instante. Aí reside a arte da prática educativa e da prática cuidativa.

Educador, educando, cliente, profissionais, todos nós somos artesões. O

agir humano é arte, pois, nele está impressa uma identidade única, o que nos diferencia. Mesmo que a uniformização, a homogeneização, a normatização tentem abolir esta especificidade, ela é só aparente. A expressão de nossos sentimentos e de nossa transcendência está impressa em cada ato que praticamos.

Este educar, este cuidar, este educar para cuidar será tanto mais arte e tanto mais ético, quanto mais estivermos dispostos e abertos a fazê-los com base em valores universais e contra-hegemônicos, quanto mais possibilitarmos, na dialética da prática educativa, espaço para a sensibilidade, criatividade, imaginação e espiritualidade, para o crescimento pessoal, autorealização e autoconhecimento; para desvelar a realidade – o cuidado – junto ao acadêmico, permitindo a tomada de iniciativa e a liberdade de expressão; quando estivermos comprometidos com o cuidado humano, propiciarmos a discussão de valores; quando conseguirmos superar a dicotomia técnica-cuidado humano tornando-os parte de um único agir. Especificamente, nas UTIs, esta nova ética do educar surgirá quando permitirmos espaço para o cuidado humano, mesmo em meio a um aparato tecnológico que ludibria e ofusca o simplesmente humano, e quando possibilitarmos o posicionamento crítico a cerca de vida, da finitude, do respeito ao ser humano e de todos os meios que a ciência utiliza para lutar contra a morte.

Ao direcionarmos nossa subjetividade e nosso potencial à procura desta ética do educar/cuidar, os estaremos reinventando.

De acordo com Collière (1989):

“Como a vida que é sua fonte, os cuidados, e entre eles os cuidados de enfermagem, tem e terão ainda que se procurar. Como a vida, que alguém disse ser preciso reinventar, há que reinventar os cuidados ... Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restituam um sentido à vida, tanto dos que recebem como dos que os prestam. Cuidados que resultam ao homem a sua vida e a sua morte, desde o nascimento, sem violência, até a morte escolhida, permitindo aos que recebem e aos que prestam cuidados, não mais ter que calar sua identidade por de trás de um papel, mas fazê-la reconhecer, desenvolver e afirmar”. (p. 350)

Apesar da dificuldade em exercitarmos a abertura ao novo, ao desconhecido, é urgente que nos aventuremos em direção a esta nova ética. Uma ética que não fica escondida por trás de grandes verdades morais ou dos muros que a racionalidade nos impõe, mas que se mostra, sensível, nua, frágil, diante do exercício de ser humano.

Concordo com Barroso (1995) quando afirma:

“Se faz necessário que as escolas de enfermagem preparem seus alunos de graduação para conviverem com a máquina mantendo domínio sobre ela, que os mestrandos e doutorandos organizem experiências de aprendizagem dentro dos conceitos, princípios e filosofia da pós-modernidade que emerge ainda tímida do que há de humano no que aí está posto”. (p. 21)

A pós-modernidade nos convida a exercermos esta nova ética, a estarmos sensíveis a essência humana, a refletirmos sobre nossos valores. Nos convida a educar para cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar finalizado um trabalho que se desvelou como novo e, que se fez tão prazeroso é, no mínimo, contraditório, no entanto gostaria de ressaltar os aspectos que mais se salientaram durante esta trajetória.

Desde a seleção para o curso de mestrado, minha intenção primeira era desenvolver uma temática que reafirmasse o compromisso da enfermagem com a saúde humana. Ao concluir esta Dissertação de Mestrado, noto que fiz a opção correta, uma vez que, tanto eu quanto os educandos, reformulamos ou reafirmamos valores e posturas e, redescobrimos nosso compromisso com o ser humano, seja ele o nosso cliente/familiar, o nosso colega, ou, nós mesmos.

A escolha da Teoria do Cuidado Transpessoal foi muito oportuna, possibilitando-nos abertura para o novo, para o belo, para a espiritualidade, ao mesmo tempo em que, muito facilitou a inter-relação, a inter-subjetividade com o outro. Vivenciar uma teoria de enfermagem moderna, com fundamentação holística, impulsiona-nos à busca da nossa autonomia, não só como profissionais, mas também, como seres humanos únicos e insubstituíveis. Segundo Watson (1996) este é um dos objetivos de seu modelo: desenvolver o ser humano a partir de seu interior, de sua transcendência para que a profissão possa ganhar impulso e reafirmar-se perante a sociedade, sem estar, necessariamente, subjugada a outras profissões. Acredita que a adoção do cuidado como valor e ideal moral da profissão é o que a tornará diferente.

