

APLICAÇÃO DA TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL EM PACIENTES PARAPLÉGICOS HOSPITALIZADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA*

APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL CUIDADO TRANSPERSONAL EN PACIENTES PARAPLÉJICOS HOSPITALIZADOS: RELATO DE EXPERIENCIA

APPLICATION OF TRANSPERSONAL CARING THEORY IN PARAPLEGIC INPATIENT: REPORT OF AN EXPERIENCE

ZUILA MARIA DE FIGUEIREDO CARVALHO**
MARTA MARIA COELHO DAMASCENO***

RESUMO

Relato de experiência sobre o processo de cuidar e de ensinar a cuidar de pessoas paraplégicas utilizando a teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. É um estudo descritivo, que envolveu seis pacientes, duas docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) e quarenta alunos matriculados na disciplina Processo de Cuidar II. A coleta dos dados aconteceu no período de abril de 2000 a abril de 2001, mediante entrevistas semi-estruturada que envolveu questões relativas à perda e ao cuidado. Para a aplicação da teoria, foram seguidas as etapas do processo de enfermagem preconizadas por Alvaro-Le Fevre (2000), tendo os pacientes, docentes e alunos, sido considerados parceiros na relação ser cuidado e ensinar/aprender a cuidar. Os pacientes expressam que esta nova estratégia de cuidado gera satisfação e incentivou a realização de práticas inovadoras, tais como: cuidados alternativos do tipo toque e abraços, contato visual e atitude calma. Os alunos, se deram conta da importância do planejamento do cuidado com a pessoa paraplégica, para, assim, prestarem cuidados mais humanísticos e de melhor qualidade. Foi um momento de descobrimento, de exercício da intersubjetividade, pois, na medida em que interagíamos com os pacientes, aprendíamos e refletíamos sobre suas maneiras de viver, ser e agir e, juntos, procurávamos compreender o significado do cuidado ao paraplégico através de diálogos. Assim, aplicar o modelo de cuidado transpessoal em paraplégicos hospitalizados, foi uma maneira de estender a teoria à prática e representou uma oportunidade de crescimento e autonomia da enfermagem no cenário hospitalar.

Unitermos: Paraplégicos, teoria do cuidado transpessoal, enfermagem.

RESUMEN

Relato de experiencia sobre el proceso de cuidar y de enseñar a cuidar de personas paraplégicas, utilizando la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson. Es un estudio descriptivo que incluyó 6 pacientes, 2 docentes del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal del Ceará (UFC) y 40 alumnos inscritos en la asignatura Proceso de Cuidar II. La recolección de los datos fue realizada en el período de abril de 2000 hasta abril de 2001, mediante entrevistas semi-estructuradas que incluyeron preguntas relativas a la incapacidad y al cuidado. Para la aplicación de esa teoría se siguieron las etapas del proceso de enfermería preconizadas por Alvaro-Le

*Parte da Tese de Doutorado "O cuidado com a pessoa paraplégica hospitalizada : estudo à luz da Teoria de Jean Watson, apresentada e aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A tese contou com o apoio financeiro da fundação Cearense de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista da FUNCAP. Fortaleza-Ceará-Brasil.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Endereço: Av. Sem. Virgílio Távora, 1900/401; Aldeota; CEP: 601670251; Fortaleza-Ceará-Brasil. E-mail: marta@ufc.br

Fevre (2000), considerando a los pacientes, docentes y alumnos compañeros en la relación “ser cuidado, enseñar y aprender a cuidar”. Los pacientes expresan que esta nueva estrategia de cuidado desarrolla satisfacción, estimulando la realización de prácticas innovadoras, tales como cuidados alternativos del tipo: caricias en los abrazos, contacto visual y actitud tranquila para entregar cuidados más humanos y de mejor calidad. Fue un momento de descubrimiento, de ejercicio de la inter-subjetividad, pues, mientras compartíamos con los pacientes, aprendíamos y reflexionábamos al respecto de sus modos de vivir, ser y actuar, procuramos la comprensión del significado del cuidado a parapléjicos hospitalizados a través de los diálogos. Así, probamos el Modelo de Cuidado Transpersonal en parapléjicos hospitalizados, verificando una manera de extender la teoría a la práctica, representando una oportunidad de crecimiento, autonomía de la enfermería en el ambiente hospitalario.

Palabras claves: Parapléjicos, teoría del cuidado transpersonal, enfermería.

ABSTRACT

A report of the experience on the process of taking care and of teaching to take care of paraplegic people using the transpersonal caring theory of Jean Watson's. It is a descriptive study, that involved six patients, two professors of Nursing Department of the Federal University of Ceará (UFC) and forty students registered in the discipline Process of Taking Care II. The collection of the data was carried out between April, 2000 and April, 2001, by means of semi-structured interviews that involved subjects related with inability and caring. For the application of the theory, nursing process stages were followed according to Alfaro Le Fevre (2000). The patients, professors and students, were considered partners in the relationship of taking care and teaching/learning to take care. The patients express that this new caring strategy generates satisfaction motivating the accomplishment of innovative practices, such as: alternative cares of the type play and hugs, visual contact and quiet attitude. The students were given bill of the importance of the planning of taking care of the paraplegic persons, for which, they offer more humanistic caring and of better quality. It was a moment of discovery, with the patients, and we contemplated on their styles of living, to be and to act and, together, we tried to understand the meaning of taking care of the paraplegic through our dialogues. Thus, to apply the model of transpersonal caring in paraplegic inpatients, it was a way to extend the theory to the practice which represented a growth opportunity and autonomy of nursing in the hospital environment.

Keywords: Paraplegic, transpersonal caring theory, nursing.

Recepcionado: 21.06.2003. Aceptado: 03.12.2003.

1. INTRODUÇÃO

Na experiência como docentes da disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem em cursos de especialização, temos ouvido as enfermeiras alegarem que as teorias, assim como os esquemas conceituais, são inexecutáveis na prática. Assim sendo, poucas tentativas de aplicação têm sido realizadas, contribuindo cada vez mais para que o cuidar continue assistemático. A respeito desse assunto, percebemos que a deficiência no ensino de graduação e a incongruência entre o modelo funcionalista dos serviços de saúde e os princípios humanísticos das teorias de enferma-

gem são, dentre outras, dificuldades encontradas para a aplicação dos modelos teóricos, na prática.

Tal realidade tem sido uma inquietação que nos faz perguntar: o que uma teoria representa no planejamento do cuidado? A utilização de teorias é uma alternativa para resolver a questão do cuidado de enfermagem?

Em seus estudos (Chinn e Kramer, 1995; Hickman, 2000; Carraro, 2001), defendem que o uso das teorias de enfermagem promove a identidade profissional pois fornece uma base firme na qual a enfermeira se apoia quando suas idéias são questionadas. Além disso, acrescentam que elas são úteis à prática, e que,

diante da opção por uma ou outra teoria, é importante considerar sua adequação e aplicabilidade à situação em que será utilizada.

Contrariando a tendência vigente de não valorizar o uso de teorias de enfermagem, começamos a amadurecer a idéia de aplicar uma teoria numa determinada situação de prática, isto é, no cuidado a paraplégicos hospitalizados.

A fase de coleta de dados da nossa tese de doutorado, uma vez abrangendo entrevistas com aqueles clientes, forneceu rico material e com ele a oportunidade da aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson, referencial que apoiaria a análise dos dados.

