UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

CUIDAR INTEGRALMENTE O SISTEMA FAMILIAR: O DESAFIO DA TRANSPESSOALIDADE PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM

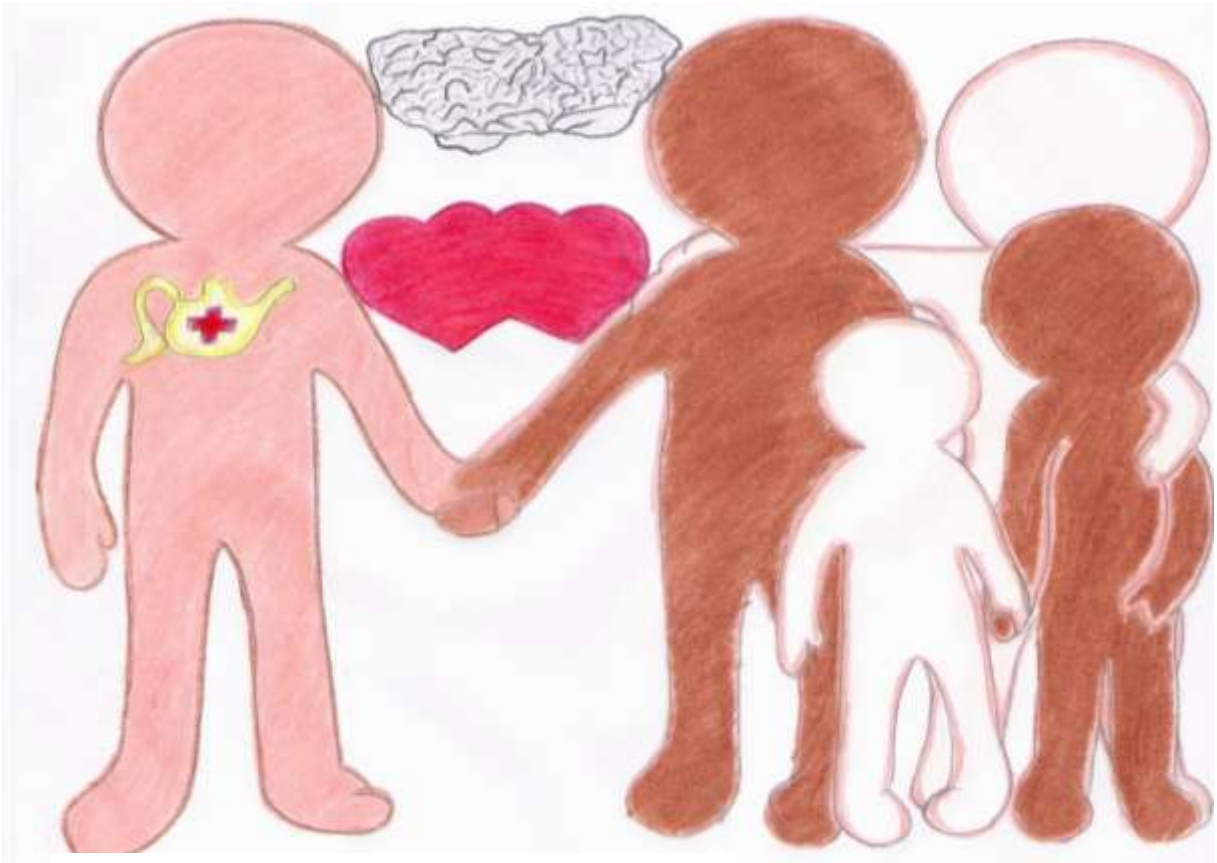


Figura 1: A transpessoalidade entre enfermeira e família *Designers:* Bárbara Barreto & Emanuelle Nunes

EMANUELLE CAIRES DIAS ARAÚJO NUNES

JEQUIÉ/BAHIA
2010

EMANUELLE CAIRES DIAS ARAÚJO NUNES

CUIDAR INTEGRALMENTE O SISTEMA FAMILIAR: O DESAFIO DA TRANSPESSOALIDADE PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com Área de Concentração em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Família em seu ciclo vital.

ORIENTADORA: Profª. DSc. Luzia Wilma Santana da Silva.

JEQUIÉ/BAHIA
2010

Nunes, Emanuelle Caires Dias Araújo.

N924 Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem/Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes. - Jequié, UESB, 2010.

273 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2009. Orientadora Profª. DSc. Luzia Wilma Santana da Silva.

FOLHA DE APROVAÇÃO

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. **Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem**, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia.

Luzia Wilma Santana da Silva

Doutora em Enfermagem. Área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade – UESB.

Orientadora e Presidente da banca examinadora

Enéas Rangel Teixeira

Pós-Doutor em Psicologia Clínica. Universidade Federal Fluminense – UFF.

Leny Alves Bomfim Trad

Pós-Doutora em Antropologia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA.

Jequié/BA, 15 de Dezembro de 2010

*Ao meu **Deus**, "Porque dEle,*

e por meio dEle, e para Ele são todas as coisas.

A Ele, pois, a glória eternamente. Amém! "(Rm 11.36)

Figura 2: Dedicatória *Designer*: Bárbara Barreto

Aqueles que teceram junto comigo;

seguraram minhas mãos,

iluminaram minha mente

e aqueceram meu coração:

Meu marido ***Ricardo***

Minha mãe ***Aureni***

Minha "Luz" ***Luzia Wilma***

Agradecimentos

*A **Deus**, Senhor da minha vida, autor e consumador da minha fé. Não tenho dúvidas de que foram os Teus propósitos que me guiaram por este caminho de tão grande realização. A Ti toda honra! Vale a pena confiar em Tua vontade, fidelidade e Amor!!!*

*Ao **Ricardo**, meu marido, por tamanha compreensão e contribuição, por envolver-se neste projeto como se fosse seu e por encorajar-me, amparar-me, defender-me e tantas vezes direcionar-me com tanto amor. Você é especial, não tenho palavras... Sei que o Senhor o criou para estar ao meu lado me fortalecendo e aperfeiçoando todos os dias. Esta vitória é sua. Amo você! Por toda a vida.*

*À **Aureni**, mãezinha amada, simplesmente por tudo, pela sua existência, pela dedicação em me ensinar o melhor caminho para eu andar, por todo seu sacrifício e incentivo na minha formação, pela compreensão de minha ausência, por tantas demonstrações de amor, orgulho e admiração e pela presença sempre acalentadora, meu porto seguro de rocha e amor incondicional!*

*Ao Casal **Aurelino e Alvina**, meus avós queridos, por me proporcionarem uma família inspiradora para a busca de um cuidado transpessoal. E pelo ambiente de tanta tranquilidade – sua casa, onde pude construir o projeto que resultaria nesta pesquisa.*

*À **Família Nunes,** por sua compreensão, incentivo e apoio. Muito obrigada, queridos! Deus nos abençoe sempre na nossa unidade de corpo-mente-alma. Amo vocês!*

*À **Isaiane**, amiga especial, por acreditar em mim, mesmo quando eu não conseguia; pela doação e incentivo, lealdade, companhia, vivências e experiências compartilhadas. Você foi essencial nesta vitória - nunca me esquecerei disto!*

*À **Vivi**, minha maninha do coração, pela amizade e carinho, cuidado e doação. Tornamo-nos família, numa relação tão transpessoal, que levaremos por toda a vida. Saudades de nossas madrugadas, do relacionamento terapêutico, das divagações peripatéticas... Você é um maravilhoso presente de Deus neste mundo!*

*À **CAPES**, pelo seu compromisso com a excelência no aperfeiçoamento profissional e por subsidiar esta realização tão significativa em minha vida.*

*À **Aretusa**, marcante Mestre na Graduação em Enfermagem, por aquela conversa decisiva... Conselhos valiosos. Por confiar nas minhas potencialidades, impulsionando-me a buscar este sonho. Sua amizade é especial. Deus te abençoe!*

*Às (aos) **Enfermeiras (os) das Equipes de Saúde da Família** de Vitória da Conquista, pela essencial contribuição ao participarem como sujeitos nesta pesquisa, por doarem o seu tempo em meio às muitas atribuições, acolhendo-me. Nossos encontros ensinaram-me muito! Encontrei-me com seus mundos de vicissitudes, paixão, experiência e transpessoalidade. Obrigada por me fazerem senti-los!*

*Ao **NIEFAM**, minha família jequieense, espaço de ensino-pesquisa-extensão no qual vivi interdisciplinarmente no cuidado à família em seu ciclo vital. Ali descobri uma Saúde Pública contagiante, mobilizando afeto e atitudes em prol da solidariedade humana.*

*Ao **LABENF**, minha casa em Jequié, local de trabalho, interação, compartilhamento de saberes. Principalmente aos 'anjos': **Ingrid e Ane**, por sua presença significativa, amizade e pelas mãos sempre estendidas a ajudar-me em busca de minha formação de mestre.*

*Ao **Lucas**, meu "companheirinho". Compartilhamos projetos, percepções, responsabilidades, aflições, angústias, inquietações, dificuldades, e vitórias. Nossa parceria e amizade marcaram e aliviaram essa caminhada. Obrigada! Você vai longe...*

*À **Família Santos**, especialmente **D. Verônica**, por sua maternidade angelical, por amenizar os momentos difíceis com o seu carinho sempre presente e acolhedor.*

*À **Família Santana** por serem parte e todo da nossa querida Luzia, proporcionando a ela ser assim tão especial, especialmente **D. Lúcia,** com tanto carinho por mim, e **Danúzia,** mesmo longe, por sua postura de solidariedade e amor. Deus abençoe este lar tão bonito! Estarão sempre em meu coração e orações.*

*À amiga **Helca**, presente de Deus nesta caminhada, pelo carinho, desvelo e vínculo cultivado, pelas trocas de experiência e amizade tão doce, forte e especial.*

*Às preciosas **Ises e Danielle**, tão diferentes e tão especiais, nossos momentos guardarei com todo carinho, porque foram inesquecíveis e verdadeiramente significativos, obrigada pela amizade, proximidade e confiança dispensada. Sucesso queridas!!!*

*À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, campus de Jequié, e ao Departamento de Saúde pelo acolhimento.*

*Ao amigo **Delson,** por sua solicitude e valiosa contribuição nesta pesquisa, muito obrigada!*

*Aos professores colaboradores **Jerônimo, Enéas, Mirian, Leny, Alba, Ana Angélica, e Ana Lúcia,** que imergiram suas vidas de dedicação e conquistas na minha realização, com olhares tão especiais, capazes de firmar meus passos com suas experiências honrosas.*

*À **Karla Elayne,** por sua dedicação/brilho/competência enquanto minha aluna – postura que me ensinou/inspirou no meu momento discente de mestrado! Agradeço pelos ensinamentos, feedback positivo, consideração e desvelo. E também a **Glauber** por sua amizade e eficiência com as imagens digitais.*

*À **Leinad**, pelo olhar sempre atencioso e competente sobre os aspectos técnicos da nossa língua e pelo perscrutar tão sensível que tecia a partir da leitura de cada trabalho, me incentivando a ir sempre além. Suas palavras fizeram muita diferença. Obrigada!*

*À **Bárbara**, amada amiga, por sua dedicação e sensibilidade em desenhar as ilustrações deste trabalho.*

*Às Professoras **Luciena, Cleide, Raimunda e Ana Paula**, as quais, respectivamente, no primário, ginásio, graduação e especialização me estimularam a ser comprometida com a busca pelo conhecimento, sensível no cuidado e por aquele valioso incentivo: "Você vai longe!".*

*À **Daniela Arruda**, amiga, enfermeira, exemplo, por seu compromisso com a formação em enfermagem, sua postura ética, carinho, atenção e motivação para eu ir em frente.*

*Aos mestres **Odair e Obertal** e às eternas "meninas" **Bruna, Iara Caroline, Gabriela, Leilane, Laís, Marcela e Kamila,** pela oportunidade de me aproximar da pesquisa em enfermagem, e de crescermos juntos nas orientações e construções conjuntas.*

*Aos amigos e colegas **Juvenal, Lívia, Isabela, Luísa, Mariana, Evandson e Anizete,** pelo incentivo, apoio e companheirismo na fase preparatória e final do mestrado, pela mobilização e compreensão para comigo e pela solidariedade, manifestas em todos os momentos de minhas necessidades. Sois como anjos. Deus vos abençoe!*

*À **equipe multidisciplinar** da **UTI HGVC**, especialmente ao **pessoal de enfermagem**, por seu carinho, reconhecimento, confiança, compreensão e incentivo. Vocês são inspiração na minha luta pela enfermagem pulsante, que se traduz em arte, ética e humanidade.*

*Aos **companheiros mestrandos e doutores,** por mesclar seus olhares multidisciplinares ao meu, construindo este maravilhoso mosaico chamado: mestrado. Agradeço as interações/contribuições que me fizeram crescer como pessoa e profissional.*

*Às grandes amigas **Neca, Magna, Viola, Jaca, Dani, Darly, Nátila e Karla** pela amizade, apoio e incentivo. Amo Vocês!*

*Aos amigos mais chegados que irmãos: **Angelita e Edmário, Denise e Martins, Joziane e Isaac, Júnia e Rogério** por serem bênçãos em minha vida!*

*À **Marizete, Deusa e Eulina** pelo vínculo construído, respeito e incentivo sempre presentes e encorajadores.*

*À prezada **Elba**, por sua confiança em mim, pela interação tão enriquecedora, pela troca de conhecimentos e sentimentos fortalecedores de minha caminhada.*

*Aos **acadêmicos de enfermagem da UESB,** com os quais tive o privilégio de aprender junto: sou grata pela credibilidade e momentos preciosos compartilhados.*

Agradecimento Especial

Como descrever o que você representou na elaboração deste trabalho, desta etapa tão significativa em minha vida – o Mestrado –? Antes de sonhar com ele, Deus já sabia que nossos caminhos iriam se encontrar. Quando me recordo daquele dia quente em que vim 'desbravar' a Terra do Sol e enveredar-me pela Saúde Pública, não posso deixar de lembrar de ter me deparado com seu olhar vibrante e sorriso empático que marcaram o momento em que te conheci. Não podia imaginar que tão logo te reencontraria, após a minha aprovação, quando se iniciava a nossa feliz caminhada. Saudades! Parecia que eu já te conhecia... Aos poucos fui percebendo que aquele sonho tinha como parte fundamental sua presença e por toda esta realização dou graças a Deus por seu cuidado e amor para comigo.

Hoje, ao findar esta etapa de tantas vitórias e aprendizado, ofereço esta homenagem a você, com a mesma satisfação e ansiedade daquele momento, sabendo que todo o sentimento que envolvia minhas expectativas: a admiração, o desejo de aproximar-me, vincular-me, conviver, aprender a ser um pouco de você, foram acontecendo, neste tempo, tão naturalmente, que por vezes nem acreditava.

Além de minha Orientadora, como eu queria, tornou-se muito mais: minha amiga, mãezona, mestre e "Luz", porque iluminou minha mente e aqueceu meu coração numa relação de real transpessoalidade. Muito obrigada, minha amada Luz!

Gostaria que todos tivessem a oportunidade de conhecê-la de perto e desvelar a sua beleza interior, essência ética, amabilidade e compaixão sem medida, a ponto de sacrificar-se pelo bem-estar do outro. Estar ao teu lado é para mim motivo de grande orgulho, tantas vivências e experiências nos amalgamaram numa preciosa relação regada por Caritas. Aprendi com você a construir um relacionamento de genuíno interesse, de encontros sábios, de maturidade e cultivo no continuum do vir a ser.

Por isso e pelo que as palavras não conseguem dizer, agradeço de forma especial a você, ***Luzia Wilma****, minha Luz, por ser o maior presente neste caminhar, grande inspiração por sua competência, humanidade, comprometimento e doação... Você me faz muito feliz! Eu te admiro e amo demais!!! Muito obrigada pelos inesquecíveis momentos de aprendizado e por fazer parte de minha vida!*

"É assim que você é pra mim, como uma pérola que eu mergulhei pra encontrar, como um tesouro que pra sempre eu vou guardar. [...] Leva meu coração contigo, guarda meu coração amigo, e nos dias de deserto e solidão se aqueça com o meu coração."

Figura 3: Transpessoalidade de ser e existir: o humano do humano *Designer*: Bárbara Barreto

Rejeito definições, interpretações da ciência e da pesquisa científica que ocultem a procura da descoberta, da beleza, da criatividade, e um senso mais elevado de estar-no-mundo. Eu quero que a enfermagem se mova para além do objectivável, da verificação, das operações rígidas, das definições, e se dedique mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões. Quero que a Enfermagem esteja mais preocupada com a procura de verdades ocultas e de novos critérios, desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença, e em fazer novas descobertas em como estar numa relação profissional de cuidar para servir a sociedade.

Jean Watson

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. **Cuidar integralmente o sistema familiar**: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2010. 273p.

RESUMO

Estudo cujo objetivo foi desvelar a transpessoalidade na práxis de cuidados da enfermeira ao sistema familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família – ESF. A "transpessoalidade" originou-se, neste estudo, da Teoria do Cuidado Transpessoal da enfermeira Watson, que incorpora ao cuidado a perspectiva subjetiva do ser corpo-mente-alma e a família em seu contexto vivencial-relacional. A relevância desta temática respaldou-se na lacuna científica identificada na revisão de literatura, que demonstrou a predominância de estudos com enfoque na gerência dos serviços de modo fragmentado, em detrimento da integralidade como pressuposto do Sistema Único de Saúde, esta última, neste estudo, discutida como elemento assistencial qualificador do cuidado às famílias, prática intersubjetiva em saúde, e, portanto, transpessoal. O trabalho está fundamentado no Cuidado Transpessoal proposto por Watson, no Pensamento Sistêmico originado a partir das ideias de Bertalanffy e noutros estudiosos sistemínicos. Caracterizou-se como pesquisa descritivo-exploratória de natureza qualitativa, aprovada pelo CEP/UESB sob Protocolo nº 2009/185, conforme a Resolução 196/96. O cenário foram seis Unidades de ESF no município de Vitória da Conquista, Bahia. Os sujeitos foram nove enfermeiras que atuam na ESF, segundo critério de inclusão: mais de um ano de atuação. A coleta de dados envolveu multitécnicas: dinâmica com uso de espelhos, expressão artística – desenho –, e entrevista semiestruturada, realizadas em três momentos distintos, com relatos e respostas, respectivamente gravados e transcritos a *posteriori*. A análise guiou-se pelo modelo proposto por Miles e Hubermann, convergindo em análise de conteúdo, num processo interativo e cíclico, envolvendo redução, apresentação e interpretação dos dados. Os resultados emergiram da transversalidade entre as três técnicas: a luz refletindo imagens nos espelhos da transpessoalidade; os traços zigzaguiando a arte da transpessoalidade; e o remoinhar das categorias e subcategorias, que convergiram em cinco eixos: FAMÍLIA: olhares multiversos à sua complexidade; INTEGRALIDADE: caminhos a serem "re-escritos" na busca pelo cuidado integral do sistema familiar; CUIDADO: transpessoalidade desvelada; ESPIRITUALIDADE: uma práxis de transcendência para o cuidar; e EU-TU e NÓS: a dinâmica interacional da enfermeira consigo e com o indivíduo-família. Os resultados demonstraram que as enfermeiras compreendem a família em sua complexidade, enxergando a relevância do cuidado intersubjetivo, vincular e transpessoal, o que envolve a espiritualidade de cada ser e o autoconhecimento e amadurecimento no contato com o outro. Todavia, apontam entraves e desafios a serem superados para a efetivação da integralidade no cuidado, destacando a necessidade de intersetorialidade e interdisciplinaridade; de uma formação acadêmica e continuada para capacitação da equipe; de uma melhor organização do processo de trabalho na ESF e do apoio de outros segmentos político-sociais para a redução das disparidades socioeconômicas que assolam as famílias sob sua responsabilidade. Concluímos que a transpessoalidade existe na práxis da enfermeira junto a comportamentos limitados pelas condições multifatoriais citadas acima, mas a importância do relacionamento intersubjetivo é percebida por estas como caminho para a integralidade do cuidado, de modo que apontam a importância de reconstruir caminhos pela via do autoconhecimento, espiritualidade e a utilização dos instrumentos de avaliação familiar em direção à integralidade da assistência no contexto da ESF.

Palavras-chave: cuidado; família; integral; enfermagem.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. **Cuidar integralmente o sistema familiar**: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2010. 273p.

ABSTRACT

The study aimed to unveil the transpersonality in nurse's care praxis to the family system in the context of the Family Health Strategy – FHS. "Transpersonality" was originated, in this study, from the Theory of Transpersonal Care by the nurse Watson, which incorporates to the care the subjective perspective of the body-mind-soul being and the family in their experiential-relational context. The relevance of this subject was supported by the scientific gap identified in the literature review, that revealed the predominance of studies focusing on service management in a piecemeal way, rather than integrality as a purpose of the Unified Health System, this one, in this study, argued as a care element qualifier to families' care, intersubjective practice in health, and, therefore, transpersonal. The study is based on Transpersonal Care proposed by Watson, in the Systemic Thought originated from the ideas of Bertalanffy and in other scholars of the system. It was characterized as a descriptive-exploratory research with a qualitative character, approved by the CEP-UESB under the Protocol No 2009/185, according to Resolution 196/96. The scenario was six units of ESF in the city of Vitória da Conquista, Bahia. The subjects were nine nurses who work in the ESF, according to that inclusion criterion: more than one year of operation. Data collection involved multitechnics: dynamics with the use of mirrors, artistic expression - drawing - and semi-structured interview, conducted in three different periods, with reports and responses, respectively recorded and transcribed afterwards. The analysis was guided by the model proposed by Miles and Hubermann, converging in analysis of the content, in an interactive and cyclical process, involving reduction, presentation and interpretation of data. The results rose out from the transversality among the three technics: the light reflecting images in the transpersonality mirrors; the strokes zigzagging the art of transpersonality, and the spinning of the categories and subcategories, which converged in five axes: FAMILY: multiverses lookings to its complexity, INTEGRALITY: paths to be "rewritten" in the search for holistic care of the family system; CAUTION: unveiled transpersonality; SPIRITUALITY: a praxis of transcendence for the care, and ME-YOU and WE: the interactional dynamics of nurse herself and with the individual-family. The results showed that nurses comprise the family in its complexity, seeing the relevance of intersubjective, entailing and transpersonal care, which involves the spirituality of each being and self-knowledge and ripening in contact with each other. However, they indicate obstacles and challenges to be overcome for the realization of integrality in care, pointing out the need of intersectoriality and interdisciplinary; of an academic and continued education to enable the team; of a better organization of work process in the ESF and of the support of other socio-political segments to reduce socioeconomic disparities that ravage families under their responsibility. We conclude that transpersonality exists in nurse's praxis close to behaviors that are limited by multifactorial conditions mentioned above, but the importance of intersubjective relationship is perceived by them as a way to have an integrality of care, so that point to the importance of rebuilding pathways through the self-knowledge route, spirituality and the use of family evaluating instruments toward integrality of assistence in the context of the ESF.

Keywords: care; family; comprehensive; nursing.

NUNES, Emanuelle Caires Dias Araújo. **Cuidar integralmente o sistema familiar**: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem [dissertação]. Jequié: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2010. 273p.

RESUMEN

Estudio cuyo objetivo fue desvelar la transpersonalidad en la praxis de cuidados de la enfermera al sistema familiar en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia – ESF. La "transpersonalidad" se originó, en ese estudio, de la Teoría del Cuidado Transpersonal de la enfermera Watson, que incorpora al cuidado la perspectiva subjetiva del ser cuerpo-mente-alma y la familia en su contexto vivencial-relacional. La relevancia de esa temática se respaldó en la laguna científica identificada en la revisión de literatura, que demostró la predominancia de estudios con n en la gerencia de los servicios de modo fragmentado, en detrimento de la integralidad como presupuesto del Sistema Único de Salud, esta última, en este estudio, discutida como elemento asistencial calificador del cuidado a las familias, práctica intersubjetiva en salud, y, por lo tanto, transpersonal. El trabajo está fundamentado en el Cuidado Transpersonal propuesto por Watson, en el Pensamiento Sistémico originado a partir de las ideas de Bertalanffy y en otros estudiosos sistemínicos. Se caracterizó como investigación descriptiva-exploratoria de naturaleza cualitativa, aprobada por el CEP/UESB bajo Protocolo nº 2009/185, conforme la Resolución 196/96. Es escenario fueron seis Unidades de ESF en la municipalidad de Vitória da Conquista, Bahia. Los sujetos fueron nueve enfermeras que actúan en la ESF, según criterio de inclusión: más de uno año de actuación. La recolección de datos involucró multitécnicas: dinámica con uso de espejos, expresión artística – diseño – y entrevista semiestructurada, realizadas en tres momentos distintos, con relatos y respuestas, respectivamente grabados y transcriptos a *posteriori*. El análisis se guió por el modelo propuesto por Miles y Hubermann, convergiendo en análisis de contenido, en un proceso interactivo y cíclico, envolviendo reducción, presentación e interpretación de los datos. Los resultado emergieron de la transversalidad entre las tres técnicas: la luz refletando imágenes en los espejos de la transpersonalidad; los trazos zigzagueando el arte de la transpersonalidad; y el remolear de las categorías y subcategorías, que convergieron en cinco ejes: FAMILIA: miradas multiversas a su complejidad; INTEGRALIDAD: caminos para que sean "re-escritos" en la busca por el cuidado integral del sistema familiar; CUIDADO: transpersonalidad desvelada; ESPIRITUALIDAD: una praxis de transcendencia para el cuidar; y YO-TÚ Y NOSOTROS: la dinámica interaccional de la enfermera consigo y con el individuo-familia. Los resultados demostraron que las enfermeras comprenden la familia en su complejidad, percibiendo la relevancia del cuidado intersubjetivo, vincular y transpersonal, lo que envuelve la espiritualidad de cada ser y el autoconocimiento y maduración en el contacto con el otro. Todavía, apuntan barreras y desafíos a superarse para la efectuación de la integralidad en el cuidado, destacando la necesidad de intersectorialidad y interdisciplinaridad; de una formación académica y continuada para la capacitación del equipo; de una mejor organización del proceso de trabajo en la ESF y del suporte de otros segmentos políticos-sociales para la reducción de las disparidades socioeconómicas que asolan las familias bajo su responsabilidad. Concluimos que la transpersonalidad existe en la praxis de la enfermera junto a comportamientos las condiciones multifactoriales citadas arriba, pero la importancia del relacionamiento intersubjetivo es percibida por estas como camino para la integralidad del cuidado, de modo que apuntan la importancia de reconstruir caminos por la vía del autoconocimiento, espiritualidad y la utilización de los instrumentos de evaluación familiar en dirección a la integralidad de la asistencia en el contexto de la ESF.