Neste sentido, a prática junto ao cliente crítico revelou que o fenômeno cuidar é realmente a essência da enfermagem e, que o cuidado transpessoal é fundamental para desencadearmos, junto com o cliente/família/equipe, o processo

de cura/autocura.

A opção pela metodologia de “aprender a aprender” dentro da prática educativa, oportunizou experiências riquíssimas, mas sobretudo, ensinou-nos que a construção do conhecimento e autoconhecimento se dá com humildade, autoreflexão, autenticidade, cumplicidade, sensibilidade e amor. Estes são pontos importantes a serem observados, na busca da superação da visão dicotômica entre educador e educando.

A vivência do processo de ensinar a cuidar mostrou-se transformadora, inovadora. Em especial, destaco os momentos de reflexão que foram os propulsores de uma nova postura ética e crítica diante das várias situações que se nos apresentaram.

Gostaria de enfatizar a importância de uma educação transformadora, em todos os níveis, do ensino primário à pós-graduação, mas que não busque transformar a realidade sem antes promover o autoconhecimento e a própria transformação do indivíduo, sujeito histórico, social, com papel ativo nessa dinâmica. Em especial, destaco o papel das universidades que devem fomentar a preparação para a vida, com toda a beleza e riqueza de fenômenos que revela, e, não apenas uma formação técnica, que anule todo potencial criativo e ético do ser humano.

De acordo com Kilpatrick (1978): “O ensino precisa ser arte mais elevada, baseada na liberdade da ciência e da filosofia. Só a esse ensino é que a sociedade pode confiar a sua própria continuidade”.

Portanto, não pode mais haver espaço para a dissociação entre razão e emoção. A expressão da sensibilidade precisa estar presente em cada momento da prática educativa e cuidativa na formação do enfermeiro. Os currículos dos cursos de enfermagem precisam contemplar, realmente, o ser humano em todas as suas dimensões e, isto será conseguido, quando abrirem-se para os aspectos que

a racionalidade omite, mas que a pós-modernidade (re)descobre.

Assim como a educação deve ser um acontecimento que se recria a cada dia, também o cuidar deve sê-lo. Não podemos mais preparar profissionais para atuarem em um cotidiano inodoro, insípido e incolor. O que devemos é incitar-lhes a sua própria descoberta, à descoberta do outro, à descoberta da vida. O processo de ensinar/aprender/cuidar precisa conter o cheiro, o gosto, o colorido da vida.

Esse trabalho é um convite ao exercício da arte de educar para cuidar. Em hipótese alguma posso considerá-lo conclusivo. Ao contrário, tem cunho reflexivo e deve ser lido e praticado por outros seres humanos para que novos aspectos do processo ensinar a cuidar se revelem. Somente desta maneira poderemos realizar o sonho de uma enfermagem diferente, que esteja realmente comprometida com a saúde humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ, B. El debate en torno del pesamiento moral: una perspectiva interdisciplinária. In: KOLBERG, L. et al. **El sentido de lo humano: valores psicología y educación**. Colombia, Biblioteca Internacional, 1989. p. 7-18.
2. ANGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 28, n. 1, p. 11-14, abr. 1994.
3. ARENDT, H. **A condição humana**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. 352 p.
4. ARRUDA, E.N., DIAS, L.P.M., SILVA, A.L. Pesquisar para assistir. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. esp., p. 119-124, out. 1992.
5. ARRUDA, E. N. e SILVA, A. L. Cuidando e confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 116-127, 1994.
6. ARRUDA, E.N. et al. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 85-90, jan./jun. 1996.
7. BARBOSA, S.F.F. **Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva**. Florianópolis : UFSC, 1995. 180 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
8. BARROS, M.A. et al. O cuidar de ontem e de hoje. **Nursing**, n. 111, p. 8-13, maio/1997.