Assim, decidimos enfrentar o desafio, envolvendo, no processo de cuidar, docentes de enfermagem, alunos de graduação em enfermagem e pacientes paraplégicos na forma de estreita parceria.

Watson (1999) sugere que sejam realizados estudos no sentido de aplicar sua teoria do cuidado transpessoal de modo a confirmar as bases do seu modelo de cuidar e, com isso, validá-lo. Inicialmente, cabe lembrar que o modelo é interacionista e que a sua prática acontece através das interações paciente/enfermeira. Com base nessa premissa, iniciamos uma nova maneira de cuidar e de ensinar os alunos de graduação, a cuidarem das pessoas paraplégicas. Como parceiras no cuidado mantivemos contato direto com os pacientes durante o período de hospitalização e também, após a alta hospitalar, em forma de visitas domiciliares, ligações telefônicas e e-mails.

A parceria no cuidado é uma experiência que se caracteriza pelo diálogo significativo entre pessoas, no qual cada uma sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão da outra. Inclui a capacidade de reconhecer nossa própria obrigação de atuar, isto é, intervir para ajudar aos outros a ajudarem a si mesmos, e, para que isto aconteça, é necessário que a enfermeira se reconheça como pessoa.

É, portanto, preciso considerar que na relação enfermeira/paciente estão presentes duas

pessoas, com seus discursos, histórias de vida, trajetórias e angústias. Ignorar esse aspecto significa perpetuar relações alienadas descontextualizadas, de dependência e submissão. A parceria no cuidado de enfermagem, na experiência ora relatada, é vista como um navio que irá transportar o paciente, com a ajuda do parceiro, através das águas inconstantes do sistema de cuidar da saúde e o mar áspero da paraplegia.

Nesse sentido, ao trabalhar com pessoas fragilizadas pela paraplegia e pelo sofrimento, é exigido da enfermeira exercitar a sua própria pessoa, quer compartilhando sentimentos, quer utilizando um enfoque intelectual direcionado aos problemas, o que requer que ela domine os fatos, os princípios e conceitos daquilo que ela pensa. Existe, ainda, a acessibilidade da experiência na parceria que se caracteriza pela capacidade de permitir que coexistam problemas ou sentimentos opostos, sem buscar solução imediata para eles. O papel da enfermeira consiste em estruturar a parceria de tal modo que o paciente possa experimentar essa acessibilidade.

Compartilhando das concepções de Watson (1988), entendemos a parceria de cuidado como um processo interpessoal, no qual uma pessoa necessita de ajuda e a outra a fornece. E o objetivo dessa ajuda é favorecer meios para que o paciente enfrente a situação da paraplegia, aprenda com a experiência e encontre o seu significado.

Diante do exposto, o estudo objetiva descrever a experiência da aplicação da teoria do cuidado transpessoal de Watson no cuidado a paraplégicos hospitalizados.

2. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Visando estabelecer a parceria, alguns momentos bem significativos aconteceram. Primeiramente, nos apresentávamos ao paciente e familiar, falávamos do desejo de ajudá-lo e que para tal havia necessidade de que ele desejasse ser ajudado. Ficava estabelecido que

a parceria era uma forma de nos ajudarmos e que a sinceridade entre nós era primordial. Nossos encontros aconteceram na enfermaria, quando da prestação de cuidados do tipo banho no chuveiro, transferências da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, passeios em cadeira de rodas pelas dependências do hospital, banho de sol no jardim; tudo isso acompanhado de atitudes empáticas, de calor humano, permeado por brincadeiras e, algumas vezes, até por atos de cantar. Com os diálogos entre nós, os alunos e pacientes internados, a proposta de implementação do cuidado em parceria foi definida.

Para a aplicação da teoria a amostra envolveu seis pacientes que estavam internados no Instituto Dr. José Frota, localizado em Fortaleza - Ceará - Brasil. Alguns critérios foram levados em consideração, dentre os quais destacam-se: 1) ser lesado medular por trauma com déficit motor do tipo paraplegia, e que já tenha sido informado da incapacidade para andar. Segundo Machado (2000) tal fato leva a pessoa a procurar fazer um balanço, avaliando as implicações da perda sofrida e perscrutar alguma forma de substituí-la; 2) ser do sexo masculino, visto que, Padula (1998) reporta que os homens constituem a maior demanda de lesados medulares, sendo cinco vezes mais acometidos que as mulheres pelo fato de estarem mais expostos aos acidentes e agressões; 3) estar orientado no tempo e no espaço.

A coleta de dados aconteceu mediante entrevista semi-estruturada que se realizou com base nas questões norteadoras: como você se sente por ser paraplégico? que cuidados você gostaria de receber da enfermeira? A opção por recurso metodológico fundamentou-se em Tobar e Yalour (2001) que defendem que a entrevista pesquisa intensamente um tema particular permitindo um entendimento o mais completo e detalhado possível do tema abordado. As questões foram designadas como A e B, respectivamente, tendo sido escolhidas por representarem o trabalho de autoria de Watson (1988) na área da perda e do cuidado, ou seja, centradas na significação do

fenômeno perda e no significado de cuidado para as pessoas que a vivencia. Ambas foram utilizadas pela autora, ao testar a teoria num estudo de campo em Cundeelee, na Austrália Ocidental, com uma tribo de aborígenes.

As entrevistas foram agendadas de acordo com as disponibilidades dos entrevistados e das entrevistadoras. Procuramos manter um clima de cooperação, não assumindo postura de distanciamento ou dispersão do assunto que viesse fragmentar ou cessar o pensamento ou fala dos respondentes. Na medida do possível, buscamos ambientes que nos garantissem privacidade, conforto e liberdade, dentre os quais a praça de lazer do próprio hospital. O uso do gravador assegurou a fidedignidade da reprodução dos discursos que foram transcritos e lidos exhaustivamente o que possibilitou a categorização e seu respectivo processo de análise.

A partir das respostas das questões A e B, foram determinados os passos da operacionalização do modelo que se basearam nas etapas da metodologia da assistência de enfermagem, preconizadas por Alfaró-LeFevre (2000), visto que Watson não apresenta um modelo próprio que utilize as etapas do método científico. Entre elas inclui-se: o levantamento dos dados, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, o planejamento dos cuidados transpessoais, a implementação e a avaliação/evolução. Essas fases são sequenciais e interrelacionadas, integrando as funções intelectuais do método de solução de problemas em um esforço para definir as ações de enfermagem na parceria.

O levantamento dos dados teve como propósito identificar problemas, preocupações, necessidades afetadas ou reações humanas do paciente, a partir das respostas às questões norteadoras enumeradas páginas atrás.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi apoiada na proposta de Iyer *et al.* (1993) e constituiu-se de duas fases: na primeira, procedeu-se a análise e síntese dos dados levantados e, na outra, o estabelecimento do diagnóstico propriamente dito, constituído de

categoria diagnóstica, fatores relacionados e características definidoras, conforme a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2000).

Para a etapa relativa ao planejamento dos cuidados é importante ressaltar que foram considerados o estabelecimento de prioridades para os problemas identificados, os diagnósticos de enfermagem elaborados e a fixação de metas com base nos dez fatores de cuidados preconizados por Watson (1979; 1985). A partir desse conjunto de informações foram prescritos os cuidados a serem implementados na parceria.

