

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

**CONVIVENDO E COMPREENDENDO:
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE E A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.**

Por

Carmen Liliam Brum Marques Baptista

Orientadora: Dr^a Ingrid Elsen

Florianópolis, Dezembro, 1995.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

**CONVIVENDO E COMPREENDENDO:
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE E A FAMÍLIA
NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.**

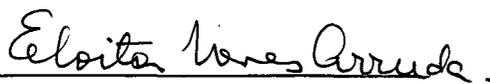
Por

Carmen Liliam Brum Marques Baptista

Orientadora: Dr^a Ingrid Elsen



Dr^a Ingrid Elsen
Presidente



Dr^a Eloita Neves Arruda
Examinadora



Dr. Ivo Gelain
Examinador

Dr^a Zuleica Maria Patrício
Suplente

PRECE DE CARITAS

Deus, nosso pai, que sois todo poder e bondade, dai a força aqueles que passam pela provação, dai a luz aquele que procura a verdade, pondo no coração do homem a compaixão e a caridade.

Deus! Dai ao viajor a estrela guia, ao aflito a consolação, ao doente o repouso.

Pai! Dai ao culpado o arrependimento, ao espírito a verdade, à criança o guia, ao órfão o pai.

Senhor! Que vossa bondade se estenda sobre tudo que criaste.

Piedade, Senhor, para aqueles que vos não conhecem, esperança para aqueles que sofrem.

Que a vossa bondade permita aos espíritos consoladores derramarem por toda a parte a paz, a esperança e a fé.

Deus! Um raio, uma faísca do vosso amor pode abrasar a terra; deixa-nos beber nas fontes dessa bondade fecunda e infinita, e todas as lágrimas secaram, todas as dores se acalmaram.

Um só coração, um só pensamento subirá até vós como um grito de reconhecimento e de amor.

Como Moisés sobre a montanha, nós vos esperamos com os braços abertos.

Oh! Bondade. Oh! Beleza. Oh! Perfeição, a vossa misericórdia.

Deus! Dai-nos a força para ajudar o progresso a fim de subirmos até vós; Dai-nos a caridade pura; dai-nos a fé e a razão; dai-nos a simplicidade que fará das nossas almas o espelho onde se refletirá a VOSSA IMAGEM. Assim seja.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por fazer-me entender que somos os responsáveis pelas escolhas e desafios que vivenciamos.

A minha Mãe Romilda, pelo carinho, incentivo e amor que sempre me fizeram superar os obstáculos.

Ao meu adorado Pai Flávio pelo incentivo, amor e capacidade de mostrar-me os diferentes caminhos da vida.

Aos meus queridos irmãos, em especial ao Cláudio, Cristina, Jefferson e Cláudia, vocês são exemplo de vida para mim.

Ao Matheus, que me ensinou a ver minhas limitações como pessoa e me estimulou a necessidade de modificar-me.

A Professora Ingrid, por ter-me dado a oportunidade de com ela compartilhar os novos horizontes da enfermagem.

Aos colegas do Curso de Mestrado, vocês foram muito importantes no meu crescimento pessoal.

Aos funcionários da emergência do Hospital Governador Celso Ramos, vocês me mostraram a dimensão da minha prática.

Ao GAPEFAM, vocês foram estimuladores no meu crescimento e aperfeiçoamento, sinto-me ainda parte deste grupo.

Aos pacientes e familiares dos serviços de emergência, foi o encontro fecundo com vocês que me fez crescer e modificar minha assistência.

À CAPES, pelo incentivo aos estudantes de Pós-Graduação, e a mim em especial.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Dedico este trabalho, ao meu marido Aldo, por ser meu constante estimulador, amigo, companheiro e confidente.

Deste trabalho você conhece cada pedacinho pois muitas vezes foi nosso assunto e muitas vezes a você recorri nos momentos de dúvida e temor...

Obrigado pelo seu amor, carinho, aconchego e paciência onde tantas vezes me refugiei...

RESUMO

A autora relata sua trajetória como enfermeira assistencial no serviço de emergência de um hospital público junto ao paciente e a família. Busca operacionalizar a Teoria do Homem-Vivendo-Saúde de Rosemarie Rizzo Parse (1981), na tentativa de humanizar a assistência e modificar o paradigma vigente no serviço. Reflete também sobre as modificações ocorridas enquanto profissional em contato com outras visões de mundo, e sobre sua assistência, na análise do relato da experiência.

ABSTRACT

The author tells her trajectory as a nurse practicing in a emergency room of a public hospital, while caring for patients and families. She searches to put in practice the Man-living-health theory of Rosemarie Rizzo Parse (1981) as an attempt to humanize health care and change the ongoing paradigm utilized in health care services. She also reflects about personal changes which occurred while she was in contact with others world views in caring for clients and families.

SUMÁRIO

1 - REVENDO O TRAJETO.....	10
2 - ONTOLOGIA DE PARSE.....	17
2.1 - Compreendendo Parse	24
2.2 - Raízes do Pensamento	25
2.3 - Pressupostos do Homem-Vivendo-Saúde.....	25
2.4 - Pressupostos Filosóficos	26
.....	
3 - PROPONDO UM MARCO CONCEITUAL E UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	27
3.1 - Os clientes.....	32
3.2 - Registro dos dados	34
3.3 - A Proposta Concretizada.....	35
4 - CONVIVENDO E COMPREENDENDO O RELATO DA EXPERIÊNCIA	37
.....	

5 - REVISITANDO A PROPOSTA TEÓRICO METODOLÓGICA	55
5.1 - Revendo os Pressupostos	55
5.2 - Revendo os Conceitos	57
5.3 - Revendo a Proposta Metodológica	60
6 - REFLETINDO A EXPERIÊNCIA	62
.....	
7 - IDENTIFICANDO AS POSSIBILIDADES	67
.....	
8 - REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA	69
.....	

1 - REVENDO O TRAJETO

Quando escolhi o curso de Enfermagem ao fazer o vestibular em 1986, pensei estar adentrando numa profissão com alto teor de conhecimento técnico-científico. Imaginei também que o aspecto de cuidado, este caritativo, supriria em mim todas as necessidades de “fazer por alguém”, sem nunca lembrar-me que “fazer por” poderia não trazer realização profissional, ou satisfazer os interesses da população assistida. Aos poucos, com o desenrolar das disciplinas do curso, fui descobrindo isto. No início de 1988, decepcionei-me totalmente com a assistência prestada nos hospitais onde estagiava, a tal ponto que não podia imaginar-me como parte daquele universo. Universo este, considerado por mim apressado, despersonalizado e sem privacidade, além de ver a profissão de enfermagem desvalorizada perante a sociedade. Naquele momento eu daria tudo para mudar de idéia e seguir outro curso.

Neste mesmo ano surgiu a possibilidade de trabalhar no programa de pós-graduação em enfermagem, sob a supervisão da Dra. Ingrid Elsen, como bolsista da universidade. Desenvolvíamos uma pesquisa objetivando identificar as crenças da família açoreana sobre gestação, parto e puerpério. Este foi um grande momento na minha vida, pois através deste projeto eu consegui realmente vislumbrar os grandes horizontes da enfermagem e a partir daí comecei a sentir as minhas necessidades profissionais sendo satisfeitas. Foi quando fiz a opção consciente pela profissão ENFERMAGEM.

Outro projeto do qual participei, foi o de assistência e pesquisa junto à unidade pediátrica de um hospital universitário, onde observavam-se as internações recorrentes de crianças. Era um estudo voltado para o acompanhamento domiciliar, onde a assistência seria mais efetiva já que estaríamos no ambiente natural da criança e da família, ou seja, em sua comunidade. Quer dizer, estávamos de certa forma tentando fazer parte do mundo familiar, para tornar-nos ponto de referência, para a família e a comunidade. Foi quando senti as primeiras dificuldades do cuidado com a família e comunidade, onde os resultados não são imediatos e nem sempre são aqueles que se planejava. Porém alguns “ensinamentos” obtive neste período: “não esperar resultados baseada em meus próprios valores”, “lembrar-me que cada um tem uma história de vida, uma cultura que embasa suas atitudes e portanto toma decisões, baseadas estas em conhecimentos culturais, diferentes do conhecimento científico.

Ainda como bolsista desenvolvi o projeto de 8ª fase do curso de graduação em enfermagem, com primíparas na sala de pré-parto, parto e no alojamento conjunto e fazendo seguimento em nível domiciliar (Marques e Carvalho, 1989). Constatei que no primeiro momento, do pré-parto, a mulher tinha grande necessidade de apoio e informações sobre o que se passava consigo, e a grande maioria das mulheres, consideravam-no um período de estresse intenso, devido à pouca comunicação com os profissionais e ao sentimento de abandono e desconhecimento que se passava, tanto dentro da sala, consigo, como com seus familiares que sempre ficavam do lado de fora da sala.

Na fase seguinte, ou seja, durante o parto, introduzimos e com bons resultados, “o ficar junto” com a mulher, cuidado este que chamamos de “apoio psicológico”. No puerpério, a assistência que prestávamos era voltada aos cuidados da mãe com o Réscem - Nascido (RN). Além disso trabalhamos com as mães questões do tipo: “meu filho fora de mim, agora eu o vejo. O que devo fazer? Como vai ser daqui para frente?”. Neste terceiro momento surgiram com forte intensidade e frequência as questões familiares: a sogra que quer cuidar do bebê, o pai colocado de lado em tudo, entre outros.

Novos “ensinamentos” surgiram desta experiência “ser flexível com os clientes, mesmo com aqueles que são graduados como você, pois no momento de estresse precisam de apoio e de reafirmação de conhecimento; a gente esquece tudo no momento de estresse”, “a rede de apoio familiar é extremamente forte, portanto não adianta opor-se à família, é

preferível trazê-la para o seu lado”, e “ficar junto, estar presente, ouvir e tocar são importantes instrumentos para o enfermeiro, que surge como facilitador da comunicação e da interação para a mulher, sua família e o meio”.

Por outro lado, no GAPEFAM (Grupo de Assistência Pesquisa e Educação na área de Saúde da Família) o grupo já estava maior, desenvolvendo diversos projetos, e sentindo a necessidade de ter um referencial teórico para a sua prática. Era consenso, porém, que não deveria ser um marco “pronto”, e sim um que deveríamos elaborar a partir da nossa experiência profissional. Foi extremamente importante para mim participar das discussões do grupo na elaboração deste marco conceitual dirigido a famílias. O homem (ser humano) para este grupo, sempre foi visto na sua integralidade, com seu mundo próprio, suas interrelações com o meio e outros homens, integrado a uma família e a uma rede social.

O trabalho no grupo de pesquisa estimulava a comunicação entre os muitos universos presentes. Já que reuniram-se professores do Departamento de Enfermagem, do programa de Pós-Graduação, Enfermeiros-Mestres, Enfermeiros dos serviços de saúde, bolsistas de iniciação científica e de aperfeiçoamento. A partir de numerosas discussões foi constituído o marco do GAPEFAM o qual, tornou-se a nossa identidade e uma filosofia de trabalho para os profissionais. Hoje percebo que o que pretendo com o presente trabalho é resgatar a família saudável, como proposto no marco do GAPEFAM.

O conhecimento adquirido neste contexto universitário foi maravilhoso, porém, como bolsista vinha em minha mente o fato de já ser uma enfermeira, porém sem prática profissional como tal. Faltava-me alguma coisa, o exercício que me tornaria uma profissional mais completa.

Em 1992 iniciei o Curso de Mestrado junto ao programa de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Desejava desenvolver minha dissertação com famílias, na comunidade, seguindo então a linha de pesquisa que eu já conhecia, ou seja, a do GAPEFAM.

Concursada, fui também chamada para preencher uma vaga no Hospital Celso Ramos e a minha tão sonhada prática finalmente batia á minha porta. Quando fui entrevistada a principal pergunta foi: “Você tem prática em que?” Na realidade prática assistencial eu não

tinha, e a decisão veio finalmente: o serviço de emergência para mim! E assim fui trabalhar e estudar.

Foi paixão à primeira vista! Era um grande desafio trabalhar num serviço de emergência como primeiro emprego. Era fascinante a agitação que o ambiente oferecia. Com o tempo comecei a conhecer mais detalhadamente os funcionários, a equipe médica, enfim, a rede social da emergência. E aos poucos os véus foram sendo retirados, permitindo então, vislumbrar a realidade, a filosofia e as crenças da equipe de saúde e do serviço, que, embora não escritas, permeavam o cotidiano do serviço.

O cliente, foco de nossa assistência, e para o qual, como equipe, deveríamos estar completamente voltados, muitas vezes em nossas correrias pela unidade tornava-se apenas um objeto manipulado por nossas mãos. Com frequência, apenas um olhar “científico” acompanhava o colocar sondas, o puncionar veias, o aplicar injeções, e normalmente o que oferecíamos a ele, era ainda uma palavra a nosso favor: “É só uma picadinha não puxa o braço, tá?”.

Um olhar atento às faces, o conversar interessado, e o ouvir era mais difícil de acontecer. O paciente, como ser humano, perdia muitas vezes essa sua qualidade no serviço de emergência. Sentimentos de abandono e descaso estavam muitas vezes presente nestes serviços onde o confronto, a angústia e liminaridade não são compreendidas. Além do que, o paciente, tratado de forma solidária, jamais negar-se-ia ao procedimento requerido, mas a solidariedade, o estar junto de forma verdadeira é essencial para que ele possa tomar as decisões, enfrentar situações e modificar seu processo de saúde, e isto era difícil acontecer.

A família no contexto do serviço de emergência, por sua vez, era muitas vezes abandonada e estigmatizada; pois a percepção da equipe sobre familiares preocupados, ansiosos, desinformados e estressados, é o da família “metida” e que “cobra” um atendimento com pressa. Na realidade, nem a equipe e nem a família são compreendidas no serviço de emergência. A equipe procura isolar a família na sala de espera para não ter que dar-lhe respostas que ainda não tem, não deseja dar, ou para ter uma preocupação a menos dentro do serviço que, por si só, é estressante.

A família, por sua vez, sentia-se relegada, sem conhecimento do que ocorria dentro da sala de emergência. Queria ter notícias sobre os procedimentos que estavam sendo feitos e

principalmente, se estavam fazendo tudo que era possível pelo seu familiar. Por esta falha de comunicação ocorriam vários problemas dentro do serviço.

Estas observações e reflexões, somadas a angústia que comecei a sentir por viver tal situação, levaram-me a questionar este tipo de assistência rotineira e desqualificada, sempre isolando a família do paciente, que eu via praticar e também começava a praticar. Não conseguia, contudo identificar qual deveria ser meu papel como enfermeira. De alguma forma sentia que isto ia contra a assistência de enfermagem que eu desejava, vendo o homem como um todo, mesmo no serviço de emergência, quando envolvia algum tipo de risco para a sua vida. Decidi que em minha dissertação de mestrado iria abordar o paciente e a sua família no serviço de emergência. Aprofundar os conhecimentos sobre a sua problemática, bem como sobre o tipo de assistência a ser prestada, tornou-se para mim uma meta a ser alcançada. Diante disso optei por um projeto de prática assistencial.

Assumi que levar alguém para o serviço de emergência toma a conotação de situação que envolve risco de vida e que merece diagnóstico preciso e ação imediata e decisiva, assim como de atendimento da equipe de saúde de qualidade. Esta condição perdura até o médico determinar que a vida ou o seu bem estar não estão mais em perigo (Associação Americana de Hospitais, Meracher - Apud Mafra et al, 1990).

Para o Ministério da Saúde (1978), por sua vez o serviço de emergência “é um conjunto de elementos que servem ao atendimento, diagnóstico e tratamento de pacientes acidentados ou acometidos de mal súbito, como ou sem risco de vida”. Deve caracterizar-se pela facilidade de atendimento de pacientes vindo ao hospital para diagnóstico e tratamento. Deve ter profissionais que tomam decisões rápidas e precisas, treinados para tratar o doente de maneira lógica, não estereotipada, baseada nas interações de diversas funções vitais do organismo. “São profissionais que sabem distinguir as prioridades e que sentem o doente como ser indivisível, integrado e interrelacionado em todas as suas funções . . .”(Junior, 1982 - apud Albuquerque et al, 1987).