9. BARROSO, M.G.T. Enfermagem ética: projeção para o ano 2000. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 18-22, jul./dez. 1995.
10. BETTINELLI, L. A. **Cuidado solidário**. Passo Fundo: Berthier, 1998. 170 p.
11. BEVIS, O. A life force. In: LEININGER, M. **Caring an essencial human need**. Thorofare: Charles B. Slack, 1981. Cap. 5, p. 49-59.
12. BOFF, L. A terra, nossa casa comum. In: LIMA, L.M. **O espírito na saúde**. Petrópolis : Vozes, 1997.
13. BRANDÃO, C. R. **O educador: vida e morte**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 137 p.
14. CAÑON, C. Educación en valores. Hacia una metodología. In: KOLBERG, et al. **El sentido de lo humano: valores, psicologia y educación**. Colombia: Biblioteca Internacional, 1989, p. 133-141
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96**. Brasília, 1996.
16. CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 192-197, out. 1994.
17. CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1997. 445 p.
18. ---. **A teia da vida**. São Paulo: Cultrix, 1996, 256 p.
19. CARDOSO, C.M. **A canção da inteireza: uma visão holística da educação**. São Paulo: Summus, 1995. 92 p.
20. CAUMO, T. O que os novos tempos exigem do professor no ensino universitário. In: **Educação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997. p. 97-116.
21. CHANLAT, J. F. et al. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo : Atlas, 1992. 203 p.

22. CIAMPONE, M. H. T. Impacto da pesquisa em enfermagem na sociedade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9., 1997, Vitória. **Anais ...** Vitória, 1997. p. 25-30.
23. COLLET, N., SCHENEIDER, J. F. A filosofia na formação do enfermeiro: algumas considerações. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 150-154, abr./jun. 1995.
24. COLLIERÉ, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermagem Portugueses, 1989. 385 p.
25. CORREIA, T.I.G. Metodologias ativas no ensino de enfermagem e educação de valores. **Nursing**, n. 102, p. 28-32, jul./ago. 1996.
26. CREMA, R. **Introdução à visão holística.**São Paulo: Summus, 1989. 133 p.
27. CURRY, S. Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias do doente UCI. **Nursing**, Portugal, n. 94, p. 26-30, nov. 95.
28. DEMO, P. **ABC: iniciação à competência reconstrutiva do professor básico.** São Paulo: Papirus, 1995. 212 p.
29. ---. **Desafios modernos da educação.**4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 272 p.
30. ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem.** Pelotas: Universitária, 1996.
31. FAZENDA, I. **Práticas interdisciplinares na escola.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 147 p.
32. FIGUEIREDO, N.M. et al. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In: WALDOW, V.R. et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998_a.

33. FREIRE, P. **Educação e mudança**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 79 p.
34. ---. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 4. ed. São Paulo : Paz e Terra, 1997. 165 p.
35. FREITAS, M.I.F., CHRISTÓFARO, M. A. C. Pesquisar para educar? **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. esp., p. 101-103, out. 1992.
36. GELAIN, I. As ciências humanas na formação do enfermeiro: a filosofia e a ética. **Acta Paul. Enf.**, v. 1, n. 4, p. 85-87, dez. 1988.
37. GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338 p.
38. GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118 p.
39. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.
40. GIL, C. R. R. et al. Reformulações no ensino da enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. **Divulgação em saúde para debate**, n. 5, p. 11-15, nov. 1996.
41. GOMES, A. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988. 217 p.
42. GRÜDTNER, D. I. Ajudar o "ser doente" se religar a Deus – também é papel da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 95-98, jan./jun. 1996.
43. HUDAK, C. M., GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1997. p. 01-109.

44. KILPATRICK, W. H. **Educação para uma civilização em mudança.** São Paulo: Melhoramentos, 1978, 92 p.
45. KIMURA, M. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v. 22, n. 2, p. 169-179, ago. 1988.
46. KOIZUMI, M. S. et al. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP,** são Paulo, v. 113, n. 2, p. 135-145, 1979.
47. KOLBERG, L. et al. **El sentido de lo humano: valores, psicología y educación.** Columbia: Biblioteca Internacional, 1989.
48. KOLLER, E. M., MACHADO, H. B. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 45, n. 1, p. 74-79, jan./mar. 1992.
49. LACERDA, M.R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** Florianópolis: UFSC, 1996. 94 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
50. LAINO, A. **Mudanças técnico-científicas hospitalares, trabalho e sociedade.** Niterói: EDUFF, 1996. 157 p.
51. LEININGER, M. M. **Care: an essential human need.** Thorofare, 1981.
52. LEOPARDI, M. T., WENDHANSEN, A., REIBNITZ, K. A prática da enfermagem para a construção da cidadania. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 33-52, jan./jun. 1992.
53. LEOPARDI, M. T. Por quê filosofia em enfermagem? **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 5-12, jan./jun., 1993.