Palabras clave: cuidado; familia; integral; enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A transpessoalidade entre enfermeira e família 0

Figura 2: Dedicatória 3

Figura 3: Transpessoalidade de ser e existir: o humano do humano 9

Figura 4: Um novo caminho para a transpessoalidade 20

Figura 5: O contexto do estado da arte 26

Figura 6: O enlace multirreferencial para cuidar 61

Figura 7: Série de Espelhos Sagrados de Grey 64

Figura 8: A recursividade transpessoal-relacional 92

Figura 9: Sujeito I: '*Conforto*' 98

Figura 10: Sujeito II: '*Amor*' 99

Figura 11: Sujeito III: '*Confiança*' 99

Figura 12: Sujeito IV: '*Aprendizagem*' 99

Figura 13: Sujeito V: '*Assistência*' 100

Figura 14: Sujeito VI: '*Conhecimento*' 100

Figura 15: Sujeito VII: '*Solidariedade*' 100

Figura 16: Sujeito VIII: '*Esperança*' 101

Figura 17: Sujeito IX: '*Sensibilidade*' 101

Figura 18: Espiral metodológica para desvelar a transpessoalidade 115

Figura 19: As percepções do caminho 116

Figura 20: Dinâmica dos Espelhos – '*Conforto*' 118

Figura 21: Dinâmica dos Espelhos – '*Amor'* 119

Figura 22: Dinâmica dos Espelhos – '*Confiança'* 121

Figura 23: Dinâmica dos Espelhos – '*Aprendizagem'* 122

Figura 24: Dinâmica dos Espelhos – 'A*ssistência'* 123

Figura 25: Dinâmica dos Espelhos – '*Conhecimento*' 124

Figura 26: Dinâmica dos Espelhos – '*Solidariedade'* 126
Figura 27: Dinâmica dos Espelhos – '*Esperança'* 128
Figura 28: Dinâmica dos Espelhos – '*Sensibilidade*' 129
Figura 29: Expressão artística do *ser* – A Ponte do Cuidado 130
Figura 30: Expressão artística do *ser* – Todos Nós 131
Figura 31: Expressão artística do *ser* – Família assistida, família saudável e feliz 132
Figura 32: Expressão artística do *ser* - Cuidando e sendo cuidado 133
Figura 33: Expressão artística do *ser* – A Saúde no contexto da família 134
Figura 34: Expressão artística do *ser* - A Arte do Cuidado 135
Figura 35: Expressão artística do *ser* - "Tudo vale a pena se a alma não for pequena" 136
Figura 36: Expressão artística do *ser* - Continuidade 137
Figura 37: Expressão artística do *ser* - A Interação do Cuidado com o Contexto familiar 138
Figura 38: Girassol – O remoinhar das categorias e subcategorias 140
Figura 39: Interagindo saberes no cuidado e na pesquisa 141
Figura 40: A confluência de multidimensões no direcionamento da integralidade 168
Figura 41: As flores do caminho 237
Figura 42: Circularidade do cuidado transpessoal-existencial humano 239
Figura 43: *Multicontextos* para enxergar o cuidado à família 246

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento Nível Superior

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial

CEMERF – Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física

CEO – Centro Especializado em Odontologia

CEREST – Centro Regional de Saúde ao Trabalhador

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA– Estados Unidos da América

FAINOR – Faculdades Independentes do Nordeste

FJT – Faculdade Juvêncio Terra

FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PhD – Philosophy Doctor

PHN – Política Nacional de Humanização

PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

s/d – sem data

SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA – Universidade Federal da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. DESVELANDO MINHAS INQUIETAÇÕES: À PROCURA DA TRANSPESSOALIDADE 21

2. COMO CAMINHA O ESTADO DA ARTE: LENDO E APREENDENDO AS INTERFACES DA INTERSUJETIVIDADE 27

2.1 *MULTIVERSOS* OLHARES SOBRE O CUIDADO INTEGRAL ÀS FAMÍLIAS 28

2.2 O SISTEMA FAMILIAR NA ESF: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS.....37

2.3 UM OLHAR NA TRANSVERSALIDADE ENTRE INTEGRALIDADE E INTERSUBJETIVIDADE 48

2.4 ENXERGANDO O ESTADO DA ARTE TRANSPESSOAL.....56

3. FAMÍLIA, UM SISTEMA DE SERES TRANSPESSOAIS – FUNDAMENTOS PARA SUA COMPREENSÃO 62

3.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL.....62

3.1.1 Conhecendo Jean Watson: um *ser* de inquietudes, humanidade e filosofia para a enfermagem moderna 64

3.1.2 Entendendo a 'Teoria da Transpessoalidade', fundamentos e bases 67

3.1.3 Construindo um diálogo transpessoal com estudiosos do cuidado humano – a práxis de cuidados de enfermagem 74

3.2 FAMÍLIA, UM CONTEXTO DE CUIDADO HUMANO-RELACIONAL – INTERFACE COM O PENSAMENTO SISTÊMICO 79

3.2.1 A família – uma breve trajetória histórico-conceitual para sua compreensão enquanto sistema de cuidados à saúde 80

3.2.2 A óptica compreensiva do Pensamento Sistêmico à família – contribuições para o cuidado integral 85

4. DESENHANDO O CAMINHO PARA DESVELAR A TRANSPESSOALIDADE 93

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 93

4.2 O CENÁRIO: CONTEXTO DE EFERVESCÊNCIA PARA O ENCONTRO DA INQUIETAÇÃO INVESTIGATIVA 94

4.3 SERES TRANSPESSOAIS – OS SUJEITOS DA PESQUISA 97

4.3.1 Caracterização dos Sujeitos 98

4.4 ÉTICA – EM RESPEITO AOS SERES HUMANOS 101

4.5 COLETAR OS DADOS: MOMENTOS DE EXPERIÊNCIA, APRENDIZADO E DESCOBERTAS 102

4.5.1 A dinâmica dos espelhos 103

4.5.2 Expressão artística do ser: o desenho 106

4.5.3 Entrevista semiestruturada 108

4.5.4 O Diário de campo – Impressões gerais 111

4.6 PROCESSO ANALÍTICO – LAPIDANDO OS DADOS 112

5. ENXERGANDO RESULTADOS – A INTERFACE DOS DADOS 117

5.1 A LUZ REFLETINDO IMAGENS NOS ESPELHOS DA TRANSPESSOALIDADE 118

5.2 OS TRAÇOS ZIG-ZAGUIANDO A ARTE DA TRANSPESSOALIDADE .. 130

5.3 O REMOINHAR DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS 139

6. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS – TRANSVERSALIZANDO AS NUANCES ENTRE IMAGEM, ARTE E VERBO: A EMERSÃO DA TRANSPESSOALIDADE 142

6.1 ‘SEMENTE’ I – FAMÍLIA: OLHARES MULTIVERSOS À SUA COMPLEXIDADE 143

6.1.1 ‘*Fruto’* I de FAMÍLIA – Sistema onde o todo é maior que a soma das partes: as inter-relações 144

6.1.2 ‘*Fruto*’ II de FAMÍLIA – O contexto de inserção – rede social extensa . 152

6.1.3 ‘*Fruto*’ III de FAMÍLIA – ‘Berço’ do cuidado humano: função social inerente ou imposta? 157

6.2 ‘SEMENTE’ II, INTEGRALIDADE: CAMINHOS A SEREM “RE-ESCRITOS” NA BUSCA DO CUIDADO INTEGRAL DO SISTEMA FAMILIAR 166

6.2.1 ‘*Fruto*’ I de INTEGRALIDADE: Multicontextos sociais, econômicos, educacionais e culturais desafiadores da práxis integral de cuidados.....169

6.2.2 ‘*Fruto*’ II de INTEGRALIDADE: mãos dadas – interdependência um do outro para o nexo do cuidar 176

6.2.3 ‘*Fruto*’ III de INTEGRALIDADE: O processo de trabalho na ESF – desafio à integralidade 184

6.2.4 ‘*Fruto*’ IV de INTEGRALIDADE: A formação para o cuidado – a subjetividade como componente do ensino da enfermagem.....191

6.3 ‘SEMENTE’ III, CUIDADO: TRANSPESSOALIDADE DESVELADA 200

6.3.1 ‘*Fruto*’ I de CUIDADO – vínculos – reflexo de confiança, afeto e desvelo 201

***6.3.2 ‘Fruto’* II de CUIDADO – escuta sensível – percebendo a totalidade do indivíduo-família.....207**

6.4 ‘SEMENTE’ IV: ESPIRITUALIDADE: UMA PRÁXIS DE TRANSCENDÊNCIA PARA O CUIDAR.....213

6.4.1 ‘*Fruto’* I de ESPIRITUALIDADE: ‘exergando a alma’ o encoberto – um olhar auto-hetero para o cuidar na enfermagem 216

6.5 ‘SEMENTE’ V, EU-TU e NÓS: A DINÂMICA INTERACIONAL DA ENFERMEIRA CONSIGO E COM O INDIVÍDUO-FAMÍLIA.....222

6.5.1 ‘Fruto’ I de EU-TU e NÓS: ‘EU’ enfermeira de família – experiências, conflitos e sentimentos.....224

6.5.2 ‘*Fruto*’ II de EU-TU e NÓS: encontrando o ‘NÓS’ – retrovertendo o olhar no ‘EU’ e exteriorizando a aparição do ‘TU’.....233

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....238

REFERÊNCIAS 247

CAPÍTULO I

Figura 4: Um novo caminho para a transpessoalidade *Designer*: Bárbara Barreto

Recusamo-nos a aceitar a realidade na qual estamos mergulhados porque somos mais, e nos sentimos maiores do que tudo que nos cerca. [...] Por isso, nós, seres humanos, temos uma existência condenada – condenada a abrir caminhos, sempre novos e sempre surpreendentes.

Leonardo Boff *(2000, p. 22,23)*

1. DESVELANDO MINHAS INQUIETAÇÕES: À PROCURA DA TRANSPESSOALIDADE

O desafio com o qual proponho trabalhar emergiu da compreensão da enfermagem como uma profissão que se dispõe a ocupar-se do cuidado humano, buscando o bem-estar de sujeitos, famílias e comunidades. Esta compreensão foi construída desde a graduação, através da formação voltada para a essência da enfermagem – o cuidado –, perpassando pela vivência cotidiana da prática profissional, onde incomodavam as dificuldades de praticar um cuidado integral, culminando numa apropriação, como enfermeira, da inquietação por um olhar que contemplasse o indivíduo na sua multidimensionalidade e uma prática capaz de acolher este sujeito como um *ser* de subjetividades e inter-relações, em outras palavras, como parte de um sistema familiar complexo, do qual não pode ser dissociado numa perspectiva de globalidade.

Assim, comecei a buscar conhecimentos que pudessem satisfazer estas inquietudes, e, dentre os autores estudados, ancorei-me em Waldow (2004), que respalda as ideias acima como valores que a enfermagem almeja. Em seus trabalhos define que o processo de cuidado busca promover, recuperar ou manter a dignidade e totalidade humana. Daí torna-se inegável compreendê-lo como pleno, integral, universal, existencial e relacional. Ele consiste numa condição para a sobrevivência humana, na compreensão de que começa no cuidado de si *(self)* e gera o cuidado de outrem num ciclo constante e infinito.

Dessa forma, respalda-se a busca pelo cuidado integral em enfermagem como meio de apropriação para uma prática mais proximal. Para tanto, faz-se necessário, como diz Boff (2000b), transcender para além das barreiras existentes no nosso *ser*, ampliando a visão para "o cuidar" como atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Estes aspectos desvelam a dimensão ontológica do cuidado (elemento inerente à constituição humana), o qual se torna fenômeno na consciência, se mostra na experiência e se molda na prática. Sua filologia remonta à cura, demonstrar interesse, revelar atitude de desvelo (BOFF, 1999).

A constatação dos autores acima começa a delinear um caminho que aponta para o cuidado atrelado à integralidade. Neste sentido, ela é definida por Mattos (2004) como uma prática intersubjetiva no Sistema Único de Saúde (SUS), apontando a necessidade de abordagem dos aspectos subjetivos humanos. Entretanto, a inserção da intersubjetividade perpassa por uma dimensão dialógica, na qual os profissionais precisam aguçar seus conhecimentos para identificar as necessidades de bem-estar de cada sujeito e cada família com que se relacionam, não reduzindo-lhes à doença que lhes provoca sofrimento.

Nesta perspectiva, intersubjetividade significa levar em conta os modos de "andar a vida" que estes sujeitos-família assumem. Isso implica na busca da enfermagem em construir, a partir do diálogo, projetos terapêuticos relacionais circulares, ou seja, que considerem trocas com os indivíduos em sua subjetividade e interações humanas a partir das relações familiares (MATTOS, 2004; WATZLAWICK, BEAVIN; JACKSON, 1967).

Assim, a família é perspectivada como uma unidade essencial de cuidado e pesquisa, cuja compreensão precisa ser ampliada para uma abordagem novo-paradigmática, onde a organização não se dá de forma estática, mas globalizante, dinâmica, conceitual e complexa em interação com o meio, caracterizando-a como sistema. Neste espaço, busca-se o "equilíbrio" em face de constantes mudanças que orientam para a sustentabilidade do sistema. Sob a óptica desta abordagem, a família configura-se como uma unidade complexa, um conjunto articulado de seres humanos de singularidades e especificidades, influenciando o todo e sofrendo influência deste, numa inter-relação contínua, responsável pela construção do "sistema familiar", de seus valores sociais, conceitos, saberes e saúde (SILVA, GONÇALVES; COSTA, 2006).

Dessa forma, surge um novo significado para as práticas em saúde, a partir de um olhar que propõe a compreensão da complexidade das relações, das trocas e do próprio processo de cuidar em saúde, o que não pode ser apreendido como algo pronto, estático e/ou como um fim em si mesmo. Por caracterizar um movimento dinâmico e interativo, o fenômeno demanda um processo dialógico-reflexivo por parte dos

profissionais da saúde, usuários, instituições e pesquisadores (ERDMANN *et al*, 2007).

Neste contexto de mudanças de prática, esta passa a ser referida como *práxis*, termo grego que se refere à ação transformadora das condições da existência, a qual engloba tanto ações objetivas quanto subjetivas articuladas mediante atitudes e intenções humanas (ACIOLI In: PINHEIRO; MATTOS, 2009).

A busca pela integralidade do cuidado, ou em outras palavras, pela maior aproximação de uma totalidade dos cuidados, é, portanto, uma imagem-objetivo dos profissionais de enfermagem que vêm sofrendo intensas transformações no que tange à remodelação de papéis no relacionamento com o sujeito-família com quem se vincula com vistas ao cuidado. Nesta procura, muitos estudiosos têm se voltado para a melhoria da assistência de enfermagem, preconizando um cuidado ampliado, cujo campo de ação, para além das áreas biológicas de conhecimento, se estende ao enfoque psíquico, social, cultural, político e espiritual (DIAS *et al*, 2007).

Portanto, a percepção que enlaça minhas inquietações versa sobre a abordagem fragmentada do indivíduo quando considerado apenas em seus aspectos objetivos, assim como da família, cuja promoção da saúde encontra-se pautada em programas compartimentalizados e verticais do Ministério da Saúde, refletindo na práxis de cuidados profissionais da enfermeira. Esta realidade demonstra que a consolidação da integralidade continua sendo um desafio para o cuidado, conferindo à sua busca significância, razão pela qual o referido estudo emergiu.

Um primeiro contraponto teórico a esta situação pauta-se na expectativa pelo desenvolvimento de uma práxis de enfermagem integral, na perspectiva de um cuidado que considere, para além do físico, a subjetividade do ser, preconizada na Teoria do Cuidado Transpessoal da enfermeira Watson, com a qual proponho trabalhar neste estudo.

A abordagem referida ganhou valor em minha trajetória profissional através da construção de uma percepção mais crítico-reflexiva sobre a ambiguidade dos aspectos objetivos (biofísicos) e subjetivos (psicossocioemocionais), enfocados no cuidado. Watson (2008) caracteriza-o como *caritas*, palavra latina que significa acarinhar, apreciar, doar, amar. Tais características denotam o comprometimento profissional

com os aspectos humanísticos do cuidado, mas não deve confundir-se com a idealização de uma práxis inatingível, ao contrário, deve representar o relacionamento de real interesse, permeado por limitações, mas por afetividade, ambas naturais do 'ser humano'. Neste enfoque, a transpessoalidade no cuidado ao sistema familiar surge como uma questão de difícil assimilação teórico-prática no cotidiano da enfermagem, gerando calorosas discussões de estudiosos desta área de conhecimento, o que dá o tom da relevância deste estudo.

Outro aspecto que corrobora na motivação deste trabalho envolve o sujeito compreendido transpessoalmente nas suas inter-relações humanas no contexto da família. Esta percepção adveio do entendimento do Pensamento Sistêmico para cuidar das famílias, originado nos estudos do biólogo Bertalanffy (1977), que representa o segundo contraponto teórico deste estudo. Através deste novo enfoque, torna-se possível a compreensão do cuidado integral como aquele voltado para as partes (indivíduos transpessoais) que integram um todo (sistema familiar) num universo de relações vinculares que determinam mudanças mútuas, onde a soma das partes não é igual ao todo, uma vez que dentro desta abordagem considera-se que o todo se forma não somente de partes, mas destas em interação, o que explica a diferença entre um conjunto de partes isoladas e um todo articulado, compreensão que tenho adquirido através de leituras e discussões acerca desta abordagem. Daí porque acredito ser este um dos caminhos para o fortalecimento da estratégia de cuidar da família integralmente.

Assim, ao encontro da integralidade enquanto Política Pública, o meu olhar se assenta na compreensão deste princípio como elemento qualificador do cuidado na práxis de enfermagem, remetendo a extensão deste à assistência que valoriza a subjetividade/transpessoalidade humana em suas inter-relações familiares. Dessa maneira, veio a constituir-se como problema neste estudo: **como se desenvolve a transpessoalidade na práxis de cuidados da enfermeira[1] ao sistema familiar, no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF)?** Na busca pelo alcance desta compreensão, surgem os objetivos.

[1] Neste estudo, por uma questão de gênero, adotamos a nomenclatura enfermeira para nos referir aos sujeitos da pesquisa visto que, dentre os nove sujeitos, havia apenas um do sexo masculino.

Objetivo Geral

- Desvelar a transpessoalidade na práxis de cuidados da enfermeira ao sistema familiar no contexto da ESF

Objetivos Específicos

- Conhecer a autopercepção da enfermeira em relação à sua imagem para o cuidar (*caritas*) do indivíduo-família na ESF;
- Compreender o significado do cuidado ao indivíduo-família expresso pela enfermeira na ESF;
- Analisar potencialidades e desafios da transpessoalidade na práxis do cuidado integral de Enfermagem ao indivíduo-família na ESF.

A óptica na qual se assenta a questão-problema na sua transversalidade com os objetivos deste estudo, para além do discorrido nos parágrafos precedentes, respalda-se na criteriosa revisão de literatura realizada de forma continuada, considerando que esta não se esgota *a priori*, pelo contrário, reverte-se numa busca incansável do pesquisador para fomentar suas ideias, análise crítica, e propor novos caminhos frente ao estado da arte em crescimento dinâmico, mostrando-se como caminho viável percorrido.

CAPÍTULO II

Figura 5: O contexto do estado da arte *Designer*: Bárbara Barreto

Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. [...] Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê é necessário saber [...] qual a sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura. [...] sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. [...] Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

Leonardo Boff (1997, p.15)

2. COMO CAMINHA O ESTADO DA ARTE: LENDO E APREENDENDO AS INTERFACES DA INTERSUJETIVIDADE

O conhecimento sobre os estudos que enlaçam a temática do cuidado integral às famílias ancora-se na sua grande maioria na integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Assim, a perspectiva inicial para desvelar o estado da arte buscou caminhar em direção à compreensão da integralidade na comunidade científica, o que exigiu um olhar e uma busca transversalizada em diferentes meios de divulgação. Essa não se reverteu numa tarefa fácil, mas de extrema complexidade, dada a sua amplitude e o direcionamento para o contexto de cuidados da ESF, onde configura-se como princípio norteador do SUS.

Ao buscar a filologia da palavra integralidade, no intuito de direcionar nosso olhar nesta etapa do estudo, encontramos sua origem no latim *integralis*, derivado de integral, o qual significa inteiro, completo, total (LAROUSSE CULTURAL, 1998). Total remete à totalidade, que significa o conjunto de elementos que forma um todo, uma unidade (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p.261). Segundo Morin (2008), a existência do todo remete às partes, sem as quais todo e partes não existiriam. Assim, a integralidade é compreendida neste estudo como o enovelamento entre todo e partes, no contexto da família, envolvendo a sua globalidade e inteireza de suas partes-indivíduos na sua inter-relação intersubjetiva e transpessoal entre si e com a enfermeira.

Para alcançar este direcionamento, a construção desta revisão de literatura deu-se por meio dos descritores: cuidado, integral, integralidade, família, transpessoal, transpessoalidade, subjetividade, intersubjetividade, enfermagem, sistema, subsistema e ESF, a *priori*, a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), e a *posteriori,* na busca em livros e participação em eventos científicos tecendo diálogos com conferencistas, palestrantes, e outros. Ressalta-se que esta etapa da investigação científica consistiu num processo de sempre *vir* a *ser*, caracterizando-a como um

procedimento dinâmico e *continuum*, que estendeu-se durante toda a construção da dissertação até a interpretação dos resultados.

Em todo o decurso, esta busca de conhecer o estado da arte pretendeu alcançar a compreensão do cuidado integral, conforme descrito acima, como princípio fomentador para o cuidar em enfermagem na óptica da subjetividade humana. Dessa forma, para além de uma visão linear da integralidade para o SUS, buscou-se o "integral" que apreende o sujeito nas suas inter-relações humanas, no enlace da transpessoalidade-intersubjetividade, como meio de integrar sujeitos, profissionais e sistema de saúde em vínculos proximais para fundamentação de uma práxis integral de cuidados em enfermagem.

Nesta perspectiva, os estudos encontrados direcionaram sua organização em eixos temáticos que envolvem: discussões histórico-conceituais acerca da integralidade no SUS, **'*Multiversos* olhares sobre o cuidado integral às famílias'**; ampliando-se à abordagem da globalidade familiar, **'O sistema familiar na ESF: evolução e perspectivas'**; alcançando assim a compreensão da inter-relação familiar como eixo estruturador para o desenvolvimento de políticas Públicas que valorizem mais a integralidade do cuidado, **'Um olhar na transversalidade entre integralidade e intersubjetividade'**; por fim, envolvendo a transpessoalidade nas relações de cuidado entre enfermeira e indivíduo-família, **'Enxergando o estado da arte transpessoal'**, abrangendo o fio condutor: integralidade-sistema familiar-intersubjetividade-cuidado transpessoal, que delineia este trabalho.

2.1 *MULTIVERSOS* OLHARES SOBRE O CUIDADO INTEGRAL ÀS FAMÍLIAS

Os estudos cuja temática enlaçam a integralidade buscam definir esta palavra, tendo em vista diversas interpretações sobre sua filologia, como dito anteriormente. Em sua maioria, direcionam o olhar para a integralidade como um princípio do SUS, ainda a ser fundamentado nas Políticas Públicas de Saúde no cenário nacional. No

entanto, outros olhares serão mesclados neste constructo, buscando um foco sobre a dimensão intersubjetiva do cuidado na perspectiva da transpessoalidade.