A bibliografia sobre o tema por mim selecionado não é numerosa, restringindo-se praticamente a literatura internacional que aponta avanços nas técnicas de como lidar com os pacientes. Já a literatura nacional está voltada aos aspectos técnicos e estatísticos dos serviços de emergência. Alguns trabalhos são encontrados no Curso de Graduação em

enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, realizados por acadêmicos de enfermagem em seu último estágio curricular (8ª fase). A maioria deles foram desenvolvidos nos serviços de emergência da capital, versando sobre aspectos técnicos, científicos, administrativos e assistenciais (Bernardes, Coan, 1985; Camargo e Hawerth, 1988; Albuquerque, Guerreiro e Pagani, 1987; Pacheco, Silva, Oliveira e Machado, 1987; Pfaffenzeller e Aguiar, 1987 e Pereira, Cunha, Marques e Faugs, 1991). Mafra, Cunha e Oliveira, (1990) avançam a questão ao procurarem fazer uma reflexão sobre seus sentimentos quando prestando assistência direta ao cliente. Isto ofereceu as autoras a possibilidade de rever a assistência prestada e o envolvimento tanto profissional quanto emocional do enfermeiro na situação de emergência.

Em síntese a maioria dos estudos consultados , como os acima citados estão baseados no modelo biomédico, centrados em aspectos da patologia, tratamento e técnicas para resolver o problema de saúde do paciente. Esquece este modelo, entretanto dos aspectos do “ser” como um todo, com funções interligadas e interdependentes.

Para assistir o cliente e a sua família no serviço de emergência escolhi a teoria do “Homem-vivendo-saúde” de Parse (1981), com a qual eu já havia entrado em contato na disciplina de Fundamentos Filosóficos da Enfermagem no curso de mestrado. Esta teoria apesar de complexa pelo seu embasamento filosófico fenomenológico, ampliava meus horizontes, abrindo a possibilidade de um trabalho onde, cliente e família são co-participantes na assistência e na modificação de seus padrões de saúde. Era um grande desafio, utilizar uma abordagem co-participante, compartilhada e compreensiva num serviço onde os aspectos físicos-biológicos são tão privilegiados.

As dificuldades começaram a despontar naquele momento, embora eu ainda não me desse conta: em primeiro lugar parecia haver consenso que num serviço de emergência não era possível trabalhar com outro referencial teórico que não aquele centrado na doença. Além do que, trabalhar com fenomenologia em enfermagem era visto como complexo, ainda mais tratando-se da teoria de Parse (1981); e por ser esta “nova” em nosso meio. Porém, eu sentia que era uma possível resposta aos meus anseios, me propus a desenvolver um trabalho com o objetivo de organizar, aplicar e avaliar um marco para a prática voltado ao homem e sua família no serviço de emergência, baseado na teoria do homem-vivendo-saúde, pois acreditava que “estando-verdadeiramente-presente com o cliente, via

interrelação direta, estabelece a base de conhecimento diferente e mais bem informado”(Hickman, 1993), levando-nos a vislumbrar um horizonte para o paciente e sua família, a partir de sua perspectiva de saúde, nem sempre compatível com a visão vigente em nossas instituições.

2. ONTOLOGIA DE PARSE

A enfermagem é considerada por Parse (1981) como disciplina científica com ontologia e metodologias únicas. Essa autora postula as idéias de uma enfermagem baseada não somente nas ciências naturais, mas também nas ciências humanas. Propõe, um método alternativo para a enfermagem fugir das relações de quantificação saúde-doença, para a qualificação das experiências vividas pelo homem (Hikman, 1983). Na realidade, sua proposta é uma tentativa de sair do paradigma vigente na área da saúde ou seja, o paradigma da totalidade.

O paradigma da totalidade caracteriza-se por ver o homem como sendo a soma de suas partes. Esta soma de partes biológica, espiritual e psicológica é que forma o ser humano que é o objeto de trabalho dos profissionais da área da saúde.

E o que pretende-se é refazer o caminho em direção ao entendimento do homem integral. Sendo visto, este, e trabalhado pelos profissionais da área da saúde na sua forma única integrada não dissociado em disciplinas, especialidades e sistemas.

Baseada então nos trabalhos de Parse (1987), sobre o paradigma da totalidade e da simultaneidade, propus-me entender as ações da equipe de saúde do serviço de emergência de acordo com estes dois paradigmas.

Quadro 1 - Quadro comparativo entre pressupostos do paradigma da totalidade e as ações desenvolvidas pela equipe de saúde do serviço de emergência baseada neste paradigma.

	PARADIGMA DA TOTALIDADE	CRENÇAS E AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE
HOMEM	<p>É a soma total de suas partes.</p> <p>É um ser biopsicosocial e espiritual, por quem o meio é manipulado para manter ou promover equilíbrio.</p> <p>O homem interage com o meio, estabelece transações e planos para obter um objetivo.</p> <p>Capaz de auto-cuidar-se.</p> <p>É um organismo adaptado, que pode exigir assistência, com necessidade de outro cuidá-lo.</p>	<p>Homem é visto como uma patologia, "O paciente com cirrose hepática".</p> <p>É uma pessoa trabalhada em partes</p> <p>a)biológico: médica, enfermagem,</p> <p>B)psico-social - pela assistente social, voluntários e o c) espiritual: quando o padre passa pela visita.</p>
SAÚDE	<p>Visto como um estado dinâmico de existir, é um processo físico, psico social e espiritual de bem viver.</p> <p>Enfoca promoção da saúde, cuidado, cura e a prevenção de doenças.</p>	
OBJETIVO DA ENFERMAGEM	<p>Enfoca ajuda às pessoas para adaptar cuidados e alcançar objetivos.</p> <p>Os cuidados durante a doença, manutenção e promoção da saúde são importantes aspectos da prática de enfermagem.</p> <p>A enfermeira é figura de autoridade.</p> <p>Há sistematização no plano de cuidados para a pessoa, com vários</p>	<p>O paciente adapta-se ao ambiente para não se estressar, e traça o objetivo de sair da emergência.</p> <p>Saúde na emergência é a situação de não precisar ficar ali. Pois só se vai à emergência em caso de muita necessidade, segundo a visão do paciente.</p> <p>O serviço de emergência tem por objetivo as práticas que aliviem a dor, ou que me-lhore, pelo menos</p>

<p>IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA</p>	<p>problemas de saúde identificados. Os resultados são mensurados pelo nível de adaptação, a função de autocuidado, e pelos objetivos alcançados pela pessoa recebendo cuidados de enfermagem.</p> <p>O método utilizado é predominantemente o quantitativo consistente com as crenças sobre o homem deste paradigma em que associam-se testes e causas.</p> <p>A prática é feita através da operacionalização do pensamento tradicional do processo de enfermagem (coleta de dados, diagnóstico, plano de cuidados, implementação e avaliação).</p> <p>O processo de enfermagem envolve ajuda na adaptação da pessoa à doença, tornando-a capaz de autocuidar-se e realizar os objetivos propostos pela enfermeira.</p>	<p>paliativa-mente, uma patologia, até um tratamento mais específico e definitivo.</p> <p>A equipe de saúde da emergência cuida do que ocorre com o paciente dentro da emergência prepara um retorno ao lar, com orientações sobre alta, que é feita, somente no tocante a medicações para a doença atual.</p> <p>A enfermeira informa a hora do banho, horário do remédio, se ele pode ou não ter emoções fortes. Enfoca os problemas físicos como: escaras, secreções orofaríngeas, ingestão hídrica, higiene entre outras.</p> <p>O que importa neste tipo de método é quantos pacientes são atendidos e quais os tipos de patologias.</p> <p>No serviço de emergência não existe referencial teórico, portanto cada profissional trabalha baseado em crenças próprias.</p> <p>Equipe saúde de emergência procura que a pessoa aceite sua doença e principalmente o tratamento. Visa principalmente a adaptação a situação de doença.</p>
---	--	--

Como é possível observar no quadro 1, o modelo biomédico é parte integrante do paradigma da totalidade, pois privilegia os aspectos físicos biológicos da pessoa, tratando-a somente quando existe a patologia. Este modelo oferece obstáculos para que avancemos em direção as interrelações verdadeiras já que mantém a visão do homem em partes

dificultando o entendimento da integralidade humana. Isto é, prioriza o aspecto da patologia em detrimento ao fortalecimento das relações humanas e do aspecto integral do paciente.

A importância dada a este modelo deve-se principalmente ao tipo de formação dos profissionais da saúde, o que se agrava nos serviços de emergência pela forma como o trabalho é feito e encarado. Parece-me que no Brasil, e em nosso Estado, que não existe a cultura de profissionais de emergência, especializados, valorizados perante a sociedade. Há na realidade um estereótipo, sendo o serviço visto como o primeiro emprego para médicos recém formados e local onde se trabalha até conseguir um “lugar melhor”. Já no caso dos profissionais de enfermagem, é comum que vão para a emergência aqueles que já trabalharam em muitas unidades de internação de pacientes, e não desejam mais trabalhar com pacientes que demandam tempo, envolvimento e contato com familiares, entre outros motivos.

É necessário criar nos acadêmicos da área da saúde o entendimento da importância deste serviço para a população, o qual deve ser uma especialização, tão ou mais importante do que as demais nas ciências da saúde. Onde o aspecto do homem-meio e profissional seriam discutidos e de onde, com certeza, evoluiria, espontaneamente, o novo paradigma - o paradigma da simultaneidade homem-meio, que privilegia a visão do homem como um todo e as relações do mesmo com outros homens, com a família, sua rede de suporte e a equipe de saúde. Neste novo paradigma da saúde, começam a vislumbrar várias teorias de enfermagem, entre as quais a de Rosemarie Rizzo Parse, com sua teoria O Homem-Vivendo-Saúde, que tem esta conformação gráfica para garantir o entendimento das ações que iniciam no passado e se estendem até o presente, o gerúndio explicita a transformação constante do homem. Os hífen trazem o sentido de ações integradas e interrelacionadas.

Quadro 2 - Quadro comparativo entre o paradigma da simultaneidade e os conceitos da teoria homem-vivendo-saúde.

	PARADIGMA DA SIMULTANEIDADE	TEORIA DO HOMEM VIVENDO-SAÚDE	ACÇÕES DA EQUIPE BASEADOS NO PARADIGMA DA SIMULTANEIDADE
HOMEM	É visto como mais do que a soma de suas	É uma unidade viva, aberta e intencional por	Aceitar tratar o paciente não só no seu aspecto

SAÚDE	<p>partes. É um existir aberto e livre nas escolhas e no intercâmbio mútuo como meio.</p> <p>Dá significados para as situações, e é responsável pelas escolhas que faz.</p> <p>Homem e meio tem padrões de relação e organização próprios.</p> <p>Vive o constante experienciar “do que foi”, “é “ e “será”.</p> <p>É visto como um processo de tornar-se, é como uma escolha de valores prioritários. É um processo único, vivido e descrito somente pela pessoa.</p> <p>Não existe saúde ótima, é simplesmente como se experencia o viver pessoal.</p>	<p>natureza, que co-participa com o meio em criar e transformar, estando presente ao mundo, e envolvendo-se com ele para co-constituir e criar seus projetos pessoais e formas de viver.</p> <p>É a unidade da relação homem-mundo, e está presente nele com outros homens e desta forma percebe o mundo</p> <p>É considerado como padrões de relacionamento do homem com o mundo. São representações fundamentais de valores pessoais e culturais.</p> <p>É um processo intersubjetivo de estar presente ao mundo, relacionar-se com ele, e transcender com as possibilidades.</p> <p>É um processo intersubjetivo de estar presente ao mundo, relacionar-se com ele, e transcender com as possibilidades.</p> <p>Doença é mais um dos padrões de interrelação do homem com o meio,</p>	<p>biológico mas também levar em conta aspectos como sua cultura, história de vida. Credo que o homem é capaz transformar o meio onde se encontra e a situação vivida.</p> <p>Deixar o homem interagir com o ambiente para que ele próprio seja capaz de definir os limites da sua situação, e lançar mão de formas de transformas esta situação de saúde para tornar-se saudável.</p>
-------	--	--	--

<p>OBJETIVOS DA ENFERMAGEM</p>	<p>Enfoca a qualidade de vida.</p> <p>A prática é destinada à todos os indivíduos e famílias.</p> <p>Enfoca o iluminar significados, e o mobilizar o transformar a situação com a pessoa e a família.</p> <p>A autoridade na tomada de decisão é a pessoa e não o enfermeiro.</p> <p>Não há sistematização de plano de cuidados baseado em problemas de saúde.</p> <p>A pessoa e a pessoa - enfermeiro determinam as atividades para a troca de padrões de saúde.</p> <p>O enfermeiro é presença verdadeira com a pessoa atuando como guia interpessoal.</p> <p>O cuidado do enfermeiro é descrito pela pessoa com luz sobre seus próprios planos individuais para</p>	<p>e com outros homens.</p> <p>Não é um continuum, é antes um dos universos possíveis para a pessoa, e é parte dos resultados das escolhas de possibilidades.</p> <p>Enfoca a qualidade de vida da pessoa, família ou grupo, e ocorre onde estão presentes homem-enfermeiro e enfermeiro grupo participativo.</p> <p>Estão ligados a função do enfermeiro de buscar esclarecer os significados, de agente modificador e de mobilizador de energias para a transcendência.</p> <p>Ocorre permeada num relacionamento "sujeito-sujeito" como "um carinho, presença verdadeira com o outro para promover a saúde e a qualidade de vida". (Winkler, 1985, p. 280).</p> <p>A prática é considerada inovadora, criativa e não está de acordo com regras prescritivas.</p> <p>A prática é caracterizada pelo conhecimento do enfermeiro da perspectiva de saúde da pessoa, conhecida através do que é</p>	<p>Enfoca o aspecto da qualidade da experiência vivida pelo paciente, oferecendo possibilidades para que ele descida sobre seu processo de saúde.</p>
--------------------------------	--	--	---

<p>IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E PRÁTICA</p>	<p>modificar padrões de saúde e melhorar a qualidade de vida.</p> <p>Os métodos qualitativos são compatíveis com as crenças sobre o homem neste paradigma.</p> <p>O uso de processos fechados como coleta de dados, diagnóstico, plano, implementação e avaliação, não são compatíveis com este paradigma.</p>	<p>comunicado.</p>	<p>Oferece uma prática mais humanizada colocando paciente e profissional de saúde como parceiros no encontro. Para a pesquisa vislumbra um amplo campo na área das ciências humanas onde pode-se trabalhar o efeito destes cuidados para o paciente e equipe.</p>
--	--	--------------------	---

A semelhança entre o paradigma da simultaneidade e o conceito de enfermagem de Parse (1981), é tão consistente que são ditos da mesma forma em momentos diferentes, em 1987 e 1981 respectivamente: "... como uma forma alternativa à visão de mundo vigente...".

Parse (1981), baseada no paradigma da simultaneidade, procura embasar sua teoria nos pensamentos da fenomenologia existencial, privilegiando Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty e a teoria de Roger. De onde desenvolve seus conceitos para a teoria e trata a sua prática assistencial como princípios, como sendo os passos dados para transformar um processo de saúde.

2.1 - COMPREENDENDO PARSE

Rosemarie Rizzo Parse é doutora em enfermagem pela Universidade de Pittsburg. É professora de graduação em enfermagem e coordenadora no Centro de Pesquisa em Enfermagem do Hunter College em Nova Iorque. É também fundadora e presidente de uma empresa que oferece serviços de consultoria relacionados à pesquisa em enfermagem, educação e prática, bem como serviços de orientação sobre a saúde para indivíduos, famílias e comunidade. Também é editora do Nursing Science Quaterly, uma revista da área de enfermagem não disponível ainda no Brasil. Segundo Winckler (1993), Parse possui mais de 20 anos de experiência em desenvolvimento de teorias, pesquisa, administração, prática e educação em enfermagem.