54. —. A saúde e a condição humana. In: CAPONI, G. et al. **A saúde como desafio ético**. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. p. 186-188.
55. —. Ciência e arte: um diálogo possível. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 11-17, jan./jun. 1996.
56. LOPES, A., NUNES, L. Acerca da trilogia: competência profissional: qualidade dos cuidados – ética. **Nursing**, n. 90/91, p. 10-13, jul./ago., 1995.
57. LUCKESI, C. C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1994. 183 p.
58. LUNARDI FILHO, W. D. A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem: o planejamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e de sua continuidade. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 90-95, jan./jun., 1997.
59. MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996. 350 p.
60. MAYEROFF, M. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.
61. MARTINS, J., BICUDO, M. A. R. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989.
62. MEYER, D. E. S. "... Porque só mulheres? O gênero da enfermagem e suas implicações. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 45-52, jan. 1993.
63. MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: IHEC, 1993. p. 05-21.
64. MORAIS, C. F. Considerações sobre o trabalho psicológico em UTI. **Rev. Hosp. Adm. Saúde**, v. 15, n. 5, p. 231-235, set./out. 1991.

65. MORIN, E. **Ciência em consciência**. Porto Alegre: Sulina, 1996.
66. MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 5. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1996. 276 p.
67. ---. **Razão e emoção: a inteligência emocional em questão**. Salvador: Casa da Qualidade, 1997. 134 p.
68. NIETSCHE, E. A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: SAUPE R. **Educação em enfermagem**, Florianópolis: DAUFSC, 1998. P. 199-162.
69. NUNES, D. M. Vivenciando o cuidado: revelações da prática de ensino. In: WALDOW, V. R. et al. **Marcos da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998_a.
70. ORCAJO, A. **La post modernidad o la fractura de las ilusiones**. Valencia: Universidad de Carabobo, 1996. 111 p.
71. PAGLIUCA, L. M. F., SILVA, R. M. A incorporação do conhecimento e sua aplicação na prática assistencial. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9., 1997, Vitória. **Anais ...** Vitória, 1997.
72. PASKULIN, L. M. O saber e o fazer como processo educativo para enfermeira. In: WALDOW, V. R. et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998_a. p. 171-182.
73. PATRÍCIO, Z.M. **O ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Florianópolis: Universitária, 1996. 153 p.
74. PENNA, L. A. A universidade no terceiro milênio: a construção da dignidade humana. In: GONÇALVES, R. **Propostas para uma universidade no terceiro milênio**. Rio de Janeiro : Fuf. B, 1991. p. 161-198.

75. PEREIRA, R. C., GALPERIM, M. R. Cuidando – ensinando – pesquisando. In: WALDOW, V. R. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
76. PIRES, D. **hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989. 155 p.
77. PIRES, H. **O espírito e o tempo**. Mimeo. [s.l.: s.n., 19--]
78. POLAK, Y. N. S. et al. O corpo adulto nas unidades críticas de atendimento: um recorte de dor e sofrimento. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 29-32, jan./jun. 1997.
79. POLIT, D. F., HUNGLER, S. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.
80. POMATTI, D. et al. Visão holística do cuidado ao ser humano. **Rev. Médica HSVP**, Passo Fundo, v. 8, n. 18, p. 34-37, 1996.
81. RADÜNDZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia: AB, 1998. 63 p.
82. REIBNITZ, K. S. Enfermagem: espaço curricular e processo criativo. In: SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis, DAUFSC, 1998.
83. REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: USP, 1995. 159 p.
84. RIBEIRO, J. P. Educação holística. In: BRANDÃO, D.M.S, CREMA, R. **Visão holística em psicologia e educação**. São Paulo: Summus, 1991. P. 136-145.
85. SALGUEIRO, A. J. M. O papel da escola nos projetos pessoais e