Deste modo, este eixo foi organizado em aspectos históricos; teórico-conceituais e perspectivas/desafios que a integralidade enfrenta no direcionamento de sua concretude.

Inicialmente, serão focalizados aspectos históricos contribuintes para a compreensão e origem da integralidade na práxis de cuidados de saúde.

Um de seus primeiros sentidos originou-se, conforme Mattos (In: PINHEIRO; MATTOS, 2009), do movimento conhecido como medicina integral – Corrente que criticava as abordagens médicas fragmentárias as quais privilegiavam as especialidades, resultando no conhecimento dos seres humanos a partir de sua divisão em aparelhos e sistemas. Os adeptos a este movimento concebiam que a falha determinante desta problemática residia no processo de formação profissional organizado com base no flexinerianismo. No Brasil, o movimento se integrou a chamada medicina preventiva, que mais tarde se tornaria o movimento sanitário.

As discussões em torno da fragmentação do indivíduo e das práticas de saúde continuaram, culminando nos anos 70 no nascimento da "saúde coletiva", que considerava as práticas em saúde como práticas sociais, integrando, assim, novo foco para o cuidado em saúde, que não o físico. Esse campo de conhecimento construiu-se a partir da crítica à saúde pública tradicional e à medicina preventiva proposta anteriormente. A saúde coletiva atribuía a responsabilidade pela fragmentação do indivíduo não somente a academia, mas também ao comportamento adotado pelos médicos (MATTOS In: PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Na década de 80, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi proposta a reestruturação do sistema, sendo criado o SUS, na Constituição de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei 8142/90). A primeira Lei regula, em todo o território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A segunda, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais. Nesta ocasião determinou-se a integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo existente, e a integralidade como princípio

deste sistema, proclamando o ser humano como um todo, devendo, como tal, ser atendido em suas necessidades biopsicossociais em todos os níveis hierárquicos do SUS (BRASIL, 2001b).

O texto constitucional compromete-se com a integralidade da atenção à saúde, ao referir-se ao 'atendimento integral' no artigo 198. Designa ainda que o sistema deve trabalhar pela promoção, proteção e recuperação desta, com descentralização e participação social – afirmação que aumenta a responsabilidade do sistema na ampliação da visão dos trabalhadores de saúde na relação com os usuários, quer individual ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita ao seu adoecimento para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e potencialidades na construção dos projetos, e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 1988; 2006a).

Na década de 90, nesta perspectiva, foi elaborada a proposta da ESF, sob a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de reorganizar a prática da atenção à saúde, substituindo o modelo tradicional, ao levar a saúde para mais perto da família, visando a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades.

O Ministério da Saúde evidencia o comprometimento desta proposta com a integralidade, no documento de implantação do PSF, como observado abaixo (BRASIL, 1997, p. 7, 8,10):

> O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população [...] visa à reversão do modelo assistencial vigente [...] faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive [...] espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. [...] Objetivo Específico: Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.

Neste contexto, a integralidade vem orientar políticas e ações programáticas, visando a responder às demandas da população no acesso completo à rede de cuidados em saúde, favorecendo, através da ESF, o acesso à assistência primária, bem como viabilizando a contextualização do cuidado na abordagem do processo saúde-doença, enovelado as dimensões: biológica, cultural e social do *ser* cuidado.

Ela é concebida originalmente como conjunto de serviços que abrange todos os níveis de complexidade do SUS, e como uma ação social resultante da permanente interação dos atores sociais em planos distintos de atenção à saúde (individual e coletivo), nos quais são considerados aspectos subjetivos e objetivos (BRASIL,1990; PINHEIRO In: PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Diante do exposto, compreende-se melhor a amplitude que este princípio envolve, o que justifica o discurso de Kantorsky *et al* (2006), ao inferirem ainda haver um longo caminho a ser percorrido com vistas à concretização da integralidade em suas múltiplas significações – fato evidenciado pelos autores devido à fragilização em atendimento à demanda na atenção básica, falhas referentes aos materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência aos sujeitos-cidadãos, comprometendo significativamente a sua materialização.

Cecílio (In: PINHEIRO; MATTOS, 2009) também concorda que a sua consolidação constitui mais uma perspectiva do que uma realidade, destacando como principal dificuldade o peculiar caráter amorfo da ‘integralidade’, enquanto princípio, dificultando as concepções de práticas integrais e integradas no contexto do SUS.

Diante de sua afirmativa, compreendemos a necessidade de expandir o enfoque histórico da integralidade no SUS, em busca de sistematizar conhecimentos que buscam compreender as interfaces da integralidade nos múltiplos contextos de sua significação. Deste modo, serão discutidas algumas concepções e compreensões da integralidade trazidas pelos estudiosos desta temática.

Bérgamo, Fortuna e Oliveira (2006) definem a integralidade como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade da assistência.

Entretanto, para além desta concepção, outras discussões mais ampliadas se mostram, a exemplo, Gomes e Pinheiro (2005), que reúnem três conjuntos de

significados sobre esta palavra-ação: integralidade como traço do cuidado, integralidade como modo de organizar as práticas, e integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

No primeiro significado, a integralidade surge como um valor a ser sustentado, um traço do cuidado, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde, e um cuidado para que ele não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde.

No segundo significado, a integralidade como modo de organizar as práticas, exige uma "horizontalização" dos programas verticais desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveitaria as oportunidades geradas por esta necessidade para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

No terceiro e último significado, a integralidade é vista como a política especialmente desenhada para dar respostas a um determinado problema de saúde que aflige certo grupo populacional, destacando que Política de Saúde atual está distante disto, situação que direciona para a compreensão de que a integralidade é uma práxis em construção.

Diante desta multiplicidade de sentidos, Mattos (2004) infere que o termo integralidade proposto pelo movimento sanitário funciona como uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes), ou seja, representando um conjunto de noções úteis para identificar valores e características almejadas no atual sistema de saúde.

O mesmo autor, em outro trabalho, compreende a integralidade como uma "bandeira de luta", que parte de uma imagem-objeto, característica do sistema de

saúde, de suas instituições e de suas práticas, e tenta abordar um conjunto de valores pelos quais é válido lutar, por relacionar à sociedade um caráter de justiça e solidariedade, devendo ser buscada a partir do conhecimento científico e técnico, guiados por uma visão abrangente do sujeito cuidado (MATTOS In: PINHEIRO; MATTOS, 2009).

Outro estudo, que vai ao encontro de Mattos, refere-se ao de Pinho *et al* (2007), o qual traz contribuições significativas acerca da integralidade, por apresentar um amplo recorte da literatura do período de 1990 a 2006. A partir da análise deste, os trabalhos pesquisados evidenciaram a necessidade de compreensão das concepções teórico-filosóficas da integralidade para a análise/avaliação na saúde coletiva. Destacaram uma pluralidade de ação que não se restringe apenas à sua concepção clássica, considerando para além do planejamento terapêutico a regulação das políticas públicas, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o sujeito-usuário, dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano.

Deste modo, os autores ainda destacam a multidimensionalidade que envolve este princípio na dimensão teórico-prática do saber em saúde coletiva até a dimensão macroestrutural que discute as políticas loco-regionais; e ainda a dimensão mais subjetiva do sujeito atendido nos serviços de saúde. Nesse sentido, a integralidade vai ao encontro do respeito às singularidades, complexidades, vivências e limites pessoais-interpessoais. Diante da amplitude o ‘conceito’ desta palavra parece se deslocar de forma dialética entre o terreno prático da assistência e do conhecimento científico, de maneira continuamente recursiva, o que permite pensá-la como conhecimento, práxis e política (PINHO *et al*, 2007).

Nessa perspectiva, Camargo Júnior (In: PINHEIRO; MATTOS, 2009) esclarece que a integralidade emerge como uma palavra que não pode ser chamada de conceito. Na melhor das hipóteses, ela é uma rubrica conveniente para um agrupamento de conjuntos de tendências cognitivas e políticas, abrigando, portanto, fragilidades e potencialidades em torno de si, ou seja, um princípio complexo e dinâmico que envolve o ser humano como sujeito ativo na participação-*ação*-participação do cuidar às pessoas de maneira totalizante.

Deste modo, discutir um pouco das constatações encontradas na literatura evidencia as *multiversas* interfaces que a integralidade possui, o que direciona para as suas dificuldades, também diversas, que se interpõem à sua práxis. Portanto, passaremos a conhecer alguns desafios apontados pelos autores pesquisados à concretização deste princípio.

Estes desafios envolvem em grande parte o SUS, por estarem emaranhados na estruturação da promoção à saúde. Desde o início da implantação deste sistema, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, incidindo diretamente na práxis da integralidade. Destes, destacam-se: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três níveis governamentais (federal, estadual e municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (VIANA; DAL POZ, 2005).

Mattos (In: PINHEIRO; MATTOS, 2009) também ressalta que mesmo promulgando a integralidade no SUS, as práticas continuam divididas entre os hospitais e os centros de saúde, cabendo destaque aos últimos, por possuírem o agravante de organizarem sua assistência a partir de programas verticalizados, abordando os indivíduos ainda com base em suas doenças, ao invés de trabalharem seu potencial de saúde.

Ribeiro, Pires e Blank (2004), em complementaridade aos autores supracitados, afirmam que a construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS na ESF, é um desafio. Apontam como essencial um modelo de organização dos serviços de saúde, alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilizem um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem o recebe. Destaca a necessidade de melhor apreensão das contradições e dificuldades que permeiam a ESF, para que não a conduza à destruição, antes, a modifique no sentido de melhor qualificação.

Outro fator desafiante neste contexto da ESF reside, para Rosa e Labate (2005), na vulnerabilidade política das equipes que, a cada quatro anos, sofrem rotatividade, comprometendo assim todo o trabalho implementado, o estabelecimento de vínculos e o avanço das ações-relações equipe/família/comunidade para a integralidade. Neste

sentido, corroboram a necessidade de conscientizar, não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem integral de família, mas também aos gestores e à população da importância da sua participação na fiscalização e planejamento das ações, uma vez que é um trabalho de parceria ESF/Família/Gestão.

Colomé, Lima e Davis (2008) destacam ainda a dificuldade de articulação das ações da equipe da ESF pela excessiva demanda de serviço, o que acarreta sobrecarga de trabalho e falta de tempo para os profissionais planejarem em conjunto as ações a serem implementadas, centrando seu atendimento na demanda espontânea, geralmente realizado em suas salas individuais. Assim, tornam-se evidentes as limitações das enfermeiras para a interdisciplinaridade, ficando a interação restrita basicamente aos momentos de reunião de equipe. Para suprir tal desafio, apontam a necessidade de reorganização do processo de trabalho neste contexto.

Neste direcionamento, Nascimento e Oliveira (2010) apontam como uma resposta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no repensar a formação e as práticas em saúde na ESF. O Núcleo envolve a filosofia de fortalecimento da ESF, através de clínica ampliada, matriciamento, projeto terapêutico singular e de saúde no território em atenção às demandas, conforme preconizado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Deste modo, os autores afirmam que a transformação para a interdisciplinaridade, neste contexto, requer um diálogo de aproximação com vistas aos cuidados como estratégias para minimizar o descompasso entre a formação acadêmica e a realidade concreta dos serviços.

Por outro lado, Silva e Sena (2006), através de estudo realizado sobre a formação do enfermeiro, acenavam a necessidade de mudança nas práticas pedagógicas como estratégia fundamental para construir a integralidade no direcionamento do SUS. Também em 2008, Sena *et al* revalidaram seu estudo com resultados de outra pesquisa com a mesma temática, em que constataram haver prevalência da prática fragmentadora ancorada no modelo biomédico na formação da enfermeira. Desta feita, salientaram a necessidade de ensino-aprendizagem pautado numa metodologia construtivista, de modo a alcançar a integralidade no processo de cuidar.

González e Almeida (2010) corroboram com Sena *et al* (2008) acerca da necessidade de mudança na formação profissional na área das ciências da saúde, orientada pelo princípio da integralidade. Constataram que, no descompasso entre a formação dos novos profissionais e das necessidades dos usuários do SUS, reside o grande entrave da relação Serviços de Saúde e Ensino em Saúde, apontando para o reconhecimento de que para afirmar a integralidade das ações em saúde deve-se afirmá-la anteriormente no ensino, de modo que este seja perspectivado no pensamento integrador.

Resta e Mota (2005) ampliam essas discussões em torno da integralidade, e afirmam ser seu maior desafio atrelar sua práxis à perspectiva e necessidade da família, considerando a complexidade das dimensões envolvidas no mundo dos significados e saberes familiares, e a articulação destes com o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Enfatizam a necessidade de mudanças nos componentes, tanto técnicos quanto políticos e sociais, no direcionamento de aproximar profissionais e famílias, criando oportunidades para a construção de um cuidado congruente.

A inclusão da família como foco de atenção básica de saúde é ressaltada por Ribeiro (2004) como um importante avanço para modificar o modelo biomédico, na medida em que transpõe o cuidado individualizado (focado na doença), elegendo aquele que contextualiza a saúde como produção de um espaço físico, social, relacional. A família passa a ser o foco principal da atenção, sendo considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, pactuações, saberes, racionalidades, fazeres, intencionalidades e necessidades. Deste modo, o ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades, requerendo consideração das condições materiais e simbólicas consequentes à sua inserção social.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade é aquele que confronta mais incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema, ou seja, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. Ela direciona o foco para a multidimensionalidade da família, e, neste sentido, Alves (2005) aponta para um olhar profissional totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocicultural e ambiental, de maneira que a sua assistência leve a apreender, para além do

sofrimento manifesto, a necessidade real do indivíduo-família, o que respalda ainda nos estudos de Silva e Sena, (2008) e Erdmann *et al* (2007).

Dias *et al* (2007), ao encontro de Alves, reforçam a abrangência que o cuidado integrador deve compreender. Atrela à promoção da saúde dos indivíduos e da família: a religião, responsável pelo suporte e incentivo às práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura, que influencia diretamente as pessoas pelas crenças, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos; a sociedade e economia, que trazem um grande impacto na promoção da saúde devido sua ligação direta à disponibilidade de recursos e aos bens e serviços que eles proporcionam, mas, sobretudo, a intersubjetividade entre o sujeito do cuidado e cuidador.

Logo, mostra-se o caráter intersubjetivo da integralidade no âmbito dos cuidados à família, o qual se constitui na concepção desta enquanto sistema inter-relacional de influência mútua e na interação com o profissional de saúde no enfoque da ESF, assim, neste processo relacional, torna-se possível perscrutar a totalidade existencial-vivencial humana, o que segue discutido no próximo eixo, no aprofundamento dos conhecimentos acerca da família.

2.2 O SISTEMA FAMILIAR NA ESF: EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS

Este segundo eixo compreende estudos referentes à compreensão e valorização da família no cenário de atenção preventiva e de promoção à saúde; na evolução das Políticas de Saúde e na compreensão sistêmica.

A necessidade de compreender os valores que envolvem a família é atribuída por Ribeiro (2004) à forte influência da globalização que direciona para um olhar mais atencioso diante da complexidade social que enlaça seu contexto cultural e econômico, refletindo diretamente na saúde das pessoas. Este fato reforça a necessidade de minimização de conflitos sociais pelo Estado, assim como o desenvolvimento de Políticas Públicas mais anuentes às demandas da família em sua singularidade e pluralidade.

Historicamente, a família não era contemplada com a atenção das ações à saúde de forma integral. No século X era apresentada como entidade apenas, uma célula conjugal de laços frouxos; na idade média o único sentimento de caráter familiar era a união e honra dos cavaleiros. Nos séculos XV/ XVI, começa a ser definida como célula fundamental da sociedade, mas, é no século XVIII que a intimidade presente no convívio das relações familiares começa a extrapolar as fronteiras dos seus domicílios, gerando preocupações na ordem pública relacionadas com a higiene e saúde. E, somente no século XIX são dados passos em direção aos investimentos em saúde focados na atenção à mulher e criança (MICELI; FERNANDES, 2005), o que ainda se distanciava da visão de totalidade sobre o 'universo' familiar.

A concepção de família e sua visualização foram sofrendo modificações ao longo dos séculos até ser vista como elemento básico da sociedade, e ponto de confluência para a saúde das pessoas: criança, adolescente, jovem, mulher, homem, idoso e deficiente; por constituir-se o meio natural para o desenvolvimento de seus membros, (re) significando-se enquanto todo multidimensional: físico, psicossocial, político-econômico e espiritual (KOLOUSTION, 2008).

Neste direcionamento, Silva, Gonçalves e Costa (2006, p.220) ampliam a compreensão do processo saúde-doença sob a perspectiva da família, afirmando que:

> Saúde familiar envolve a compreensão do desenvolvimento humano no processo de nascer, crescer, desenvolver, envelhecer e morrer e as interações deste processo com o ambiente no ecossistema, de maneira ecosófica. Envolve perceber como o todo influencia as partes e as partes o todo na dinâmica do processo saúde-doença a nível bio-psico-socio-cultural-meio-ecológico e espiritual.

Indubitavelmente, a família tem ocupado espaço social mais privilegiado, mas ainda persiste desafiando as discussões que envolvem as Políticas Públicas de Saúde na dinâmica do processo saúde-doença, resultando em programas que buscam colocá-la em uma posição de responsabilidade no cuidado de seus membros e agente de transformação dos cenários da assistência, sendo ela – a família –, um dos maiores recursos de sustentação para a sociedade e administração pública para a realização de políticas sociais.

Na esfera pública as mudanças no modelo assistencial à saúde com a implantação, por exemplo, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF enfatizam as ações educativas e de prevenção dos riscos e agravos, com ações básicas de saúde começando na esfera familiar. Assim, a família contemporânea assume o papel de protagonista das estratégias de cuidado, caracterizando-se como sujeito essencial, como parte do processo da promoção da saúde, aumentando as habilidades e potencialidades dos sujeitos, impulsionada pela criação de um sistema continuado de apoio social.

A ESF, neste cenário, integra o caráter (re) estruturador dos serviços de atenção à família no SUS, pois propõe a superação da assistência desenvolvida no modelo dominante biomédico, anteriormente preconizado. Deste modo, rege-se, entre outros, pelo princípio da integralidade, devendo priorizar a pessoa ao invés da doença, por meio da demanda organizada para a prevenção, ampliando a capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber mais plural e subsidiado em redes intersetoriais, incluindo a vinculação com a comunidade (BRASIL, 1996).

Neste sentido, a ESF propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, a partir dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. No entanto, já passados 15 anos de sua implantação, ainda encontra-se em fase de adequação para atender a família como contexto de cuidados em sua totalidade, como reforça Gomes e Pinheiro (2005). Espera-se que o confronto entre as necessidades de saúde trazidas pelos usuários e o que a ESF tem a oferecer, possa revelar e promover as esperadas mudanças no modelo assistencial preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1994).

Todavia, reconhece o Ministério da Saúde ser necessário a expansão da ESF como um dos elementos prioritários à reorganização da atenção à família no Brasil (BRASIL, 2006a). No entanto, embora pareça ser uma vontade coletiva, ainda rege o imperativo de aprimoramento para o alcance dos objetivos propostos no direcionamento da família como cerne de promoção da saúde.

Estes fatores, entre outros, repercutem na aceitação de estudar a família como unidade de cuidados primários para a promoção da saúde para além do conhecimento dos programas desenvolvidos na ESF, alcançando o reconhecimento de como se dá

seu processo de viver humano e como ela se comporta frente a este, que valor atribui, como constrói sua rede de relacionamentos sócio-ambiental, entre outros aspectos enoveladores de sua dinâmica.

Ainda cabe observar, o que refere Delgado (2005) de que a família representa o lar, ambiente que define os limites físicos responsáveis pela segurança dos membros e onde se desenvolvem as ações específicas que constituem o universo particular de relacionamentos. É o espaço onde se possibilita a *con*-vivência, o encontro cotidiano, onde cada membro se descobre e se molda sujeito e onde este pode "ser" e perceber a si mesmo (autêntico) ou mesmo (inautêntico), de modo que cada sujeito que integra este universo se refugia no principal aspecto "útil" da família: o lar.

A mesma autora ainda acrescenta que o "mundo" da família é o ambiente de significados, que incluem valorações não estáticas na história de vida da família ou de seus integrantes, as quais vão se modificando conforme a percepção que cada um adquire do mundo, refletindo em posturas e princípios de normas e limites que regem o viver cotidiano no mundo.

Essas relações remetem à necessidade que as famílias possuem de serem abordadas na complexidade de fatores, nos diferentes contextos e realidades vividos por ela. Resta e Motta (2005) ressaltam que o universo de uma família não explica a estruturação de todas, na medida em que elas possuem um sentido plural a partir dos determinantes de vida de cada núcleo, despertando a necessidade de uma visão de saúde ampliada, fundada na dinâmica da diversidade cultural e social, fundamental na conquista do novo modelo assistencial vigente, possibilitando a reflexão de que a família deve ser entendida como um todo e não apenas como um conjunto de membros individualizados, constatação que traz à luz o princípio da integralidade, o qual deve continuar sendo buscado na práxis do SUS.

Nesta perspectiva, os autores supracitados, também sinalizam a colaboração da ESF como potencial alavancadora na construção de ações integradas de saúde coletiva, reafirmando o indivíduo como cidadão responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento na família e no coletivo. Aqui abrimos um parêntese com a licença dos autores para invertermos a ordem no texto, ou seja, colocar a família como responsável pelo crescimento, desenvolvimento e mudança da sociedade.

Nesta compreensão, temos a família como sistema que vivencia a si mesma como algo único em sua vida cotidiana, integrada por projetos, expectativas, frustrações, dificuldades, reflexões, alegrias, perdas, responsabilidades assumidas ou não, conquistas individuais e grupais, enfim, vivências e experiências que co-existem na *con*-vivência existencial deste sistema. Pois, como sinaliza Delgado (2005) o homem não se caracteriza por seu corpo, nem por determinadas propriedades físicas, mas por sua maneira de existir e se relacionar com outros entes diante das adversidades experienciadas.

Corroborando com este pensar, Micelli (2005) evidencia a interdependência familiar afirmando que todo evento que ocorre na família, repercute de modo expressivo em todos os seus membros, pelo envolvimento emocional, espiritual, social, financeiro e funcional que emaranha o núcleo, afetando as rotinas diárias, ao ponto de precisarem reorganizar papéis a todo o momento, ajustando-se às demandas internas e ambientais visando o controle do estresse e a minimização das consequências físicas, psicológicas e sociais no todo familiar.

Tal compreensão avança na óptica da integralidade, aprofundando a percepção da família como unidade que precisa receber cuidados enquanto sistema complexo de sujeitos que se interagem e se modificam na perspectiva de se manterem unidos. Todavia, tal compreensão ainda não se encontra bem assimilada em grande parte dos profissionais de saúde, sendo necessária a busca por mais conhecimentos que possam enriquecer as possibilidades da práxis da integralidade sob o enfoque mais interdisciplinar, construindo um saber-fazer-saber que enlace a família em sua totalidade. No entanto, não se trata de uma tarefa fácil, uma vez que envolve a necessidade de mudança de paradigma.

Nesse sentido, Saupe *et al* (2007) ressaltam a importância de investir nesta temática, tanto na formação em nível de graduação como em pós-graduação para a práxis de enfermagem no âmbito da ESF e noutros cenários de atuação.

Assim, incluir a família no processo saúde-doença na contemporaneidade significa estar aberto e atento as interações desta e ao impacto de suas vivências, o que exige a compreensão da sua dinâmica, crença, cultura, e formas de adaptação a situações adversas. Para tanto, é preciso reconhecer as individualidades das partes

dentro do universo “familiar” a partir do reconhecimento das relações vinculares de pertença que conferem à convivência e a característica do todo/sistema nas partes.

Neste contexto, considera-se relevante fomentar, entre novos padrões de práticas e de organização de serviços de saúde, aqueles que viabilizem intervenções mais eficazes, focados na família e ajustados as suas necessidades locais e comunitárias produtoras de qualidade de vida e saúde das pessoas.

Através da óptica da integralidade, a família passa a ser compreendida como unidade singular-plural que precisa de cuidados em sua complexidade e na complexidade dos sujeitos que a integram e se modificam para se manterem unidos.

Os estudos que envolvem a família e sua integralidade convergem entre outros aspectos, para a compreensão sistêmica apontando-o como um caminho viável para melhor prover o cuidado na ESF. Neste estudo, então, buscou-se elencar contribuições trazidas pela literatura atual que possibilitam uma melhor apreensão da aplicabilidade prática da abordagem sistêmica para o cuidado à família.

Nesta perspectiva, Silva, Gonçalves e Costa (2006) reforçam que a família deve ser compreendida como uma unidade essencial de cuidado e pesquisa, que precisa ter sua abordagem ampliada a um novo-paradigma, referindo-se ao Pensamento Sistêmico, no qual sua organização se dá de forma dinâmica em interação com o meio, o que a define como sistema, ou seja, uma unidade complexa, um conjunto articulado de seres humanos que detém especificidades, influenciando o todo e sofrendo influência deste numa inter-relação contínua, responsável pela construção do “sistema familiar”, de seus valores sociais, conceitos, saberes e saúde.