Parse (1981) apresenta a sua teoria Homem-Vivendo-Saúde como uma alternativa à prática tradicional da enfermagem que tem se identificado com o modelo médico, baseado nas ciências naturais. A enfermagem é ligada à medicina historicamente no tratamento dos pacientes, incluindo o papel da mulher na história e o poder da medicina organizada. Segundo Parse, este predomínio do modelo biomédico e a ligação enfermagem e medicina existe por que não há uma preocupação com a qualificação da experiência total do homem com a saúde, sendo então o homem estudado em partes e não como unidade viva. As experiências participativas do homem com situações de saúde tem sido virtualmente ignoradas.

A teoria de enfermagem HOMEM-VIVENDO-SAÚDE, sintetiza os conceitos de Martha Rogers e alguns pensamentos da fenomenologia existencial de Heidegger, Sartre e Merleau - Ponty. Esta teoria propõe uma forma de ver o homem e a saúde, que amplia o horizonte da ciência da enfermagem. A enfermagem baseada nas ciências humanas focaliza o homem como uma unidade viva e participativa. A natureza da enfermagem baseada no homem unitário focaliza o homem como um todo aberto que co-participa com o meio em criar e transformar e que é livre para escolher formas de viver.

Para Parse (1981) citando Leslie White, ciência “ não é meramente uma coleção de fatos e fórmulas. É predominantemente uma forma de relacionar-se com as experiências...”, isto é, relacionar-se com as experiências de acordo com certos pressupostos e com certas técnicas. Desta forma chama a atenção para essência fundamental da ciência, como uma atividade humana. Sugere ainda, que este processo de descobrimento, oferecido pela

ciência, seja baseado nas formas particulares de pensar sobre o mundo. Neste processo de “fazer ciência” descrever o fenômeno amplia as formas de dar significado para o mundo.

2.2 - RAÍZES DO PENSAMENTO

Na teoria do **HOMEM-VIVENDO-SAÚDE**, os pressupostos emergem da combinação dos princípios Rogers e quatro blocos estruturais com crenças básicas e conceitos do pensamento da fenomenologia existencial (Parse, 1981).

ROGERS

Princípios: Helicidade
Integralidade
Ressonância

Conceitos: Campo de energia
Universo de sistemas abertos
Padrão e organização
Multidimensionalidade

FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Crenças Intencionalidade
básicas : Subjetividade humana

Conceitos: Co-constituição
Co-existência
Liberdade situada

2.3 - PRESSUPOSTOS HOMEM-VIVENDO-SAÚDE

A partir das crenças, princípios e conceitos de Rogers e da fenomenologia existencial, Parse (1981) define nove pressupostos para a sua teoria:

- a) o homem é co-existente enquanto co-constituiu padrões rítmicos com o meio;
- b) o homem é um ser aberto, livre para escolher significados nas situações, sendo responsável pelas decisões;
- c) o homem é uma unidade de vida continuamente co-constituindo padrões de relacionamento;
- d) o homem transcende multidimensionalmente com as possibilidades;

- e) saúde é o processo aberto de transformar-se, experienciado pelo homem;
- f) saúde é um processo ritmicamente co-constituído da interrelação homem-meio;
- g) saúde são padrões de relacionamento do homem prioritariamente valorizados;
- h) saúde é um processo intersubjetivo de transcender com possibilidades;
- i) saúde é um despertar negentrópico do homem unitário.

2.4 - PRESSUPOSTOS FILOSÓFICOS

A partir dos nove pressupostos, Parse (1981) agrupa-os em três pressupostos filosóficos, da teoria do homem-vivendo-saúde.

a) homem-vivendo-saúde é livre para escolher significados pessoais no processo intersubjetivo de relacionar valores prioritários;

b) homem-vivendo-saúde é co-criador de padrões rítmicos de relacionamento de intercâmbio aberto com o meio;

c) homem-vivendo-saúde é co-transcender multidimensionalmente com o despertar de possibilidades.

A partir dos pressupostos filosóficos surgem três temas que tornam-se presentes em todas as etapas da teoria daqui por diante e que dão origem aos princípios da teoria Homem-vivendo-saúde. Estes temas são: significado, ritmicidade e transcendência que originam os três princípios da teoria homem-vivendo-saúde que são:

a) estruturar significados multidimensionalmente é co-criar a realidade através da comunicação do imaginado e valorizado;

b) co-criar padrões rítmicos de relacionamento é viver a paradoxal unidade de revelar-esconder e capacitar-limitar, enquanto liga-separa;

c) co-transcedendo com as possibilidades é reforçar formas singulares de originar no processo de transformação.

3 - PROPONDO UM MARCO CONCEITUAL E UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Entendo como marco conceitual a união de vários conceitos de forma lógica, significativa e em interrelação, que proporcione a direção para prática assistencial, bem como para a pesquisa e educação. O marco serve como um guia prático sobre o que devemos observar, relacionar e planejar nas situações de interrelação com o cliente. Atuando como referência, também, para as reflexões sobre as experiências vividas. (Nitschke, 1991, Marques e Elsen, 1992, Monticelli, 1993).

A partir de minhas vivências como enfermeira assistencial de uma unidade de emergência, e pelo estudo da teoria do homem-vivendo-saúde, desenvolvi os pressupostos que guiaram a escolha do tema. Antes porém, creio ser procedente expor o que entendo por pressupostos:

Segundo Duldt e Giffin (1985, P.84) pressupostos são guias iniciais de um trabalho científico, servem para escolha dos conceitos que constituirão o marco, a metodologia de análise a ser utilizada no desenvolvimento do trabalho. Na realidade pressupostos podem ser: proposições, axiomas, postulados ou noções, tidos como crenças e conhecimentos iniciais do pesquisador sobre o fenômeno. Essas crenças ou proposições são os próprios pressupostos ou janelas perceptuais, através dos quais observamos o fenômeno e todos os dados que são relevantes para ele.

Uma outra definição de pressupostos também é oferecido por Duldt e Giffin (1985, p.83) que afirma:

Os pressupostos são “significados assumidos arbitrariamente ou tentativamente aceitos que são, até certo ponto, verdades”.

A - PRESSUPOSTOS

a) o homem e o meio são um todo que trocam energia de forma constante, alterando seus padrões de ritmo constantemente, propiciando condições para os homens modificarem sua situação de vida;

b) o homem reage ao meio e à situação de vida de acordo com valores pessoais, historicidade e relacionamentos pregressos e atuais;

c) cabe à enfermagem e ao enfermeiro harmonizar padrões de relacionamento do homem com o meio. O homem e o meio têm padrões de onda diferentes, e quando tentamos iniciar um relacionamento tal, só ocorre quando há interação real e a harmonização de padrões de relacionamento. Esta harmonia é relativa e progressiva. Somente quando há cumplicidade entre o homem e o enfermeiro e o homem e o meio é que conseguimos prepará-lo para entender as possibilidades sobre a situação. Para proporcionar o transcender no processo de saúde.

d) o processo de saúde é determinado pelas condições do homem e da família como um todo onde se inclui aspectos além do físico, sentimental, espiritual e cultural - quando do seu relacionamento com o meio e a situação vivida;

e) que a situação de emergência necessita de um maior cuidado, por parte da enfermagem, para manter a harmonia homem-meio-situação- família.

B - CONCEITOS

Segundo Watson, (apud Dudt e Giffin, 1985, p.94), “conceitos são pinturas mentais, palavras que simbolizam idéias e significados e que expressam uma abstração”. Com isto, entendo os conceitos como formas de materialização de nossas abstrações que guiarão nossa interpretação dos fenômenos, bem como encaminharão a análise do mesmo guiando a prática metodológica para assistência ao paciente e família.

- Enfermagem - Enfermeiro

Enfermagem: é a ciência e a arte fundamentada mais nas ciências humanas do que nas ciências naturais. Propõe assistir o homem da concepção até a morte como uma unidade viva que participa qualitativamente de suas experiências de saúde e da prática de enfermagem (Parse, 1981). Enfoca na sua assistência a qualidade de vida do homem e família a partir de suas perspectivas. A prática do enfermeiro é considerada social, direcionada às pessoas coletivamente e não necessariamente a grupos de pessoas ou pessoas com patologias. Para tal utiliza-se de um corpo abstrato de conhecimento, sendo sua responsabilidade para com a sociedade, guiar homem e família na escolha de possibilidade para modificar seu processo de saúde. A enfermagem pode ainda ser definida como um “desabrochar, um transformar mútuo e simultâneo [do homem] com o mundo, transcendendo [com as possibilidades] com grande diversidade e complexidade”. (Parse, 1981, p.72).

O enfermeiro é o homem, profissional, vivendo a prática de enfermagem. No desenvolver de suas funções junto aos homens, família e funcionário, atua como educador e guia interpessoal. Esta última função se reflete na dimensão da prática de **esclarecer significados para explicar**; a função de **agente de trocas** (modificador) se reflete na dimensão assistencial de **mobilizar a transcendência**, para ir além do significado atual para um ainda não explícito.

A característica da assistência prestada pelo enfermeiro é guiar o homem que determina as atividades para modificar seus padrões de saúde. Ao enfermeiro cabe apenas indicar ao homem possíveis possibilidades de transcendência para atual situação.

Numa unidade de emergência a enfermagem e o enfermeiro procuraria ver o homem como ser participativo, como autoridade no seu processo de saúde. Muitas vezes o risco de vida poderia fazer com que o enfermeiro tomasse a frente no processo de saúde do homem, porém estes deveria ser colocados à família com clareza e justificativamente.

- Prática de Enfermagem

A prática de enfermagem é considerada inovadora, criativa e não está de acordo com regras prescritivas. Ocorre no contexto onde estão presentes o homem-enfermeiro ou enfermeiro-grupo participativo. Está ligada à função do enfermeiro de esclarecedor de significados; de agente modificador e de mobilizador de energia para transcendência objetivando a co-criação de valores vividos nos padrões de interrelação, a escolha refletida

de pontos de vista; a avaliação de possibilidades para mudar o processo de saúde, através da participação intersubjetiva do enfermeiro com os homens e as famílias. Na realidade esta prática ocorre permeada num relacionamento de “sujeito para sujeito, um carinho, presença verdadeira com o outro para promover a saúde e a qualidade de vida” (Winkler, 1985, p.280).

O que caracteriza esta prática é o conhecimento por parte do enfermeiro da perspectiva de saúde do homem, conhecida através da descrição pessoal do homem sobre o assunto. E são expressas através de significados de valores pessoais e perspectiva de saúde através dos padrões de relacionamento com os outros e com o mundo através de palavras, tonalidade, tempo e volume da voz bem como por gestos, toques e postura.

A prática de enfermagem numa unidade de emergência torna-se primordial, pois a situação exige muitas vezes tomadas de decisões muito complexas, que podem envolver risco de vida de si próprio ou de um familiar. Neste caso o enfermeiro surge no encontro como um “mediador” entre o conhecido e o desconhecido, e deve agir na situação para prevenir a doença do homem e da família estimulando-os e dar significados a situação bem como mobilizar a transcendência da situação atual para uma mais saudável.

Esta metodologia coaduna-se com a própria origem da palavra educação “ex-ducere” do latim “conduzir ou arrancar para fora”. Emerge como uma ação de conduzir ou arrancar alguém para fora do lugar ou condição em que se encontra existindo. O lugar não na acepção física e geográfica, mas na condição de existência e posicionamento do homem no mundo frente as situações.

- Homem

O homem é uma unidade viva, aberta e intencional por natureza que co-participa com o meio em criar e transformar, estando presente ao mundo, envolvendo-se com ele para co-constituir e criar seus projetos pessoais (criar padrões de relacionamento), seu processo de saúde, escolhendo livremente significados para situações e formas de viver, sendo também responsável pelas decisões que toma.

O homem é a unidade de relação homem-mundo, pois o homem projeta no mundo suas possibilidades, quando esta ocorre ele não é sozinho, é um ser com, em comum manifesto através do trabalho, na solicitude com os outros, o que conduz ao amor e a comunicação direta. É neste relacionar-se dialético com o mundo, e com outros homens é que o homem cresce, quando vislumbra uma possibilidade de não ser mais. Isto está ligado a historicidade

do homem e reflete suas ligações com seus predecessores e contemporâneos, bem como é limitado por esta relação. Isto é coerente com o pensamento de Sartre que busca entender o existir do homem no mundo e suas relações.

O homem participa na co-criação do “eu” e conhece a compreensão de seus objetivos e alcances concretos através da percepção do outro, pois o homem está no mundo com outros, portanto co-existe. Nesta co-existência homem com outros homens ele interage (vê e convive) com várias visões de mundo dando assim, significados a todos as suas relações.

O homem-cliente na unidade de emergência é entendido como este ser unitário, vivo, intencional que está no mundo com outros. E que mais do que outros homens pode encontrar-se no limiar do não ser ou deixar de ser, o que lhe traz muitas angústias e ansiedades interferindo sobremaneira no seu processo de saúde.

O homem também é o enfermeiro que atua na unidade de emergência que como cliente é uma unidade viva, intencional, que está no mundo com os outros e com quem o cliente irá interagir. E que deverá utilizar-se do seu conhecimento para ajudar, o cliente a transcender a situação atual do seu processo de saúde.

- Meio

O homem e meio são tratados como um constructo, o que dificulta explicar este conceito separadamente. Isto é consistente como pensamento que Rogers (apud Silva, 1990, p.85) que diz que o homem e o meio são sistemas complementares, não dicotômicos, que trocam energia e matéria continuamente entre si, e isto resulta em constantes transformações para níveis crescentes de complexidade e heterogeneidade.

O intercâmbio de energia do homem com o meio é relativo e simultâneo em muitos níveis, com um infinito número de universo/mundo que existem simultaneamente dentro do meio individual. Isto é, cada pessoa percebe o meio de uma forma, portanto ele é único e irreduzível, isto é, só pode ser percebido no seu todo.

O meio do cliente de emergência, é formado por ele e por suas relações com a família, sociedade, equipe de saúde e com o próprio ambiente físico.

- Processo de Saúde

É considerado como padrões de relacionamento do homem com o mundo. São representações fundamentais de valores pessoais e culturais. Em síntese, é um estilo de vida,

no qual o homem relaciona valores prioritários das experiências multidimensionais criadas do intercâmbio de energia com o meio e com os outros. É um processo aberto de transformação experienciado pelo homem, é um processo intersubjetivo - estar presente ao mundo, relacionar-se com ele - de transcender com as possibilidades. A idéia de transcendência é declarada no processo de saúde, com o alcançar além das atuais possibilidades através do intercâmbio de energia entre pessoas e pessoa e meio. Este processo de co-existir envolve o risco do EU do cliente em confronto com a possibilidade dele deixar de ser, por uma questão patológica ou simplesmente por uma confrontação com outras visões de mundo, por exemplo deixar de ser um trabalhador ou deixar de ser mãe pois seu filho esta morrendo . Este co-existir então, é um padrão de relacionamento intersubjetivo para a transcendência da atual situação no processo de saúde. A doença neste processo é mais um dos padrões de interrelação do homem com outros e com meio. O processo de saúde não é um continuum, antes é um dos muitos universos possíveis do meio da pessoa, e é a parte dos resultados e escolha de possibilidades.

Na situação de emergência o processo de saúde é o principal conceito envolvido, pois a situação envolve um constante risco do homem deixar de ser, ou adiar sua vida temporariamente. De acordo com a forma como ele puder ver possibilidades para a sua situação o processo torna-se mais saudável ou penderá mais para uma situação de doença.

3.1 - OS CLIENTES

Na aplicação desta metodologia para a prática, todo cliente da emergência seria um cliente para o estudo, independente de qualquer preconceito, salvaguardada sua autorização para registro e utilização dos dados no relatório do estudo, desde de que houvesse a possibilidade de iniciar uma interação com o cliente.