- profissionais dos estudantes do C.S.E. **Nursing**, n. 108, p. 24-29, fev. 1997.
86. SANTIN, S. **Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem**. Itapema, 1996. Palestra proferida no Encontro de Enfermagem.
87. SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: DAUFSC, 1998. 306 p.
88. ---. Formação do enfermeiro cidadão crítico - entendimento dos docentes de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-15, 1992.
89. SAVIANI, D. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. São Paulo: Autores Associados, 1996.
90. SCHMARCZEK, M. Reflexões sobre o pesquisar para educar. **Rev. Esc. Enferm., USP**, São Paulo, v. 26, n. esp., p. 95-100, out. 1992.
91. SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 3., 1998. Rio de Janeiro. Relatório final ... Rio de Janeiro, 1998.
92. SILVA, A. L. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL, 1997. 215 p.
93. SILVA, A. L., ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 2., n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.
94. SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1989. 141 p.
95. SILVA, M. J. P. **Humanização em unidades de terapia intensiva**. Mimeo. São Paulo, 19--.

96. STRIEDER, I. **Os fundamentos do homem**. Recife: FASA, 1990. 167 p.
97. TERRA, M. G. **O espaço da sensibilidade na formação do enfermeiro**. Santa Maria : FAFRA, 1998. 81 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdades Franciscanas, 1998.
98. THOENIG, M. A visão holística: uma nova consciência para a humanidade. In: BRANDÃO, D. M. S, CREMA, R. **Visão holística em psicologia e educação**. São Paulo: Summus, 1991. p. 24-29.
99. WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203 p.
100. WALDOW, V. R. **Cuidando humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998_b. 204 p.
101. ---. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998_a. 241 p.
102. ---. Educação para o cuidado. **Revista Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 108-112, jul. 1993.
103. WATSON, J. Art and aesthetics as passage between centuris. In: WATSON, J., CHENIN, P. **Art and aesthetics in nursing**. New York. : National League for Nursing Puss, 1994. P. 13-18
104. ---. Human caring as Moral context for nursing education. **Nursing & Health Care**, v. 9, n. 8, p. 423-425, Out. 1988.
105. ---. **The philosophy and science of carins**. Boston: Little, Brown and Company, 1979.
106. ---. The theory of human caring: retrospective and prospective. **Nursing**

science quarterly, v. 10, n. 1, p. 49-52, 1997.

107. ---. Watson's theory of transpersonal caring. In: WALHU, P. H., NEUMAN, B. **Blueprint for use of nursing models: education, research, practice and administration**. New York : NLN Press, 1996. p. 141-184.
108. WEIL, P. **A nova ética**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993. 110 p.
109. ---. **A morte da morte: uma abordagem transpessoal**. 2. ed. São Paulo: Gente, 1995, 209 p.
110. WOLFF, L. D. G. **Compreendendo a experiência em ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Florianópolis: UFSC, 1996. 211 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
111. ZAGONEL, I.P.S. Epistemologia do cuidado humano – arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 5, n.1, p. 64-81, jan./jun. 1996.
112. ZAGONEL, I. P. S. et al. Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva de estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná – Brasil. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 1997.
113. ZAGONEL, I. P. S., NUNES, A. M. P. Cuidado humano e auto-cuidado: contribuição de Orem e Watson ao conhecimento da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 28-33, jan./jun., 1996.

ANEXOS

ANEXO I

**Programa de Ensino da Disciplina Assistência de Enfermagem
ao Adulto "B"**

ANEXO I**PROGRAMA DA DISCIPLINA CONTIDO NO CURRÍCULO DO CURSO**

Curso: ENFERMAGEM
Habilitação: ENFERMEIRO
Opção: DIURNO

1. Departamento de Lotação: ENFERMAGEM**2. Identificação:**

2.1 – Código: EFM 500

2.2 – Nome: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO "B"

2.3 – (T-P) Cr
(10-18) 19**3. Objetivos:**

Identificar necessidades básicas afetadas, visando a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação do indivíduo.

Prestar assistência de enfermagem ao adulto em situações mais complexas de forma sistematizada, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

3. Programa de Ensino:**UNIDADE 1 – A ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO**

- 1.1 – Estrutura e funcionamento do centro de material e esterilização, centro cirúrgico e centro de recuperação pós-anestésico.
- 1.2 – Assistência de enfermagem no pré-operatório.
- 1.3 – Assistência de enfermagem no trans-operatório.
- 1.4 – Assistência de enfermagem no pós-operatório.