O termo sistema se propõe a descrever o funcionamento da família, sob uma óptica transdisciplinar, englobando aspectos: filosóficos, epistemológicos e metodológicos, voltados para as relações existentes entre os seus componentes (subsistemas). *Ludwig von Bertalanffy* representa o marco moderno ocidental da Teoria Sistêmica, precursora do Pensamento Sistêmico, por sistematizar as ideias científicas da abordagem do “todo integrado”, na concepção de que um todo separado em partes perde características essenciais, inviabilizando sua compreensão (UHLMANN, 2002).

Bertalanffy (1977), apesar de não relacionar sua teoria diretamente com a família, contribuiu para sua compreensão, possibilitando associar a classificação de sistema aberto ao indivíduo-família, que interage com o mundo, experimentando novas relações, num processo contínuo de fluxo de energia potencializador do desenvolvimento humano, na troca de experiências-vivências e autoalimentação, nas respostas e nos estímulos espontâneos com outros sujeitos relacionais. Desta maneira, o Pensamento Sistêmico vem ser um divisor de água entre o paradigma positivista e o paradigma da complexificação, ou seja, na concepção da inter-relação todo e parte no universo das relações, e aqui estamos a nos referir às relações familiares em suas interações e retroações.

Deste modo, de acordo com Cerveny (2000), pensar, conhecer e cuidar da família implica em considerar o comportamento de cada um de seus membros, sendo o grupo familiar entendido como conjunto e totalidade cuja peculiaridade de um não é suficiente para explicar ou entender o comportamento dos demais. A análise de uma família não é a soma simplificadora da análise de seus sujeitos individuais é mais que isso, envolve a teia relacional no contexto de sua inserção sociotemporal.

Gabel e Soares (2006) concluiram, através de um estudo de revisão de literatura, que há possibilidade da utilização da abordagem sistêmica na práxis de enfermagem se houver uma (re) orientação profissional para avaliação familiar mediante sua interação com o meio onde está inserida, sendo esta considerada em seus afetos e sentimentos, uma vez que assume funções de proteção de seus membros e transmissão de padrões culturais da sociedade da qual fazem parte.

Neste sentido, Galera e Luis (2002) desenvolveram uma síntese teórica acerca dos principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de Enfermagem ao indivíduo e sua família. Dentre os conceitos abordados, destaca-se a compreensão de saúde familiar que se relaciona com a influência que cada membro exerce sobre o funcionamento da família, sendo o contrário também verdadeiro. Consideraram a entrevista como elemento importante para conhecer a família, quando esta técnica é aplicada a todos os membros da família, visto sua inserção e relações com os subsistemas mãe e filho, casal, irmãos, entre outros e o suprassistema composto pelos vizinhos, organizações, igreja, instituições de saúde, escola, e outros, que também

precisam ser perspectivados.

Nesta perspectiva, o estudo de Athayde e Gil (2005) utilizou como método a entrevista a médicos atuantes na ESF a respeito do uso de instrumentos utilizados para delinear a família, como o Genograma e o Ecomapa, considerando que estes instrumentos podem nortear a entrevista sob o olhar sistêmico, funcionando como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenções familiares. Observaram que existem dificuldades para aplicabilidade prática destes, remetendo à necessidade de capacitação dos profissionais associada a mecanismos estratégicos de gestão suficientes para produzir a reorientação das práticas profissionais à família no contexto de suas relações sociais, intra e extrafamiliar. Nesse sentido, ressaltam que tanto o modelo de atenção quanto o de formação profissional, ambos predominantemente biomédicos no Brasil, não têm oportunizado aos profissionais de saúde uma reflexão mais aprofundada e adequada para o trabalho sistêmico na perspectiva familiar.

Christoffel, Pacheco e Reis (2008) confirmam as inferências de Athayde e Gil, ao relatarem sua experiência no uso destes instrumentos no cuidado à criança, apontando a falta de vínculo com a família e o tempo insuficiente da entrevista na primeira consulta como dificuldades na sua utilização, em detrimento da empatia e da formação de vínculo entre profissional-família no favorecimento do processo. Afirmam que a utilização dos instrumentos deve ser incentivada para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem de qualidade, levando em consideração a família em sua totalidade, singularidade e inserção histórico-social. Para tanto, infere que é preciso desenvolver no aluno de graduação em enfermagem um olhar que valorize o cuidado à família, para que neste visualize o contexto que permeia e circunscreve o indivíduo e a família, incluindo etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente.

Nesta perspectiva Lopes, Lopes e Lobato (2006), ao tecerem considerações teórico-reflexivas sobre o diagnóstico em abordagem sistêmica, apontam que o modelo predominante de assistência não abarca as idiossincrasias subjetivas das famílias, ao passo que a abordagem sistêmica assegura um processo diagnóstico e terapêutico que respeita a realidade da pessoa, construída de forma dinâmica, inclusive durante a terapia, na compreensão deste sujeito como integrante de um sistema aberto em

constante troca como o meio. Para os autores, esta abordagem confere ao homem uma complexidade que transpõe as visões estáticas que o definem no atual modelo assistencial fragmentado.

Nessa óptica, Ponciano e Fères-Carneiro (2003) entrevistaram terapeutas familiares, transversalizando os relatos com os modelos de famílias e intervenção terapêutica. Constataram a necessidade que os profissionais têm de compreender a família e seus valores, envolvendo o sentimento de amor, a realização pessoal na convivência com o outro significativo, além da formação da identidade humana por meio da filiação e da transmissão intergeracional. Observaram que a pluralidade familiar é uma característica forte, na perspectiva de que cada família deve ser vista em sua singularidade, a partir da especificidade que cada uma assume, ressaltando a importância das relações familiares de cada sujeito, determinantes de sua atitude no grupo de pertença e fora dele.

Diante deste desafio, Martins e Szymansky (2004), a partir de reflexão teórica sobre os aspectos a serem apontados em estudos com famílias, apreenderam que estes vêm se constituindo no objeto de investigação de muitos pesquisadores no campo das ciências humanas (antropologia, sociologia, psicologia), na tentativa de compreender a família, sendo, para isso, indispensável a busca de um olhar sobre a rede que possibilita o desenvolvimento desta. Apontam a teoria ecológica e sistêmica de Bronfenbrenner como possibilidade para análise da pessoa em desenvolvimento, do contexto em que vive e dos processos interativos que o influenciam.

A incorporação da perspectiva ecológica trazida por Martins e Szymansky (2004) é trabalhada também por Milani, Rodrigues e Vicente (2006) em estudo de caso guiado pela abordagem sistêmica. Os autores afirmam que os ambientes interagem sobre a família, capacitando-a como agente transmissor de cultura para consolidação de características da personalidade do sujeito. Ressaltam a necessidade de considerar o psiquismo dos indivíduos, não apenas como um fenômeno interno, mas oriundo de um processo interpessoal envolvido e modificado pela interação com o ambiente. A doença deixa de ser considerada consequência do individual em detrimento do coletivo (ambiente familiar) perturbado. Assim, mesmo que somente uma pessoa manifeste sintoma de desvio de saúde, é preciso considerar que o indivíduo acometido pode ser

somente o “bode expiratório” da família, demonstrando a problemática que enlaça essa situação.

Neste sentido, Melo *et al* (2005) realizaram estudo por meio de observação e entrevista, buscando a importância da família na iniciação das atitudes consideradas como fatores de risco; identificaram que a família é vista como uma estrutura social, a qual se diferencia e mantém suas funções através da interação de seus subsistemas internos como o conjugal, o parental e o fraternal. Na perspectiva da Teoria Sistêmica, a família cria formas de interação que visam a promover seu crescimento e adaptação, mediante criatividade de seus membros, sempre voltados para a saúde de um modo geral, o que levou à compreensão destes de que a família, através dos processos de aprendizagem social e identificação, participa significativamente na adoção das atitudes de risco de seus membros.

Brito, Pessoa e Santos (2007) também entrevistaram famílias a respeito do impacto sofrido diante de um agravo à saúde. Perceberam que o grupo procura uma adaptação no intuito de garantir a continuidade, proteção e crescimento dos seus membros. Ressaltam que a quantidade de reajustamento na estrutura, papéis, solução de problemas e manejo afetivo é peculiar a cada família, sendo que algumas lidam melhor com mudanças e administram as crises com mais facilidade, o que envolve a complexidade do ser individual biopsicossocial e a valorização dos seus sentimentos.

Outro estudo como o de Pinho e Kantorsky (2004) acerca do contexto psicossocial de famílias traz que elas devem ser acolhedoras, permitindo a construção de experiências, vivências e relações humanas geradoras de apoio afetivo, psicológico, valores e ética, além de outras ferramentas necessárias para seu pleno desenvolvimento físico e mental, constituindo-se a base do convívio social das pessoas. Neste sentido, ressaltam que a grande parte da assistência de enfermagem a indivíduos e família consiste no apoio psicológico. O ato de sentar em frente ao sujeito, olhar nos seus olhos, ouvindo-o com interesse e dedicação, transmite-lhe uma confiança responsável pelo estabelecimento de vínculos emocionais que otimizam o cuidado. Segundo eles, ao relacionar-se buscando compreender a família, a enfermeira estabelece uma inter-relação terapêutica, percebendo-a de forma integral, respeitando suas intersubjetividades e o contexto psicossocial que enlaça estes sujeitos.

Corroborando com este pensar, Silvestre e Costa Neto (2003) destacam que o profissional deve ser capaz de perceber a multicausalidade do processo saúde-doença, que inclui fatores físicos, mentais e sociais, individuais e coletivos, contextualizando sempre o indivíduo em seu meio ambiente. Dessa maneira, o profissional, sob a óptica da abordagem sistêmica, busca atuar nos fatores que alteram as relações entre indivíduo e ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente. Para isso, deve conhecer detalhadamente a realidade das famílias, construindo com elas um diagnóstico psicossocial que detecte situações de vulnerabilidade familiar, a partir do qual poderá planejar, organizar e desenvolver ações específicas, avaliando, de forma constante, os resultados.

Neste direcionamento, Silva L. (2007) buscou em sua Tese a compreensão da dinâmica do sistema familiar a partir de famílias que integravam um idoso portador de diabetes mellitus tipo 2. Em seu estudo, constatou que a dinâmica da relação familiar interfere no viver da família mediante o seu processo de retroalimentação que o mantém em funcionamento. Deste modo, destaca que o sistema familiar frente à doença se move em torno do cuidado do membro acometido, organizando-se para enfrentar tal situação num movimento, descrito por ela como de uma espiral, aumentando conforme as necessidades sentidas pelo sistema familiar.

Nesta compreensão, a autora infere a necessidade de alcançar o desafio da integralidade, superando os programas de saúde em suas “caixas” fragmentadoras em prol da valorização da família como unidade de cuidado profissional, que deve ser vista em sua globalidade e inter-relações, buscando compreender a individualidade dos seus membros, concebendo a família como centro para a atenção em saúde.

Ao final deste eixo temático tem-se que a família, como unidade, precisa receber cuidados como sistema complexo entre sujeitos que interagem e se modificam na perspectiva de se manterem unidos. Todavia, tal compreensão não está bem assimilada em grande parte dos profissionais de saúde, sendo necessário (re) elaborar o conhecimento profissional e pessoal do cuidado integral/intersubjetivo para prática interdisciplinar, construindo um saber-fazer-saber que enlace a família em sua totalidade. No entanto, não estamos diante de uma tarefa fácil: formar ou “reformar” profissionais para que tenham um olhar integrador. Para tanto, a compreensão que

adquirimos até o momento rege sobre a necessidade de mudança do paradigma do cuidado.

Nesta busca, procuramos conhecer ainda os estudos acerca da intersubjetividade na práxis de enfermagem no cuidado à família, para uma aproximação com as potencialidades e dificuldades de firmar esta inter-relação entre profissional e família, com vistas à integralidade da assistência no âmbito dos cuidados de saúde. A ampliação desta revisão, neste sentido, decorre ainda da compreensão tecida acerca da integralidade, compreendida como práxis intersubjetiva em saúde, agora perspectivada sob a óptica sistêmica familiar.

2.3 UM OLHAR NA TRANSVERSALIDADE ENTRE INTEGRALIDADE E INTERSUBJETIVIDADE

Essa temática traz contribuições significativas sobre o olhar profissional no cuidado integrador e intersubjetivo. Demonstra que o estado da arte está em constante processo de vir a ser, na busca pelo alcance da integralidade como abordagem para a intersubjetividade do cuidar profissional da enfermagem, na transversalidade com a ciência e a arte para o cuidar.

A subjetividade, segundo Teixeira (2006), emerge como elemento irrestrito ao indivíduo, envolvendo os sujeitos que cuidam, o território e o conjunto das instâncias coletivas, sabendo que, nesta relação, o sujeito pode interferir no meio e o meio no sujeito, por meio de transversalidades e ressonâncias. Por isto, considera que a abordagem da subjetividade permite a possibilidade de um relacionamento sensível, crítico e transformador. No entanto, sua práxis constitui um desafio que implica, evidentemente, um autoconhecimento, referente às atitudes, desejos e aspirações, o que passa por um processo de contato com o pensamento, a palavra, o corpo, o sentimento e a ação, os quais permitem a emersão do sensível que envolve os saberes e as práticas de cuidado.

Nascimento e Trentini (2004) afirmam que, nas décadas de 70 e 80, estudos já demonstravam a importância de a enfermagem considerar outras necessidades humanas, que vão além da esfera física, focalizando a subjetividade do *ser*. Para eles, o *ser* cuidador precisa estar totalmente presente, e ser capaz de refletir com o outro sobre aquilo que está sendo vivenciado, desenvolvendo um relacionamento de genuíno interesse pela pessoa com quem está interagindo. Nos seus estudos identificaram que, para pacientes e familiares, o mais importante no profissional cuidador é, em primeiro lugar, que este seja uma pessoa disponível para eles, e, em segundo, que detenha habilidade técnico-científica para o cuidado.

Portanto, a relação intersubjetiva firmada no contexto de cuidados submerge aspectos psicoafetivos dos seres humanos envolvidos, de modo que, mesmo na esfera profissional, por mais técnico que este seja, sempre estará envolto em emoções e relações humanas, interagindo com o outro com sentimentos e expectativas que emanam das suas condições da saúde. Deste modo, compreende-se que o cuidado só pode ser efetivado em seu sentido amplo quando existir afetividade, obviamente amparada pela ética, ou seja, a relação afetiva cuidativa que não significa uma relação de amizade ou parentesco, mas representa um laço afetivo terapêutico, norteado pela ética do cuidado, no qual a empatia, a compreensão e as atitudes de promoção da saúde se fazem essenciais (TEIXEIRA, 2006).

Esse relacionamento pode ser visualizado no cuidado prestado na ESF, como traz Zoboli (2007), ao considerar em seu estudo as contribuições da bioética para reorientar a relação profissional-usuário nesta estratégia. Afirma que a enfermeira depara-se com inúmeras situações dilemáticas, ressaltando que a atuação profissional na ESF ainda não alcançou o sujeito do cuidar em sua subjetividade. A autora reforça a necessidade de uma práxis intersubjetiva na ESF, com abordagem mais proximal à família, e chama a atenção dos profissionais atuantes nesta esfera para redirecionarem sua prática, tendo em vista o alcance da sensibilidade para a compreensão e ponderação de situações eticamente significativas para a promoção da saúde das pessoas.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva e Sena (2008), que confirmam a necessidade de um cuidado intersubjetivo (integral), no qual os

participantes levaram à compreensão da integralidade do cuidado como um pressuposto que atenda às suas necessidades biopsicossociais, espirituais e emocionais, incluindo dar atenção às suas angústias, medos, problemas financeiros e familiares.

Essa compreensão também respalda-se em Mattos (2004), por ressaltar que a integralidade deve se expressar na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento humano manifesto em suas ações cuidativas, seja na promoção, prevenção e recuperação da saúde, significando, assim, incluir no cotidiano de trabalho a busca sistemática das necessidades mais silenciosas e vinculadas à experiência individual do sofrimento-fragilidade frente ao processo de viver humano, perceptíveis apenas pelo *ser sensível* profissional, em sua intersubjetividade humana para o cuidar.

Neste sentido, reforça Texeira (2005) que o trabalho de uma equipe de saúde não se processa somente pelas habilidades técnicas e legais, ele envolve relações, a percepção de si e do meio ambiente, bem como o entendimento da subjetividade. Traduz-se numa atitude ética que otimiza o cuidado de modo solidário, na compreensão de que não é ético tratar o ser humano como objeto, desprovido de afeto e sentimento, assim como não é ético cuidar do outro sem conhecer a si próprio e se cuidar, terapeuticamente falando.

Nessa perspectiva, Erdmann *et al* (2007) inferem que para construir um sistema de cuidado é necessário conjeturar um processo pessoal e profissional; institucional e social; dinâmico e gradual que demanda tempo, atitude, comportamento e esforço destes na busca de novas formas de ação/interação perseguido a partir da consciência crítica e da vivência da subjetividade, nas quais haja a capacidade e vontade de contextualizar a realidade desejada.

Deste modo, o cuidado essencial promove a integralidade caracterizada pela apreensão ampliada das necessidades, mas também e, principalmente, a habilidade de reconhecer a adequação de ofertas ao contexto específico da situação na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde na busca da transcendencia do ser para o saber-fazer a essência do cuidado (BOFF, 2000b).

Logo, para Mattos (2004), o princípio da integralidade deve ser exercido pelos profissionais por meio de um olhar atento, capaz de apreender as carências de ações de saúde no próprio contexto e em cada encontro entre sujeitos. Essa abordagem reforça a

necessidade de considerar os aspectos subjetivos humanos em direção à prática intersubjetiva na saúde para o SUS, envolvendo a dimensão dialógica, para a qual os profissionais precisam aguçar seus conhecimentos e identificar as necessidades de ações e de serviços de cada sujeito que se relacionam para a promoção da saúde em sua totalidade.

Neste sentido, o profissional, segundo Girondi e Hames (2007), deve ter a sutileza de conseguir olhar e apreender a mensagem que o sujeito quer transmitir a respeito do que se passa com ele. Saber ouvir, tocar, olhar torna-se tão significativo, a ponto de se fazer essencial no processo do cuidado integrador. Todavia, os autores ressaltam que esta comunicação entre sujeitos não é uma estratégia fácil, é preciso saber identificar a obstinação do cliente e família no enlace comunicacional, atentando para a resistência por vezes embutida num aparente vazio de palavras que carrega consigo um silêncio que grita.

Entretanto, Zoboli (2007) diz que poucos enfermeiros estão preparados para lidar com as tecnologias leves, entenda-se aqui, no direcionamento deste estudo, aquelas que envolvem o sujeito de singularidade, subjetividade e transpessoalidade para o cuidar – o ser relacional –, de vínculo e escuta sensível. Neste contexto de dificuldades a serem superadas, a autora defende o acesso do sujeito de cuidados à informação, como estratégia que viabiliza decisões substancialmente autônomas, que culminem na efetivação da cidadania na atenção à saúde, o que para ela só será possível com domínio de habilidades para condução de processos comunicativos dialógicos e emancipatórios, constatação que se respalda em Watzlawick, Beavin e Jackson (1967).

Para tanto, Waldow (2009) elenca os "pilares do conhecimento" necessários para o cuidado sensível: 1) Aprender a conhecer/aprender – significa despertar para o prazer de descobrir, compreender, e reconstruir o conhecimento; 2) Aprender a fazer – abrange habilidades no uso da tecnologia; 3) Aprender a conviver – representa a busca da integralidade pessoal e a capacidade de relacionamento com os outros; 4) Aprender a ser – expressa a descoberta de si mesmo como sujeito integrante da sociedade. Estes pilares envolvem competências nas dimensões técnicas, éticas, políticas e estéticas, que devem ser cultivadas desde a relação de ensino-aprendizagem do cuidado, de

modo que os acadêmicos de enfermagem e enfermeiras usufruam o cuidado consigo e sintam-se valorizados, levando estas vivências como valores para a vida profissional, desenvolvendo-se em seres de cuidado.

Neste sentido, Girondi e Hames (2007) destacam que cabe à Enfermagem resgatar um cuidado que valoriza o espaço social, onde acontecem as inter-relações significativas, através do reconhecimento de si e do outro, considerando a diversidade e a unicidade de ambos. Dessa forma, a pluridimensionalidade da vida pede o despertar para a possibilidade de romper com as determinações políticas e econômicas e se "re-construir", mantendo vivo na engrenagem institucional o ser singular que representa. O que, para o autor, significa "re-encantar-se" com o processo de cuidar e ser cuidado, transcender e revitalizar seus elementos no espaço e tempo de suas relações, ultrapassando as barreiras pessoais ou institucionais e, sem medo de arriscar, lançar-se ao cuidar integral e intersubjetivo, o qual tem como premissa o benefício comum de todos os envolvidos.

Todavia, Teixeira (2006), ao ampliar o seu olhar sobre a temática em foco, evidencia que na atual concepção capitalista, onde vigoram os valores de produtividade, enfrenta-se uma forte tendência para descuidar das relações humanas e do valor da vida, de modo que o contato humano e a intersubjetividade grupal são ignorados no ambiente de trabalho, sendo negligenciada a satisfação da equipe em estar junto, dimensão afetiva do trabalho. Tal comportamento, conforme o autor, tem gerado, muitas vezes, um profundo mal-estar que impede a vida social e a motivação transformadora, questões que delineiam um sistema competitivo que não valoriza a cooperação e a subjetividade humana.

Por outro lado, o estudo de Trad e Rocha (2009) vem demonstrar as barreiras enfrentadas por estes profissionais no cotidiano do seu trabalho, considerando as condições em que se realiza. As percepções dos sujeitos de seu estudo indicaram, junto à manifestação de seu comprometimento e sensibilidade, as fragilidades de infraestrutura, o tímido investimento na formação enquanto equipe, o pouco entendimento da dinâmica do trabalho por parte do gestor local e a incipiência de momentos coletivos de planejamento, como fatores contributivos para a persistência

de condições e práticas que se distanciam dos princípios da humanização em saúde, compreendida por nós como relação intersubjetiva transpessoal.

Constata-se, ainda no referido estudo, que o enfrentamento cotidiano com as carências das ESF influenciam fortemente a condição física e emocional da equipe de saúde, desestimulando sua adesão a um modelo de integralidade, interdisciplinaridade e promoção da saúde. Quanto à interdisciplinaridade, destacam ainda ser fruto de fragilidades nos processos de qualificação das equipes, não favorecendo a tranversalidade de conhecimentos e experiências para melhor apreensão da realidade que se pretende transformar (TRAD; ROCHA, 2009).

Teixeira (2006) aponta o comprometimento da saúde da equipe pela tensão gerada no sistema ao qual estão submetidos. Releva à consideração, além do mais, que estes profissionais apresentam, certamente, problemas de ordem psicoafetiva, doenças crônico-degenerativas e dependências de substância lícitas e ilícitas, fatores que levam ao entendimento do processo de desencanto no grupo, ressaltando noutro estudo, realizado em 2005, que uma relação hostil no ambiente de trabalho contribui para que as pessoas trabalhem de modo automatizado, privando-se dos sentimentos e expressão de desejos.

Neste contexto, Ayres (2009b) destaca que enquanto a ‘universalidade’ impulsiona a construir o acesso para todos e a ‘equidade’ exige pactuar com todos, a ‘integralidade’ desafia a saber e fazer o “quê” e “como” para responder às necessidades de cada um, de modo que entrelaça os conceitos de vulnerabilidade, cuidado e humanização como recentes proposições para a construção de modelos de atenção integral.

Vulnerabilidade, por referir-se a integralidade e o saber que direcionam a buscar novas sínteses teóricas, dialogar com outras ciências, construir saberes compreensivo-interpretativos. Cuidado, por envolver a integralidade e o fazer, substituindo o mito da competência técnica absoluta pela sabedoria, guardada em encontros sábios, aqueles que propiciam o diálogo mais autêntico entre sujeitos e, portanto, as escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado. Humanização, por atrelar a integralidade e a ética do saber/fazer, ou seja, saber acolher o outro e seus saberes que trazem a chancela da experiência, da vivência mais profunda, ao tempo em

que lhe oferece seu interesse, saberes técnico-científcos, interação e intersubjetividade, que é (ou deveria ser) o motivo central deste encontro cuidativo (AYRES, 2009b).

E assim, na perspectiva humanizadora, o percurso de construção do SUS destaca como um dos aspectos claros em sua avaliação o despreparo da equipe para lidar com a dimensão subjetiva que tal prática de saúde supõe, o que se agrava pela presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Diante destas constatações emergiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS –, buscando a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006b).

Os valores que norteiam essa política envolvem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Entre os seus princípios destaca-se a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social nas práticas de atenção e gestão, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, visando a fortalecer o trabalho em equipe (BRASIL, 2006b).