No que toca à evolução/avaliação, sabe-se que a evolução é uma fase sempre em processo que determina o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o progresso do paciente. Assim, instituímos medidas corretivas e revisamos o plano de cuidados, sempre que foi necessário. Para a avaliação, procedemos de forma semelhante às estudiosas Schoroeder e Maeve (1992) ao avaliarem a parceria realizada em um estudo no Centro de Cuidado do Projeto Denver, por ocasião da aplicação do modelo transpessoal de Watson. Os dados referentes a essa etapa foram obtidos mediante uma terceira pergunta (C) dirigida ao paciente: o que você tem a dizer sobre a parceria? Cabe destacar que, tanto os dados levantados como os relativos a avaliação da parceria, estão apresentados na íntegra das respostas das questões A, B e C. Conforme preconiza a Resolução 196/96 (1997), foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A teoria foi aplicada entre abril de 2000 e abril de 2001, e os encontros, em média de dez, aconteceram no período da manhã das 7h30 min às 11h30min.

3. A APLICAÇÃO DA TEORIA

Antes da aplicação propriamente dita, optamos por trazer um breve resumo dos dados

de identificação e da situação sócio-econômica de cada paciente com nomes fictícios, para, em seguida, apresentarmos os passos da implementação do modelo:

PAULO, 48 anos, casado, pedreiro, católico não-praticante. É de classe média baixa, mora em casa própria com a esposa e um filho, tem o ensino fundamental completo. Internado em 18/03/2000, apresentando traumatismo raquimedular (TRM) T₁₂ com paraplegia flácida ocasionado por desabamento de parede. Submetido à artrodese de coluna torácica. Encontra-se hospitalizado há 52 dias.

Levantamento dos dados

“No momento eu estou bem, graças a Deus. Eu só creio na vida, que graças a Deus eu vou ficar bom, se Deus quiser eu ainda vou andar, essa fé eu tenho em Deus. Sabe, às vezes, dá uma tristeza muito grande. Eu pensava que depois da cirurgia tudo voltava ao normal... eu voltava a andar... estou muito triste por isso”. (A)

“Tudo isso que elas já estão fazendo, banho, me virar na cama, colocar travesseiros nas pernas, até uns saquinhos com água embaixo do pé elas colocam, essas coisas, elas tão cuidando o que sinto falta é que elas não têm tempo para conversar comigo, sabe as alunas que vão ser doutoras conversam com os doentes. Elas pegam os doentes botam na cadeira de roda e vão passear, isso alegra a gente sabe, assim, a gente sente que alguém tá preocupado. Olha eu não estou reclamando, porque mesmo assim, aqui no hospital tudo é muito bom. Sabe, eu queria que alguém falasse comigo como eu vou viver com minha mulher... (ficou encabulado). Sabe doutora essas coisas de homem e mulher têm me preocupado, seria bom se as doutoras falassem disso com a gente”. (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Alteração sensorial de percepção sinestésica relacionada à transmissão sensorial alterada, evidenciada pela ausência da sensibilidade nos MMII.
- Impotência relacionada ao estilo de vida de desamparo, evidenciada pelo relato verbal de não ter controle ou influência sobre a situação.
- Déficit de conhecimento sobre paraplegia relacionado à interpretação errônea de informação, evidenciado pelo relato verbal do problema.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciada por paraplegia de mobilidade..
- Disfunção sexual, relacionada às estruturas da função corporal alteradas pela lesão medular, evidenciada pela ausência de ereção e verbalização da incapacidade sexual.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

- Fator 4. Relação de ajuda-confiança.
- Fator 5. Expressão de sentimentos positivos e negativos.
- Fator 7. Ensino-aprendizagem transpessoal.
- Fator 8. Ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual.
- Fator 9. Satisfação das necessidades humanas: eliminação vesical e intestinal; sexualidade, mobilização e socialização.

Cuidados transpessoais

- Oferecer suporte emocional através do diálogo e do aconselhamento, estimulando a confiança.
- Falar, individualmente, sobre o tipo de lesão que ele apresenta e as repercussões na sua sexualidade.

- Manter diálogo aberto e franco sobre os sentimentos, deixando aflorar os medos, favorecendo um diálogo franco.
- Estimular a socialização através de contatos com os amigos.
- Reservar um tempo para deixá-lo expressar seus sentimentos.
- Estimular o uso de terapias para promover a saúde, incluindo massagens, toque, aconselhamento.
- Promover ambiente seguro e de apoio.
- Ensinar a reeducação vesical e intestinal.
- Implementar cuidados relativos a higiene, alimentação, eliminações, mobilidade física, e integridade cutâneo-mucosa.
- Ajudar a sentar na cadeira de rodas, ensinar os mecanismos com o corpo e a cadeira.
- Propiciar condições para que o paciente reconheça que ainda é capaz de um relacionamento sexual.
- Fazer orientação individual sobre novas técnicas e maneiras de realizar a atividade sexual.

Evolução

No decorrer da parceria, mostrou-se mais alegre. Aprendeu o autocateterismo intermitente, as técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e as exercita com ajuda dos familiares. Apresenta dificuldades em aprender sobre paraplegia e outros cuidados necessários à vida cotidiana. Mostrou interesse nas orientações relacionadas à sexualidade. Sentiu-se esclarecido e com vontade de recomeçar a vida cotidiana. Requer ajuda do acompanhante para efetuar a mudança de decúbito e transferência da cama/cadeira e vice-versa.

Avaliação

“Eu gosto da maneira como vocês cuidam de mim, de como me ensinam e informam as coisas; eu preciso estar com pessoas que se preocupam comigo; vocês fa-

zem as coisas na medida que são necessárias e me ajudam a tomar decisão. Eu gosto de ter quando eu preciso, de alguém familiarizado com a paraplegia e comigo. Sabe, a sra. e as alunas que vão ser doutoras enfermeiras, conversam com os doentes, colocam a gente na cadeira de rodas, passeiam com a gente no jardim, isso alegria a gente. Sabe, assim a gente sente que alguém está preocupado comigo”. (C)

No dia 05/05/2000 foi o último encontro com Paulo, ficando assim suspensa a implementação no plano do hospital, visto que ele receberia alta hospitalar no dia seguinte. Neste dia, revisamos os termos da parceria, foi reforçado o acordo de que ele poderia telefonar sempre que sentisse necessidade. Despedimo-nos com troca de abraços. Ele telefonava sempre que surgiam dúvidas ou mesmo quando se sentia muito só ou deprimido.

PEDRO, 27 anos, solteiro, agricultor, católico não praticante. É de classe média, mora no interior do estado, em casa própria, com a mãe e três irmãos. Tem escolaridade equivalente ao ensino médio completo. Foi admitido em 27/03/2000, após queda de coqueiro. Apresenta TRM com paraplegia de mobilidade T₁₂, nível sensitivo T₉. Realizou artrodese de coluna torácica. Encontra-se hospitalizado há 45 dias. A parceria com o *Pedro* foi permeada de onze encontros, o primeiro dos quais aconteceu no dia 11/05/2000, pela manhã.