Quando um paciente chegava à emergência, na grande maioria das vezes, entra em contato com a equipe de enfermagem, seja para receber uma medicação, no caso de uma internação para uma entrevista de admissão e principalmente nas emergências. Nestes casos uma evolução de enfermagem era feita pelo enfermeiro, onde procurava-se levantar aspectos relacionados ao motivo da internação, doenças pregressas, bem como tentava-se levantar aspectos relacionados ao estado geral (bem estar, ansiedade, estresses) do paciente.

Era neste contato que a família geralmente ajudava, contando situações passadas, detalhes do acontecimento, e era onde ela também conhecia o enfermeiro e fazia suas

perguntas, tirava dúvidas, procurava os limites da sua situação, dando significados ao que acontecia no momento. Estes significados muitas vezes mostravam-se implícitos em suas falas e desvelam-se na tonalidade, volume e tempo da voz bem como nos gestos, toques e postura. Esta dimensão é denominada por Parse como o “Iluminar Significados é lançar luzes na situação, revelando o que foi, é, e será e como se apresenta agora”. Isto é, o cliente e a família procuravam explicação do que era, e estava acontecendo, e o enfermeiro agia como esclarecedor de significados. Quando se falava sobre os significados das situações, os sentimentos e pensamentos eram compartilhados com outros, que favorecia a mudança de significados a situação e a construção de um mais explícito.

O relacionamento do enfermeiro com o cliente e família era “Sujeito a Sujeito, um carinho, presença verdadeira com o outro para promover a saúde e a qualidade de vida”. (Fitzpatrick e Swhall, 1985). Este, conviver com a família e o cliente para compreendê-los envolvia confiança mútua e disponibilidade de ambos para ouvirem-se e sentirem-se mutuamente. A enfermeira começa então a acompanhar o ritmo da família e do cliente, movendo-se com o fluir da visão deles sobre a situação que é aprendida no momento anterior onde houve a discussão e compartilhamento dos pensamentos e sentimentos. Com isto pretendia-se reconhecer a harmonia no contexto vivido. Isto é, o que é consenso de todos, se as visões sobre a situação tem cunho real ou se é necessário retirar mais alguns véus para que uma real harmonia surgisse, promovendo então a qualidade de vida. A esta dimensão Parse denomina do “Sincronizar ritmos” ocorre no “reviver com” o propelir-se, desviar-se e resolver da cadência interhumana”.

Esta dimensão implicava muitas vezes em ter que abandonar antigas crenças que conflituam com a situação atual e a possibilidade da melhora da qualidade de vida.

Após as etapas de dar significado e sincronizar ritmos era possível lançar possibilidades sobre a situação. Isto é, imaginar, sonhar, encontrar formas de como ultrapassar aquele momento vivido. A enfermeira por sua vez tem o papel de guia, isto é, procurava juntamente com a família e cliente planejar meios para modificar os padrões de saúde vivida (as formas como enfrentar as situações). Este processo de “ir além” era o de transcender a situação atual garantindo a qualidade de vida de clientes e famílias.

Nesta metodologia pretendia-se atender o cliente e a família na emergência e após acompanhá-los por 48 horas nas unidades de destino, para efetuar uma avaliação dos

significados levantados na unidade de emergência sobre a situação e seu desenrolar, quando for caso de internação.

3.2 - REGISTRO DE DADOS

Os dados foram registrados baseados em lembranças completas e acuradas dos encontros e registrados em notas de campo e diário do enfermeiro.

Nas notas de campo foram incluídas as descrições dos encontros de forma não avaliativa, das conversas e dos relacionamentos feitos durante o compartilhar a situação.

No diário do enfermeiro foram registrados os sentimentos, percepções e avaliações sobre o andamento do estudo.

As notas foram feitas logo após cada encontro para garantir o registro mais completo e detalhado. Seguiu-se algumas sugestões apresentadas por Bogdan e Taylor (1975, p. 5-6) Apud Marcon (1989, p.76):

- a) deixou-se margens extensas ao longo das notas, as quais mais tarde serviram para comentários e codificações das mesmas;
- b) formaram-se novos parágrafos sempre que houveram mudança de assunto ou surgiram algum evento diferente;
- c) registrei sempre em cópia;
- d) mantive a linguagem utilizada pelas próprios informantes, com o objetivo de minimizar a perda de informações e garantir o máximo possível de fidedignidade.

Além do que foram utilizados codificações como as sugeridas por Bogdan e Taylor (1975, p.65-66) Apud Marcon (1989, p.77): “aspas para indicar recordações exatas e palavras textuais”; ‘apóstrofes’ para indicar menor precisão nas palavras e não utilização de qualquer marca para recordações razoáveis.

Após o registro das notas as codificações ocorreram com o objetivo de facilitar anotações. Os códigos que foram utilizados seguem a classificação proposta por Schatzman e Strauss (1973, p.99-101) apud Marcon (1989: 77-78) e são as seguintes:

- a) **NO.** Notas de observação: corresponderam ao registro de eventos experienciados por mim;

b) NT. Notas teóricas: referiram-se as análises e influências teóricas realizadas no transcorrer de coleta e análise dos dados, elas representaram uma tentativa de dar significado a uma ou a várias notas de campo;

c) NM. Notas metodológicas: referiram-se ao registro dos questionamentos, adaptações e mudanças feitos no tocante a procedimentos metodológicos adotados; refletiram as ações realizadas ou planejadas e reflexões sobre mim mesma enquanto profissional, condutas, sentimentos, interpretações e impressões.

3.3 - A PROPOSTA CONCRETIZADA

Este trabalho foi destinado a clientes e famílias do serviço de emergência de um hospital da capital. Foram considerados todos os clientes da emergência como clientes para a assistência de enfermagem. Independente do que o levou a emergência e desde de que tenha existido a possibilidade de interação.

O número de clientes neste período de trabalho foi grande, porém limitava-me a registrar no diário de campo, aqueles onde a interação foi mais duradoura, que geralmente durava dois dias, um pouco mais. No relatório de campo então constam catorze casos, abordando os clientes e familiares nas mais diversas situações de emergência, desde os casos simples como cefaléia, febre, amigdalites, entre outras até acidentes automobilísticos graves, suicídio, homicídio, atropelamento entre outros. Não foi escolhido também a faixa etária. Como o serviço é destinado a adultos foram assistidos clientes jovens como adolescentes, adultos jovens, adultos e pacientes idosos. Quanto ao sexo foram atendidos homens e mulheres sem distinção.

Quanto ao registro em prontuário, no serviço de emergência já existia o registro de admissão feito pelo enfermeiro, e a evolução diária do paciente. Que são duas em 24 horas. Na evolução são relatados os aspectos físicos do paciente, intercorrências do dia e controles (diurese, S.V., ingesta hídrica, eliminações e alimentação). Como já havia o meio de registro, quando achava necessário acrescentava em linhas gerais o que tinha ocorrido na interação com o paciente e familiares, o que considerava mais importante para ser de conhecimento geral, e o que deveria ser passado a outra equipe para dar continuidade a um trabalho. Como não é hábito geral no hospital os

médicos lerem as evoluções de enfermagem, quando encontrava o médico, contava-lhe o que tinha acontecido ou passava a uma colega para que conversasse com o médico.

Nas passagens de plantão fazia-se o relato de cada paciente e logicamente as observações das interações também eram passadas. Porém, nem sempre entendido pelos funcionários que ainda crêem que as enfermeiras que fazem isto, não tem muito o que fazer. Embora eu tenha observado que alguns funcionários, muitas vezes tomavam esta atitude solidária com os pacientes, paravam para conversar, davam atenção e estímulos positivos. Agindo em muitos casos como olheiros, dentro da emergência para comunicar as dificuldade do paciente e as necessidades de interação dos mesmos.

4. CONVIVENDO E COMPREENDENDO O RELATO DA EXPERIÊNCIA

“Era uma sexta-feira, faziam dois meses que eu estava no Serviço de Emergência. Eram 12:30h quando ouvi a sirene de uma ambulância. Ainda pensei, o César saiu daqui agora há pouco, e já está trazendo gente de novo, referindo-me ao Corpo de Bombeiros e ao Ten. César, do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar”.

Quando trabalha-se num serviço de emergência, nunca sabemos o que vamos receber, e já tínhamos recebido muitos atropelados, alguns acidentados de carro mas não como o que me deparei:

“Encaminhei-me em direção ao posto de enfermagem e a porta lateral de emergência, o intuito era ajudar a retirar a vítima da ambulância”.

A emergência é um local muito estranho até nos acostumarmos com o meio, pois se você tiver trabalho o dia todo, como sempre tínhamos, num plantão de 12 horas você não via a rua. Lembro que muitas vezes alguém chegava ou ligava e nos contava que estava chovendo, ou que havia um lindo dia de praia lá fora. Analisando isto para nós funcionários não era tão pesado, pois o trabalho tratava de distrair-nos, mas e o paciente? Deitado numa maca, num meio estranho, com crenças sobre este meio, só, sem ver sol, chuva, árvores e ar puro . . .

“De repente tudo muda. Um policial militar pula para dentro da emergência gritando: “foi um assalto, ele levou um tiro na cabeça !”. O choque para mim foi tão grande, que minha reação foi técnica: entrei na sala de reanimação, comecei a preparar

soro fisiológico, cateter de teflon calibroso 14, equipo, polifix, luva, enquanto aguardava a vítima ser retirada do carro por outros funcionários. Quando o rapaz chegou iniciamos as manobras de suporte a vida: via aérea, acesso venoso, coleta de material para laboratório, estancamento de hemorragia, cada pessoa da equipe fazia uma parte, tudo muito sincronizado como se tivesse sido treinado. E a emergência tornava-se pouco-a-pouco um burburinho, além dos dois médicos da emergência foram chamados os anestesistas e um intensivista. O rapaz chegou à emergência já com midriase (diminuição oxigenal cerebral) parálitica, porém o coração mantinha-se firme. Afinal era um jovem de 22 anos, saudável, e sem vícios como vim a descobrir depois. Tudo corria bem, mas no momento em que foram entubar o rapaz, ele fez parada respiratória.

No momento que ocorre uma emergência dentro da outra, como foi o caso aqui, parece que uma descarga elétrica perpassa toda a equipe e todos se agitam para resolver o problema.

“Começamos então o suporte respiratório ao paciente. E a revolta começou a espalhar-se pela sala de reanimação, partindo dos membros da equipe de enfermagem e dos médicos. Muito baixinho ouviam-se os comentários”:

“Como é possível ? 22 anos e acontece isso ?”

“A polícia deveria pegar uns marginais destes e matar?”

“Como é que não pode existir pena de morte no Brasil?”

Este foi um momento de enfrentamento da situação para a equipe, havia uma grande emoção. E isso geralmente ocorre quando o paciente é jovem, e teve um ‘acidente’ tão trágico. As emoções e as comparações com suas próprias famílias, fazem-nos solidários com as dores dos familiares. No serviço onde foi desenvolvido este trabalho, observei que há grande qualidade de atendimento técnico, porém existe a falha no interrelacionamento pessoal. É algo como uma falta de paciência do funcionário com os outros. Isto até poderia ser minimizado se lembrarmos da sobrecarga de trabalho, a falta de estímulos e motivação para o trabalho. Isto aliás é o mal do serviço público, não existe reconhecimento ao bom funcionário, ao serviço bem desempenhado e de qualidade. E é este confronto com a realidade do profissional de enfermagem que não lhe traz perspectivas ou possibilidades futuras, e que lhe dificulta o entender e transformar seu trabalho.

“Quando o atendimento frenético começou a acalmar, desocupeimei-me um pouco, e logo comecei a ouvir gritos altos, desesperados que invadiam a emergência. Neste

momento, lembrei-me da família. Quando cheguei a recepção vi uma mocinha toda vestida de preto com as mãos apoiadas na parede e pessoas a volta tentando acamá-la. Nisso chamaram-me novamente a reanimação, não me recordo para que. E logo que pude, saí com o intuito de ir conversar com a família”.

Existe uma grande dualidade de emoções quando se pensa em ir falar com uma família numa situação como esta: Primeiro: O que você vai dizer para ela; segundo: será que eles me querem perto deles; terceiro: sinto como se fosse minha obrigação ir lá confortá-los pelo menos. Procurando um sentido em Parse (1981), este é o papel do enfermeiro-homem, que tem a função de esclarecer significados para explicar; função de agente de trocas, e de mobilizador de energias para transformar significados e comportamentos ou padrões no processo de saúde. Além do papel de homem que não está sozinho, e um ser com, em comum, manifestados através do trabalho, na solicitude com os outros, o que conduz ao amor e a comunicação direta. E é exatamente neste encontro de relação com os outros que o profissional de enfermagem modifica sua prática, cresce como pessoa e como profissional.

“A namorada do rapaz que presenciou a todo o ocorrido e um outro amigos deles estavam na sala de triagem, um consultório onde muitas e muitas vezes deixei as famílias permanecerem enquanto aguardavam as notícias de seu familiar.

Tentei acalmá-la dizendo que tudo que era possível estava sendo feito. Que fosse corajosa e tivesse fé. Ela estava muito descontrolada emocionalmente, não sei se a ajudei neste momento. Porém forneci informações, tentei confortá-la”.

Parece que um momento inicial, do choque onde nada do que é dito é levado a sério, é quase uma necessidade que eles têm de ouvir o que eles querem ouvir. Porém, já se inicia uma conscientização de que as possibilidades podem variar.

“Logo chega André, um conhecido de longa data que era cunhado do rapaz, dizendo que era necessário avisar o pai do rapaz. A namorada não queria, pois o sogro tinha problemas cardíacos e poderia piorar. Mas a notícia de assalto, já corria a cidade e o próprio André já havia sabido do caso no seu local de trabalho. Eles pediram minha opinião, eu disse que a escolha era deles. Vimos juntos que se não fosse avisado ao pai do rapaz, ele poderia saber de forma mais brusca, e quem sabe, não seria pior”.

Quando se observa necessidade de tomada de decisão, sentimos forte a presença do transformar-se, ter que modificar um padrão de comportamento no processo de saúde para

garantir o bem-estar. Neste momento é necessário pensar em conjunto e o choro convulsivo da namorada do rapaz cessa para que a melhor possibilidade seja a escolhida.

“Sai novamente da sala e fui providenciar algumas coisas para a sala de reanimação. Eu estava me sentindo bem fazendo este tipo de trabalho, e me sentindo forte, conseguindo segurar a “barra”, junto com eles.

Quando voltei ao consultório já estavam lá o pai e a mãe do rapaz. A namorada dele já estava mais clama, e o calmante fazia seu efeito. Ela tomou uma atitude inesperada abraçou-se em mim e perguntou pelo rapaz, fiz o que eu podia: confirmei que tudo o que era possível estava sendo feito, que todos os exames estavam providenciados e que seu coração batia forte e saudável. Porém ele estava dormindo por causa dos anestésicos”.

Em nenhum momento eu menti para a família, mas eu pessoalmente já tinha fortes dúvidas sobre a recuperação do rapaz. Pensava que não era momento e nem minha função dar-lhes qualquer outro tipo de informação adicional.

“O pai do rapaz, logo quis saber do filho, descontrolou-se, queria falar com um médico . . . Saiu do corredor e ia para a sala de reanimação. Corri, chamei o cirurgião para conversar com ele. Eu tinha medo do choque que provocaria neles ver o filho com um tubo entrando pela boca, com respirador, cabeça raspada e desacordado. Fiquei com medo do problema cardíaco do pai do rapaz”.

Muitas vezes no serviço de emergência, acho preferível preservar a família de cenas mais fortes. Principalmente numa cena como a descrita, além do que eu já contei a visualização do ente querido, numa sala tão grande de aspecto frio, sobre uma maca, nu e coberto por um lençol, causa uma terrível sensação de que não estão fazendo nada por ele, mesmo que você tenha um funcionário ao lado para controlar qualquer alteração que ocorra. Isto é característico da emergência, a sensação de que paciente em macas e cadeiras de rodas não são cuidados, o sentimento de abandono que passa é muito forte.