Trad e Esperidião (2009) realizaram estudo acerca dos limites e possibilidades da gestão participativa, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PHN), constatando a necessidade de incentivar a participação cidadã e implementar os seus dispositivos, dentre os quais destaca: a ampliação do diálogo entre trabalhadores, com a população, e com a administração, promovendo a gestão colegiada compartilhada dos cuidados/atenção; a implementação de sistemas e mecanismos de comunicação que promovam o desenvolvimento e o protagonismo das equipes e da população e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde.

Deste modo, o Programa Humaniza SUS busca ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria nos ambientes de cuidado e nas condições de trabalho. Carvalho *et al* (2008), ao investigarem o modo de operacionalização do acolhimento no SUS, constataram que um dos maiores problemas para o processo de sua implementação está nos Recursos Humanos, de modo que se estes forem capazes de interferir positivamente na

modificação das condições de vida e saúde da população, a partir do acolhimento, poderão ajudar a solucionar melhor as questões da saúde. O acolhimento surge, então, como importante dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho e direcionar as políticas de saúde para operacionalizar os princípios do SUS.

Deste modo, Teixeira (2005) define que a decisão de mudança deve ser buscada pelo sujeito ao posicionar-se para transformar-se ou ajustar-se às demandas perversas do sistema. Entretanto, essa atitude implica num compromisso com a verdade e a ética, presente em pessoas comprometidas em prol de um trabalho satisfatório e integrador no campo da saúde, tendo em vista que o cuidar sensível implica em atitudes de solidariedade e cooperação. Neste sentido, para que o trabalho em saúde seja garantido em sua estética, em outras palavras, na transversalidade da integralidade e subjetividade, é preciso um compromisso com os processos de transformação social.

O olhar para essa abordagem nos remete a necessidade de mais conhecimentos sobre o *ser* que cuida a família como direcionado pelos estudos que emergiram neste eixo temático, visto que, segundo relatam Souza, Chaves e Silva (2006), é fundamental a preocupação com o "mundo" subjetivo do sujeito, alcançando a conexão com o espírito e o universo mais amplo, o que facilita e potencializa a atenção que o indivíduo e sua família precisam no momento de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. E o que os estudos demonstraram? É que só poderá ser obtida por meio de uma inter-relação entre profissional de saúde, família-sujeito do cuidado.

O olhar na transversalidade deste eixo no estado da arte visa a ampliar-se para alcançar de maneira mais contextualizada e complexificadora as significâncias do cuidado integrador e intersubjetivo à família que se encontra em desvelamento no tópico que se segue acerca da transpessoalidade.

Entendemos que a integralidade, enquanto 'traço do cuidado ' e práxis intersubjetiva, encontra no cuidado transpessoal a oportunidade de se expandir e se desvelar no encontro com o outro, marcado pelo interesse e desvelo.

2.4 ENXERGANDO O ESTADO DA ARTE TRANSPESSOAL

A transpessoalidade é vista como estratégia metodológica para o cuidado profissional às pessoas a partir do enlace das dimensões do ser: corpo, mente e espírito num processo 'transpessoal' - humanístico e metafísico, que valoriza e reverencia a vida e retoma o aspecto sagrado da existência e das experiências humanas. Diante disto, a filosofia do cuidado transpessoal ancora-se no reconhecimento dos limites do potencial humano como variável ainda não explorada, sugerindo aos atores envolvidos no processo de cuidado a ampliação de suas capacidades de reestruturar-se e de crescimento interior por meio do autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado (MATIAS, ZAGONEL; LACERDA, 2006; VIANA; CROSSETTI, 2004).

Watson (2007), em constructo reflexivo, fornece uma visão geral da referida Teoria de Cuidado Humano, a partir da noção de *caritas,* a qual a autora vem incorporando nos últimos anos nos seus estudos. O sentido *caritas* denota uma ostensiva evocação de amor e carinho para mesclar um paradigma mais amplo que envolva a dimensão existencial-espiritual no processo das experiências humanas. Portanto, destaca ênfase especial aos fatores do processo e as experiências subjetivas de vida como parte da estrutura da teoria. Estes aspectos centrais são desenvolvidos na fundamentação filosófica/ética na Teoria, direcionando a prática profissional, bem como o ensino como ideais morais capazes de promover a evolução e o aprofundamento da humanidade.

No mesmo trabalho Watson (2007) enumera os seus principais livros acerca da Teoria: 1979: "Nursing: the philosophy and science of caring", no qual estabelece uma base disciplinar para a ciência enfermagem, educação e prática, entretanto sem que houvesse ainda uma atenção formal à teoria. O segundo trabalho, em 1999: "Nursing: human science and human care, a theory of nursing" trouxe formalmente a Teoria do Cuidado Humano e seus dez fatores de cuidado. Seguidos de mais obras, como: 1999, "Postmodern sursing and seyond", que se fundamenta na ontologia e ética das relações, antes da epistemologia tradicional da ciência e tecnologia.

Em seguida publicou, em 2005, "Caring science as sacred science", este se expande colocando a ciência do cuidar dentro de uma ética-moral-filosófica que incorpora a metafísica. E, em 2008, publicou “Nursing: the philosophy and science of caring” – edição revisada de sua primeira obra, que incorpora a noção *caritas* ao cuidado (WATSON, 2007; 2008).

Watson (2009) reafirma em outro estudo reflexivo que o cuidado humano é parte da condição humana e uma maneira de Ser Humano, destacando que o cuidar humano profissional vem sendo reconhecido cada vez mais como a essência e o núcleo da enfermagem, o que evidencia, na prática e teoria da enfermagem, sua perspectiva filosófica e ética em relação à humanidade e aos relacionamentos de cuidado com os pacientes. Neste trabalho, a autora apresenta os princípios mais importantes, postulando o Cuidar como o fundamento disciplinar da enfermagem para propor à ciência uma concepção avançada da enfermagem como ciência também humana.

Defende que no entendimento e conexão com as profundas dimensões humanas de vida/morte é que abrimos nossos corações para as experiências humanas profundas que não podem ser manejadas apenas com a competência técnica e modelos de práticas baseados em evidências da ciência ocidental médica e de enfermagem. Assim, seu modelo de cuidado científico permite a emergência de uma Enfermagem *Caritas* evoluída, que convida as enfermeiras para uma apreciação mais profunda da complexidade das experiências humana, da interioridade em sua própria vida e do significado das respostas intersubjetivas para o cuidado, cura, enfermidade, desespero, doença e morte. É este modelo que verdadeiramente honra e abre para a união mente-corpo-espírito e a conexão humano a humano como fonte que une todos (WATSON, 2009).

Ferreira (2006), em estudo de reflexão teórica, embasado em conceitos formulados por Nightingale, Waldow e Watson, infere que o cuidado possui caráter relacional e dinâmico, sendo essencial no seu processo a comunicação entre cuidador e família, seja ela verbal ou não, um fator preponderante para o sucesso da ação cuidadora conjunta. Nesta compreensão, o envolvimento dos cuidadores representa o eixo do processo de cuidar na proteção, recuperação da saúde e/ou readaptação a uma nova condição de vida.

Dessa forma, Viana e Crossetti (2004) trazem como fundamental neste envolvimento buscar uma conectividade com seu *ser* mais profundo (self), oportunizando a expressão de suas potencialidades e plenitude geradas pelo autoconhecimento, ou seja, pela posse de si mesmo de forma autêntica. Participantes de uma pesquisa acerca da transpessoalidade se perceberam como integrais, multidimensionais, sensíveis, e, em um processo constante de *vir-a-ser*, revelaram que, ao se identificarem com o *ser* de seus cuidados, desenvolveram a empatia e a solidariedade necessárias para uma práxis transpessoal, entretanto, o grande sofrimento psicológico com o qual necessitam lidar diante do que está sofrendo representou para eles um fator complicador do processo de aprender-ser-praticar a transpessoalidade.

Vieira Alves e Kamada (2007) corroboram com esta compreensão, ao elucidarem que o cuidado de si representa, portanto, um desafio diretamente atrelado à práxis da transpessoalidade, de modo que o cuidador também deve ser assistido, respeitado e compreendido em sua totalidade, a qual excede à simples soma de suas dimensões. Pois, através dos valores, experiências e significados emergidos da interioridade dos sujeitos compreende-se a necessidade do contato com o interior para sentir o outro como o conjunto corpo-mente-espírito. Sendo assim, o (re) conhecimento do corpo espiritual deve ser buscado no conjunto de relações recursivas transpessoais pautadas na sensibilidade.

Nesta perspectiva, o desafio de utilizar a compreensão da transpessoalidade como subsídio metodológico para o cuidado foi observado entre profissionais que desenvolveram um autoconhecimento capaz de despertá-los para estabelecerem relações de cuidado mais proximais aos sujeitos que recebiam sua assistência. Para tanto, o cuidador usou sensibilidade para olhar com os olhos do coração, lendo nas entrelinhas o que cada um deles queria transmitir de modo subjetivo (dor, medo, esperança), expressões estas frequentemente ignoradas na práxis cotidiana (NASCIMENTO; ERDMANN, 2006)

Os mesmos autores trazem outras contribuições a partir de um estudo realizado em Unidades de Terapia Intensiva, constatando que neste ambiente de cuidado crítico e complexo, a transpessoalidade se revelou em múltiplas dimensões cuidativas. Esta

presente na capacidade do indivíduo ser empático, sensível, afetuoso, criativo, dinâmico e compreensível na inter-relação com o outro, mostrando-se esta em comportamentos de cumplicidade, reciprocidade, interesse e solidariedade, elementos responsáveis por abrir caminhos e inspirar atitudes satisfatórias frente ao cuidado e às pessoas (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009).

Em outro contexto, Fonseca, Lacerda e Maftum (2006) trazem a proposta de cuidado transpessoal com significância junto ao portador de transtorno mental e sua família. Abordam relações proximais significativas entre profissional e portador/família, através da relação transpessoal no encontro da humanidade do cuidador com a humanidade do outro, gerando a oportunidade de um cuidado integral (corpo, mente e espírito).

A diabetes gestacional também foi foco de estudo da transpessoalidade, realizado por Pessoa, Pagliuca e Damasceno (2006), em que constataram que a transpessoalidade permitiu o exercício da interdisciplinaridade no cuidado ao indivíduo-família no olhar mais plural às demandas das pacientes na promoção do retorno à normoglicemia.

Outro olhar na perspectiva do cuidado transpessoal buscou a compreensão das vivências do ser adolescente, a partir da Fenomenologia Sociológica de Schutz. A transpessoalidade emergiu numa atitude diferenciada de respeito ao adolescente, implicando em estar disponível a ouvi-lo. Identificaram ainda a necessidade de reformular o processo de formação profissional, a partir dos currículos, de modo que durante a formação da enfermeira seja potencializada nesta habilidades e capacidades para perceber o outro como ser dotado também com possibilidade de reconstituir-se/readaptar-se às situações de crise (VIEIRA; RODRIGUES, 2007).

Estas diversas experiências corroboram com uma revisão sistemática, realizada por Favero *et al* (2009), acerca da aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal, em publicações brasileiras, durante uma década, as quais confirmam a perspectiva humanista, ética, moral e espiritual, presentes na abordagem transpessoal. Este estudo ainda veio somar-se aos supracitados quanto às inúmeras dificuldades de apreensão desta práxis pelos profissionais. Os autores salientam que os cursos de graduação e

pós-graduação brasileiros ainda permitem existir uma lacuna entre a prática educativa e profissional para a aproximação nos cuidados.

A busca por desvelar a compreensão da transpessoalidade seguiu este processo de revisão de literatura de forma minuciosa e criteriosa, evidenciando o longo caminho que persiste na práxis de cuidados para a transpessoalidade. Neste sentido, destaca-se a necessidade de somar à enfermagem o conhecer-*ser*-fazer interdisciplinarmente a transpessoalidade para a integralidade da assistência à família.

Ao discutir o estado da arte estruturado nos eixos: integralidade-sistema familiar-intersubjetividade-transpessoalidade, percebemos a transversalidade que estabelecem entre si, dando significado e significância a este estudo. Esta revisão também direcionou a fundamentação teórica, que segue no próximo capítulo aprofundando-se nos estudos da Teoria do Cuidado transpessoal e do Pensamento Sistêmico, os quais se fundem interdisciplinarmente em prol da sustentação do almejado desvelar a transpessoalidade na práxis de cuidados de enfermagem à família.

CAPÍTULO III

Figura 6: O enlace multirreferencial para cuidar *Designer*: Bárbara Barreto

Um processo de cuidar entre um enfermeiro e outro indivíduo é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada. A interação estabelecida no cuidar propicia uma aproximação e estabelecimento de contato entre duas pessoas; a nossa mente-corpo-alma liga-se à mente-corpo-alma de outra pessoa num momento vivido

Jean Watson *(2002a, p. 85)*

3. FAMÍLIA, UM SISTEMA DE SERES TRANSPESSOAIS – FUNDAMENTOS PARA SUA COMPREENSÃO

A compreensão da necessidade de uma abordagem ampliada à família se deu a *priori* pela busca de conhecimentos capazes de subsidiar um cuidado integral à família. Neste caminhar, elegeu-se como fundamentação teórica a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, por ser esta a teoria de enfermagem mais profícua para a temática em estudo, e por meio da relação evidente com a integralidade do ser humano no âmbito de cuidados de enfermagem. Nesta óptica, o indivíduo é perspectivado como um *ser* transpessoal/integral na abrangência de suas dimensões objetiva e subjetiva, as quais determinam suas necessidades de cuidado.

A subjetividade que perpassa este referencial é definida como aquilo que é pessoal, individual, interioridade, vida interior, o que pertence ao sujeito cognoscente, formas de sensibilidade (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996). Essa definição é adotada neste estudo por compreendermos o indivíduo como um *ser* de sensibilidade.

Deste modo, a apreensão deste *ser* relacional e intersubjetivo se deu a *posteriori* na interconexão da abordagem transpessoal de Watson com o Pensamento Sistêmico idealizado por Bertalanffy, na compreensão de que a família é o sistema onde se insere cada indivíduo visto como subsistema, numa inter-relação subjetiva de influência mútua. Esta compreensão remete à necessidade de as famílias serem cuidadas pela ESF na sua complexidade e multidimensionalidade.

3.1 TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

Uma teoria é para Watson (2002a), um agrupamento imaginativo de conhecimentos e experiências que, representados simbolicamente, procuram desvelar um fenômeno. Assim, a transpessoalidade, enquanto teoria, envolve aspectos científicos (teóricos) e arte (humanismo e filosofia), mostrando-se na essência humana "vista no espelho como um 'imanente' pessoal, traduz um meio de autoconhecimento

e de acompanhamento espiritual de outras pessoas e de si mesmo (OLIVEIRA, 2005, p. 68).

Watson (2008) refere que a teoria surgiu a partir da busca para aperfeiçoar o significado de dignidade ao trabalho e ao mundo de enfermagem. A concepção da teoria derivou e emergiu de experiências pessoais e profissionais que foram clinicamente induzidas e empiricamente fundamentadas, sendo combinadas com a prática filosófica, ética, intelectual e experimental. Destaca que seu trabalho têm sido pautados na dependência do entendimento a respeito da humanidade e da própria vida, trazendo essas dimensões para a enfermagem.

Deste modo, na perspectiva deste estudo, esta teoria vai ao encontro da necessidade humana integral por valorizar a estética, totalidade, fé, inspiração, mistério e descobertas na experiência do viver humano. Watson (2002a) compreende que a transpessoalidade, enquanto teoria de enfermagem, habita o momento dinâmico-abstrato do *continuum*, considerando que perpassa pelos eixos estático-dinâmico e concreto-abstrato. Explica que a importância da enfermagem mobilizar-se no *continuum* de sua práxis de modo a aproximar-se da arte, beleza e humanidade que envolvem o cuidado humano.

A Teoria do Cuidado Transpessoal convida-nos a (re) considerar o corpo do ponto de vista físico, metafísico e artístico. Compreensão ilustrada por Watson (2002b) a partir dos *Espelhos Sagrados*, obra de Alex Grey, resultante de seus estudos de anatomia humana e interligação corpo-mente-espírito (Figura 7). As diferentes imagens movem-se a partir do corpo físico, evoluindo ao nível espiritual, mostrando o corpo como um campo de energia. Elas permitem ao espectador ‘espelhar’ a sua própria imagem, experimentando uma ressonância entre o seu ser e a imagem dos espelhos sagrados, criando o sentido de ver dentro de si próprio. Assim, a série de espelhos sagrados elucida neste estudo o pensar transpessoal para o cuidado. A figura que segue guiará os caminhos às reflexões que temos construído sobre a transpessoalidade na integralidade na ESF. Estes então “abrem as portas” para o nosso caminhar sobre este referencial teórico.

Figura 7: Série de Espelhos Sagrados de Grey

Fonte: Enfermagem pós-moderna e futura (Watson, 2002b)

3.1.1 Conhecendo Jean Watson: um *ser* de inquietudes, humanidade e filosofia para a enfermagem moderna

Jean Watson nasceu em 1940, na Virginia Ocidental, Estados Unidos da América (EUA), mas sua trajetória desenvolve-se no Colorado, onde se licenciou em Enfermagem no ano de 1964. Na adolescência decidiu ser enfermeira, cultivando o sonho romântico de ajudar as pessoas: "Sentia que podia ajudar os outros, não só no aspecto da doença, mas também do ponto de vista humano." Enquanto enfermeira, no início de sua carreira, deparou-se com a morte de um paciente na sala de cirurgia, o que a chocou enquanto ser de limitações, mobilizando-a a buscar transformações para o cuidado humano: "Foi o pior momento de minha vida profissional, constatar que aquele homem que ali estava era tratado como simples objeto e não como pessoa e com toda a dignidade que merecia" (CORREIO DA MANHÃ, 2007, p.1).

Esta inquietação foi ampliando-se à luz de sua práxis profissional, culminando nas pesquisas e reflexões, que mais tarde se tornariam a Teoria do Cuidado Humano/Transpessoal, representando importante subsídio ao cuidado humanístico de enfermagem.

No ano de 2007, o Correio da Manhã do Sindicato dos Enfermeiros da Região Autônoma da Madeira em Portugal publicou matéria acerca da teórica. Em sua entrevista, Watson relatou a responsabilidade dos enfermeiros em "lidar individualmente com cada paciente, incorporar o conceito de sofrimento e proporcionar-lhes momentos de afeto." Destacou: "É muito gratificante podermos ajudar e segurar a mão de um doente inconsciente ou com distúrbios mentais e sentirmos que, mesmo no meio da doença e da vulnerabilidade, ou da inconsciência, estamos a fazer a diferença porque o doente nos sente". E, reforçou, dizendo: "[...] temos um longo trabalho pela frente [...]", apontando a necessidade de que todas as pessoas sejam vistas como um todo, tendo respeitada a sua dignidade e contextualidade (CORREIO DA MANHÃ, 2007, p.1).

Watson desperta à tomada de consciência das dificuldades e limitações humanas enfrentadas para a práxis profissional da chamada 'humanidade'. É verdade que o cuidado requer esta interação proximal e afetiva, todavia, a complexidade de sentimentos e sensações de cada enfermeira também deve ser considerada na trama do relacionamento firmado. Por ser também humana, a profissional depara-se também com limites interiores. Todavia, a perspectiva da transpessoalidade envolve uma via de mão dupla, cuidar e ser cuidado, o que implica no interesse por fazer o melhor possível, deixando emergir a sensibilidade na proporção de motivar-se no auxílio do outro e não de sofrimento desta profissional que é sujeito ativo do processo.

Nesta perspectiva a Teoria da transpessoalidade desenvolveu-se de forma processual, considerando as especificidades desafiadoras. Watson declara que "As minhas idéias fundiram-se gradualmente naquilo a que chamo o cuidar transpessoal [...] direcionada pelos meus próprios valores e crenças acerca da 'pessoa' e da vida, que estão refletidos na inclusão da alma como uma importante força [...] espiritual." (WATSON, 2002a, p. 3)

Jean Watson é Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e PhD em Psicologia Educacional, premiada com seis graus de doutoramento honorário. Exerce a enfermagem por meio de atividades de consultoria clínica, pesquisa, docência e administração educacional. É membro da *Americam Academy of Nursin*, professora de enfermagem da Universidade do Colorado, detendo a "Cadeira da Ciência do Cuidado", a primeira do seu gênero nos EUA. Sua filosofia e Teoria de Cuidado Humano tem expandido-se como referência para o cuidado transpessoal às pessoas. Suas atividades incluíram a criação do *Watson Caring Science Institute*, uma fundação internacional, sem fins lucrativos, que visa a aprofundar e alargar o conhecimento da ciência do cuidado (TALENTO In: GEORGE, 2000; WATSON, 2008).

Os princípios fundamentais a partir do cuidado *caritas* trazidos pela autora são: praticar o amor-bondade e equanimidade; transmitir uma presença autêntica – acolher o outro e, junto com ele, as suas convicções; cultivar uma prática espiritual própria além-ego; ser capaz de prover e integrar um ambiente de cuidar-curar; aceitar/considerar milagres (WATSON, 2008).

Dessa forma, a autora ressalta o enfoque humanístico ao cuidado, propondo-se a alcançar o indivíduo em suas dimensões biopsicológica, espiritual e sociocultural. Considera que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a atingirem seu mais alto grau de harmonia entre corpo-mente-alma. Propõe a combinação do humanístico com o científico, integrando ciências metafísicas e do comportamento humano (TALENTO In: GEORGE, 2000). E destaca:

> "A função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana. É deste modo que eu considero a enfermagem, como uma ciência humana e o processo de cuidar como atos humanizados e epistêmicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade" (WATSON, 2002a p.54).

Neste sentido, destaca a profissão de enfermagem como uma missão ética com a sociedade humana, utilizando a solidariedade para manter e preservar a dignidade, a humanidade, mesmo quando ameaçados; e, o auxílio em manter a integridade da vida durante ameaças de crises e morte. Essas atividades caminham para o processo de transcendência da doença do diagnóstico e da condição de estar-se doente, configurando que aquele que detém a enfermidade é um sujeito complexo e continuará

a ser no tempo e espaço em meio a mudanças em seu sistema relacional-existencial na sociedade, civilização e ciência (WATSON, 2008).

Este enfoque teórico dá lugar às ideias dentro de um contexto mais amplo de cuidado, o qual envolve arte e metafísica como fenômenos de enfermagem, visualizados somente quando a profissional enfermeira busca perceber, captar e compreender o que habita as outras dimensões do sujeito do seu cuidado.

A autora destaca, assim, o desafio de a enfermagem romper com os velhos laços de preocupação centrados nos procedimentos, nas definições rígidas, no operacionalismo, nas manipulações. Para ela, é necessário investigar outras vias de conhecimento e perspectivas científicas para ampliar o cuidado à área da experiência humana na saúde-doença (WATSON, 2002a).

Deste modo, o conhecimento da transpessoalidade tem inspirado o cuidado sobre os focos da filosofia e da ética, contribuindo para o delineamento de cinco categorias de cuidado designados como: cuidado como traço humano, cuidado como imperativo moral, cuidado como afeto, cuidado como relacionamento interpessoal e cuidado como intervenção terapêutica (WATSON 2008; TALENTO In: GEORGE, 2000). Assenta-se aqui a razão pela qual esta teoria veio subsidiar o desvelar a transpessoalidade na práxis da enfermeira no cuidado à saúde da família, ou seja, o objetivo que nos faz trilhar por saberes da sensibilidade humana.

3.1.2 Entendendo a ‘Teoria da Transpessoalidade’, fundamentos e bases

A tese apresentada por Watson (2002a) em *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* é que: o ideal moral da enfermagem é cuidar como processo humano intersubjetivo. Os primeiros trabalhos de Watson emergiram de sua inquietude de desvelar os significados: ser humano, saúde e cuidado. Esses significados permeiam a existência/vida humana desde o nascimento até a morte, perfazendo todo o ciclo vital em suas mudanças, saúde, cura, relações, cuidado,

integralidade, dor, sofrimento, humanidade, e outras, que direcionam para missão de estruturar a enfermagem e a amplitude de seu cuidado (WATSON, 2008).

A comprovação experimental desta teoria se deu por meio de metodologia científica, com amostra humana, sob forma de inquérito, acerca do cuidado. Utilizou a fenomenologia transcendental, discutida como uma das ciências humanas de cuidado, através da experiência de perda e sofrimento experimentada e pesquisada entre uma tribo de aborígenes na Austrália Ocidental, quando solicitou que estes descrevessem o fenômeno da perda e o significado que atribuíam ao cuidado. Através da análise dos dados, desenvolveu sua teoria, ao constatar que a perda cria desarmonia em três esferas: mente, corpo e espírito (WATSON 2002a; 2008; TALENTO In: GEORGE, 2000).

Seus achados incluíram expressões poéticas, artísticas e metafóricas. A aproximação com as experiências no cenário do seu estudo com os aborígenes demonstrou um efeito de articulação com o que sentiram e viveram, transcendendo os fatores e as descrições puras (fenomenológicas). Esta transcendência, observada por ela nas opiniões dos participantes do estudo, configuraram um espaço de paradoxos, ambiguidades, ressonância sensual e expressões criativas, indo além da fenomenologia, alcançando uma dimensão transpessoal (WATSON, 2008).