UNIDADE 2 – A ENFERMAGEM E O CLIENTE DE ALTO RISCO

- 2.1 – Estrutura e funcionamento de unidades de alto risco.
- 2.2 – Assistência de enfermagem a pacientes de alto risco.

UNIDADE 3 – A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS DE OXIGENAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

- 3.1 – Prevenção de problemas respiratórios.
- 3.2 – Assistência de enfermagem aos clientes com problemas respiratórios.

UNIDADE 4 – A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS DE NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÕES DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

- 4.1 – Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas de nutrição, hidratação e eliminações.

UNIDADE 5 – A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS CARDIOVASCULARES EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

5.1 – Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas cardiovasculares.

UNIDADE 6 – A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

6.1 – Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas neurológicos.

UNIDADE 7 – A ENFERMAGEM FRENTE A NECESSIDADE, MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO

7.1 – Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas de mobilidade e locomoção.

UNIDADE 8 – A ENFERMAGEM FRENTE AOS CLIENTES NA TERCEIRA IDADE

8.1 – Assistência de enfermagem ao cliente com problemas da terceira idade.

UNIDADE 9 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE E NA DOENÇA MENTAL

9.1 – A saúde e a doença mental no contexto social.

9.2 – A personalidade sadia.

9.3 – Neurose.

9.4 – Psicoses.

9.5 – Psicopatias.

9.6 – Dependências a álcool e drogas.

9.7 – Emergências psiquiátricas.

9.8 – Assistência de enfermagem a nível individual e coletivo.

ANEXO II

Roteiro para entrevista com os funcionários do CTI – HUSM

ANEXO II**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS FUNCIONÁRIOS DO CTI-HUSM**

- 1- Você observou alguma mudança no cuidado prestado pelos acadêmicos de enfermagem? Qual?
- 2- Você acredita ser importante prestar um cuidado mais humanizado? Por que?
- 3- Gostaria de sugerir algo?

ANEXO III

Questionário para coleta de informações junto aos acadêmicos

ANEXO III**INSTRUMENTO APLICADO NO 1º ENCONTRO COM OS ALUNOS**

Afim de verificar quais são suas concepções e expectativas, peço sua colaboração, respondendo este questionário. Obrigada.

1- O que é cuidado de enfermagem?

2- O que é UTI? Que impressões e sentimentos lhe desperta?

3- Quais são suas expectativas com relação a UTI? O que quer aprender?

4- O que você considera satisfatório na relação:

a) Com o cliente crítico/sua família:

b) Com o professor:

c) Com a equipe multiprofissional:

5- Como você percebe a relação entre o uso da tecnologia e o cuidado de enfermagem?

6- Fale sobre suas crenças filosóficas, espirituais ou outras.

ANEXO IV

Listagem de textos propostos para discussão

ANEXO IV

BIBLIOGRAFIAS UTILIZADAS NOS MOMENTOS DE REFLEXÃO

- BARBOSA, S.F.F. **Indo além do assistir:** cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado, Florianópolis : UFSC, 1995. 180 p.
- HUDAK, C.M. & GALLO, B.M. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. Rio de Janeiro : Guanabara – Koogan, 1997. p. 01-109.
- MORAIS, C.F. Considerações sobre o trabalho psicológico em UTI. **Rev. Hosp. Adm. Saúde**, v. 15, n.5, p. 231-235, set./out. 1991.
- POLAK, Y.N.S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem.** Pelotas : UFPel, 1997. 151 p.
- POMATTI, D. et al. Visão holística do cuidado ao ser humano. **Rev. Médica HSUP**, Passo Fundo, v. 8, n. 18, p. 34-37, 1996.
- SILVA, M.G.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo : Gente, 1996. 133 p.
- SILVA, M.L. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro – cliente. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, n. 7, p. 371-374, 1991.
- WALDOW, V.R. et al. **Marcas da diversidade:** saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, 241 p.

ANEXO V

Questionário aplicado aos acadêmicos no fim da prática

ANEXO V**INSTRUMENTO APLICADO AOS ACADÊMICOS NO FIM DA PRÁTICA**

Após vencer esta caminhada, é importante que você declare suas concepções acerca do trabalho desenvolvido. Portanto, peço sua colaboração, respondendo este questionário. Obrigada.