Levantamento dos dados

“Sinto-me assim um pouco triste né, que seja assim um pouco triste (pausa), na verdade muito triste para quem andava, fazia todos os movimentos é isso mesmo, é uma tristeza. Fazia todos os movimentos e estou assim agora, numa cadeira de rodas. Me sinto tristonho, desejoso de retornar a minha vida anterior”. (A)

“Gostaria que me seja ensinado os cuidados para eu dar continuidade do tratamento quando for para casa. Tenho interesse em aprender sobre a paraplegia e como andar de cadeira de rodas, para encarar a vida como paraplégico. Outros cuidados que eu gostaria de receber: orientações que são necessárias a pessoa usar em casa, como passar uma sonda, exercícios físicos. Gostaria muito também que a enfermeira tivesse mais diálogo com a gente, conversasse mais com a gente, que elas estimulasse mais o paciente, desse um pouco mais de atenção. É isso que está faltando. A gente sente falta porque, geralmente, elas visitam o leito só quando vai apresentar o trabalho para outra, só isso mesmo. A não ser assim, num caso de urgência, se o paciente passa mal é onde tem a presença delas, das enfermeiras”. (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Sentimento de pesar disfuncional relacionado à paraplegia evidenciado por expressão de tristeza quanto à perda.
- Distúrbio da imagem corporal relacionado ao trauma (paraplegia), evidenciado pelo relato verbal de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência.
- Déficit de conhecimento sobre paraplegia relacionado à falta de informação, evidenciado pela verbalização do problema.
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciada por paraplegia de mobilidade.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

Fator 2. Fé-esperança.

Fator 7. Ensino-aprendizagem transpessoal.

Fator 9. Assistência às necessidades humanas: mobilização.

Cuidados transpessoais

- Manter diálogo aberto e franco sobre os sentimentos, deixar aflorar o choro, oferecer o ombro para ele chorar.
- Ficar ao seu lado, segurar a mão, incentivar a locomoção, indo para a pracinha do hospital.
- Estimular a participação no autocuidado (banhar-se, higiene oral, barbear-se).
- Oferecer conforto pela participação.
- Compartilhar a dor.
- Ajudar a estabelecer metas de autocrescimento.
- Discutir estratégias para a vida cotidiana, estabelecer metas a curto, médio e longo prazo.
- Ensinar técnicas de transferência da cama para a cadeira e vice-versa.
- Orientar quanto à utilização de coxins e almofadas de água para o posicionamento no leito.
- Ensinar o autocateterismo, manobras de Vasalva e de Credé para favorecer a micção.
- Ensinar massagens abdominais.

Evolução

O paciente sente-se ajudado e apoiado; verbaliza seus sentimentos e discute as melhores opções para continuidade da sua vida. Diz encontrar em Deus um refúgio para o seu problema. Aprendeu os cuidados para o tratamento em domicílio, tais como: autocateterismo, manobras de Vasalva e Credé, técnica de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, com a ajuda de familiares. Prefere o banho na cadeira de rodas, realiza as atividades de toalete e higiene sozinho. Sente necessidade de alguém para conversar. Diz-se inseguro em relação à alta hospitalar, mas que está tentando superar este medo.

Avaliação

“A senhora e suas alunas sabem o que eu queria e me ajudaram da melhor forma possível, eu confio no conhecimento e no

apoio que a sra. me dá; essa parceria faz eu sentir muito grato a sra e as alunas. Elas foram boas e principalmente porque vejo que elas gostam dos paraplégicos; a parceria com a senhora me ajudou muito porque aprendi muitas coisas. As alunas sabem das coisas, a senhora tanto sabe cuidar da gente como ensinar as suas alunas. Tem as alunas que conversam muito com a gente, dão a maior atenção, fazem o banho, dão orientação, dão força, esperança e, também, entusiasmo a gente”. (C)

No dia 02/06/2000, ele recebeu alta hospitalar. Nos despedimos efetuando trocas de números de telefones e garantindo que ele poderia nos procurar sempre que houvesse necessidade.

PÉRICLES, 24 anos, solteiro, comerciário, evangélico praticante. É de classe média, mora em Fortaleza com os pais e uma irmã, tem escolaridade de ensino fundamental incompleto. Admitido em 27/07/2000, após atropelamento. Apresenta TRM lombar, fratura de L₄ com fragmentos ósseos no canal e paraplegia flácida. Submetido à artrodese de coluna por via posterior. Está com 30 dias de internação hospitalar. A parceria efetuou-se através de nove encontros, o primeiro dos quais aconteceu no dia 27/08/2000, pela manhã, em uma conversa informal.

Levantamento dos dados

“Eu me sinto muito deprimido, assim com uma coisa ruim no peito, É uma dor muito grande não poder mais andar não mexer mais as pernas. Às vezes quero me revoltar, é isso mesmo, estou revoltado, não sei porque isso aconteceu comigo. Eu nunca fiz mal a ninguém. A minha revolta é com o que aconteceu, um irresponsável me atropelou, foi embora nem me socorreu”. (A)

“Eu não tenho muito que pedir... era muito bom se tivesse mais enfermeira que gostasse de conversar. Elas também, são muito ocupadas eu penso que sim. Mais eu bem que queria saber tantas coisas: como, o que eu posso fazer, se eu ainda vou ter “vida com mulher”, como vai ser quando eu estiver em casa. Eu não tenho ninguém para me ajudar, vou ter que me cuidar sozinho, então eu preciso que a enfermeira me ensine as coisas que eu preciso aprender, como tomar banho”. (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Enfrentamento individual ineficaz relacionado à incerteza e à crise situacional, evidenciado pela verbalização da incapacidade de enfrentamento.
- Adaptação prejudicada relacionada ao estado de saúde que requer mudanças no estilo de vida, evidenciada pela demonstração de não aceitação da paraplegia.
- Angústia espiritual, relacionada a crenças e sistemas de valores desafiados, evidenciada pela verbalização de conflito interior.
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos neuromuscular e sensorio-perceptivo, evidenciada pela paraplegia.
- Disfunção sexual relacionada às estruturas da função corporal alteradas pela lesão medular, evidenciada pela ausência de ereção e verbalização da incapacidade sexual.
- Padrões de sexualidade alterados relacionados à alteração na estrutura funcional (ausência de sensibilidade nos MMII), evidenciados pela limitação física.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

Fator 4. Um relacionamento de cuidar humano baseado na confiança e no esforço.

Fator 7. O ensino-aprendizagem transpessoal.

Fator 8. Ambiente de suporte, proteção e/ou ajustamento.

Fator 9. Gratificação das necessidades humanas de mobilização.

Cuidados transpessoais

- Encorajar o autocrescimento, permitindo aflorar os seus sentimentos de modo sensível.
- Favorecer, por meio da interação e do diálogo, a expressão dos sentimentos positivos e negativos.
- Estimular o uso de terapias opcionais de cuidado para promover a saúde, tais como: toque, abraços, sorrisos, massagens, oração e pensamento positivo.
- Dar suporte, através de aconselhamento sobre sexualidade.
- Deixar desabafar, falar da sua revolta.
- Promover uma educação individual, o ensino do autocateterismo intermitente.
- Oferecer cuidados para promover higiene, esvaziamento vesical, ajudar na alimentação, fazer e ensinar a mobilidade física no leito e mudança de decúbito.
- Propiciar contato com a parceira.
- Orientar cuidados de acordo com a solicitação do paciente.
- Falar individualmente sobre o tipo de lesão medular ocorrida e o que acontece com a função sexual.
- Orientar cuidados para evitar acidentes e constrangimentos durante o ato sexual.
- Ensinar cuidados relativos à higiene íntima.
- Manter a orientação sexual após a alta, através de visitas domiciliares.