O fundamento da teoria estrutura-se em torno de dez fatores de cuidado que servem como um guia filosófico e conceitual. Eles foram identificados como essenciais para o cuidar em enfermagem, sendo, para Watson, impossível exercer a enfermagem sem praticá-los, exceto, no caso de profissionais exclusivamente tecnicistas (WATSON, 2008):

1. **Formar um sistema de valores humanístico-autruísta no processo de cuidado**: cultivando a prática de amor-bondade e serenidade para si mesmo e para os outros como consciência fundamental do processo de cuidar.
2. **Habitar a fé e a esperança:** ser autenticamente presente, manter e honrar a fé e a esperança, com profunda convicção do sistema interior subjetivo de si próprio e do outro no mundo.

3. **Cultivar a sensibilidade para si e para o outro**: cultivar práticas espirituais próprias para o aprofundamento da autoconsciência, que vai além do próprio ego.
4. **Desenvolver confiança no processo de ajuda/cuidado**: cuidado como relações humanas para manutenção de um relacionamento autêntico e de confiança.
5. **Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos:** estar presente oferecendo suporte para a expressão de sentimentos como uma ligação mais profunda com o próprio espírito, alcançando o *ser* para o cuidado.
6. **Utilizar conhecimento científico de forma sistemática e criativa, através da problematização/resolução no processo de cuidado**: uso criativo do ser e de todas as formas de conhecer-*ser*-fazer como parte do processo de cuidar (dedicar-se à arte de praticar cuidar-curar).
7. **Promover ensino-aprendizagem transpessoal**: engajamento genuíno a partir das experiências no contexto da relação cuidar-assistir a toda pessoa, considerando o significado subjetivo de cada uma, buscando adequar à linguagem de maneira individualizada no sentido de envolver/instruir, indo além da convencional transmissão de informações.
8. **Prover um ambiente de apoio, proteção e/ou suporte mental, social, espiritual**: criar um ambiente de cura em todos os níveis além do físico, a partir de uma consciência de inteireza, beleza, conforto, dignidade e paz, as quais devem ser potencializadas no ambiente de cuidado.
9. **Assistir com vistas à satisfação das necessidades humanas**: prestar assistência com atenção às necessidades básicas, a partir da exploração intencional da consciência de cuidar-tocando e trabalhando com o outro, considerando a conexão físico-espiritual inerente ao indivíduo
10. **Considerar a dimensão existencial-fenomenológica**: favorecer abertura aos aspectos espirituais, desconhecidos da dimensão existencial da vida-morte, enxergando o sofrimento, de modo a permitir/conceber a possibilidade de um milagre.

Watson destaca o cuidado como relacional (valores ético-moral-filosóficos); fundamental (dez fatores de cuidado/processo *caritas*); transpessoal (prática de cuidado); consciencioso (enérgico-intencional-humano) e curativo (modalidades de cuidar), interpretando-os como centrais em sua teoria (WATSON, 2008).

Para ela, o cuidado significa *caritas*, compaixão e generosidade de espírito. Envolve algo precioso que precisa ser cultivado e sustentado, ou seja, o cuidado humano evoca o amor e o carinho para fundi-los num paradigma expandido para o futuro e incorpora, de forma mais explícita, a teoria ontológica e ética dentro do contexto de cuidado como ponto de partida para considerar, não apenas os aspectos científicos da profissão de enfermagem, mas também a missão social com a humanidade de cuidar-curar por meio da consciência humana (WATSON, 2008).

Esta com*paixão* que ela vem representar é referida por Boff (2000a) como a mais humana de todas as virtudes, configurando o sentimento 'com-paixão'. A construção das relações e do mundo se dá por meio de laços que nascem do cuidado, o que denota valor e define a habitação neste mundo por meio da amorosidade, pois na compaixão aparece o 'humano' do humano.

Cuidar *caritas*, envolve o espiritual, sentimento de Amor que faz *Ser* Humano, disciplina da enfermagem, e volta-se mais para a área humana do que física. Trata-se de uma intencionalidade e da consciência solidária, que tem de ser cultivada e vivida no cotidiano pessoal/profissional ação da consciência, e leva alta vibrações de energia do centro do coração à fonte de nossa humanidade, ligando-humano-a-humano, de coração para coração; espírito com espírito de um para o outro (WATSON, 2009).

Deste modo, elucida a necessidade de conexão com a presença integral da enfermeira num momento de empatia consciente, destacando a necessidade de buscar elementos essenciais para o caminho de *Ser Caritas:* bondade; presença autêntica centrada no coração; perdão compassivo; gratidão-apreciação; evolução energética da consciência *Caritas* – prática espiritual pessoal; abrir-se: dar e receber; ser calmo, sustentar o silêncio e manifestar o campo *Caritas* (WATSON, 2009).

Tal postura, entretanto, representa um ideal que certamente não será alcançado na sua totalidade, mas constitui-se num eixo norteador do cuidado transpessoal, despertando sensibilidade do *ser*, que apesar de suas imperfeições e conflitos

humanos, buscará aproximar-se de uma práxis cuidativa mais ética, sensível e sincera, doando-se dentro de suas condições corpo-mente-alma, sem almejar a perfeição, mas no direcionamento desta, no cuidado em sua essência *caritas.*

O caminho para este desafio é descrito por ela no livro "*Enfermagem pós-moderna e futura*" (2002b, p. xxii):

> [...] lutamos para fazer parte daquilo que já não existe em vez de emergirmos para dentro da nossa própria beleza, como uma flor que chegou ao tempo de florir. Assim, esta espalha luz, beleza e alegria a todos aqueles que a vêem e experienciam. Dentro do paradigma emergente de enfermagem, a que chamo de modelo transpessoal de cuidar-curar, a enfermagem é capaz de construir sobre a sua melhor arte e ciência. [...] É capaz de atender à unidade da mente-corpo-espírito e à singularidade do ser humano/ambiente. É capaz de ver e experienciar o poder da consciência [...] ética, energia e ligação ao todo como parte da base do significado de ser como pessoa, nas relações de cuidar-curar com o eu, com o outro, com a Natureza e com a própria cultura.

A abordagem transpessoal contribui, assim, para a ampliação das diversas possibilidades de interação humana, visto que vai além dos aspectos objetivos manifestos pela doença. Considera, sobretudo, que o homem possui um potencial que deve ser ampliado, levando-o a descobrir uma maneira satisfatória pela qual consiga vivenciar os diversos momentos da vida em sua complexidade do viver humano em relação com outros sujeitos humanos.

A teoria do cuidado humano, por sua relevância, tem tido destaque nas Universidades Norte-Americanas, e também em instituições de ensino noutras partes do mundo, aplicada tanto na educação/ensino quanto em modelos práticos no cuidado. Estas atividades são destacadas como exemplos, e apontam para novas possibilidades dentro de um contexto científico do cuidar humano (WATSON, 2008).

Recentemente, um número de hospitais nos EUA optaram pela implementação explícita de Teoria do Cuidado Humano como um guia para a prática profissional de enfermagem, absorvendo seus princípios como a cultura que rege as mudanças institucionais. Neste movimento reconhecem os critérios de qualidade da assistência ao paciente, a excelência dos cuidados, e inovações práticas no profissional pela qualidade dos cuidados de enfermagem (WATSON, 2009).

A enfermagem moderna mostra-se como ciência e arte que chama para si o desenvolvimento de conhecimentos e competências relacionados às ciências sociais, físicas, comportamentais e ético-moral. O profissional aprende a partir de suas experiências, mas também se (re) significa profissionalmente ao se familiarizar com as teorias da enfermagem, descobrindo meios de aplicá-las à sua prática de cuidado (POTTER; PERRY, 2005).

Neste sentido, o trabalho de Watson pode ser usado para orientar e melhorar a prática de enfermagem na ESF, proporcionando, de um lado, o atendimento integral ao indivíduo-família necessário ao seu crescimento e desenvolvimento; e de outro, o aperfeiçoamento satisfatório para a práxis da enfermagem. Para tanto, ressalta Talento (In: GEORGE, 2000) que o alvo da enfermagem para o cuidado deve estar acima do conhecimento meramente prático, indo ao encontro da reflexão/ação do cuidado transpessoal para conhecer-*ser*-saber-fazer o cuidado, permitindo a livre expressão de seus sentimentos com base nas normas culturalmente relevantes para ele, um cuidar proximal. E, no contexto da ESF no âmbito do domicílio das famílias também relacional.

Dentre os referenciais que corroboram com esta compreensão, destaca-se a abordagem da psicologia transpessoal, desenvolvida por Araújo (In: OLIVEIRA 2005), que considera o indivíduo e os grupos a que ele pertence, conforme sua atitude abrangente e sua natureza transpessoal, destacando que uma formação/atuação transpessoal é aquela que direciona as pessoas para a harmonia essencial à sua saúde integral e ao seu constante crescimento. O autoconhecimento é evidenciado pela autora como meio pelo qual o profissional amplia sua conexão com o espírito, favorecendo uma relação mais lúcida entre os processos do consciente e inconsciente, estimulando a criatividade e o desenvolvimento de uma vida interior que promova melhor relação interpessoal entre sujeitos.

Oliveira (2005) acrescenta que o caminho para o autoconhecimento perpassa pela dimensão interna do próprio ego, o que consiste num processo trabalhoso e demorado, que requer tolerância para transcender o físico e atingir a alma. Para ele, é como se olhar no espelho, quando, a partir da trajetória da luz através da pessoa, forma-se uma imagem virtual a qual ela pode contemplar e analisar; na óptica da

transpessoalidade, a luz incide no caminho, possibilitando ao *ser* a compreensão de si mesmo, de seu ego, a partir de sua consciência, situação que lhe confere possibilidade de mudança interior. A partir desta vivência, o cuidador torna-se mais apto para interagir intersubjetivamente com o outro com vistas ao cuidado.

Nascimento e Erdmann (2006) acrescentam que a busca pela transpessoalidade do cuidado não pode ocorrer sem o auxílio da educação, a qual deve envolver a enfermeira e o outro *ser*, na busca por fornecer-lhes conhecimentos para compreensão do cuidado em si, o qual só será genuinamente praticado quando o cuidador adentrar ao espaço e vida do outro, atuando como facilitador, ensinando, sabendo ouvir e ver o que é possível e o que é implícito de cada *ser*, respeitosamente.

Neste sentido, Watson (2008) infere que o ensino-aprendizagem *caritas* depende da capacidade da enfermeira de detectar com precisão outros aspectos da pessoa humana como: pensamentos, prontidão, humor, e então, conectar-se com outras percepções, sentimentos, preocupações, conhecimentos entendimentos necessários para a prática cuidativa transpessoal.

O processo de cuidar requer abertura ao outro, ao nível dos sentimentos, de informação e conhecimento intelectual, resultando na abertura de um canal de aprendizagem entre ambos os sujeitos envolvidos no processo.

Portanto, o papel pedagógico do enfermeiro é posto com clareza pela teórica, que lamenta o fato de, muitas vezes, estes profissionais não receberem preparo, nem metodologia sistemática para o desempenho deste papel. Além disso, a intersubjetividade e os aspectos relacionais do processo não estão explícitos para estes, dificultando seu desempenho educativo. As relações de cuidado neste contexto são frequentemente ignoradas, culminando num ensino que visa a transmitir informação sobre saúde, autocuidado e outras abordagens, dialética que marginaliza os aspectos transpessoais e a complexidade das relações humanas (WATSON, 2008).

Freire (2000) vai ao encontro deste processo, destacando a importância de o profissional enfermeiro valorizar os saberes dos indivíduos, independentemente do nível social, elevando sua autoestima, erradicando a acomodação de famílias pauperizadas pelas disparidades. Defende a integralização do sujeito em seu contexto, estabelecendo uma relação de crença e confiança entre equipe (educadora) e

comunidade, estimulando-a e conscientizando-a a trocar sua inexperiência de participação e gerência pela contribuição crítica, através do diálogo, ou seja, a chave que os profissionais de saúde precisam para influir na qualidade de vida das populações.

A obra de Watson, segundo Talento (In: GEORGE, 2000), proporciona o cuidado satisfatório para a alma, motivo responsável pela escolha profissional de muitas enfermeiras. Como ciência do cuidado, esta teoria aborda desde o biofísico até o intrapessoal, onde o cliente é colocado no contexto da família, da comunidade e da cultura. Nesta perspectiva, os enfermeiros que assumem funções predominantemente burocráticas, no qual o enfoque está na realização de tarefas, enfrentam maior limitação ao seu uso, seja em espaços hospitalares, seja em centros de saúde ou demais serviços públicos de saúde. Assim, a autora afirma que são necessárias mais pesquisas para demonstrar o uso desta teoria, adicionando à práxis de enfermagem uma dimensão satisfatória e desafiadora. Deste modo, vemos aqui mais uma relevância deste estudo.

3.1.3 Construindo um diálogo transpessoal com estudiosos do cuidado humano – a práxis de cuidados de enfermagem

Diante do desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem, emerge, no nosso entendimento, a necessidade de compreender o sentido do termo '*práxis'*, assim como discutir um pouco do significado do cuidado construído pela enfermagem ao longo de sua história. Ao buscar esta transversalidade de sentidos, destacamos o compromisso que tal profissão possui com o cuidado humano transpessoal.

Práxis, conforme Watson (2002b, p.291-292), significa "prática integrativa, informada pelos nossos valores, intencionalidade, consciência, ética e pelo eu inteiro. [...] integram o fazer, o conhecer, o ser [...] transformadores, num dado momento."

A práxis de cuidados de enfermagem requer, assim, o compromisso ético, moral e estético fomentadores da postura profissional para o alcance da compreensão do

cuidado, enquanto essência da integralidade do *ser* que está sendo cuidado, de modo que sua ação contemple a pessoa humana nos aspectos biopsicológico, emocional, social, cultural e ecológico. Para tanto, a cuidadora enfermeira deve adotar uma postura que compreenda o crescimento e o desenvolvimento deste cuidado (MARCON; ELSEN, 1999), de forma, a ampliar seu olhar na perspectiva de enxergar o *ser* que está sendo cuidado, procurando oferecer um cuidado numa abordagem intersubjetiva.

O cuidado de enfermagem representa um tema vasto e de grande complexidade, para a compreensão do seu caráter universal e multidimensional. Historicamente, os cuidados não pertenciam a uma profissão, diziam respeito apenas a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida. Cuidar, então, era satisfazer um conjunto de necessidades indispensáveis à vida. Portanto, cuidar é primordial à vida dos indivíduos e à perenidade do existir no mundo, significando mobilizar as capacidades de um sujeito, no intuito de promover e manter sua saúde, entendida como o conjunto de forças físicas, afetivas, psíquicas e sociais que podem ser ativadas para compensar a doença (COLLIÈRE, 1999).

Deste ponto de vista, Nightingale (1989), considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, delineou a atividade de enfermagem, em seus primórdios, como uma profissão vocacional direcionada à doação, e cuidado solidário ao outro. Para ela, o *abecê* de *ser* enfermeira envolvia uma relação tão profunda ao ponto de permitir a esta profissional a capacidade de ler cada mudança na fisionomia do paciente antes mesmo de causar-lhe o esforço de dizer o que estivesse sentindo, num relacionamento empático, de interesse e segurança que deveria permear o cuidado eficiente. Destaca esta premissa de sensibilidade como principal valor a ser cultivado, mobilizando o *ser* enfermeira para cuidar de modo a satisfazer a si mesma e ao outro.

A perspectiva de Florence, dado ao contexto de sua atuação, o voluntariado junto aos enfermos de guerra, não poderia ser diferente, considerando ainda a cultura de sua época. Ela, uma inglesa nascida em família abastada, resignou-se em doação àqueles fragilizados pelas moléstias de guerra. Seu trabalho avolumou-se de tal modo, que, mesmo não sendo a primeira dama a prestar aquele tipo de auxílio, destacou-se por sua liderança e organização, responsáveis por evidenciar a importância do cuidado

sistematizado que efetivamente delineou o ofício de enfermagem. Por sua trajetória, ela compreendia a profissão como uma vocação, o que sofreu mudanças de concepções ao longo dos anos, embora persista de forma mais relativa norteando a decisão e envolvimento daqueles que escolhem a profissão Enfermagem.

Collière (1999) corrobora com esta perspectiva, ao elucidar que o significado primordial do cuidado, originou-se da elaboração das mulheres em torno da fecundidade, o que o configura como uma doação e ocupação diante da responsabilidade de prover o bem-estar do outro. Destaca a origem da palavra *Nursing*, secundária ao verbo *to nurse*, que quer dizer amamentar, e envolve simbolicamente os atos de: acolher, proteger, embalar, acalmar, reconfortar. Esta analogia se fez pela associação do acalento proporcionado pela mulher que amamenta e cala o choro, com a enfermeira, que, por meio de uma práxis integradora, proporciona conforto e bem-estar ao enfermo. Nesta perspectiva, considerava-se o corpo, mas também a *anima*, o sopro da vida, ou seja, o espírito, ressoando desde aquele momento o reconhecimento de um cuidar transpessoal na enfermagem. Entretanto, com a revolução científica, o cuidar passou, sob a óptica da medicina, a diluir-se no tratar, perdendo sua essencial razão de ser, já que o tratar só ocorre na presença de algum desvio de saúde, caracterizado por um cuidar fragmentado.

Neste espaço de mudanças surgiu a enfermagem para preencher a lacuna da necessidade humana ampliada, considerando não somente os momentos de doença, mas o *ser* em sua totalidade. Pela história de sua origem, a enfermagem segue lutando por sua identidade, reinventando o cuidado, direcionando-o para a dignidade da vida em sua complexidade, restituindo o sentido à sua própria existência, e então, à existência daqueles de quem ela cuida (COLLIÈRE, 1999).

Do ponto de vista ôntico (essência do ser), todos os comportamentos e atitudes do homem são dotados de cuidado e guiados por uma dedicação. Ao fazer parte da estrutura existencial do ser humano, o cuidado acompanha o seu crescimento e o seu desenvolvimento, atingindo um nível de complexidade no tipo e na qualidade das ações, através das quais se manifesta, à medida que a pessoa cresce. Vai construindo, criando, de acordo com suas próprias significações, crenças, costumes, necessidades, possibilidades, de tal forma que a ajudem a viver sua vida (DELGADO, 2005). Por

isso o cuidado deve ser compreendido como transpessoal, uma vez que permeia a multidimensionalidade do *ser* que cuida e daquele que está sendo cuidado.

No âmbito do sistema de saúde, o cuidado também emerge, conforme Ayres (2009), como uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido assumido pelas ações de saúde nas diversas situações que reclamam um fazer-cuidar terapêutico. Assim, designa o cuidar como: "[...] uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediados por saberes especificamente voltados para esta finalidade" (p.42).

Neste sentido, o livro: *Cuidado Humano – o Resgate Necessário* de Waldow (1998) realça a enfermagem como uma profissão de beleza e potencialidades, cuja práxis deve transcender além do cunho técnico à ação responsável pelo crescimento de quem é cuidado e de quem cuida, deixando de ser uma obrigação para ser um prazer. Na óptica da autora, o cuidar configura-se como o regate do significado da existência humana, o qual somente poderá ser alcançado quando é sentido e vivido; perpassa por uma forma ética e estética de viver, pelo amor e respeito à dignidade humana e pela sensibilidade.

Waldow (1998) traz como o maior exemplo de *ser* cuidador a vida de Jesus, perfeito *ser* de cuidados, restaurador de corpos e almas – totalidade humana. Depois de sua existência, repleta de compaixão, misericórdia, humildade e amor, o cuidado tornou-se mais visível nas sociedades humanas, ampliando-se além da esfera familiar para um extensionismo a todo e qualquer *ser* que necessite dele. Collière (1999) confirma que somente após o cristianismo dá-se início a percepção e valorização das práticas de cuidado.

Noutro trabalho: *O cuidado na Saúde – A relação entre o eu o outro e o cosmos*, a autora delineia o cuidado humano em sua totalidade como resultado da integração das dimensões do eu/*self,* do outro e do cosmos, abrangendo o cuidado pessoal e social, os quais demonstram uma responsabilização e valorização com o crescimento e bem-estar do outro. Neste livro ela aborda resultados de uma pesquisa acerca do cuidado, destaca a compreensão do cuidado amplo como aquele que inclui o sentimento e a família no seu processo, o que requer do profissional doar-se mais completamente para conversar e conhecer as experiências do paciente. Ressalta como

importantes dimensões subjetivas do cuidado: tocar, conversar, apoiar, informar, fazer companhia ou simplesmente ficar com o paciente, oferecendo-lhe sua presença (WALDOW, 2004). Também Collière (1999, p.42), acerca disto, afirma que "o tocar pelas mãos mobilizadoras das forças de vida e o contacto directo com a pele são fontes de estimulação, de mobilização [...] as mãos acalmam, pacificam, relaxam, aliviam, dilatam ou tonificam".

Waldow (2004) faz referência à Watson, considerando a abordagem humanística desta teória, ao apontar como base de cuidados o encontro entre o *ser* que cuida e o *ser* que é cuidado, numa esfera transpessoal, na qual se pretende alcançar uma harmonia entre corpo-mente-espírito a partir das trocas entre eles. Nessa perspectiva da transpessoalidade, é possível assimilar a analogia que Waldow faz do cuidado com o espelho. Ela considera que, assim como o espelho gera um reflexo daquilo que é apreendido por ele, o cuidado que habita cada *ser* reflete ações compatíveis com a dimensão que este ocupa. Portanto, a atitude humana e profissional frente ao mundo comunica o cuidado pessoal, ou seja, a essência de cada um, o reflexo das experiências vividas ao longo da vida e a capacidade de transmitir e compartilhar coisas boas e nobres, conquistadas numa relação de envolvimento e maturidade que evoca a solidariedade humana.

Portanto, "Ser é cuidar, e as várias maneiras de estar-no-mundo compreendem as várias maneiras de cuidar" (WALDOW, 2004, p.19). Dessa forma, para se tornar um ser cuidador é preciso primeiro ter experenciado o cuidado, sendo que a capacidade de cuidar está relacionada a quanto e como o ser em questão foi cuidado. Este cuidado consiste da disciplina Enfermagem. Por disciplina entende-se neste estudo, o corpo de conhecimento fundamentado no CUIDAR-ESSÊNCIA da profissão, o que se reveste na responsabilização e busca de valorização, adquirida a partir do envolvimento e comprometimento profissional no individual e coletivo ao ato de cuidar como algo importante, concebendo-o como princípio moral e (re) significando-o no seu cotidiano da práxis.

Ayres (2009a, p. 62) reforça a interação transpessoal de cuidados descrita ao afirmar que: "[...] para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida

que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo". Demonstra a compreensão do cuidar efetivo como aquele no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas, ricas e dinâmicas, definidas por ele como o espaço das "tecnologias leves", no qual os profissionais de saúde e indivíduo-família estão colocados um frente ao outro, caracterizando a relação terapêutica.

Deste modo, a Enfermagem perpetua-se de geração em geração, trazendo a marca da sensibilidade, compreensão, compaixão, respeito, aconchego e ajuda. Com a afirmação da racionalidade ocidental, que privilegiou o científico em detrimento do humano, essa profissão foi destituída do seu sentido genuíno, esvaziando-se de significação e enchendo-se de obscuros conflitos. Percebe-se que as atribuições da Enfermagem dentro de um enfoque humanista não necessitam de mudanças, mas da inclusão desta essência – o cuidado –, a razão da profissão (GIRONDI; HAMES, 2007).

Desta forma, busca-se um novo processo de cuidar, resgatando o humano, o solidário, o sensível, o crítico-reflexivo, o saber científico-popular, o cultural-ecológico, numa perspectiva de reciprocidade e crescimento mútuo entre profissional e indivíduo-família.

A compreensão teórica que segue discutida centra, então, o seu foco sobre a família, alvo deste estudo para a práxis de cuidados transpessoais de enfermagem, buscando a transversalidade capaz de subsidiar o desenvolvimento e discussão a que se propõe este trabalho.

3.2 FAMÍLIA, UM CONTEXTO DE CUIDADO HUMANO-RELACIONAL – INTERFACE COM O PENSAMENTO SISTÊMICO

A compreensão de família encontra imersa em complexos significados construídos com base nos valores interpessoais, históricos, políticos e culturais que perpassam todas as diversas fases do ciclo vital. Neste estudo, buscar-se-á ampliar sua óptica a partir de um olhar mais dinâmico, que não se centra em padrões estáticos e

acabados, mas reconhece a instabilidade, intersubjetividade e complexidade deste universo relacional-social.

Isto requer avançar pelo paradigma que anuncia o estudo dos fenômenos naturais como sociais e (re) valoriza os estudos humanísticos, numa busca pela totalidade e localização concomitantes, reforçando a dependência de inter-relações entre disciplinas diferenciadas na apreensão do significado familiar. Esta perspectiva enuncia o homem como um ser epistêmico, e também como sujeito empírico, uma compreensão que transcendente ao conhecimento objetivo, factual e rigoroso (SANTOS, 2003).