- 1- O que é cuidado de enfermagem?
- 2- O que é UTI? Que impressões e sentimentos lhe despertou?
- 3- O que você considera satisfatório na relação:
 - a) Com o cliente crítico/família:
 - b) Com o professor:
 - c) Com a equipe multiprofissional:
- 4- Como você percebe a relação entre o uso da tecnologia e o cuidado de enfermagem?
- 5- Você acredita que houve crescimento pessoal/profissional durante as aulas na UTI?
- 6- O que você pensa sobre o cuidado transpessoal?
- 7- Você deseja sugerir algo?

ANEXO VI
AUTORIZAÇÃO

ANEXO VI**AUTORIZAÇÃO**

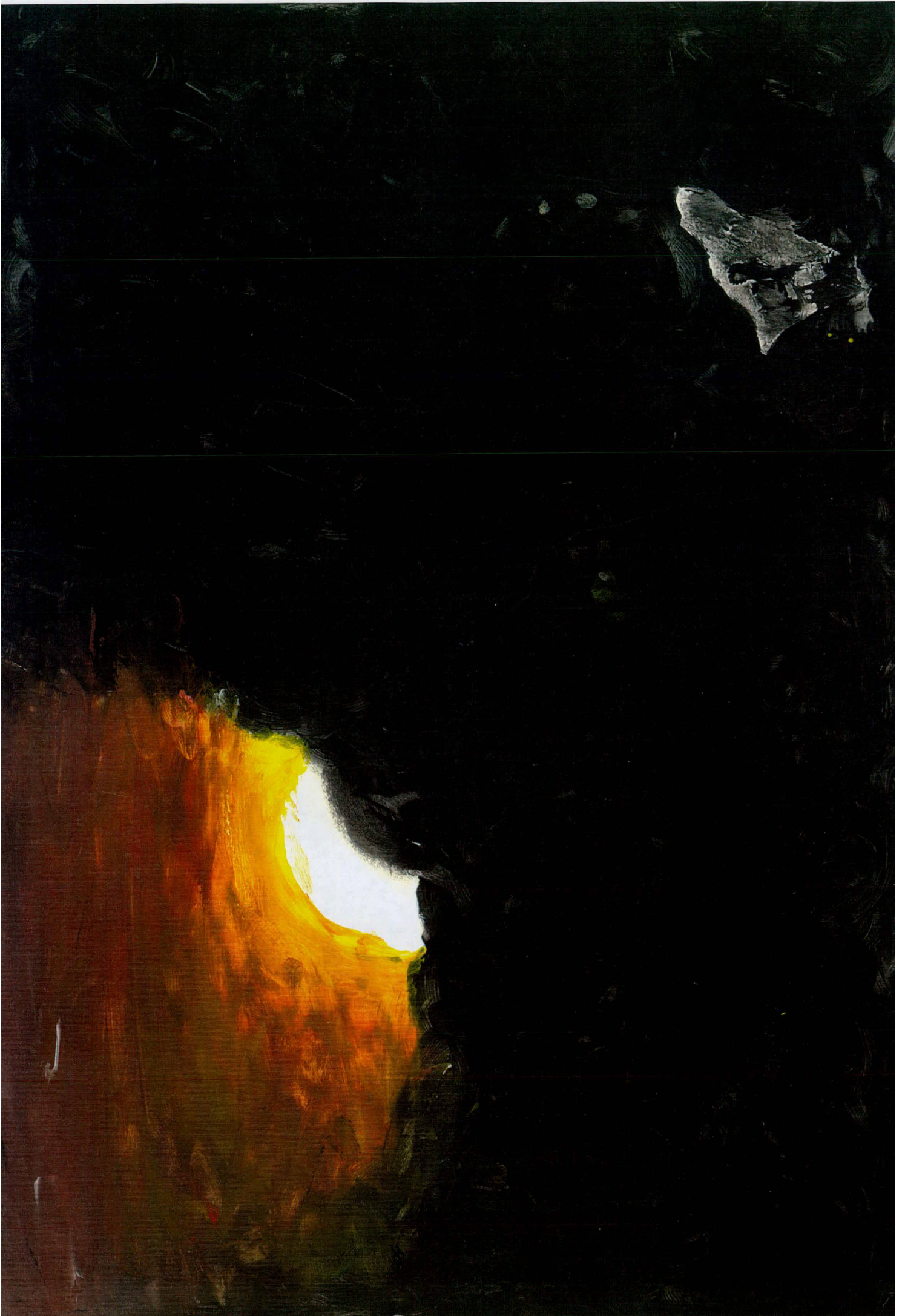
Autorizo a prof^a enf^a Silviamar Camponogara, mestranda em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, a divulgar os depoimentos por mim fornecidos durante a realização da Prática Assistencial intitulada: Educar para cuidar – uma Proposta Fundamentada na Teoria do Cuidado Transpessoal, estando ciente de que meu anonimato será resguardado.