Evolução

O paciente apresenta um sentimento de raiva muito acentuado, em especial, quando se reportou ao acidente. Nota-se, também, uma grande esperança em Deus. Expressões de tristeza e dor estavam sempre presentes no seu

semblante. Queixa-se ao dizer que as enfermeiras não demonstram preocupação com os seus sentimentos. Apresenta depressão. Está ansioso com o resultado da cirurgia, e revoltado com a situação. Sente-se diferente, preocupado porque vai ficar desempregado; refere que seu mundo não é mais o mesmo. Aprendeu o autocateterismo e as manobras de Valsalva e Credé. Senta no leito com ajuda.

Avaliação

“Ter alguém que cuide assim de mim, é como se ela segurasse a minha doença, fica mais leve. Vocês me deram perspectivas, uma coisa difícil de se ter quando se é acometido pela paraplegia; a senhora me conhece e pode antecipar problemas e também a aluna me ensinou muitas coisas. Eu me sinto seguro, sei que posso contar com a senhora e com as alunas sempre que precisar, inclusive já fiz isso várias vezes. A sra. é a primeira enfermeira que vem aqui e diz que está preocupada comigo. Eu acho isso bom, muito bom mesmo”. (C)

Em 22/09/2000, aconteceu o último encontro porque ele estava de alta hospitalar. Fomos para o pátio interno do hospital a pedido dele, e nesse momento ele voltou a falar da sua disposição em tentar viver melhor. Reiteramos o desejo de ajudá-lo, que procuraríamos estar sempre disponíveis às suas necessidades. Revisamos nossos números telefônicos. Abraçamo-nos emocionados e discretas lágrimas surgiram nos seus olhos. No dia 10/10, fizemos uma ligação telefônica para ele, pois estávamos preocupadas. Conversamos demoradamente e sentimos uma discreta mudança na sua voz: ele demonstrava alegria.

PEIXOTO, 19 anos, solteiro, pintor de paredes, católico. É de classe média, mora em Caucaia, com os pais e seus irmãos. Possui escolaridade de ensino fundamental incompleto. Admi-

tido em 15/09/2000, após agressão por projétil de arma de fogo. Apresenta TRM torácico, com paraplegia, nível sensitivo T₁₀. Não foi submetido à cirurgia porque, em seu caso, não havia indicação. Está hospitalizado há 20 dias. A parceria realizou-se em dez encontros. O primeiro aconteceu no dia 05/10/2000, pela manhã.

Levantamento dos dados

“A gente se sente mal... quando a gente pensa ficar numa cadeira de rodas, deficiente não poder ir para um canto, fazer as coisas que a gente gosta eu me sinto mal por dentro, mas, eu sinceramente eu acredito muito que, um dia vou andar. O que peço muito a Deus é que um dia eu me recupere e possa viver minha vida de novo, minha preocupação é em relação a namoradas, não poder ter um relacionamento como tinha antes, não poder mais ter filhos, essas coisas assim, a gente pensa muito nisso. Eu penso muito nisso, uma relação com uma mulher que vai ser diferente agora, penso também como vai ser a convivência em casa, quando a gente passar e ver as pessoas brincando, jogando bola, se divertindo, a gente não poder mais fazer aquilo, a gente vai sentir um pouco”. (A)

“Eu acho que as enfermeiras deviam ser umas pessoas que chegassem pra gente e dissessem: Como vai! Sentasse na cadeira e conversasse, desse uma palavra... que é pra ver se a gente melhora, que desse uma palavra amiga, prá gente ficar melhor, porque tem horas que a gente tá muito ruim, por dentro né... que nem a gente pensa porque aconteceu isso comigo e será que eu nunca mais vou andar. Eu queria que, nessa hora, ela desse uma palavra de bondade dizendo assim: tenha calma que as coisas vão melhorar. Você não pode andar, mas eu vou lhe ajudar”. (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Disfunção sexual relacionada à estrutura da função corporal alterada pela lesão medular, evidenciada pela ausência de ereção e verbalização da incapacidade sexual.
- Padrões de sexualidade alterados relacionados à alteração na estrutura funcional (ausência de sensibilidade nos MMII), evidenciados pela limitação física.
- Angústia espiritual relacionada a crenças e sistemas de valores desafiados, evidenciados pela verbalização de conflito interior.
- Distúrbio da imagem corporal relacionado à perda da função em parte do corpo (paraplegia), evidenciado pela verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura e função.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

- Fator 4. Estabelecimento de um relacionamento de ajuda e confiança.
- Fator 7. O ensino-aprendizagem transpessoal.
- Fator 8. Ambiente de suporte, proteção e/ou ajustamento.
- Fator 9. Gratificação das necessidades humanas de sexualidade e Necessidade de buscar o crescimento.

Cuidados transpessoais

- Favorecer a formação da relação pessoa/pessoa por meio da interação e do diálogo.
- Aumentar a sensibilidade do paciente, encorajando o autocrescimento, permitindo que aflore seus sentimentos de modo positivo.
- Oferecer suporte emocional e fazer aconselhamento sobre sexualidade, e reprodução da pessoa paraplégica.
- Ouvir empaticamente o paciente, favorecer a expressão de sentimentos.

- Promover o cuidado humano baseado na confiança e esforço.
- Orientar cuidados relacionados ao retorno da atividade sexual de acordo com a solicitação do paciente.
- Falar, individualmente, sobre a sua lesão medular e a conseqüência na sua sexualidade.
- Ensinar cuidados que se deve ter para evitar acidentes durante o ato sexual.
- Promover uma educação individual sobre o ensino do autocateterismo intermitente.
- Oferecer cuidados para promover higiene, esvaziamento vesical, ajudar na alimentação, fazer e ensinar a mobilidade física no leito e mudança de decúbito.

Evolução

O paciente está deprimido e preocupado em relação à falta de informação sobre a sexualidade e a reprodução humana após a paraplegia, assim como, a perda do convívio social. Está com medo de não mais poder ter filhos, e de não ter uma vida sexual satisfatória. Aprendeu a técnica de transferência da cadeira de rodas para a cama e vice-versa. Mostra-se animado sobre muitos aspectos da sua condição de paraplégico, no entanto, continuou demonstrando preocupação sobre as questões da sexualidade, apesar de ter sido esclarecido por nós. Aprendeu o autocateterismo, aceitou a ajuda das professoras e das alunas para aprender os cuidados que utilizará no domicílio. Demonstra entusiasmo, pois recebeu alta hospitalar e aguarda os familiares para a sua saída.

Avaliação

“Para mim o suporte emocional oferecido pela senhora e suas alunas foi baseado na honestidade e simpatia; a sensação de ser cuidado por alguém que se preocupa comigo e ter alguém com quem contar me deu esperanças para o futuro. O benefício é que eu estou me sentindo

uma pessoa amada e cuidada. Pela manhã, eu sou cuidado pela aluna e pela sra.. Aí sim, a menina e a sra. conversam comigo... eu gosto, pois é uma alegria só aqui na enfermaria. Tudo que vocês fazem é com alegria, a gente vendo isso se alegra também". (C)

Nosso último encontro no hospital aconteceu no dia 27 /10/2000, pois ele estava de alta hospitalar prevista para o dia seguinte. Revisamos alguns aspectos da parceria e reforçamos o compromisso em ajudá-lo. Ele mostrou-se mais uma vez interessado em mantermos contatos.