Assim vão surgindo novas aberturas, de modo a perspectivar cada família como um sistema, um *continuum* que não se delimita por realidades isoláveis e individualizadas, mas representa campos de interações específicas entre elementos internos corpo-mente-alma em constante troca com os elementos externos, com os quais estabelece relações significativas numa organização imbricada (WATSON, 2002a; MORIN, 2008a).

A organização: "transforma, produz, religa e mantém", fecha e abre um sistema (MORIN, 2008a, p.133). Portanto, ignorar a organização humana significa atrofiar as possibilidades de compreensão e reflexão acerca deste *ser*. Por isso, diz Morin (2008b) é necessário ultrapassar a cultura científica da disjunção as áreas do conhecimento para atingir um pensamento integralizador humanístico que reúne em seu campo os componentes econômico, político, sociológico, psicológico, afetivo e mitológico, considerando as particularidades de cada um, no que concerne ao pensamento e consciência que consagram o *ser* humano como ser biofísico e psicossociocultural .

3.2.1 A família – uma breve trajetória histórico-conceitual para sua compreensão enquanto sistema de cuidados à saúde

Família, primeiro ambiente de socialização do homem e 'objeto' de estudo e (re) significações conceituais. A família ao longo da história, antropologicamente, é

vista sob três correntes: evolucionismo, centrado na criação original e na evolução a partir das relações que vão do comunismo primitivo, escravismo, feudalismo até o capitalismo e socialismo; funcionalismo, marcado pelo reconhecimento da família como instituição fundamental de autoridade e supremacia indiscutível na sociedade, assumindo a 'função principal' na organização humana; e, estruturalismo que se centra na estrutura vincular de parentesco, negando a possibilidade de variações para além da consanguinidade e do agrupamento tradicional (CANEVASSE, 1987).

Entretanto, estas compreensões não mais encontram aderência na abordagem da família contemporânea, no entanto, tal conhecimento permite a aproximação do passado com o presente, favorecendo o processo de acompanhamento da evolução e suas mudanças ocorridas nas discussões atuais acerca da família.

Já por ser um fenômeno universal, como afirmou Lévi-Strauss, a família encontra-se presente em todos e em cada um dos tipos de sociedade, e em cada época histórica, requerendo dos estudiosos a difícil tarefa de chegar o mais próximo de conhecer-compreender os seus mistérios e complexidades. Deste modo, buscar defini-la significaria limitar as possibilidades que existem na interação compreensiva continuada entre o pesquisador e a família em suas dinamicidades (LÉVI-STRAUSS; GOUGH; SPIRO, S/D).

Deste modo, busca-se a compreensão do seu significado, o que implica numa visão global de sua estrutura e desenvolvimento, ou seja, na abrangência respectiva de suas dimensões espacial e temporal (ALARCÃO, 2006).

Cerveny e Berthoud (2002) destacam como importante forma de enxergar a família elevar a consideração suas regras, hierarquia, papéis assumidos por seus membros, relações, sentimentos, entre outros aspectos. Implica em estar atento para cada fase do ciclo vital que a família está experienciando, para as particularidades determinadas pela idade/fase dos filhos, sendo crucial para prever as necessidades específicas deste sistema.

Entretanto, a vida de família nem sempre está associada a união matrimonial, seguida por filhos, o que integra outras conformações socialmente reconhecidas. As modificações socioculturais, éticas e religiosas tem desencadeado novos condicionamentos e diferentes formas de organização. Por isso, Alarcão (2006) infere

a necessidade de re-avaliar a conformação dos grupos familiares, destacando variações em torno do ciclo vital de cada família em sua diversidade. A autora classifica a família em nuclear; unipessoal; monoparental; reconstruída; alargada; extensa; de coabitação; institucional; comunas; adotivas e comunitárias de acordo com o tipo de agrupamento.

Mas, apesar de sua diversidade, a família, na maioria das vezes sempre representa o ambiente em que a pessoa recebe o apoio afetivo, psicológico, valores humanos e éticos, necessários para seu pleno desenvolvimento e crescimento físico e mental, constituindo-se na base do convívio social que prepara o ser humano para enfrentar o mundo exterior, inserindo-o na comunidade (PINHO; KANTORSKY, 2004).

Essa interpretação encontra respaldo na Organização Mundial de Saúde ao afirmar que a família é representada por vínculos de confiança e suporte mútuo; e também na legislação, no art. 5º, inciso II, da Lei nº 11.340/06, a família é "compreendida como unidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou vontade expressa".

A família nasce e se desenvolve graças à presença de vivências comunitárias, na qual cada um possui suas experiências, mas vive os reflexos psíquicos e espirituais influenciados pelas práticas de todos. Assim, o contexto familiar não anula o individual, mas o dilui por meio de ligações sentimentais fortes e significativas responsáveis pela personalidade do grupo (BELLO, In: MOREIRA; CARVALHO, 2007). Trata-se de compreender a família a partir de seus valores, sentimentos de amor e realização pessoal na convivência com o outro significativo (PONCIANO; FÉRES-CARNEIRO, 2003).

Assim, a família é um importante agente propulsor de sua saúde e a primeira responsável pelo bom desenvolvimento de seus membros, como já discutido em parágrafos precedentes. Desta maneira, constitui um sistema de cuidado, considerada como a unidade básica fundamental humana, que exige para seu processo de cuidado o conhecimento de suas particularidades, arranjos e rearranjos, identificação de suas limitações e anseios para a promoção de sua saúde (SARAIVA, *et al 2007)*.

O potencial que a família possui remonta à necessidade que ela tem de ser

cuidada, de sua importância como sistema social e de sua representatividade na vida daqueles que a integram para o processo de construção de sua saúde e educação, havendo a necessidade de um olhar mais compreensivo e abrangente sobre sua gênese.

Todavia, a temática de família esteve fora do foco acadêmico-científico durante muitos anos no país enquanto unidade societária. Neste tempo de silêncio, a família manteve-se e persistiu sua história e nas últimas décadas eclodiram pesquisas e olhares sobre ela, cada vez aprofundados na tentativa reconstituírem os saberes às adaptações que a família passou. Atualmente, a família é reconhecida cientificamente como um dos maiores sustentáculos para a pessoa e sociedade, daí ser escolhida como parceira da administração pública, para a realização de políticas sociais (PETRINI; MENEZES; MOREIRA, In: MOREIRA; CARVALHO, 2007)

Deste modo, a família ressurgiu revigorada nos estudos nas últimas décadas como centro de Políticas Públicas na perspectiva de intervenções mais eficazes em relação à saúde. Ela se reafirmou como importante foco de estudo, e no contexto brasileiro, segue ampliando sua visibilidade política, evidenciando assim, as transformações que vem sofrendo na sociedade contemporânea que problematizam sua situação de saúde, constituindo-se num lócus privilegiado de produção de significados e práticas associados com saúde, doença e cuidado, um alvo estratégico das ações e políticas de saúde (TRAD, 2010).

Entretanto, não se trata de tarefa simples, pois envolve seus vários valores e significados culturalmente assumidos, e ainda uma diversidade de atores, instituições, visões de mundo, que se emaranham neste processo. Complexidade, que reside ainda na pluralidade da família brasileira atual, que assume vários arranjos e organizações, e diferentes ritmos de transformação em função da provisão de seus membros (VAITSMAN, In: TRAD, 2010).

Diante disto, a implementação de políticas deve considerar que a família não é uma ‘tábula rasa’, ela traz consigo padrões culturais, sociais, econômicos, afetivos que influenciam e determinam a eficiência destas ações. O desafio envolve assim, um projeto amplo de parcerias e interdisciplinaridade, as redes de vizinhança e parentesco e os múltiplos setores públicos e privados capazes de abarcar os fenômenos de diferentes tipos que incidem sobre a mesma família (VAITSMAN, In: TRAD, 2010).

O cuidado à família exige, portanto, um contexto multidisciplinar de profissionais numa filosofia plural de atuação cuidativa que deve considerar a totalidade de seus membros, sua singularidade e sua inserção histórico-social incluindo: etnia, raça, classe social, religião, espiritualidade e ambiente (CHRISTOFFEL; PACHECO; REIS, 2008).

Esta perspectiva de cuidado integral à família desenvolve-se então, sob um olhar mais atento, capaz de perceber que onde se espera encontrar coisas simples depara-se com uma infinita complexidade, que requer relações entre as disciplinas capazes de diluírem-se num todo diferente, onde cada uma deixou um pouco de si e absorveu um pouco da outra visando cuidar melhor a família em suas *multiversas* necessidades – interdisciplinaridade (POMBO, 2004).

Pensar/conhecer/cuidar à família implica em considerar o comportamento de cada um de seus membros, sendo o grupo familiar entendido como conjunto e totalidade cuja peculiaridade de um não é suficiente para explicar ou entender o comportamento dos demais. A análise de uma família não é a soma simplificadora da análise de seus sujeitos individuais. Nesse entendimento, os indivíduos-subsistemas necessitam serem percebidos como um todo individual, e ao mesmo tempo, como parte de um sistema (CERVENY, 2000).

O pensar sistêmico, valoriza a força que reside nas famílias diante do seu processo saúde-doença pelo potencial de transformação que os vínculos e o contexto grupal proporcionam, levando a um desenvolvimento pessoal e coletivo que excede as expectativas, dada a sua força. Por esta peculiaridade, as histórias, recursos, possibilidades e projetos que enlaçam a família precisam ser conhecidos e considerados por todos que se dispõe a avaliar e intervir nesta unidade. Assim, políticas e propostas que não leve em conta a perspectiva da família, serão sempre recursos parciais, não alcançando todo o potencial que existe frente aos recursos humanos e materiais investidos (BASTOS *et al,* In: MOREIRA; CARVALHO, 2007).

Pelas razões descritas, o Pensamento Sistêmico é o segundo alicerce deste estudo, na complementaridade do ser humano transpessoal no direcionamento de seu contexto e totalidade familiar. Sua perspectiva corrobora para a compreensão ampliada de família, sob o enfoque integrador a que se propõe este estudo. Essa abordagem traz

a família para o centro do cuidado de enfermagem, juntamente com o ser corpo-mente-alma, por considerar que este existe na interdependência relacional e intersubjetiva com outro, com seu sistema familiar. Assim, preconiza que o todo não pode ser considerado sem as suas partes, nem estas, separadas do seu todo, resgatando a visão integradora da ciência pós-moderna.

3.2.2 A óptica compreensiva do Pensamento Sistêmico à família – contribuições para o cuidado integral

O Pensamento Sistêmico representa uma epistemologia e paradigma científico ao influir sob crenças e valores, proporcionando uma diferenciada abordagem da realidade em contraposição ao pensamento reducionista-mecanicista herdado dos filósofos da Revolução Científica do século XVII, Descartes, Bacon e Newton, caracterizado pelo enfoque simplificado e fragmentado de apreender o cuidado (BERTALANFFY, 1977; MORIN, 2008a).

Bertalanffy (1977), a partir dos seus estudos com o sistema celular, inspirou o conceito de sistema aberto, que foi ampliado com a contribuição de outros autores sistemínicos para a abordagem à família. Assim, o autor define um novo olhar sobre os organismos vivos, caracterizando-os como relacionais e interdependentes, por experimentarem a constante troca de matéria com o ambiente. No contexto do humano, esses trocam energia para manterem a existência de laços afetivos-emocionais interdependentes entre outros indivíduos e consigo, das quais originam uma interação que promove potencialidades na dinâmica do sistema.

Morin (2008a) ressalta que deve haver um esforço no sentido de perceber, conceber e pensar a realidade interconectada entre os elementos do sistema, ou seja, os sujeitos. Sendo preciso, segundo o autor, atentar para não perceber o sistema sob o olhar do ofuscamento reducionista holístico, que só vê o todo, levando a errônea compreensão de que o todo é superior a soma das partes. Na verdade, o sistema é ao mesmo tempo superior, inferior e diferente da soma das partes. Também as partes são inferiores, eventualmente superiores e diferentes daquilo que eram ou seriam fora do sistema. Cada elemento sempre é formado por outros elementos, do que se

compreende que o todo não existe sem suas partes. As partes, por sua vez, só existem por meio das relações que estabelecem para formarem o todo. Num sistema como o familiar, as pessoas isoladas são diferentes das pessoas sob interação e são diferentes no todo, mas são interdependentes.

Assim, a organização da unidade sistêmica requer simultaneamente diversidade e unidade de seus elementos, dessa forma, as partes mantêm diversidade entre si, mas, por outro lado, possuem em comum a identidade de pertença ao sistema de regras organizacionais, as quais devem ser seguidas por cada elemento, mesmo em contraposição a sua identidade pessoal. Esta adaptação configura as relações sistêmicas. Dessa forma, a instabilidade é importante, uma vez que a desordem e o desequilíbrio são os desencadeadores que levam à movimentação para sair do caos ou marasmo e se auto-organizar, partindo do pressuposto de que no outro é possível encontrar soluções para os próprios problemas (MORIN, 2008a).

A família representa, então, um sistema que integra subsistemas-indivíduos e se insere em um suprassistema, rede social extensa, estabelecendo inter-relações internas e externas recursivas e adaptativas, em prol de um equilíbrio nunca alcançado totalmente, mas dinamizador, caracterizando o seu estado de equilíbrio fluente. Lévi-Strauss, Gough e Spiro (s/d) acrescentam que o sistema familiar é articulado por elementos, de tal forma que uma modificação em qualquer deles acarreta uma consequente modificação em todos os demais.

Essa relação, conforme Demo (2000), sofre interferência do sistema social, considerando as relações estabelecidas por cada sujeito, levando à compreensão de coexistência de subsistemas: familiar, social, político, religioso, e outros, a exemplo, da relação transpessoal nos cuidados de enfermagem ao indivíduo-família nos contextos profissional, pessoal, político, social, cultural e ecológico. Essa característica dissipa a ideia de todo coeso, passível de ser visualizado como “um”, para um todo em partes consideradas as especificidades e relações existenciais, o que perpassa pela sua transpessoalidade vincular que se insere nas relações humanas.

Assim, os sistemas familiares e sociais deixam de ser imaginados como estruturas mecânicas e passam a ser compreendidos como sistemas intersubjetivos compostos por sujeitos ativos que se (re) criam em si mesmos, mutuamente, e no meio

ambiente, em uma permanente interação comunicativa, construindo significados e sentidos. O Pensamento Sistêmico então sugere, diante da multiplicidade de aspectos que envolvem a família, atenção à complexidade que a envolve, trazendo à tona todo o seu universo contextual, social, econômico, histórico e cultural.

Pensar/conhecer/cuidar da família implica em considerar o comportamento de cada um de seus membros, sendo o grupo familiar entendido como conjunto e totalidade cuja peculiaridade de um não é suficiente para explicar ou entender o comportamento dos demais. A análise de uma família não é a soma simplificadora da análise de seus sujeitos individuais. Nesse entendimento, os indivíduos-subsistemas necessitam ser percebidos como todo individual, e, ao mesmo tempo, como parte de um sistema, sua família (CERVENY, 2000).

Tais premissas subsidiam a Terapia Familiar Sistêmica, que representa um modelo de cuidados à família, envolvendo um conjunto de saberes e fundamentações ancorados nos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1968), mas transversalizados em outras teorias, como a Cibernética, desenvolvida na comparação funcional mecânica – Wiener (1948); a Cibernética de segunda ordem e Si-cibernética, integrando a primeira a noção de circularidade de informações – Foerster (1996); a Teoria da Comunicação desenvolvida na obra: A Pragmática da Comunicação Humana – Watzlawick, Beavin e Jackson (1967); A Teoria da Mudança – "Autopoiese" de Maturana e Varela (1979), que se refere aos sistemas vivos em sua autonomia de se autoproduzir, autorregular, a partir da sua interação com o meio; e na Complexidade, proposta por Morin (2008a), entre outras.

Esta ênfase na assistência à família evidencia a importância da expansão de pesquisas voltadas à esta temática, de modo que observa-se uma mobilização mundial em desenvolver metodologias científicas abordando o tema. Assim, destacamos alguns autores ancorados nesta abordagem, tais como: Lorraine Wrigth e Maureen Leahey, na Unidade de Enfermagem Familiar da Universidade de Calgary e Faculdade de Ciência em Enfermagem da Universidade de Montreal, Canadá; Salvador Minuchin, terapeuta familiar argentino do Minuchin Center for the Family, em New YorK, Estados Unidos da América; Madalena Alarcão, psicóloga da Universidade de Coimbra, Portugal e, no Brasil, destacamos Maria José Esteves Vasconcellos, psicóloga especialista em

Terapia Familiar, professora aposentada da Universidade Federal de Minas Gerais, entre outros estudiosos.

A percepção da família enquanto sistema aponta para um novo pensar/agir de enfermagem, para ações cuidativas interdisciplinares por meio da troca da simplicidade para complexidade, da estabilidade para instabilidade, e da objetividade para intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2009; SILVA, GONÇALVES; COSTA, 2006).

Nesta compreensão, o cuidado de enfermagem à família exige o conhecimento dos princípios básicos norteadores da práxis cuidativa no enfoque sistêmico. As características destes princípios encontram-se alinhavadas nas idéias de Bertalanffy e complementadas com outros autores sistemínicos para melhor compreensão e utilização no sistema familiar (WIENER, 1948; BERTALANFFY, 1977; MATURANA; VARELA, 1979; FOERSTER, 1996; MORIN, 2008a):

- **Inteireza** – partes interdependentes unidas por interações contínuas, ou seja, o indivíduo ser de inter-relação, parte do todo: família.
- **Organização Hierárquica** – vista na organização das relações verticais e horizontais determinadas pelos limites interacionais que cada membro reconhece e respeita, sabendo-se, dessa forma, o que cada um pode esperar do outro (definições de papel).
- **Totalidade/Globalidade** – a vida da família é algo mais que a soma das vidas de seus componentes porque a união destes gera interação que faz toda a diferença, portanto, o comportamento de cada membro é indissociável do contexto familiar.
- **Equifinalidade** – referente à especificidade e reação de cada família diante dos acontecimentos, define que vários eventos diferentes podem gerar neste grupo a mesma adaptabilidade ou crescimento.
- **Retroalimentação** – determina a circularidade de informações entre os componentes do sistema *feedback*, ou seja, situação estabelecida por um membro para originar mudanças no comportamento, adaptações nos demais, assegurando uma comunicação processual elaborada para este sujeito se fazer

entendido. O *feedback* pode ser classificado em positivo e negativo, de acordo com a reação que gera no sistema, se amplia ou reduz a ação em curso, respectivamente, mas na família precisa ser observado com cuidado para não estagnação, ou seja, *feedback* negativo.

- **Circularidade** – as informações circulam no sistema entre seus elementos simultaneamente, não havendo hierarquia na sua transmissão, de modo que todos se influenciam e inter-relacionam.
- **Homeostase –** compreendida como sinônimo do *feedback* negativo, por não permitir a mudança no sistema familiar. Este princípio não permite a **morfogênese**.
- **Morfogênese** – consiste na capacidade do sistema de absorver informações do meio e adaptar-se, reestruturando-se a partir das novas necessidades encontradas. Resulta na organização continuadamente buscada pelos sistemas abertos que trocam energia e matéria com o ambiente na sua dinâmica relacional.
- **Auto-organização –** O sistema se organiza de acordo com sua autonomia e conformação, trocando com o meio, fechando-se e abrindo-se de acordo com suas necessidades. Dessa forma, ao se deparar com uma informação interna ou externa, este sistema-familiar pode ser capaz de mudar sua estrutura, criando nova condição de sobrevivência ou permanecer inalterado.

A auto-organização desenvolve-se por meio da capacidade de adaptação do sistema diante de uma crise, o que é definido por Anaut (2005) como *resiliência*, termo francês utilizado na física para designar a resistência dos materiais a choques, ou seja, à sua capacidade de absorver energia cinética do meio sem se modificar – flexibilidade. No contexto familiar ela refere-se à adaptação às circunstâncias adversas e acontecimentos estressantes, com preservação da integridade psíquica. O cuidado ao indivíduo-família, enquanto sistema, implica em auxiliá-los a desenvolver a resiliência frente às situações de risco e danos à saúde. Ressalta-se, entretanto, que a sua conquista envolve a inteireza do ser e a globalidade da família, nas suas relações psicoafetivas com o meio social e sua história de vida, envolvendo a dimensão

transpessoal.

A família em vivência com situações de vulnerabilidade, ou seja, do seu estado de menor resistência perante fatores nocivos, manifesta reações de fraqueza no sistema. Diante do enfrentamento, tem-se que a família pode ser resiliente a determinadas situações e não a outras. Assim, a resiliência surge do encontro entre as faculdades internas e os potenciais externos, incluindo os laços intersubjetivos e o contexto social e cultural da família (ANAUT, 2005).

Neste contexto, a família é um espaço privilegiado na elaboração e aprendizado das dimensões transpessoais inerentes à interação humana, é também o espaço de vivências e relações afetivas profundas que constituem a trama da subjetividade humana, ou seja, emoções e afetos positivos e negativos que determinam os vínculos, definindo o sentimento de pertença da família. Alarcão (2006) aponta o Pensamento Sistêmico como interessante instrumento de leitura e reflexão dessa unidade – a família –, uma totalidade de unidades – indivíduos –, que nesta compreensão são considerados em sua diversidade e complexidade. Ler a família sistemicamente implica numa visão global de sua estrutura (dimensão espacial) e de seu desenvolvimento (dimensão temporal).

Na busca por compreender e trabalhar a família sistemicamente, em outras palavras, integralmente, enfatiza-se a necessidade já enunciada de interdisciplinaridade. Nesta perspectiva, a ciência passa a requerer um olhar transversal, buscando ver o que está oculto com um olhar mais atento, capaz de perceber que onde se espera encontrar coisas simples depara-se com uma infinita complexidade, mais perceptível na medida em que a análise se faz mais rigorosa (POMBO, 2004).

A interação com a família determina, então, profundas implicações relacionadas à maneira como passamos a enxergar o sistema. Ao avaliar uma família, deve-se atentar para olhar a sua globalidade, reduzindo os vieses que possam emergir de uma investigação superficial e unifocal. Deste modo faz-se imperativo alcançar três elementos básicos definidos por Wright e Leahey (2008): estrutura familiar, ou seja, suas inter-relações internas, externas e contextuais; desenvolvimento, compreendendo seus estágios, tarefas e vínculos; e, funcionabilidade, referente aos aspectos

instrumentais – atividades da vida diária e expressivos – comunicativos.

Neste direcionamento, o Modelo Calgary de Avaliação (MCAF) e Intervenção (MCIF) Familiar desenvolvido no Canadá é um exemplo reconhecido de estratégia para melhor compreender as relações afetivas na família, assim como as interferências culturais no seu modo de vida, saúde e cuidado. Neste, o uso de instrumentos de avaliação familiar representam um elemento facilitador para a compreensão da família, de sua constituição, relações, vínculos, subjetividades, condições de vida, cultura, entre outros (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

Deste modo, ressalta-se a importância de associar à investigação e cuidado da família ao uso de instrumentos validados capazes de perscrutar o sistema familiar em toda sua complexidade de ser e existir, tais como: genograma (árvore genealógica familiar); ecomapa (diagrama de vínculos intra e extra familiares); Círculo de THROWER (classificação de proximidade interpessoal); ciclo de Vida Familiar de Duvall (as fases do sistema familiar); APGAR Familiar de Smilkstein (funcionalidade familiar), entre outros tidos como importantes instrumentos ampliadores da visão no contexto da integralidade do cuidado centrado na família (AGOSTINHO; REBELO, 1988; SILVA; FIGUEIREDO, 2006; WRIGHT; LEAHEY, 2008)

Nesta abordagem, a enfermeira na ESF deve encorajar e mobilizar as capacidades dos indivíduos-famílias, ajudando-os a encontrar em sua própria organização recursos para adaptabilidade, estimulando as energias psicossociais para enfrentar as situações difíceis da vida, trabalhando a partir das experiências relacionais e do fortalecimento dos laços vinculares. Portanto, o cuidado ao indivíduo-família enquanto sistema implica em auxiliá-los a desenvolver a resiliência frente às situações de risco e danos à saúde, considerando suas relações psicoafetivas com o meio social e sua história de vida, envolvendo a dimensão transpessoal.

CAPÍTULO IV

Figura 8: A recursividade transpessoal-relacional *Designer*: Bárbara Barreto

Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada. Só uma constelação de métodos pode captar o silêncio que persiste entre cada língua que pergunta.

Boaventura Santos *(2003, p.48)*

4. DESENHANDO O CAMINHO PARA DESVELAR A TRANSPESSOALIDADE

A metodologia que segue apresentada neste capítulo é compreendida como o instrumento responsável pelo delineamento do caminho para a investigação do fenômeno da transpessoalidade. Neste direcionamento, buscou-se prezar pela coerência (argumentação bem estruturada); consistência (comprovabilidade) e originalidade (pesquisa inventiva e criativa), os quais garantem a competência científica frente à realidade estudada, incidindo na busca criteriosa, sensível e criativa do *ser* pesquisador na construção de uma 'ciência' não evidente, sempre inacabada, complexa e subjetiva que se propõe a compreender comportamentos humanos contextualizados numa realidade social (DEMO, 2009).