Santa Maria, ____ de _____ de 1998.

Mestranda

acadêmico

ANEXO VII
EXPRESSÃO ARTÍSTICA Nº 1
(Turqueza)



ANEXO VIII

EXPRESSION ARTÍSTICA Nº 2

(Turqueza)



ANEXO IX
EXPRESSION ARTÍSTICA Nº 3
(Turqueza)



ANEXO X

REFLEXÃO: O que espero e busco da Enfermagem

ANEXO X

O QUE ESPERO E BUSCO DA ENFERMAGEM

Vivemos!?

Não! Sobrevivemos!

Num mundo, em uma sociedade egocêntrica

Aliás; adjetivos é que menos falta para

Definir a nossa humanidade

Mas, somente duas palavras definem o nosso

Mundo:

- HUMANIDADE DESUMANA.

São más condições de tudo ou quase:

De moradia; de emprego; de educação; de saúde

E, principalmente, de afeto, de amor

De compreensão e de respeito.

Falo em humanidade desumana

Porque não nos preocupamos com

Coisas simples/básicas que é

Viver com dignidade.

Mas, o que é viver com dignidade?

É ter o mínimo de coisas tão básicas

Que, muitas vezes, esquecemos.

É Ter amor, afeto, respeito, compreensão,

Alimentação, casa, emprego, educação e saúde.

Falei em viver com dignidade,

Por isso vou trazer este tema para

Uma área específica: a saúde.

O que nós estamos fazendo para propiciar

Ao paciente o seu bem-estar?

Para responder vamos fazer uma brincadeira,

Brincadeira séria.

Feche os olhos e tente ver-se como um paciente.

Sinta-se deitado em uma cama dependendo

Dos outros para tudo.

Como você se sente?

Agora, imagine que alguém venha te fazer

Algum procedimento sem lhe explicar o que

Está fazendo e no que isto irá lhe ajudar.

E, não lhe dá atenção nenhuma

Imaginou. O que você está sentindo?

Conseguiu responder?

Agora, vou descrever como me senti quando

Estive como paciente.

Primeiramente fiquei apavorada, assustada

Por não saber onde estava, que aparelhos

Eram aqueles que me rodeavam, será que

Estou bem, o que aconteceu?

São perguntas que ninguém respondeu!

Sinto-me no meio de uma tempestade que

Parece não ter fim, que a qualquer

Momento vai me levar para um lugar distante,
Arrastando-me sem piedade.
Aí, de repente surge alguém, um rosto,
Uma luz, uma vela se acende.
Você vê o sol brilhante, o céu límpido
E azul.
A tempestade passou e você ficou.
Mas, com a frieza com que lhe atendem
Faz você se sentir um lixo, sozinha,
Um NADA.
A chama se apagou!
O que ficou foi um risco de fumaça.
Onde está o lado humano de cada um?
Onde ele está escondido?
Não há necessidade de palavras,
Não é somente palavras que conseguem
Expressar, transmitir calma, segurança e conforto.
Simplesmente a presença, um olhar afetuoso,
Um toque com carinho enquanto efetua os procedimentos.
A compreensão e o respeito pelo ser humano que
Alí está.
Estimulando ele a cuidar de si mesmo
Valorizando cada coisa que ele faça.
Tudo isso nos faz muito.
E, é isto que busco e espero da Enfermagem.
Que os profissionais tornem-se seres humanos,
Sem medo de sentir emoções:
Que VIVAM.
Que tornem-se HUMANOS.
Em todo o sentido da palavra.

Turqueza (1998)