“O médico convenceu o pai do rapaz a voltar para o consultório enquanto passávamos com o rapaz para a tomografia. Havia desespero generalizado no consultório, controlado de alguma forma por mim (que estava me sentindo emocionalmente envolvida) e pelo André. Eles “adotaram-me” como mediadora entre eles e o meio, e a situação de filho. Pediram-me que olhasse o rapaz e viesse dar notícias, e eu fiz isso muitas vezes. Incentivava-os a crer no serviço prestado, já que eu também acreditava e via estar sendo feito com desvelo, alimentava suas esperanças até a vinda do

resultado da tomografia. A assistente social esteve presente, por muito pouco tempo, perguntou aos familiares se necessitavam de alguma coisa e retirou-se após resposta negativa”.

Foi a partir deste momento quando o relacionamento com a enfermeira se estabeleceu que eu vi as dimensões do trabalho de Parse (1981) aflorarem. Foi ao mostrar-me disponível para eles e que eles entenderam que eu queria ajudá-los e que ficaria com eles. Agora também, os abraços, afagos na mão e na cabeça entre familiares e eu tornaram-se bem mais freqüentes.

“Eram mais de 14:30 h quando o rapaz voltou da tomografia. Fiz várias perguntas aos médicos sobre o estado dele, que na verdade, não eram nada animadores e fui falar com a família. Pediram novamente que nunca deixasse de vê-los e de dar notícias. Conteí a eles a história mais suave, não falei da possível seqüela neurológica que talvez já estivesse instalada. Pedi que continuassem confiando e tendo fé. Despedi-me dizendo que passaria no dia seguinte. Passei com a enfermeira da tarde pelo consultório apresentei-a e fui embora. Mais uma aula do mestrado que eu chego atrasada”.

Quando se observa uma família numa situação de emergência, tem-se que valorizar esta sua capacidade de pedir e aceitar ajuda. Para eles existe, ao que parece, o entendimento do homem com o meio e com outros homens, este relacionamento é que resultará nas constantes transformações, do homem, para crescentes níveis de complexidade e heterogeneidade.

Como pode ser observado no relato, muitas vezes tive que tomar decisões pela família, ou utilizando a linguagem do meu marco, eu tinha possibilidades a minha frente e escolhi a que eu acreditei poder trazer benefícios para a família. Pelo menos não agravando os quadros de saúde existentes naquela família. Esta decisão pode muito bem ser questionada, pois contraria, o que me propus no início: uma prática compartilhada, co-participativa e compreensiva.

Porém, creio haver dois tipos de decisões dentro da profissão de enfermeiro. Uma decisão denominada técnica, que é inerente à profissão e também confirmada por Parse (1981); que dispõe sobre a proteção da vida da concepção até a morte. Então se existirem situações que colocam em risco a vida de uma pessoa eu tenho o direito/dever de intervir. Há também a decisão educativa, onde o que pretendo são mudanças de comportamento para modificar o processo de saúde de cada um. Neste momento é que todo o controle deve

ser entregue ao cliente/família e a enfermeira trabalhar como guia de montanha: desmistificar as trilhas para o cimo, tirar dúvidas sobre as diversas trilhas, levar em conta experiências anteriores dos escaladores para que eles tomem a decisão de como atingir seu objetivo.

Isto ocorre tudo de uma vez na mente do guia e escalador. O primeiro princípio enfoca o significado da situação, o que está sendo imaginado a respeito do mesmo, o que o cliente valoriza e acaba comunicando. É neste momento onde geralmente desvenda-se o que é o processo de saúde de cada um. O segundo princípio revelar e ocultar é o jogo, o conflito vivido pelo cliente-enfermeiro na procura das possibilidades, que muitas vezes chocam-se com seus valores. Mas muitas vezes na situação de emergência você é obrigado a ocultar, limitar e desligar, muitas vezes em função da decisão técnica. O terceiro princípio vai ao encontro da possibilidade escolhida, reforçando significados, originando valores, gerando a transformação no processo de saúde. Isso não é unilateral, ocorre tanto com o enfermeiro quanto com o cliente, por isso a prática é tão inovadora, pois é co-criada, convivida e co-transformadora de ambos.

Outro ponto que chamou-me bastante atenção foi a questão de fé em Deus. Eu particularmente não sigo uma religião, mas eu me vi muitas vezes dizendo a eles que acreditassem em Deus, tivessem fé. E isto é bastante comum na situações de emergência a procura de consolo em “energias” superiores.

Sempre me questioneei a respeito desta família, que no meu envolvimento e conhecimento que tinha, não sentia-me encorajada a dizer as verdades sobre o quadro clínico real do rapaz. Muitas vezes foi um dilema ético para mim. Só abrandado pelo fato de eu sentir-me realmente envolvida por eles e por sua situação e por perceber que eles ainda não estavam preparados para as verdades pois acreditavam muito na recuperação do rapaz.

“Sábado cheguei ao hospital às 07:00h e na passagem de plantão disseram-me que o rapaz havia sido transferido para a UTI. Passei o início da manhã todo na correria da higiene dos pacientes. Quando eram 9:00h me chamaram ao telefone, era a namorada do rapaz, que chorando pedia-me que fosse vê-los na portaria. Desocupeimei-me como pude e subi à portaria”.

Quando ela chamou-me senti que havia desempenhado meu papel de forma correta no dia anterior e que havia me tornado para a família a referência que eu imaginava ser parte das funções da enfermeira.

“Conversei com um outro familiar e logo vi a namorada do rapaz sentada no chão de pernas cruzadas, olhava o jardim que fica em frente ao refeitório dos funcionários:

- *“Oi como estás ?” - falei colocando a mão em seu cabelo.*

- *“Bem: Já viste ele hoje ?”*

- *“Não, eu ainda não estive lá”.*

- *“Vai lá. Vê como ele está e vem dizer para nós”.*

Para aquela solicitação não tive coragem de dizer não. Afinal a sensação de ter um ente querido internado na UTI há quase 24 horas e só tê-lo visto na noite anterior, deve ser a de desespero, causado pela falta de informação e conhecimento dos fatos.

“Subi a UTI, perguntei à enfermeira do plantão sobre o rapaz. Ela respondeu-me que o estado dele era grave, mas que seu quadro geral era estável. Cheguei perto para tocá-lo, foi impulsivo de minha parte, mas achei que devia. Segui minha intuição. Voltei a conversar com a enfermeira para buscar mais informações e confirmar minhas suspeitas sobre o quadro clínico.

- *“Ele não tem mais volta?”*

- *“Não, já está com morte neurológica”.*

- *“Tem certeza?”*

- *“Você é da família?”*

- *“Não, eu só o atendi ontem na emergência”.*

Que situação estranha eu vivi naquele momento. Eu não queria acreditar no que a enfermeira havia me dito. E a enfermeira da UTI por sua vez deveria estar achando muito esquisito minha conduta. Acho mesmo que, pela sua reação, ela ficou um pouco contrariada com as perguntas.

Porém como já me sentia envolvida pela situação da família não liguei para a atitude dela.

“Desci, expliquei à família como ele estava, omitindo a morte neurológica. Não tinha coragem de contar-lhes principalmente porque sentia que eles não queriam ou ainda não estivessem preparados para a notícia. Pois todo o tempo repetiam.

- *“Você vai ver, ele ainda vai vir te visitar!”*

Sem coragem eu respondia que esperaria a visita. E eles reafirmavam suas esperanças dizendo-me:

- *“Ele é tão brincalhão, você vai adorá-lo”.*

Eu continuava com os meus sentimentos de culpa, por omissão do que eu sabia. Eu necessitava contar-lhes, mas como?"

Esta sensação de não estar sendo eticamente correta me deixava angustiada. Eu sabia que a pessoa responsável por informar a família da morte neurológica era o médico, então eticamente eu estava correta. Mas a sensação de estar sendo uma pessoa confiável para a família e não lhes contar o que ocorria, era um pesadelo para mim.

"Às 12:00h subi novamente à UTI, vi o rapaz e desci para o almoço. André me esperava na portaria.

- "E aí Liliam como ele está?"

Este foi o momento de certo alívio para mim. Pois tinha diante de mim uma pessoa de quem de certa forma, eu conhecia o comportamento e os sentimentos.

- "André, nós nos conhecemos há mais tempo, e eu tenho que compartilhar o que eu sei com alguém: ele praticamente não tem volta, infelizmente . . ."

- "Por que?"

- "A bala atingiu partes importantes do cérebro. Ele já está com morte cerebral, só está vivo realmente porque o coração é forte, ele é jovem e saudável. Creio que os familiares não estão muito preparados para esta notícia e é preciso ajudá-los, prepará-los pois logo receberão a notícia oficialmente.

André concorda com a cabeça. Dirigi-me então à família, reafirmei as novidades da manhã, pedi que tivessem fé e que se ajudassem mutuamente".

Este momento para mim foi importante, poder compartilhar com alguém a minha angustia.

"Logo perguntei à namorada do rapaz se gostaria de almoçar comigo, ela respondeu-me que não, pois às 12:00h fariam uma corrente de orações. Recomendei-lhe que se alimentasse, pois poderia tornar-se doente, e que ela deveria ser forte; para os pais dele sua força seria importante. Ela já estava "mais feliz", semblante mais sorridente.

Durante a tarde fui mais duas vezes à UTI, e novamente desci para a portaria para dar as informações. Já era conhecida por eles, e recebida com carinho, diziam sobre mim "Nosso anjo do hospital" e que havia também um anjo em casa, uma amiga da família.

"Sempre que chegava eu era abraçada e beijada pela mãe do rapaz, pela namorada dele. A cada momento mais eu me sentia envolvida. Nunca cheguei a chorar com eles, mas

muitas vezes sentia meus olhos encherem-se de lágrimas quando eles choravam. Sentia-me envolvida por mim mesma, pelo meu noivo, pelo senso de justiça que eu tinha e pelo que eu sabia sobre família”.

Comecei a sentir-me parte daquele grupo e da situação. Estava sentindo-me envolvida pela situação deles e por já estar colocando-me no lugar deles. Fazendo comparações com minha própria vida.

“Eu me sentia cercada, no sentido que cada vez mais estar sentindo-me encurralada entre emoções: de ser querida pela família e estar com sentimento de culpa pelas “mentiras” ou melhor, pelas coisas que omiti, ou ainda por imaginar que eles não queriam ouvir as notícias ruins. Que não havia mais recursos. Soube que eles chamaram todos os recursos religiosos e paranormais possíveis e que estes diziam que talvez houvesse uma chance. Isto alimentava a esperança e a fé deles”.

Analisando acho que era isto que eu fazia, alimentava a fé da família, não com mentiras, mas com omissões. Isto para mim foi muito difícil, é contra minha natureza manter uma situação assim. Além de ser eticamente um dilema.

“A solução para o meu sentimento de culpa foi um cartão onde eu pedia que colocassem a decisão na mãos de Deus, pois ele era pai e saberia o que é melhor para um de seus filhos. E que fossem fortes, carinhosos e receptivos com a decisão de Deus”. Eu fugi, não tinha coragem de enfrentá-los e desarmar o pequeno mundo de esperanças que eles se colocaram”.

O cartão aliviou-me, porém não soube o efeito neles, creio que eu necessitava começar a prepará-los para a notícia que em breve viria.

Domingo estive na beira-mar. Bem perto do hospital, tive uma grande tentação de visitá-los. Porém achei melhor não ir, sentia meu envolvimento muito forte e logicamente naquele momento eu queria fugir.

“Na segunda-feira, a namorada do rapaz chamou-me novamente. Ela estava muito feliz, semblante alegre e descontraída. Junto com ela a mãe do rapaz.

- *“Oi, tudo bem?”*

- *“Tudo Liliam eu tenho uma ótima notícia”.*

- *“É mesmo! Posso saber?”*

- *“Claro! Já tivemos um sinal, ele vai ficar bom”.*

- *“Que bom! De onde veio esta boa notícia?”*

- *“Ah! do além. Eu pedi que você viesse . . ., leva esta oração lá e passa na cabeça dele. É uma oração da Nossa Senhora da Cabeça. Faz isso por favor”.*

Quando ela contou-me a notícia, senti um aperto por dentro e mais uma vez a confirmação de que eles não estavam preparados para a verdade. Foi mais um impasse para mim.

- *“Claro e já estou indo. Depois procuro vocês”.*

Eu fui, subi até a UTI, perguntei à enfermeira como ele estava e ela me confirmou:

- *Coma de passe!*

Cheguei muito sem jeito ao lado da cama dele, e passei o papel com a oração sobre sua cabeça. Não quis nem olhar para trás. Não queria saber se me olhavam ou não. E me preocupou o que os outros pensariam dos meus atos. Mas mesmo assim fiz e desejei forças para ele”.

Eu sabia que esta tinha sido a escolha da família todo o tempo, crer numa cura milagrosa e isso de certa forma é que os mantinha saudáveis. Quanto a mim sentia-me constrangida e ao mesmo tempo sob o olhar “crítico” de outros colegas, quando ia a UTI, por exemplo. Porém, sempre sentia-me mais fiel a família do que aos meus próprios conhecimentos. Eu sabia que não haveria retorno para o rapaz, mas mesmo assim eu passei a oração na cabeça dele. Pensando hoje sobre o assunto tomaria a mesma atitude novamente, para ele como o todo inseparável que era: corpo físico, espírito, sentimentos . .

“Desci para falar com a família. Mais uma vez muito bem recebida por eles. Contei como ele estava, sinais vitais mantidos, mais uma vez omiti o coma de passe. Antes de ir embora fui a UTI novamente e desci para vê-los. A família era um contrastante: a mãe aparentemente muito forte, confiante; o pai desesperado, choroso achava o filho maravilhoso; a namorada, naquele amor imenso, com foto dos dois, certa que tudo voltaria ao normal pela força de sua fé e do seu amor”.

A família, assim que a situação inteirou-se dos acontecimentos tomou os aspectos descritos e por quatro dias não houve modificação. A escolha pela fé era clara e eles acreditavam realmente que ele ficaria bom. A sensação que nos passa neste momento é que tudo se pode fazer e mudar pela fé e pelo amor.

Terça-feira. “Fui ver a família, perguntaram se eu já havia visto o rapaz, eu disse que não, que primeiro era eles, depois ele. Tudo estava bem, sem anormalidades. Logo subi e

o rapaz já estava no isolamento, apresentava bradicardia. Eram 8:00h. Li o prontuário, conversei com a enfermeira.:

- "Coma de passe, não demora muito. O médico, segundo li, já havia comunicado à família, achei que também era minha hora de abrir o jogo".

Desci, sentei num banco ao lado da namorada do rapaz.

- "Olha, ele não esta nada bem. O coração que ainda estava batendo forte está diminuindo os batimentos, já estava em 60-57 bpm".

- "Não, eu não acredito . . . disse a namorada do rapaz". Eu a abracei e me emocionei com a situação que ela vivia. Era a situação de deixar de ser perante a morte, iminente do ser amado. Era um novo momento de escolhas de possibilidades para ela. E mais uma vez eu comparei sua situação à minha.

- "Liliam, tu me desculpa mas eu não vou acreditar em ti".

Mais uma vez ela escolheu, acreditar na fé e no amor capaz de tudo curar.

- "Não, eu não quero que você acredite, só quero que se algo vier a acontecer você saiba".

Na verdade eu respeitei a sua vontade, porém também senti-me melhor, afinal eu já não estava enganando ninguém. Sentia-me agora como uma presença mais verdadeira para eles.

"A moça e o pai do rapaz abraçaram-se e choravam, eu também os abracei. Pedi novamente a eles coragem".

O pai do rapaz começou a passar mal, levei-o a emergência junto com sua esposa e uma amiga. Ele foi caminhando, mas enquanto esperávamos conversamos no consultório. A família parecia estar começando a preparar-se para o desfecho final. Já falavam de roupas que ele mais gostava e de como o vestiriam para ele ir para Deus. "exatamente como veio bonito e bem arrumado".