POLICARPO, 20 anos, solteiro, vendedor, católico não-praticante. Tem escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto. É de classe média baixa, mora em Fortaleza com os pais e dois irmãos. Admitido em 10/10/2000, com TRM torácico de T₄ e T₅ com paraplegia flácida, ocasionada por agressão por projétil de arma de fogo. Não foi submetido à cirurgia porque não há indicação cirúrgica. Encontra-se hospitalizado há 13 dias. Com *Policarpo*, a parceria realizou-se em dez encontros. O primeiro aconteceu no dia 23/10/2000, pela manhã. Os demais encontros aconteceram nos dias subsequentes à internação.

Levantamento dos dados

"Sinto-me péssimo... (baixa a cabeça) imagine uma pessoa nova como eu, saber que nunca mais vai andar... É loucura... às vezes, fico aqui sozinho de noite pensando, eu penso como vai ser minha vida de agora em diante. Aí... eu choro... não deixo os outros verem, é de tristeza que eu choro. Eu só tenho 20 anos fiz no mês passado. Será que isso é castigo? Por que Deus fez isso comigo? Eu me sinto aleijado. Não sou mais homem. Sabe as meninas me chamam de bonitinho. Agora não sou mais. Até minha namorada não

me quer mais. Isso tudo me deixa muito triste, preocupado com minha vida, agora e depois, meu emprego. Ter que fazer tudo com ajuda dos outros isso é horrível. Sabe o que eu mais queria era andar outra vez. Será que existe milagre?" (A)

"Eu não tenho queixa nenhuma, elas cuidam bem, mas se elas conversassem mais, se dessem mais atenção para a gente ia ser melhor. Tem delas que ficam longe da gente, só vem aqui nas horas de passar a sonda. Por exemplo, elas podiam todo dia conversar um pouco, perguntar o que eu estou sentindo... se eu preciso de alguma coisa... Olha não é "fuxico" eu só estou dizendo como me sinto. Uma coisa que as enfermeiras podiam fazer era tirar todo dia uma horinha para conversar com a gente, saber mais das nossas vidas... é pedir muito? De noite, a tristeza é maior, nessa hora, elas bem podiam dar atenção perguntando como a gente está". (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Distúrbio da imagem corporal relacionado à perda da função em parte do corpo (paraplegia), evidenciado pela verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura e função.
- Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízo neuromuscular, evidenciada pela paraplegia.
- Disfunção sexual relacionada às estruturas da função corporal alteradas pela lesão medular, evidenciada pela ausência de ereção e verbalização da incapacidade sexual.
- Padrões de sexualidade alterados relacionados à alteração na estrutura funcional (ausência de sensibilidade nos MMII), evidenciada pela limitação física.
- Angústia espiritual relacionada a crenças e sistemas de valores desafiados, evidenciada pela verbalização de conflito interior.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

Fator 2. Instalação da fé-esperança.

Fator 7. O ensino-aprendizagem transpessoal.

Fator 8. Ambiente de suporte, proteção e/ou ajustamento.

Fator 9. Gratificação das necessidades humanas de sexualidade e necessidade de busca e crescimento.

Cuidados transpessoais

- Falar sobre a lesão medular e repercussões na função sexual.
- Favorecer a formação da relação pessoa/pessoa por meio da interação e do diálogo.
- Permitir o afloramento dos seus sentimentos de modo sensível.
- Fazer o paciente reconhecer sua capacidade de manter o relacionamento afetivo e sexual.
- Estimular o autocrescimento.
- Utilizar terapias alternativas tais como: toque, abraços, sorrisos, massagens, oração e pensamento positivo.
- Aumentar a sensibilidade do paciente, encorajando-o a falar dos seus sentimentos.
- Oferecer suporte emocional e fazer aconselhamento sobre sexualidade e reprodução da pessoa paraplélica.
- Orientar cuidados para favorecer o reinício das atividades sexuais.
- Ouvir o paciente empaticamente.
- Promover uma educação individual sobre o ensino do autocateterismo intermitente.
- Oferecer cuidados para promover higiene e esvaziamento vesical.
- Ajudar na alimentação.
- Fazer e ensinar a mobilidade física no leito e mudança de decúbito.

Evolução

Aparentemente tranquilo, diz-se orientado sobre a sexualidade após a paraplegia, mas continua com medo de não poder ter uma atividade sexual satisfatória. Foram ensinadas as técnicas de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, tendo feito adequadamente com a ajuda dos familiares. Aprendeu o autocateterismo, as manobras de Vasalva e Credé. Sente-se esclarecido sobre os cuidados para a continuidade do tratamento no domicílio. Está animado com a possibilidade de alta hospitalar próxima. Aguarda a chegada da mãe para as providências sobre sua saída.

Avaliação

“Eu reconheço que a ajuda oferecida pela senhora e suas alunas foi baseada na honestidade e simpatia; foi muito bom ser cuidado por alguém que se preocupa comigo, que me deu outras maneiras de encarar o futuro. O benefício é que eu estou me sentindo uma pessoa amada e cuidada. Pela manhã, eu sou cuidado pela aluna e pela sra. No começo sei que fui chato com a menina e com a sra. Eu gostei desse cuidado que foi feito em mim. Fiquei alegre, algumas vezes, aqui na enfermagem”. (C)

Nosso último encontro no hospital aconteceu no dia 28/10/2000, pois ele sairia de alta hospitalar no dia seguinte. Revisamos alguns aspectos da parceria e reforçamos o compromisso em ajudá-lo. Ele mostrou-se mais uma vez interessado em mantermos contatos. Policarpo nunca fez nenhum contato telefônico conosco. Fizemos várias tentativas de comunicação mas todas sem sucesso. Em novembro de 2001, após contato telefônico com sua mãe, recebemos a notícia de que ele havia falecido no dia 20 de novembro. Este fato nos

deixou muito tristes e também frustradas, pois com este paciente a parceria não obteve êxito.

PÁDUA, 41 anos, casado, policial militar, católico praticante. É de classe média, mora em Fortaleza com a esposa e quatro filhos. Tem escolaridade equivalente ao ensino médio completo. Internado em 20/02/01, apresenta traumatismo raquimedular torácico, com paraplegia nível sensitivo T₄ e T₅, ocasionado por acidente de moto. Realizou artrodese de coluna torácica, e encontra-se hospitalizado há 33 dias. A parceria com *Pádua* efetuou-se em dez encontros. O primeiro aconteceu no dia 05/04/2001, pela manhã.

Levantamento dos dados

“Eu entrego a Deus! A minha vontade é andar, mas ou Deus querendo ou não, claro que ele quer justamente, que ele quer isso, que eu vou andar, tenho muita fé nisso, tenho muita fé em Deus! Meus sentimentos é que vou voltar a andar. Não me sinto triste graças a Deus, com Ele consigo o que quero. Ah! Saudade eu tenho do meu filho de sete meses, mas já estou indo para casa graças a Deus, né... Sei que tenho um problema de coluna, mais ele disse que tenho uma chance boa, 10% de chance é boa, se eu sentir algum movimento é ótimo, para voltar a andar novamente”. (A)

“Ah! Eu gostaria que elas me dessem banho, que algumas delas não dão banho na gente, não são todas, mas isso era bom, se elas pudessem dar banho no paciente, assim como a Sra. e suas alunas fazem. Para eu me sentir melhor, eu gostaria que elas conversassem com o paciente, a conversa sempre é melhor para o paciente. Uma boa enfermeira é aquela que chega pra gente para conversar, mas nem todas fazem isso. Elas não conversam sobre religião e sexo, eu bem que gostaria”. (B)

Diagnósticos de enfermagem

- Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado a prejuízo neuromuscular evidenciado pela incapacidade de lavar-se.
- Mobilidade física prejudicada, relacionada a prejuízos neuromusculares e sensorio-perceptivos, evidenciada pela paraplegia.
- Disfunção sexual relacionada às estruturas da função corporal alteradas pela lesão medular, evidenciada pela ausência de ereção e verbalização da incapacidade sexual.
- Padrões de sexualidade alterados relacionados à alteração na estrutura funcional (ausência de sensibilidade nos MMII), evidenciados pela limitação física.
- Angústia espiritual relacionada a crenças e sistemas de valores desafiados, evidenciada pela verbalização de conflito interior.

Planejamento do cuidar/cuidado

Metas - Atenção especial aos fatores de cuidado

- Fator 2. Instalação da fé-esperança.
- Fator 7. O ensino-aprendizagem transpessoal.
- Fator 8. Ambiente de suporte, proteção e/ou ajustamento.
- Fator 9. Gratificação das necessidades humanas de sexualidade e de ordem superior (interpessoal e transpessoal), necessidade de buscar o crescimento.

Cuidados transpessoais

- Aumentar a sensibilidade do paciente, encorajando o autocrescimento.
- Promover o cuidado humano baseado na confiança e esforço.
- Estimular a socialização através do contato com amigos e familiares.
- Favorecer a formação da relação pessoa/pessoa por meio da interação e do diálogo.
- Fazer o paciente reconhecer sua capacidade de manter o relacionamento afetivo e sexual.

- Oportunizar a expressão de sentimentos acerca das crenças e valores.
- Discutir formas alternativas para dar continuidade a sua participação no ritos religiosos.
- Estimular a participação no autocuidado (banho, higiene oral).
- Promover uma educação individual sobre o ensino do autocateterismo intermitente.
- Oferecer e ensinar os cuidados para promover higiene e esvaziamento vesical.
- Ajudar na alimentação.

Evolução

O paciente está preocupado com a dificuldade para realizar sua higiene corporal e a falta de informação sobre a sexualidade. Informa medo de não poder voltar a ter uma atividade sexual satisfatória. Aprendeu as técnicas de transferência da cama para a cadeira e vice-versa e as pratica com frequência. Demonstra interesse em tudo que lhe é ensinado. Diz-se esclarecido sobre a paraplegia e sobre os cuidados necessários para a continuidade do tratamento no domicílio. O paciente sente-se ajudado, verbaliza seus medos e anseios. Aprendeu o autocateterismo, executa manobras de Vasalva e Credé. Realiza sua própria higiene na cadeira de rodas com a ajuda do acompanhante.

Avaliação

“Eu não sei nem mesmo como agradecer tudo que a senhora e suas alunas fizeram por mim; eu sinto que vocês se preocupam verdadeiramente comigo, até me deixam menos apreensivo, pois sei agora que tenho com quem contar na hora de aflição que eu estou me sentindo uma pessoa muito bem cuidada. A sra. e suas alunas são os anjos que Deus colocou nos nossos caminhos”. (C)

Nosso último encontro no hospital aconteceu no dia 28/04/2001. Ele recebeu alta hospitalar e na ocasião, revisamos alguns aspectos da parceria e reforçamos o compromisso em ajudá-lo. Mostrou-se mais uma vez interessado em mantermos contatos. O último foi no dia 11 de novembro de 2001, ocasião em que fomos entrevistados para o “programa quadro de saúde” da TV Diário do Nordeste, e lhe entregamos o livro: *Viva Bem com a sua lesão medular* – manual de orientação, de Carvalho e Damasceno (2001).

4. ANÁLISE DOS DADOS

Como vimos páginas atrás os discursos obtidos foram o ponto de partida para a aplicação da teoria. Deles também emergiram categorias cujas análises estão discutidas a seguir:

Categoria 1. Ser paraplégico significa vivenciar uma perda pontilhada de um misto de sentimentos

Os estudados dizem que, com a paraplegia, perdem a liberdade de ir e vir e a sexualidade, ficando dependentes. É, portanto, vivenciar um complexo processo de transformação da vida, permeado por sentimentos diversos. A perda cria uma desarmonia na existência da pessoa, que é expressada por sentimentos de tristeza, mágoa, inconformismo, isolamento, angústia, choro, dor e sofrimento emocional. O sofrimento profundo altera o sentimento de si próprio, surgindo o questionamento: - eu não estou igual ao que eu era.

Os pontos fundamentais no modelo transpessoal de Watson (1999) são a *perda* e o *cuidado*. A perda gera uma desarmonia nas três esferas da pessoa: a mente, o corpo e o espírito, por isso demanda cuidados que considerem o mundo emocional e subjetivo. Sobre essa situação, Vidor (2000) diz *eu queria dormir e acordar na hora que a cura tivesse sido descoberta e pronto. Infelizmente, não tenho esse poder.*

Benson (1996) afirma que as doenças de

uma maneira geral, assim como as perdas, muitas vezes fazem com que as pessoas se voltem para Deus. São incontáveis as situações em que o desespero diante da doença e da perda é prelúdio para a recuperação da fé. Por sua vez Glynn (1997) defende a crença religiosa como condição para a felicidade e bem estar psicológico no âmbito geral.

Na paraplegia a sexualidade também é afetada trazendo sérios problemas de ajustamento e sentimento de inferioridade. Compete à enfermeira procurar conhecer e orientar os paraplégicos acerca dos problemas sexuais conseqüentes à lesão medular, desmistificar o que existe sobre paraplegia e sexualidade, bem como discutir a respeito das opções para dar e receber prazer sexual.

Categoria 2. Cuidados desejados privilegiam o atendimento das necessidades biológicas, espirituais e emocionais

A esta indagação, os pacientes se dizem desejosos de cuidados voltados para o ensino-aprendizagem de procedimentos técnicos necessários ao cotidiano. Por outro lado, privilegiam os cuidados baseados em atitudes e valores ao expressarem: -uma coisa que as enfermeiras podiam fazer era tirar todo dia uma horinha para conversar com a gente, saber das nossas vidas. Tal posicionamento está de acordo com Watson (1988) ao mostrar que o foco central da enfermagem está no fato de que o cuidado se deriva de uma perspectiva humanística, combinada com uma base de conhecimentos científicos. No entanto, valoriza o cuidado humano afirmando que este inclui atenção individual, carinho e amor.

Categoria 3. A parceria é uma estratégia de cuidado que atende sobretudo as necessidades emocionais e espirituais

Os discursos dos paraplégicos que foram alvos da aplicação da teoria apontam que a par-

ceria proporcionou o atendimento das suas necessidades emocionais e espirituais deixando-os mais seguros para enfrentar a sua nova condição. Mais uma vez, fica demonstrado que a teoria de Watson (1988), ao valorizar o cuidado humano, oferece às enfermeiras a oportunidade para refletirem sobre as possibilidades de mudanças no cenário de cuidados aos paraplégicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Teoria do Cuidado Humano é baseada na crença de que, quando uma enfermeira e um paciente estão juntos, eles criam a possibilidade de encontrar uma significação dentro da experiência por eles vivenciada. Como Watson (1999) explica, a arte do cuidar em enfermagem começa quando a enfermeira, com o objetivo de ajudar o outro através de um sentimento de cuidado e atenção, expressa esse sentimento com atitudes concretas. Ela vai mais além, lembrando que essa noção de cuidar/cuidado intersubjetivo se opõe aos modelos "de cuidar para" e "cuidar de". Essa idéia foi fundamental para a prática do modelo proposto. Na implementação realizada, as docentes, alunas e pacientes foram considerados participantes iguais nas relações de cuidar em parceria e cada participante teve o poder igual de negociar e renegociar os pensamentos do relacionamento.