"Por volta de 13:00h estive novamente na UTI. O rapaz já estava com batimentos cardíacos normais 80-90bpm. Desci a portaria, conversei com a família, contei que esta melhora não significava que ele estava fora de perigo de vida. A namorada do rapaz mantinha-se na certeza que este era o sinal de reação e que ele logo melhoraria. Porém o pai do rapaz falava a todos:

- "Gente é triste, mas nós não podemos nos enganar, os médicos já falaram."

- "Não, ele vai melhorar, você vai ver. Dizia a mãe do rapaz".

A situação era um misto de esperança e realidade mexendo com aquelas pessoas. A namorada feliz e confiante e a mãe do rapaz também. Somente o pai estava “caindo” na real. Os papéis inverteram-se, quem era forte (mãe e namorada) no início tornaram-se frágeis e quem era frágil, fortaleceu-se”.

A opção foi feita por algumas pessoas como a namorada do rapaz no princípio, crer na cura incondicionalmente, foi o pai do rapaz, apesar de demonstrar-se frágil, que na realidade procurava mais elementos para não escolher precipitadamente, e talvez aliviar o sofrimento por não crer demais numa cura. Na realidade este é o processo de saúde, um estilo de confrontar-se com a situação e escolher adequadamente a melhor possibilidade para transformar, modificar o desfecho da situação.

“Fui embora, beijos, abraços e muito carinho”. No outro dia, soube que o rapaz faleceu naquela tarde. A reação familiar foi muito dolorosa, pelo que contaram-me”.

01/12/92. Terça-feira.

“Estava no banho, senti um forte impulso de ligar para a família. Mas será que eles querem me ver ou ouvir. Será uma lembrança dos momentos de sofrimento?”

“Liguei primeiro para a namorada do rapaz. Ela contou-me que estava superando bem, já tinha voltado ao trabalho. Porém a família dele estava muito abatida, mantinham a casa fechada e tinham “montado um altar”, com as fotos dele. Perguntei se seria bom eu ligar, ela confirmou que sim, que seria muito bom para eles”.

Apesar do sofrimento dela durante o período de internação hospitalar do rapaz, ela agora estava bem mais harmonizada com a situação e já fazia escolhas para modificar aquela situação.

“Liguei para a mãe do rapaz. Ao sentar-me ao lado do telefone comecei a ter taquicardia, disquei o número, não sabia quem atenderia . . .

Alguém atendeu, era uma mulher.

- De onde fala por favor?

- Com quem quer falar?

- Com Dona . . .

- É ela.

- D. . . . é Liliam. Tá lembrada de mim?

- Só pela voz dá para saber quem é.

- Que bom não me esqueceram. Estou ligando para saber como vocês estão?

- Ah minha filha, mau! A saudade dele é tanta.

- Mas é natural D. . . ., ainda é cedo para esquecer . . .

- É, mas nós achamos que com o tempo seria mais fácil.

- Mas é assim, a gente tem um tempo para sofrer e outro para reconstruir . .

- É verdade, mas nós achamos que quanto mais tempo passasse mais fácil seria. No começo a gente pensava que ele estava trabalhando e que voltaria. Agora a gente vê que não é mais assim.

- Então D. . . ., aos poucos a dor fica menor, mas não a saudade e o amor de vocês por ele.

- Ah minha filha nós andamos mal, ainda mais agora nesta época de natal. Ele gostava tanto. Nesta época nós já estávamos com o presépio montado. Ele montava com o pai, saía para pegar barba de velho . . . Agora não tem mais natal para nós . . .

- Que é isso D. . . ., já que ele gostava tanto, porque vocês não arrumam tudo como uma homenagem a ele.

- Não minha filha, ninguém tem mais vontade nesta casa . . .

- E o seu . . . ?

- Tá triste, desanimado . . .

- Já voltou ao trabalho?

- Já. Ele ia gostar de falar contigo.

- Bom D. . . . eu espero que tudo melhore para vocês. Tudo de bom. Precisando de alguma coisa meu telefone é . . .

- Obrigado por ter ligado . . .

- Um beijo D. . .

O SEGUNDO CASO

“Cheguei ao hospital no domingo à 18:30 horas, havi ainda algum tempo antes da passagem de plantão e fui conhecer os pacientes internados. Conversei com todos e havia um menino sentado numa cadeira junto a uma senhora que parecia ser sua mãe. Observei mas não falei com eles.

Durante a passagem de plantão, não o citaram então eu perguntei. Informaram-me que tratava-se de um caso suspeito de leptospirose e que aguardava exames. Eram mais ou menos 20:00Hs quando fui conversar com eles:

- Olá como vai? Eu sou a enfermeira Liliam. O que aconteceu com o Luiz?

- Ele está assim desde sexta feira à noite, levei em outros dois hospitais e disseram que era amigdalite, levei ele para casa e ele só dorme desde então... tem dor no corpo... Ontem levei no hospital X e disseram que era resfriado, mas agora ele está mais doído ainda..."

Que complicado a emergência lotada e eu não tinha como acomodá-lo melhor. Eu sabia que havia uma maca livre, mas domingo à noite era preciso garantir uma maca para os acidentados .

- "Luiz, você andou em água de chuva ultimamente?"

- "Não, eu só jogo bola no campinho..."

- "Lá não tem água parada ou água de esgoto?"

- "Não".

- "O que você está sentindo agora?"

- "Dor de cabeça." Aponta a região frontal com a mão.

- "Mãe, ele teve febre?"

- "Teve sim."

- "A senhora mediu?"

- "Um dia foi 39 C. "

- "Luiz estás te alimento bem?"

- "Desde sexta feira não sinto fome."

- "E chichi e coco estás fazendo normal?"

- "Tô."

- "Bem vamos aguardar os exames que logo devem estar prontos..."

Eles aguardavam há três horas estes resultados. Eu imaginava estes resultados com o diagnóstico de leptospirose, por isso dirigi todas as perguntas na tentativa de confirmar a fonte de contágio, desta forma fecharia o diagnóstico médico inicial. Esta abordagem é comum para todos os pacientes que chegam na emergência a continuidade e a investigação mais profunda se dará caso o paciente fique internado.

“Eram mais ou ,enos 21 hs quando a moça do laboratório ligou, queria falar com o médico, este estava ocupado e que atendeu o telefone por ele fui eu.

- Olha eu preciso falar com o médico.

- Ele está ocupado. Sou a enfermeira Liliam posso ajudar em alguma coisa?

- Liliam, éo seguinte: aquele exame do Luiz... tá muito ruim, ele está com leucemia.

Tem que ser avisado o médico imediatamente.

- Tudo bem, manda os exames para mim que eu encaminho.

-Está descendo!

Fui conversar com o médico da emergência, falei dos resultados, e logo o resultado chegou por escrito. Fizemos contato com a hematologia que conversou com o médico do plantão orientou administrar plaquetas, isolamento protetor entre outros. Então o médico chamou a mãe e o menino para conversarem. Ao saírem dali o inconformismo materno era a respeito da forma súbita como tinha se instalado o quadro.”

Quando se tem um paciente jovem na emergência é geral entre os funcionários que se fique com muita pena deles. Creio que é a sensação de que os jovens ainda não viveram e merecem ter as oportunidades que os idosos já tiveram. De certa forma é errado pensarmos assim, afinal não deixa de ser um desmerecimento ao idoso.

Este confronto súbito que mãe e filho vivenciaram é que causa a angústia e o desespero, ninguém está preparado para uma notícia como esta. É uma sensação que se tem também, que comigo e minha família tal nunca ocorrera.

Para mim e para a equipe foi sentimento de pena que nos abalou e a forma súbita como o quadro clínico do menino surgiu.

“O menino aparentava não ter captado a gravidade do caso. Acomodei-o na sala de triagem e a mãe foi logo para casa, pois moravam longe e necessitava avisar a família. Além do mais a instituição não permitia acompanhantes na emergência. E para mim até aquele momento nada me indicava a necessidade de um acompanhante. Então, começamos a preparar o paciente: puncionamos veia, colocamos as plaquetas enfim a parte técnica estava caminhando muito bem. E creio que foi neste momento que ele começou a dar-se conta da real situação.

-”por que eu tenho que tomar sangue?”

-É porque tá faltando no teu sangue algumas coisas que são importantes, por isso se coloca estas partes importantes no teu sangue através deste outro.

-Você sabe o que eu tenho?

- Sei. E você sabe?

- O médico disse: leucemia..

- É isso mesmo.

Eu estava apoiada na mesa do consultório e quando a conversa começou a tomar este rumo senti-me incapaz de me sustentar e sentei na mesa. Sentia muita pena dele, afinal só tinha 15 anos.

Para Luiz as primeiras conclusões sobre a situação começavam a elaborar-se. porém parecia que ele nada sabia, não havia uma manifestação de que ele soubesse da gravidade do seu quadro. Ou então ele sabia e estava resignado, tentado aprender mais sobre o que se passava.

Comigo os conflitos eram de ordem ética, será que deveria falar alguma coisa? Resigmei-me então a responder o que ele perguntava.

- "Mas isso não é um tipo de câncer?"

-É um tipo de câncer no sangue sim.

- Mas isso mata?

- Hoje em dia Luiz existem muitos tratamentos, e em pacientes jovens como você as chances são muito boas de o tratamento dar certo.

- E como é o tratamento?

- Geralmente é quimioterapia...

- Aquele que a gente perde o cabelo?

- É mas isso ocorre enquanto toma o remédio, depois o cabelo cresce de novo.

Ele ficou em silêncio pensativo. Dei-lhe um tempo e puxei outros assuntos como escola, lazer entre outros. Ele repondeu-me que estava na oitava série, que gostava de jogar futebol...

Era um menino simples do interior da ilha. Logo me despedi para que ele dormisse. E corri para os livros, queria saber mais a respeito da leucemia. E realmente eu tinha razão as leucemias comuns na adolescência são de tratamento eficaz desde que não ocorram recaídas.

Pela manhã saí rápido queria dormir, afinal teria mais 12 horas naquela noite.

Segunda - Feira

Encontrei o Luiz num consultório bem mais distante agora. Ele contou-me que as hematologistas tinham passado e feito exames horríveis nele, e que ele não queria mais fazê-los.

- Os exames são importantes para que você possa ter o tratamento correto. Os exames e os remédios nem sempre são agradáveis...

- Eu sei...

- Então, se você quiser ficar bom é preciso alguns sacrifícios. Ontem à noite li num livro sobre leucemia que não se deveria abandonar os tratamentos, pois quando a doença volta, volta pior mais difícil de ser tratada.

- Mas é muito ruim...

- Eu sei, deve ser horrível mesmo. Mas você deve escolher, tens que ver o que é melhor. Sofrer um pouco agora, abdicar de coisas neste momento para poder viver melhor depois. Ou não saberá como vai ser sua vida daqui para frente...

- Acho que você tem razão...

- Sua mãe veio hoje?

- Veio, me trouxe roupa...

- E os seus irmãos, estão bem?

- Sim tudo bem lá em casa. Só com saudades de mim.

- Ah bom! Vais dormir logo?

- Não minha me trouxe umas revistas, me empresta uma caneta? Ela trouxe palavras cruzadas.

- Legal! É bom a gente se ditrair um pouco. Você gosta de ler?

- Mais ou menos, gosto de revistas e palavras cruzadas.

- Bem, boa noite luiz.

Quando seguei para conversar com ele senti que estava muito abalado por causa dos procedimentos, procedimentos estes que eu entendia como essenciais para definir um tratamento adequado. E tentando desempenhar a função de guia interpessoal com é proposto por Parse(1981) que mostrei a ele minhas opiniões a respeito do que se passava. Mais uma vez é confirmado que ao se trabalhar com o homem numa interrelação verdadeira mostra-se como você mesmo agiria na situação.

Quinta-feira

Encontrei rapidamente o Luiz, pois o mesmo estava indo para o quarto, eu o levei. Conversamos no caminho ele dizia que estava sentindo-se melhor. Fazia planos para voltar para casa, voltar a estudar e como faria para recuperar as aulas.

Logo voltei para a emergência afinal era quase hora de pegar o plantão.

SEGUNDA-FEIRA

Foi uma manhã extremamente complicada e eu não pude subir para ver o Luiz, Liguei para o andar próximo às 10 horas e me disseram que le estava muito mal, em coma . Perguntei pela família e eles disseram que já haviam avisado. Deixei para subir próximo ao meio dia. Quando seguei na unidade disseram-me que ele tinha ido a óbito às 11:00 Hs.

Senti-me muito triste por não te-lo vistado antes, porém ficou uma sensação de : acho que meti os pés pelas mãos no sentido de tentar faze-lo entender e aceitar aquele tratamento...

Nunca soube como foi a reação da família, não me procuraram passou-se todo um ano, e só no Natal é que eu soube quanto meu trabalho foi bom para o Luiz. Conforme a carta que a mãe dele mandou para o hospital

5 - REVISITANDO A PROPOSTA DE METODOLOGIA PARA A PRÁTICA

Metodologia para a prática é nome utilizado por Parse (1981) para designar as atividades deliberadas lógicas e racionais por meio do qual a enfermeira efetua sua assistência aos clientes e familiares (Parse, 1981, Griffih - Kenney e Christensen, 1986, p.11). Esta metodologia é considerada inovadora e criativa e não está de acordo com as regras prescritas. O contexto onde ocorre é aquele em que está presente o enfermeiro e o cliente ou grupo participativo.

Deste modo a metodologia tomava forma de um encontro, onde a enfermeira procurava obter conhecimento da perspectiva de saúde do cliente e da família para promover a saúde e a qualidade de vida. (Marques, 1992).

5.1 - REVENDO OS PRESSUPOSTOS

Quando escolhi os pressupostos que norteariam o trabalho eu os fiz, ainda muito imbuída do sentido de que a teoria do homem-vivendo-saúde era o ideal inquestionável. A tal ponto que quando desenvolvi os pressupostos para o projeto o fiz na linguagem da teoria.

Refletindo sobre eles percebo que eles estavam implícitos em minha trajetória desde estudante até a minha prática. Aos poucos eu os fui constituindo. Agora no final eu os coloquei na minha linguagem, com a certeza de cada um dele foi imprescindível para que atingisse a transformação que objetivei. Os pressupostos são:

a) o homem e o meio são universos com interação e troca constantes, que influenciam-se e modificam-se mutuamente para transformar uma situação vivida;

b) o homem e a família possui história de vida, cultura, conhecimentos prévios que dirigem a forma como tomar uma decisão e qual a sua escolha;

c) que a enfermagem e ao enfermeiro cabe o papel de facilitador destas trocas-interações homem-meio, favorecendo contato real, harmônico, menos traumatizante, para melhorar a qualidade de vida no decorrer da situação;

d) o processo de saúde é bem mais abrangente ao que o físico, inclui os aspectos sentimentais, espirituais, culturais, historicidade e conhecimento prévio. E isto influirá nas escolhas de possibilidades nas situações para melhorar, estabilizar ou piorar a qualidade de vida do momento vivido;

e) que o serviço de emergência é um meio normalmente estranho com muitos contrastes, com forte influência de injúria física que abala todo o homem, causando confronto e transtorno na qualidade de vida.

Crer que o homem e o meio eram universos constantes, a influência foi importante e presente na emergência. A todo o momento observasse a influência do ambiente em seus múltiplos serviços, principalmente o físico e social, sobre o paciente. Isto ocorria porque o ambiente era estranho ao paciente também porque havia o sentido de territorialidade e comportamentos da equipe que levavam o paciente a adotar comportamentos diversos.

Esta reação e adoção de comportamento ocorria no paciente baseado na sua história de vida, valores pessoais, relacionamentos pregressos. Isto ocorria, na tentativa do homem-paciente harmonizar-se com o meio e com os outros homens-equipe de enfermagem e familiares por exemplo. Para dar significados as situações e modificar padrões no seu processo de ser saudável. Estas mudanças nos padrões de saúde são determinados pelas condições do homem como um todo. São resultados da interligação dos universos presentes ao homem como, cultural, espiritual, sentimental e físico. É necessário lembrar aqui que quando oferecesse “apoio”, “tratamento” ou “ajuda” ao paciente não atuamos apenas sobre um dos universos mas em todos e esta atuação estende-se sobre a família também, como nossa cliente. Ela é imbuída de todos estes universos, e portanto também atua sobre o paciente, equipe e necessita muitas vezes do significado das situações para modificar os padrões do seu processo de saúde.

Considera todos os pressupostos como acabei de refletir imprescindíveis para minha prática. Porém eu os acrescentaria colocando a família como parte dos mesmos.

5.2 - REVISITANDO CONCEITOS DO MARCO

Ao optar pela teoria do homem-vivendo-saúde deparei-me no marco com o conceito de enfermagem. Este tratava a profissão como ciência e arte fundamentado mais nas ciências humanas do que nas ciências naturais.

E eu sentia este conceito como uma possibilidade de transformar minha prática. Acreditava que necessitava transformar o meu local de trabalho. Já que como recém-enfermeira eu tinha os olhos aguçados para as coisas “erradas”, e não queria incorrer naqueles “erros” e acomodar-me dando continuidade aquela assistência que eu não acreditava como adequado ao cliente e à família.

Hoje percebo que a escolha de uma teoria que definia a enfermagem também no seu aspecto humano foi importante, pois ampliava o horizonte da prática assistencial. É importante no desenvolver de minhas atividades técnicas. Entendo então, que houve uma ampliação da enfermagem como profissão, e que não havia contrariedade em trabalhar o aspecto humano - físico. Havia sim um resultado mais efetivo para o paciente quando ocorria uma assistência que harmonizava ambos os aspectos o que foi entendido por mim como universos de um mesmo ser.

Isto leva-nos ao objetivo da enfermagem que é melhorar a qualidade de vida do cliente. Pensava em mudanças muito radicais no modo de vida do paciente como por exemplo: aceitar um tratamento ou retirar o sal da sua dieta. Com o tempo percebi que esta mudança na qualidade de vida era no momento da internação, uma conversa esclarecedora sobre o tratamento, ou uma troca de informações sobre os benefícios e malefícios do sal para o organismo, até mesmo era ouvir sobre os netos e trabalho que eles davam aos filhos, no caso de pacientes idosos. Estas ações são tidas por Parse (1981) como função do enfermeiro de educador interpessoal, pois sentia que quando algo o angustiava os pacientes, eles necessitavam falar para alguém e quando havia o compartilhar de informações eles conseguiam dar um significado à situação e a partir daí certas “ilusões” sobre o assunto

acabavam modificando o comportamento, e então já era uma nova postura no seu processo de saúde que surgia.

Nestas experiências de compartilhar informações estava também modificando-me. Pois na verdade nosso ponto de referência neste mundo são as outras pessoas e quando comecei a conviver com o ponto de vista delas abrandei-me na necessidade de ter resultados imediatos. A tal ponto que hoje entendo que o maior mérito da assistência de enfermagem é trabalhar para a mudança de comportamento e que o resultado grande que eu esperava no começo é simplesmente que os pacientes vivam a situação de emergência com menos abandono, com maior interação com a equipe, e que não permaneçam os traumas.

Para isso trabalhar o conceito de homem **Homem** foi fundamental.

O homem como unidade viva aberta e intencional por natureza que co-participa era percebido a todo o momento na emergência, era impossível tratar somente o ferimento. Constantemente tínhamos junto suas preocupações que lhe aumentavam a tensão e conseqüentemente surgiam a ansiedade, a dor e os sentimentos de culpa. Outras tantas vezes era o espírito deste paciente que necessitava de conforto e muitas vezes rezamos juntos com a família e o padre. Então a assistência dividida a este homem e família era impossível. Não tínhamos como desprezar o “resto” e tratar somente do físico pois nossa assistência tornava-se inefetiva. O visualizar o homem integral era efetivo a tal ponto que algumas vezes conseguimos trocar um analgésico por uma conversa co-participativa sobre o que ocorria. Outros momentos como no caso de um politrauma era o físico do paciente privilegiado, pois era isto que poderia levá-lo à morte. Porém os outros aspectos da família e equipe eram trabalhados, através do oferecimento de informações. Na realidade é na situação de mediador que o enfermeiro fazia para a família e para a equipe. Muitas vezes ouvindo suas dúvidas, ou mesmo suas certezas sobre a situação.

Outro ponto deste homem que surgiu forte foi a questão dos seus projetos pessoais. Muitas vezes eles tinham a sensação que a vida parava enquanto eles tivessem na emergência, ou que não haveria continuidade naquilo que planejavam pois não sabiam quais as conseqüências do que lhe ocorreu. Isto muitas vezes foi assistido com intuito de modificar o comportamento sobre “dar” um adiamento aos projetos pessoais. No sentido de resolver primeiro o que era mais urgente, sua situação no serviço de emergência. Para então dar continuidade ao planejado.

Isto está intimamente ligado a história de vida do homem e da família, na forma como eles tomam decisões e escolhem possibilidades. E estas atitudes de descontinuidade da vida, surge com a crença de que a emergência é um local onde pessoas em estado grave vão e muitas vezes morrem.

O **meio** influi sobremaneira nesta forma de visualizar as situações. O meio da emergência é pobre em encantos afetivos, em considerações prolongadas e fisicamente é pobre em coisas que lhe lembrem segurança como uma cama, um adorno, seu pijama entre outros. E esta interação direta entre homem-meio é que lhe traz as angústias. Muitas vezes tentava abrandar estas situações na passagem da visita, onde conhecia a todos e eles me conheciam pois conversávamos e muitas vezes depois tarde da noite eles chamavam-me para conversar e então a verdadeira assistência acontecia, a troca de experiências e, sentimentos que procurava a modificação de comportamento e a melhoria da qualidade de vida.

Esta forma da pessoa visualizar a emergência nada mais é que uma amostra sobre o seu **processo de saúde**. É a forma como a história, a família e o meio deram-lhe para reagir perante a situação emergência que alguns ainda não vivenciaram.

O **processo de saúde** é constantemente percebido, pois a emergência tem a característica de confrontar o homem e a família com as possibilidades de não ser. Como por exemplo: a possibilidade de deixar de ser um trabalhador na iminência de ter que amputar uma perna, ou de uma mãe de deixar de ser mãe quando seu filho está em coma na UTI. Então este estímulo inicial que é a angústia de deixar de ser é constante, porém nem sempre tem esta característica tão HORRÍVEL. Pode ser a possibilidade de não poder mais limpar a casa todo dia pois está com restrições de esforços entre outros. De qualquer forma é o marco inicial para que o paciente comece a escolher suas possibilidades para frente, e decidir se será uma pessoa saudável ou doente. Estes são dois universos para a pessoa que não necessita ter mal físico para sentir-se doente ou mesmo tendo este mal consegue ser saudável em suas atitudes, mesmo que surjam alguns obstáculos que lhe tolhem o valor da vida.

Na emergência vi muito destes casos com pessoas e famílias, claramente via-se as decisões que tomavam e choque que ocorria quando a escolha não era baseada em fatos reais. Era novamente o sentimento de não ser que precipitava-se e necessitava ser dominado e colocado novamente no rol das possibilidades a serem escolhidas. Era muito áspero para o

cliente e a família darem-se conta que ninguém a não ser eles próprios é que tinham escolhido o caminho.

Em muitos momentos vivi isto, porém eu não tinha o direito de interferir somente de alertar, dar subsídios para que vissem outras possibilidades, mas de maneira nenhuma escolher por eles.

E este foi mais um exercício difícil para mim, pois também não estava ao alcance palpável da minha mão. Estava sim nas suas atitudes nas quais eu não podia manipular. Portanto tinha minha ação um pouco refreada. E este foi um bom exercício para mim que pretendia aprender a trabalhar com pessoas respeitando seu ponto de vista. Às vezes também foi frustrante pois eu tinha a sensação que poderia poupar sofrimentos. Mas analisando creio que cada um tem o seu tempo e você precisa aprender a respeitar este tempo de cada pessoa e família. E isso mostrou-se claramente nos casos que foram relatados.

Ao marco acrescentaria mais um conceito o de família. Entendo que Parse (1981) em sua teoria o faz abrangendo a família, só que não lhe define em momento algum, creio ser necessário a inclusão deste conceito pois percebi que a família é o primeiro referencial do homem, quando ele se coloca na relação. E na emergência foi este grupo o familiar o mais presente para o paciente a ajudá-lo, cuidá-lo e tomando as decisões também. Portanto, vejo a necessidade de incluir aqui também a família.

5.3 - REVENDO A PROPOSTA METODOLÓGICA

Na proposta metodológica, a descrição de como ocorreram as interações com os pacientes foi percebida como os princípios da teoria do Homem-Vivendo-Saúde.

Na realidade os princípios são as formas ou os “passos” que o paciente, a família e o enfermeiro seguem para a tomada de decisão na modificação do padrão de saúde. Em cada um destes princípios estão implícitos as funções do enfermeiro. Que são definidas por Parse (1981) como: esclarecedoras de significados, agente de trocas (modificador) e mobilizador da transcendência.

Os princípios são em número de três e embora surjam numerados, o paciente eo enfermeiro os percebem como ocorrendo simultaneamente, quando defronta-se com uma situação na qual eles necessitem tomar decisões.

Os princípios de Parse são descritos um após o outro, porém são um constante ir e vir até que ocorra a transformação.

O primeiro princípio que é “estruturar significados multidimensionalmente é co-criar a realidade através da comunicação de valores e imagens”, e considera este um momento onde enfermeiro, paciente e família, juntos compartilham informações, valores, experiências e significados sobre a situação. É um momento também onde surgem as afinidades, estabelece-se a confiança mútua.

Logo a seguir surge o segundo princípio, que parece ocorrer internamente em cada participante da interação, pois “co-criar padrões rítmicos de relações, é viver ao mesmo tempo, as unidades de revelar-ocultar e capacitar-limitar enquanto conecta-separa”. Esta dualidade mostra-se nos momentos de mais forte indecisão na pessoa, pois são os momentos onde alguns valores são colocados em “jogo”, existe uma luta interna quando é necessário abandonar valores e adotar outros. É neste momento que vai-se ao terceiro princípio, quando começa a originar-se outra possibilidade e pode-se retornar ao primeiro.

Isto ocorre na tentativa de comunicando um significado, ainda que parcial, ele consiga ter certeza de estar fazendo a escolha correta para atingir o terceiro princípio que é “co-transcendendo com o possível é fortalecer formas única, originar no processo de transformação”.

Por isto creio que o diagrama não é horizontal mas sim dimensional, e totalmente presente em cada tomada de decisão frente as possibilidades.

6 - REFLETINDO A EXPERIÊNCIA

Quando selecionei a teoria do homem-vivendo-saúde, o fiz baseada nas crenças de que ela encaminharia minha prática assistencial de forma a torná-la mais humanizada, co-participativa e compreensiva, e com isto eu conseguiria modificar o perfil de emergência como um todo.

E realmente, ao finalizar a prática assistencial eu tinha a plena convicção de que tinha encontrado, e materializado tudo o que ia na minha mente. Bem, eu era uma recém-enfermeira fazia apenas 8 meses que estava no hospital, e aplicava a teoria de Parse (1981) desde o ano anterior. Naquele momento eu estava somente vivenciando a emergência e começando a deparar-me com as diversas assistências que eram prestadas. Também começava a sentir-me mais segura para interferir nas emergências.

Foi então que comecei a questionar sobre a aplicação da teoria a prática. Ficava chocada comigo mesma em vários momentos, pois muitas vezes eu me via buscando o físico, o biológico em detrimento a tudo aquilo que eu tinha aceito quando optei pela teoria do homem-vivendo-saúde, e que alguns meses atrás era a verdade absoluta. Nestes momentos de reflexão buscava me justificar, explicando que era uma profissional formada no referencial biomédico e também era num ambiente biomédico dentro do paradigma da totalidade que eu me encontrava. Levava em conta que eu não tinha apoio, nas minhas visões de humanização e valorização da emergência e quando o encontrava era sempre discutido a portas fechadas. Um sonho distante que um dia realizaríamos. Isto ocorria devido as regras do serviço da instituição onde trabalhávamos, o espaço físico inadequado,

para ser unidade de internação como se tornou a emergência, somado a reação dos familiares muitas vezes insatisfeitos por ter que deixar o paciente sob nossos cuidados.

Muitas vezes a própria estrutura do serviço não me auxiliava a incorporar o que tinha me proposto. Por diversas vezes me questionava se o que estava fazendo me deixava feliz. E é verdade também, que muitas vezes quis adotar o paradigma da totalidade para a emergência, e fazer minha dissertação com famílias na comunidade.

Mas o tempo faz milagres, e eu não tinha coragem de dizer isto a minha orientadora e também não sabia se seria prazeroso mudar de estudo novamente. Afinal eu estava apaixonada pela emergência, que é uma área extremamente ágil, que deixa o enfermeiro técnico e cientificamente competente, no auge da satisfação. Consegue-se sentir prazer em ver o trabalho bem feito da equipe que “trouxe de volta” um paciente de uma parada cardíaca, bem como saber que foi feito tudo que era possível para salvar uma vida. Foram emoções tão fortes que até agora me fazem falta, estou há quatro meses fora da emergência.

Então com tantas emoções em conflito, descobri que sou passível de deslizes, e se a teoria do homem-vivendo-saúde era o que ia ao encontro do que queria para a emergência eu não deveria ser tão rígida comigo, deveria “policiar-me” mais ao tratar com os pacientes, funcionários e famílias.

E a partir daí muitas coisas mudaram no plantão da enfermeira Liliam. Tomei como hábito pegar o plantão anotando nome, idade e quadro clínico do paciente. Fazendo-lhes uma visita apresentando-me aos novos e revendo os antigos pacientes. Ao passar o plantão tomava o cuidado de chamar os pacientes pelo nome e só após indicar o quadro clínico. Isto de certa forma evitava o comum “aquele paciente com cirrose”. Com os funcionários tomava o cuidado de conversar sobre os pacientes somente em local privado, e quando surgiam comentários de ordem particular, interferia muitas vezes com brincadeiras do tipo “quero morrer amiga de vocês”, ou simplesmente tentando explicar a eles as atitudes dos pacientes e familiares.

Desta forma, no meu plantão sempre era chamada para “conversar” com a família sobre o paciente, ou dar uma informação a outros. E quando as coisas estavam difíceis com os pacientes, era também a mim que recorriam na tentativa de “convencer” o paciente a alguma coisa, como por exemplo, aceitar um remédio, ou a guardar a diurese para controle.

Na verdade foi com os funcionários, pacientes e familiares da emergência e principalmente as do plantão noturno é que eu tornei-me a enfermeira que sou hoje. Melhor tecnicamente, porque eles me ensinaram e me estimularam a aprender e melhor interiormente também, mais calma, mais segura, mais paciente, menos rígida conseguindo enxergar mais além das aparências da emergência.

Esta mudança não foi fácil, e está continuamente ocorrendo em mim. Cada novo desafio, ambiente novo de trabalho e novos pacientes permanentemente auxiliam para que eu me modifique e conseqüentemente vá modificando minha assistência. Fazendo-me percorrer a estrada do paradigma que eu estava (da totalidade) e a que eu pretendo (paradigma da simultaneidade). Logicamente, esta estrada que estou percorrendo não é reta, pelo contrário, às vezes oferece curvas tão fechadas que parece que estou novamente no começo.

Isto ocorria principalmente quando deparava-me com questionamentos como o que fazer se um paciente não aceita uma medicação para arritmia cardíaca. Tecnicamente eu sei que em poucas horas essa arritmia poderia evoluir para a fibrilação. O confronto existente entre as formas de ver o paciente e a assistência a ser prestada é enorme. É uma verdadeira batalha interna e uma externa para não deixar escapar comportamentos que me levem de volta ao paradigma da totalidade.