Assim sendo, tornou-se muito aparente que o relacionamento intersubjetivo e transpessoal, formado durante a aplicação do modelo de parceria no cuidar/cuidado, deu condições para encontrarem significados na forma de compreender as implicações da paraplegia para o cotidiano da pessoa acometida.

Os fatores de cuidado preconizados por Watson (1979) refletem princípios humanísticos e científicos, envolvidos na prática da enfermagem, que se baseiam na teoria do cuidado humano. A utilização dos fatores de cuidado é de fundamental importância para documentar, mutuamente, planos e metas; a en-

fermeira indica qual fator deve direcionar as interações presentes e futuras.

A parceria gerou satisfação para os envolvidos e estimulou a realização de práticas inovadoras, tais como: cuidados alternativos do tipo toque e abraços, o incentivo ao pensamento positivo, contato visual, atitude calma, timbre de voz agradável e a impressão geral de gostar do que faz e de sentir prazer em estar com os paraplégicos. Tudo isso foi referido quando da avaliação realizada anteriormente.

Um ponto forte foi o crescimento pessoal, propiciado aos pacientes e a nós, traduzido por relacionamentos interpessoais mais significativos, como a ajuda – confiança e ainda os pacientes terem referido sentirem-se livres para serem honestos com eles mesmos e conosco. Nesse sentido a confiança foi muito valorizada pelos pacientes o que foi detectado nas visitas domiciliares.

Merece ser destacado que essa experiência ofereceu especial oportunidade para usar a base da enfermagem no desenvolvimento de uma filosofia de cuidar e, assim, tornar as enfermeiras e alunas mais sensíveis aos problemas dos paraplégicos. Desse modo, aplicar o Modelo de Cuidado Transpessoal nessa clientela foi uma maneira de estender a teoria à prática e ofereceu oportunidade de crescimento e autonomia da enfermagem no cenário hospitalar.

Trabalhar com uma teoria de enfermagem não foi tão difícil como tem sido apontado pelas enfermeiras. Ao contrário, foi um exercício necessário para melhor entender a aplicabilidade da teoria de Jean Watson. No entanto, a implementação do modelo de cuidado transpessoal foi possível graças ao apoio dos pacientes e das alunas do quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem. Apesar de não haver envolvido a família diretamente, a parceria também a beneficiou, através do ensino-aprendizagem dos cuidados para a continuidade do tratamento no domicílio.

O que foi aqui relatado indica que é viável

se pensar numa enfermagem fundamentada em teorias e conceitos, desde que seus pressupostos sejam compreendidos. Cabe lembrar que a maior dificuldade encontrada foi o descompasso entre a objetividade do método científico e a subjetividade da parceria utilizada para promover o cuidado transpessoal. Esse fato pode ser sanado a partir do momento que a enfermeira consiga equacionar os aspectos que envolvem essa questão. Da aplicação da teoria de Watson resultaram aspectos enriquecedores, no entanto ela não está isenta de dificuldades, em especial quando o mundo da enfermeira não é compatível com as crenças ou a fé do paciente.

Como aspectos negativos, é importante mostrar que não houve oportunidade de engajamento das enfermeiras de serviço, por se tratar de uma experiência realizada durante a elaboração de uma tese de doutorado. Mesmo assim, defendemos que é necessário articular mecanismos para despertar o entusiasmo delas a este novo olhar no cuidado com o paciente paraplégico, visto que não podemos pensar em aplicar teorias de enfermagem na prática sem o envolvimento das enfermeiras de serviço.

O modelo de cuidado aplicado teve um significado importante para nós. Foi um momento de descobrimento, de exercício da intersubjetividade, pois, na medida em que interagíamos com os pacientes, aprendíamos, cada vez mais, a reconhecê-los como seres humanos, e assim, refletíamos sobre suas maneiras de viver, ser e agir e juntos procurávamos compreender o significado do cuidado ao paraplégico através de nossos diálogos.

Para os alunos, acreditamos que, cuidar de pessoas paraplégicas com base em um modelo conceitual, em especial uma teoria humanística, foi um exercício rico que possibilitou compreender melhor as crenças acerca da pessoa, da saúde, do ambiente e do cuidado. Assim como, se deram conta da importância do planejamento do cuidado com a pessoa paraplégica, para prestarem cuidados mais humanísticos e de melhor qualidade. Notamos ainda,

que os alunos tomaram consciência da necessidade de desenvolver um modo de pensamento lógico e rigoroso chamado processo de enfermagem, para planejar as intervenções para essa clientela.

Por fim, concordamos com Phaneuf (1996) quando diz que aplicar uma teoria é uma ferramenta de sistematização e de humanização dos cuidados, tornando-se assim, um instrumento de valorização profissional. Ofertar cuidados, pautados em uma teoria de enfermagem, permite a enfermeira trabalhar de maneira mais responsável e verdadeiramente profissional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LE FEVRE, R. (2000). Aplicação do processo de enfermagem – um guia passo a passo. Porto Alegre: ArtMED Editora.
- BENSON, H. (1996). *Timeless Healing*. New York: Simon e Schuster.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (1997). Resolução 196/96. Brasília.
- CARRARO, T.E. (2001). Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: Westphalen, M.E.A; Carraro, T.E. *Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática*. Goiânia: AB Editora.
- CARVALHO, Z.M.F.; DAMASCENO, M.M.C. (2001). *Viva bem com a sua lesão medular: manual de orientação*. Fortaleza: DENF/UFC.
- CHINN, P.L., KRAMER, M. K. (1995). *Theory and nursing: a systematic approach*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- GLYNN, P. (1997). *God the Evidence: the reconciliation of faith and reason in a postsecular world*. New York: Prima Publishing.
- HICKMAN, J.S. (2000). Introdução à teoria da enfermagem. In: George, J.B. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.I.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993). *Processo e diagnóstico de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas).
- MACHADO, W.C.A (2002). *Tempo, espaço e movimento: o (d)eficiente físico, a reabilitação e o desafio de conviver com o corpo partido*. Rio de Janeiro: Papel Virtual.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2000). *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda – definições e classificação 1999-2000*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PADULA, M.C.P. (1998). *Caracterização dos déficits de autocuidado universal da pessoa com lesão medular*. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo.
- PHANEUF, M. (1996). *La planification des soins: un système intégré et personnalisé*. Montreal: Les Editions de la Chenelière.
- SHROEDER, C.; MAEVE, M. K. (1992). Nursing care partnerships at the Denver Nursing Project in human caring: an application and extension of Cairns theory in practice. *Advances in Nursing Science*, 15, 25-38.
- TOBAR, F.; YALOUR, M.R. (2001). *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- VIDOR, G. (2000). *Sem limites*. São Paulo: Editora Monole.
- WATSON, J. (1985). *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- WATSON, J. (1988). *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- WATSON, J. (1999). *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.
- WATSON, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.