Se pensarmos na emergência como geralmente ela é de muito movimento, vários acidentes entre outros, pode-nos parecer que a Teoria do Homem-Vivendo-Saúde é inadequada para o serviço. Porém em nenhum momento existe na teoria e no marco de Parse (1981) a negação ao aspecto físico do paciente. Ao contrário entendo que a situação física é componente do homem como unidade viva e indissociável e é também o meio de interação e presença no mundo. Percebo também que o corpo físico do paciente é o alvo maior de nossas atenções em emergência pelo fato de ser o concreto e observável, onde podemos em primeira instância atuar. Somente com o passar do tempo e o tratamento inicial do corpo físico que pode estar lhe impondo risco de vida, e que se começa a vislumbrar os outros substratos do homem, que também necessitam cuidados, atenção e por que não, tratamento.

Esta diferenciação é muito complicada de ser vista e explicada para os funcionários, o que causou muitas vezes a falta de entendimento ao que me propunha e até mesmo alguns comentários “divertidos” do tipo “a psicologia da Liliam”. Mas também era observável as

mudanças que ocorreram com o passar do tempo. Os comentários cessaram, eu já era chamada para conversar com pacientes e familiares.

Para a equipe multiprofissional, meu trabalho era indiferente. Pouco importava, por exemplo, se minhas evoluções eram ricas em detalhes sobre o que a pessoa sabia ou as crenças que tinha sobre sua saúde. Ou se eu conversando com o paciente conseguia modificar determinado comportamento, que fosse favorecer o tratamento proposto.

Certamente, este trabalho foi importantíssimo para mim como profissional. Eu sentia desabrochar numa nova fase da vida profissional e até mesmo pessoal. Mas importante também para o paciente que não se sentiu tão abandonado e para a família, pois a todas a quem pude prestar assistência valorizei o esforço e o sentido de união e solidariedade que transmitiam. Certamente levando em conta os limites que a instituição me impunha.

Este fato levou-me a refletir também sobre até que ponto somos comprometidos com o serviço e com o paciente. Muitas vezes senti-me “servindo” a dois senhores. Tinha vontade de burlar normas para favorecer o conforto do paciente e da família e ao mesmo tempo tinha a obrigação de zelar pelas normas da instituição. Este foi um grande dilema para mim, pois gosto das coisas certas e não me sentia bem em burlar normas. Esta falta de autonomia que eu tinha como profissional era muito estressante e uma vez levou-me as lágrimas porque deixei um familiar com um paciente que considerava grave e fui “cobrada” pela chefia na manhã seguinte.

Estas situações reportam-me outras. Durante a graduação passei com média “D” no estágio de pediatria, pois conforme a avaliação eu “não podia ouvir o choro da criança que eu não fazia mais nada”. Este primeiro envolvimento foi marcante e dolorido afinal Luiza tinha um ano e três meses, 6.500 gr e estava há três meses internada, e não recebia visitas dos pais que moravam no oeste catarinense. Como não me envolver sentimentalmente? Não fazer comparações com minha própria vida e família? E agora, como não dispensar tempo para a família que te chama para pedir auxílio? Este envolvimento foi diferente do primeiro, agora sentia em mim o homem profissional presente e atuante. Porém senti-me envolver da mesma forma que com Luiza. Hoje sinto-me bem com tudo o que fiz por Luiza e por todos os pacientes e familiares a quem assisti, mas será que saímos preparados para isso da faculdade? Será que se tivéssemos mais envolvimento enquanto amparados pelos professores, não seríamos melhores profissionais? Não sei, minha certeza é que meu amadurecimento foi digamos dolorido. Mas não deveria ser.

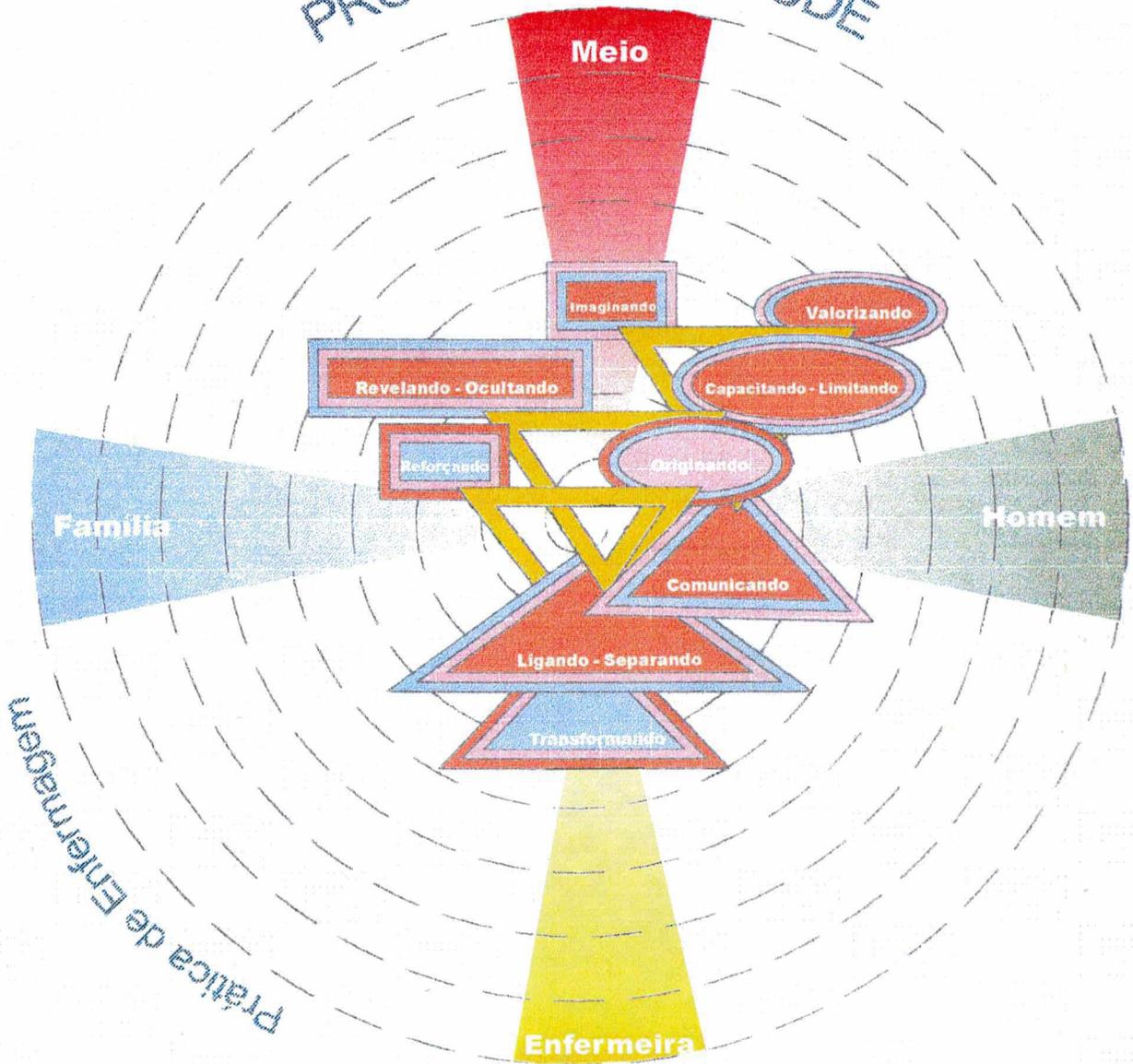
Outros tantos confrontos surgiram nesta prática assistencial que me levaram a dilemas muito fortes. O caso da omissão de informações aos familiares, por exemplo, que situação complicada e angustiante! Tomar decisões nestes momentos é extremamente difícil, são crises de valores, é a situação de ter um significado para situação, e não ter coragem de assumir a possibilidade. Será que temos como ser melhor preparados para situações como estas?

Após todas estas longas reflexões sobre a aplicação da teoria do homem-vivendo-saúde e dos aspectos éticos envolvidos senti que uma forma mais esclarecida de ver a profissão surgiu para mim. Não vejo possibilidades para enfermagem que não seja a do comprometimento com o paciente e sua família. Não é possível crer numa assistência de qualidade sem envolvimento e sem prazer nas coisas que se faz.

Esta mudança, embora pequenina, que senti ocorrer comigo foi uma primeira semente lançada, que deu apenas um flor: esta dissertação.

Espero, no entanto que venha a servir de estímulo para outros colegas, profissionais de saúde dos serviços de emergência para que semeiem não uma flor, mas jardins de humanização em corredores tão sombrios.

PROCESSO DE SAÚDE



7 - IDENTIFICANDO AS POSSIBILIDADES

Para que ocorra uma verdadeira modificação de comportamentos na prática assistencial, é necessário que nos empenhemos desde o começo da formação dos profissionais que atuaram nos serviços para:

- prepará-los para valorizar os serviços de emergências, como sendo este o primeiro serviço intra-hospitalar que tem contato com o paciente;

- dar-lhes subsídios para que possam optar conscientemente pela mudança paradigmática que está ocorrendo. E desta forma haver um comprometimento concreto com valores de humanização;

- prepará-los para trabalhar com famílias em momentos críticos do seu viver;

- aprofundar e disseminar nos cursos de enfermagem, esse novo paradigma e as teorias de enfermagem que trabalham nestas linha;

- dar-lhe subsídios para trabalhar na nova linha paradigmática, onde o vivenciar com o paciente sua situação, inclui envolver-se, estar presente verdadeiramente;

Aos demais cursos da área de saúde, vejo como possibilidade inadiável uma:

- abertura para troca de conhecimentos filosóficos e práticos sobre o paciente na emergência e a necessidade de valorizar as experiências humanas, melhorando assim a qualidade da assistência e consolidar a interdisciplinariedade.

Aos serviços de emergência é necessário:

- atualização das normas e regulamentos dos serviços para garantir a assistência de qualidade que valorize o homem e a família, e que sejam adequados ao novo paradigma;

- estimular entre os funcionários atitudes que valorizam o ser humano, oferecendo-lhes apoio para prestarem a assistência de acordo com o paradigma inovador;

Aos colegas, solicito que:

- experimentem mais ! Façam mais estudos utilizando o novo paradigma e as teorias que a ele são comuns. Desta forma teremos mais subsídios para propormos a modificação do paradigma vigente nos serviços de saúde.

8 - REFERENCIANDO A BIBLIOGRAFIA

1. ALBUQUERQUE, A. M. , GUERREIRO, M., PAGANI, S. **Relatório de estágio na unidade de emergência do HU.** Florianópolis, 1987. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC.

2. BERNARDES, E. COAN, S. **Proposta de assistência de enfermagem aos indivíduos atendidos na unidade de emergência do HGCR.** Florianópolis, 1985. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

3. BRASIL - Ministério da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - Área da Saúde.** Reimp. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

4. CAMARGO, M.I., HAWERROT, M.L. **Proposta de atuação em enfermagem na unidade de emergência do HU na área de assistência e pesquisa.** Florianópolis, 1988. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem , UFSC.

5. DULDT & GIFFIN. **Theoretical perspectives for nursing.** Boston: little, Brow, 1985.

6. ELSÉN, Ingrid et all. **Competência das famílias para o cuidado de saúde: uma proposta de metodologia para a assistência.** Florianópolis, 1989. Projeto financiado pelo CNPq.

7. _____. **Popularizando o saber: uma proposta da GAPEFAM para as famílias catarinenses.** Florianópolis, 1991. Projeto encaminhado ao CNPq.

8. ESPOSITO, Vitória H. C. **A escolha: os processos institucionais e os universos simbólicos.** São Paulo, 1991. Tese de doutoramento apresentada , PUC/SP.

9. GONZAGA, Amaury, MARQUES, Carmen L. **Homem-vivendo-saúde: uma teoria de enfermagem.** Florianópolis, 1992. Trabalho apresentado na disciplina de Fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem - Curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC.

10. GRIFFITH-KENNEY E CHRISTENSEN. **Nursing process: application of theories, framework and models.** St. Luis: Mosby, 1986.

11. HEIDEGGER, Martin. **Todos nós . . . Ninguém: um enfoque fenomenológico do social.** São Paulo: Moraes, 1981. Tradução e comentários Dulce Mara Critelli.

12. HICKMAN, Janet S. **Rosemarie Rizzo Parse.** IN: GEORGE, Julia B. **Nursing theories: the base for professional nursing practice.** Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1985.

13. ____ **Rosemarie Rizzo Parse.** IN: GEORGE, Júlia. **Teorias de enfermagem: os fundamentos da prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médica, 1993.

14. JUNIOR. João Ribeiro. **Fenomenologia.** São Paulo: Pancast editora, 1991.

15. MAFRA, A. G., CUNHA, K.R., OLIVEIRA, R.S. **Experiência assistencial de enfermagem em emergência.** Florianópolis, 1990. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem , UFSC.

16. MARQUES, Carmen L. **O homem - ser - saudável: Uma aproximação a abordagem fenomenológica.** Florianópolis, 1992. Trabalho apresentado para a disciplina de Fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem - Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC.

17. MARTINS, N., PASKULIN, L. **Emergência: fatores que levam a população infantil a recorrer a este serviço.** Rev. Bras. Enferm. Brasília, 45(1):21-27. Jan/Mar, 1992.

18. MONTICELLI, Marisa. **Notas do seminário de dissertação.** Florianópolis: 1992 - Curso de Mestrado em Enfermagem UFSC.
19. MARCON, Sonia S. **Vivenciando a gravidez.** Florianópolis, 1989. Dissertação de Mestrado - Curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC.
20. MOODY, Jr R.A. **Vida depois da vida.** Rio de Janeiro: Editora Nórdica, 1979.
21. PACHECO, R. H., SILVA, R.F., OLIVEIRA, S.H., MACHADO, T. **Relatório da proposta de atuação de enfermagem na unidade de emergência do HGCR na área assistencial e organizacional.** Florianópolis, 1987. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
22. PARSE, Rosemarie R. **Man-living-health: a theory of nursing.** New York: Wiley medical, 1981.
23. PARSE, Rosemarie, CYNE, Barbara, SMITH, Mary J. **Nursing research: qualitative methods.** Maryland: Pretice - hall, 1985.
24. PARSE, Rosemarie R. **The totality paradigm.** IN: Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.
25. _____. **The simultaneity paradigm.** IN: Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.
26. _____. **Man-living-health: theory of nursing.** IN: Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.
27. PEREIRA, E. P., CUNHA, I.L., MARQUES, R., DAUGS, S. **Assistência de enfermagem aos indivíduos adultos no setor de emergência do HU segundo a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta.** Florianópolis, 1991. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC.
28. PFAFFENZELLER, E.I., AGUIAR, M.M. **Projeto para atuação na unidade de emergência do HU.** Florianópolis, 1987. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC.
29. PHILLIPS, John. **A critique of Parse's man-living-health theory.** IN: Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987.

30. SILVA, M.A., BRUESKI, M.J., DA SILVA, M, COSTA, A.M.B. **Proposta de atuação em enfermagem na unidade de emergência do HGCR na área assistencial e organizacional.** Florianópolis, 1988. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Graduação em Enfermagem , UFSC.
31. SILVA, Alcione. **Experienciando o cuidado do cliente portador da síndrome da imuno deficiência adquirida, com base no sistema conceitual de Rogers.** Florianópolis, 1990. Dissertação de mestrado - Curso de Mestrado em Enfermagem, UFSC.
32. SCHUMACHER, Larry P. **Hombre-vida-salud.** IN: MARRINER, Ann. Modelos y teorías de enfermeira. Barcelona: Rol, 1989.
33. WINKLER, S. Joy. **Parse's theory of nursing.** IN: FITZPATRICK, Joyce, WHALL, Ann. Conceptual models of nursing: analysis and application. Bowie, Maryland: Pretice - hall, 1985.