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, convergindo para desvelar a transpessoalidade na práxis da enfermeira à família como sistema de cuidados na ESF, objetivo deste estudo.

A abordagem descritiva justifica-se sob a compreensão de Triviños (2009) quanto à necessidade de exposição das características de determinada realidade, requerendo a procura dos seus significados subjacentes, expressos por meio de elementos não quantificáveis, habitualmente investigados pelos pesquisadores sociais preocupados com uma atuação prática qualificada.

Buscou-se ainda o caráter exploratório, por contribuir no processo de desvelamento da temática em foco e proporcionar uma maior familiaridade com o fenômeno em estudo, aspectos que vão ao encontro do que trata Gil (2008).

Neste direcionamento, o processo de descrição e exploração exigiu alto grau de complexificação no refinamento que tange à dimensionalidade do olhar para buscar

enxergar-vendo o fenômeno: “Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem”.

Deste modo, envolveu a natureza qualitativa, a qual, segundo Turato (2003), denota o interesse do (a) pesquisador (a) em conhecer as “qualidades” do objeto, preocupando-se com uma realidade que não pode ser quantificada, mas sim compreendida, a partir de seus significados, aspirações e valores (MINAYO, 2010).

Este perscrutar atencioso requereu múltiplos papéis: de cientista, artista, sujeito, político, interprete social, teórico, interativo, entre outros atributos destacados por Denzin e Lincoln (2008). Para eles, o pesquisador qualitativo pode ser comparado a um *bricoleur*, aquele que tece, hábil em articular materiais e formar constructos, enquanto investigador, reúne dados, montando-os e encaixando-as até que se chegue ao seu objetivo final, a construção de conhecimento. O pesquisador *bricoleur* emprega as ferramentas estéticas e materiais no seu ofício, utilizando de maneira efetiva as estratégias e métodos empíricos que estejam ao seu alcance, incluindo (re) inventar ou agregar novas ferramentas ou técnicas para atingir os objetivos do estudo.

Assim, a vivência/experiência do caminhar metodológico neste estudo teve como porto de ancoradouro o referencial teórico adotado no seu “casamento” com a escolha metodológica na complexidade do universo da investigação qualitativa. Neste enlace, a adoção desta abordagem de investigação mostrou-se singular e necessária, ao buscar explorar e descrever como se desenvolve essa transpessoalidade na práxis da enfermeira à família enquanto sistema de cuidados na ESF.

4.2 O CENÁRIO: CONTEXTO DE EFERVESCÊNCIA PARA O ENCONTRO DA INQUIETAÇÃO INVESTIGATIVA

O estudo foi desenvolvido no município de Vitória da Conquista, localizado na região Sudoeste da Bahia, distante 510 km da capital Salvador. Sua população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 313.898 habitantes (IBGE, 2008), sendo considerada a terceira maior cidade do Estado. É a capital regional de uma área que abrange aproximadamente 70 municípios da Bahia,

além de 16 cidades do norte de Minas Gerais. A altitude média é 923 metros, podendo atingir mais de 1.000 nos bairros mais altos, configurando-se como uma cidade de clima tropical de altitude. Possui uma área de 3.743 km² (WILKPÉDIA, 2009).

Vitória da Conquista é sede da 20ª Diretoria Regional de Saúde – DIRES – estando na Gestão Plena da Atenção Básica desde 1997, possui 77 municípios pactuados (74 do Estado da Bahia e 03 do Norte de Minas Gerais). A ESF foi priorizada pelo município como modelo para organização da Rede Básica e porta de entrada do Sistema de Saúde municipal. A proposta é que a ESF funcione como a base do sistema local, prestando atendimento preventivo e clínico a toda a família e encaminhando pacientes para os demais serviços de saúde da rede municipal e estadual. O município conta com 38 equipes, representando uma cobertura de 63%, na zona urbana (23 equipes), e 100% da zona rural (15 equipes) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

O Sistema de Saúde do município conta ainda com 06 Policlínicas de Atenção Básica à Saúde, Serviço de Vigilância Sanitária e Vigilância à Saúde (compreende as coordenações da Vigilância Epidemiológica, Centro Regional de Saúde ao Trabalhador – CEREST–, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II –, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD –, Centro de Referência DST/AIDS, Centro de Endemias, e Laboratório), visando à organização, controle e estratégias para o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde para melhor qualidade de vida da população. Além do Centro Especializado em Odontologia – CEO –, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 –, Farmácia Popular, Polo de Educação Permanente em Saúde (criado em 2004), Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física – CEMERF –, Hospital Municipal Esaú Matos, e Banco de Leite Humano (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

O município possui 05 instituições de ensino superior, destas, 02 são públicas, uma federal e uma estadual, respectivamente: Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Campus Anísio Teixeira – e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Vitória da Conquista –; 03 faculdades particulares: Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Faculdades Independentes do Nordeste (FAINOR) e

Faculdade Juvêncio Terra (FJT). Destas, 03 possuem o curso de Bacharel em Enfermagem, 01 pública e 02 privadas, sendo o primeiro iniciado no ano de 2003.

A apresentação deste cenário teve como objetivo contextualizar o município onde o estudo foi realizado, mais especificamente nas ESFs, cenário de onde emergiram os sujeitos deste estudo, enfermeiras que atuam na ESF, como segue apresentado no item 4.3.

O processo de coleta de dados foi autorizado pelo Pólo de Educação Permanente do município de Vitória da Conquista, após solicitação escrita do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – UESB. O Projeto foi apreciado pela Secretária de Saúde e demais membros da comissão do referido Pólo, quando foi deliberada autorização oficial para entrada no campo e início do processo de coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família.

A aproximação com o campo se deu no mês de janeiro de 2010, quando foram realizados os primeiros contatos por telefone com as Unidades. Este mês, apesar de atípico, por constituir-se num período de aumento de demanda para as férias dos profissionais, não teve representatividade significativa na dinâmica do estudo, possibilitando o agendamento de visitas às enfermeiras em serviço, conforme a disponibilidade e preferência de horário deles, para a realização da coleta de dados.

O deslocamento até as unidades, localizadas em diversos pontos da cidade, incluindo periferias, áreas centrais e semirrurais, foi facilitado pelas informações colhidas junto a transeuntes nas proximidades dos centros de saúde. No primeiro momento foi esclarecido ao candidato (enfermeira) a origem, finalidade, implicações e características do estudo, além de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e deliberação do Pólo local. A palavra candidato refere-se à denominação dada pelas pesquisadoras às enfermeiras, anteriormente à sua aceitação em participar da pesquisa. Após a anuência, passaram a ser consideradas (os) como sujeitos da pesquisa, seguindo as recomendações da Resolução 196/96.

4.3 SERES TRANSPESSOAIS – OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos deste estudo compreenderam enfermeiras (os) que atuam na ESF no âmbito assistencial, no município de Vitória da Conquista – Bahia, que foram convidadas (os) a participarem, com anuência determinada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96.

Para definir a amostra, foi utilizada a abordagem não probabilística, a qual, segundo Gil (2008), não apresenta fundamentação matemática ou estatística e depende, unicamente, de critérios do pesquisador. Nesta amostragem, os sujeitos da pesquisa são selecionados por métodos não aleatórios, não sendo possível estimar a probabilidade que cada um terá de ser incluído na pesquisa (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004). Ressalta-se como critério de inclusão utilizado o tempo mínimo de um ano de atuação na ESF. Dentre os métodos não probabilísticos, foi utilizada amostragem por conveniência (ou por acessibilidade), que consiste da seleção dos elementos a que o pesquisador tem acesso, admitindo que estes podem representar o universo a que pertencem (GIL, 2008).

A delimitação do número de sujeitos que compuseram a amostra obedeceu ao critério de saturação de dados, o que conforme Polit, Beck e Hungler (2004), consiste em amostrar até o ponto em que não é mais obtida informação nova, ou seja, quando os dados se repetem de maneira redundante. Neste estudo, a amostra foi composta por um enfermeiro e oito enfermeiras.

Diante do objetivo de desvelar e analisar a transpessoalidade destas enfermeiras na ESF, e sendo esta uma temática à luz de nossa compreensão inovadora, realizamos anteriormente, uma pesquisa que serviu de “estudo piloto” acerca do conhecimento de enfermagem sobre transpessoalidade de acadêmicos do último semestre de Cursos de Graduação de quatro universidades públicas do Estado da Bahia.

A necessidade para realização deste estudo em paralelo a construção do referencial teórico-metodologico e revisão de literatura desta dissertação emergiu na disciplina Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, na qual foi discutido o projeto de dissertação, suscitando inquietações, como:

Será que os enfermeiros estão sendo preparados para a práxis da transpessoalidade? Como desvelar algo que talvez não esteja bem assimilado? Assim, ao encontro de acalmar tais inquietações, desenvolvemos a pesquisa **"**O ensino superior de enfermagem – formação profissional *versus* cuidado transpessoal**"** acerca da formação superior de enfermagem para o cuidado transpessoal, envolvendo a avaliação do ensino superior de enfermagem, a partir da ótica de formandos, referente à sua formação para a práxis da intersubjetividade no Estado da Bahia.

O estudo buscou conhecer as percepções de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem acerca de sua formação para o cuidado transpessoal, sendo entrevistados 16 formandos, através de entrevista semiestruturada, analisada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (NUNES, SILVA; PIRES, 2010).

Seu desenvolvimento pretendeu ampliar o olhar sobre estes sujeitos, favorecendo a análise das percepções teóricas, de formação (estudo auxiliar), e práticas, na ESF (Dissertação), as quais, mesmo envolvendo sujeitos diferentes, convergiram ao objetivo geral enunciado, os dados encontrados aparecem enovelados nos resultados da discussão desta dissertação no capítulo VI. Retomamos aos sujeitos deste estudo, passando a apresentar as características e os nomes que os identificam, nomes estes, fictícios inspirados nos fatores de cuidado da Teoria transpessoal.

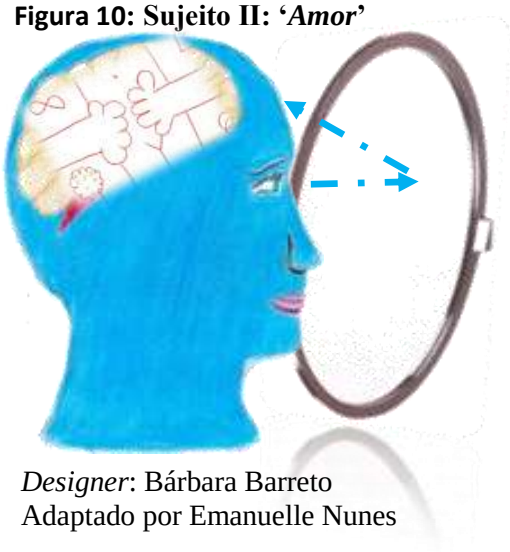
4.3.1 Caracterização dos Sujeitos

Figura 9: Sujeito I: '*Conforto*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 33 anos; possui atuação profissional na ESF há 3 anos, com 2 anos e meio de atuação na equipe atual; cultiva fé sem religião definida, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***CONFORTO***', referente ao oitavo fator de Cuidado de Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: **"*eu faço o que eu gosto [...] quando eu tô aqui dentro, que eu chego aqui neste ambiente eu vejo que é como se tivesse sido feito pra mim*."**, que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 10: Sujeito II: '*Amor*'



Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 35 anos; atuação profissional na ESF há 11 anos, com 11 anos de atuação na equipe atual; espírita, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***AMOR***', referente ao primeiro fator de cuidado. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"[...] Sou enfermeira [...] tenho muito orgulho disso (chorando), muito! [...], o mais importante é isso: o reconhecimento e o elevar da profissão. [...] a diferença que a gente faz [...]***", que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 11: Sujeito III: '*Confiança*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 30 anos; possui atuação profissional na ESF há 6 anos, com 2 anos de atuação na equipe atual; católica não-praticante, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '**CONFIANÇA'**, referente ao segundo fator de Cuidado Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"[...] (sou) ativa, espontânea, dedicada ao que eu faço [...] hoje mais madura, mais confiante [...] você vai começando a colher o que você plantou [...] dá vontade, prazer de se dedicar"*** que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 12: Sujeito IV: '*Aprendizagem*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 36 anos; atuação profissional na ESF há 12 anos, com 4 anos de atuação na equipe atual; evangélica, divorciada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***APRENDIZAGEM***', referente ao sétimo fator de Cuidado Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: **"(sou) *Uma pessoa, um ser humano com capacidade de aprender, capacidade de dividir um pouco do que a gente tem enquanto pessoa, enquanto profissional*",** que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 13: Sujeito V: '*Assistência*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 35 anos; atuação profissional na ESF há 11 anos, com 5 anos de atuação na equipe atual; simpatizante do espiritismo, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***ASSISTÊNCIA***', referente ao nono fator de Cuidado transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"eu me sinto assim realizada porque eu sinto que eu contribuo um pouquinho pra mudança do perfil epidemiológico da comunidade que eu assisto, eu sou útil naquilo que eu faço"***, que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 14: Sujeito VI: '*Conhecimento*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 34 anos; atuação profissional na ESF há 11 anos, com 1 ano e meio de atuação na equipe atual; espírita, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***CONHECIMENTO***', referente ao sexto fator de Cuidado Transpessoal, como significado atribuído. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***[...] eu sou facilitadora [...] aqui fora, você é igual, mas você pode intervir passando um pouco do seu conhecimento entendeu? Auxiliando."*** que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 15: Sujeito VII: '*Solidariedade*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 34 anos; atuação profissional na ESF há 3 anos, com 3 anos de atuação na equipe atual; católica, casada, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***SOLIDARIEDADE'***, referente ao quinto fator de Cuidado Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"Eu sou uma pessoa angustiada no sentido de compromisso com a vida (pausa de voz) [...] As angústias são coisas que eu não consigo resolver [...] minha área é muito carente [...]",*** que aludiu à análise interpretativa das

Figura 16: Sujeito VIII: '*Esperança*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeiro, 32 anos; atuação profissional na ESF há 9 anos, com 4 anos de atuação na equipe atual; católico não-praticante, casado, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***ESPERANÇA***', referente ao segundo fator de Cuidado Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"[...] (me percebo) como quem trabalha há dez anos na área que já passou por n situações [...] muitas dificuldades que não dependem apenas da nossa vontade, mas, são incentivo pra que a gente continue [...]"*** que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

Figura 17: Sujeito IX: '*Sensibilidade*'

Designer: Bárbara Barreto
Adaptado por Emanuelle Nunes

Enfermeira, 29 anos; atuação profissional na ESF há 7 anos, com 5 anos de atuação na equipe atual; católica, solteira, residente na cidade de Vitória da Conquista, BA. No estudo, recebe o nome de '***SENSIBILIDADE***', referente ao terceiro fator de Cuidado Transpessoal. A eleição deste nome fictício deveu-se à frase: ***"[...] Enquanto enfermeira eu me acho muito comprometida com meu trabalho [...] eu procuro assim ser uma boa profissional [...] a gente tem que ver cada pessoa como um ser humano único [...] se a pessoa não colocar isso dentro dela ela não consegue"***, que aludiu à análise interpretativa das pesquisadoras.

4.4 ÉTICA – EM RESPEITO AOS SERES HUMANOS

O respeito aos aspectos éticos é de fundamental importância para o desenvolvimento da pesquisa. Esta deve beneficiar a comunidade, considerando-a como sociedade composta por cidadãos que possuem deveres a serem cumpridos e direitos a serem respeitados, consolidando assim um relacionamento de integridade entre pesquisador e pesquisado.

Neste sentido, os critérios éticos, os quais constam na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), foram respeitados neste estudo. O Projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus de Jequié, obtendo parecer favorável, sob Protocolo n^{o} 185/2009. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, lido e, após entendido pelos sujeitos, assinado, dando aceite em participar desta pesquisa, ficando o participante com uma via assinada deste Termo, contendo o telefone das pesquisadoras, para contato em caso de desistência ou esclarecimentos junto aos responsáveis pela pesquisa.

4.5 COLETAR OS DADOS: MOMENTOS DE EXPERIÊNCIA, APRENDIZADO E DESCOBERTAS

A coleta contou com multitécnicas, na compreensão de alcançar o máximo possível a transpessoalidade que envolve as características criativas e reflexivas do *ser*.

Diante do desafio de desvelar o fenômeno em estudo, e na perspectiva de ser *bricoleur*, percebemos a necessidade de elaborar instrumentos capazes de alcançar a transpessoalidade humana. O subsídio para a tal compreensão emergiu do enlace da enfermagem com outros campos da ciência, como a psicologia, filosofia e física quântica, sob o entendimento do Pensamento Sistêmico e da Teoria do Cuidado Transpessoal. O enlace do referencial adotado no estudo envolveu dimensões de olhares sobre o eu e o outro, como reflexo da relação interpessoal-transpessoal na qual a expressão criativa emana no direcionamento da essência humana.

Esta compreensão encontra alicerce em Oliveira (2005, p.69-70), em seu livro: *"O que vejo no espelho: uma visão pragmática da psicologia transpessoal"* quando diz:

> Apreender-se transpessoalmente tem como princípios básicos: compartilhamento, confiança, crença em alguma força que 'transcende' ao físico, é sentida na alma. [...] a Física quântica contribui com a percepção da

> alma: o sentir, não tendo como medir, apenas sentir individualmente, quando sentimos coletivamente, passa a ser o transpessoal, porque é única a percepção.

Caminhando nesta busca, três instrumentos se mostraram para nós: 1) dinâmica com uso de espelhos, visando a conhecer a autopercepção da enfermeira em relação à sua imagem para o cuidar (*caritas*) do indivíduo-família na ESF; 2) expressão artística por meio de desenho, à guisa de compreender o significado do cuidado ao indivíduo-família expresso pela enfermeira na ESF, e 3) entrevista semiestruturada, composta por 04 questões, objetivando a complementaridade de dados que possam não ter sido apreendidos pelos dois instrumentos anteriormente citados. No processo de análise, estes contribuíram para o desvelamento dos dados.

O diário de campo também integrou o cômputo dos instrumentos para o alcance da profundidade dos dados, em destaque, os não verbais, sendo criteriosamente construído imediatamente após cada momento com os sujeitos, de forma individual e continuada, fazendo uso do exercício da memória recente, consistiu num instrumento complementar para a análise dos dados do estudo.

4.5.1 A dinâmica dos espelhos

Do material:

01 espelho plano de 10x15cm, face dupla – uma face normal (chamada de "espelho do eu") e uma com grau de amplitude;

01 espelho plano de 25x50cm (chamado de "espelho do contexto");

01 Gravador Olympus Pearlcorder S701 microcassete recorder

09 Fitas minicassete

01 Suporte de gravador – crachá porta-gravador.

Da dinâmica:

Esta estratégia compreendeu dois momentos distintos e inter-relacionados. O primeiro ocorreu em ambiente reservado da Unidade de Saúde da Família (USF), na qual a enfermeira atuava. Esta era posicionada em frente ao "espelho do eu", sendo solicitado pela pesquisadora o relato de como ela se vê/percebe diante deste espelho. As falas foram gravadas para os momentos seguintes do estudo. O segundo momento ocorreu num espaço extramuros da USF, para a área externa proximal, objetivando o olhar no contexto ambiental-social, quando foi posicionado em frente ao "espelho do eu" com a face de grau, cujo eixo de reflexão de luz refletia o "espelho do contexto", de modo a visualizar sua própria imagem e a imagem do contexto. Este segundo espelho era posicionado pela pesquisadora, visto o primeiro encontrar-se posicionado pela enfermeira. Diante desta estratégia, a enfermeira relatava como percebe o outro – o contexto a sua volta –, a partir da sua imagem refletida no espelho, sendo o relato gravado, a exemplo do anterior. Essa estratégia teve por subsídio o diário de campo da pesquisadora.

Ao contato com o espelho, as enfermeiras demonstraram surpresa e encantamento, num misto de fuga e satisfação/valorização ao depararem-se com sua imagem e refletirem acerca da experiência. Esta etapa da coleta foi a que requereu do participante maior aproximação com seu *eu*, o que, mesmo para aqueles que se fecharam em timidez, representou um momento de satisfação, expresso por comentários, sorrisos, incentivo à participação de outras enfermeiras, como a fala: "essa pesquisa, é muito interessante, tem uma abordagem diferente (Solidaridade)"; e demonstravam maior disposição para o próximo encontro.

Importa ressaltar que o segundo momento da dinâmica apresentou características relevantes para a compreensão da análise. Ao deixarem o ambiente interno da USF e exporem-se à imagem da comunidade, descobriram-se impactadas (os) pela responsabilidade para com o contexto que observavam através de sua própria imagem, era comum o enunciado: "É interessante, eu vejo todo dia, passo por aqui todo dia, até visito algumas vezes que tem o roteiro, a rotina de fazer este trabalho, mas eu tomei um sustozinho (riso) digo, olha! A casa que eu vejo todo dia, toda hora, agora se me perguntar, por exemplo, que é que tem ali (reduziu tom de voz)" (Aprendizagem).

Da fundamentação:

Reflexão é um fenômeno abordado pela física nos conteúdos de Óptica, especificamente referente à formação da imagem. Neste sentido, Sears, Zemansky e Hugh (1985) esclarecem que a reflexão pode ocorrer em qualquer interface entre dois materiais transparentes, ou numa superfície altamente polida de material opaco, como um metal, caso em que esta superfície é chamada de *espelho*.

Portanto, a formação da imagem no espelho se dá através da luz, que, incidindo sobre o anteparo, retorna ao longo de sua trajetória original, no ângulo do objeto que está em frente ao espelho, refletindo neste uma imagem virtual do objeto. O ângulo de reflexão, ϕ_r é igual ao de incidência, ϕ_a, para todas as cores e qualquer par de substâncias, sendo que a *lei da reflexão* adveio do resultado experimental de que $\phi_{r=}\ \phi_a$, considerando que os raios incidente e refletido e a linha normal situam-se no mesmo plano. Dessa forma, a física reconhece o espelho como um elemento físico que reflete a imagem virtual do objeto, como no espelho plano, em que esta se forma por prolongamentos dos traços geométricos, os quais só podem formar-se na existência da luz.

Entretanto, a compreensão da psicologia, conforme Oliveira (2005), reconhece que, ao olhar no espelho, a pessoa vê o reflexo do seu ‘eu’ por meio da consciência, enxergando características outras que não somente as físicas, mas também intelectuais, emocionais e até espirituais, as quais culminam na ‘percepção’, ou seja, como essa pessoa ao defrontar-se consigo mesma se percebe, o que sofre influência do seu estado de espírito, seus valores, emoções e pensamentos, culminando numa percepção da alma, sentida.

Oliveira (2005) afirma, ainda, que a percepção, assim como os pensamentos e sentimentos, torna-se consciente a partir do encontro do indivíduo com seu ‘eu’, através dos sentidos, como a visão, utilizada para visualizar sua própria imagem num espelho, por exemplo. Neste sentido, esclarece que cada ser humano, diante de um espelho, escolhe qual é o tipo de imagem que está vendo, o que perpassa pela sua multidimensionalidade e, por isso, auxilia no seu autoconhecimento. Essa interpretação envolve uma análise pragmática da comunicação humana que se

expressa pelo uso das palavras, pelo reconhecimento do seu significado – semântica. A partir desta percepção, observa-se neste momento a linguagem humana expressa diante do espelho que se reveste de sons, símbolos e gestos, ou seja, os signos da linguagem diferentes em cada um que constrói e comunica-se de acordo com sua própria sintaxe.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) na Pragmática da Comunicação Humana trazem a necessidade de um enlace comunicacional que atente para as individualidades contidas na linguagem pragmática (uso de palavras) de cada indivíduo no processo da comunicação humana, isso implica na busca de construir, a partir do diálogo com o outro um relacionamento circular para efetividade da interação humana – transpessoalidade.

Sendo assim, a compreensão de imagem refletida da enfermeira no espelho proporcionou a captação de expressões do eu "self" no contexto dos cuidados profissionais, de modo a ir ao encontro da transpessoalidade proposta por Watson (2008) sobre as expressões poéticas do ser, a manifestação artística. Esta última entendida neste estudo como a arte e ciência do cuidar em enfermagem, no caminho em direção ao desvelamento da transpessoalidade na práxis da enfermeira à família como sistema dos cuidados profissionais.

4.5.2 Expressão artística do ser: o desenho

Do material:

01 bloco de papel Canson profissional 200g/m^2 A_4 branco
02 hidrocores na cor preta
01 caixa de lápis de cor aquarelável com 12 cores – Faber castel
02 borrachas
01 apontador
02 lápis grafite Mercur 9B
01 lápis grafite Faber Castel 6B

01 Gravador Olympus Pearlcorder S701 microcassete recorder

09 Fitas minicassete

Da criação artística: estratégia

O segundo instrumento consistiu na elaboração de um desenho como expressão artística do *ser* enfermeira. Foi realizado em ambiente privativo na USF, sendo disponibilizado o material citado acima. O desenho foi guiado pela pergunta: *como pode retratar o significado do cuidado ao indivíduo-família*? Essa estratégia teve duração média de 20 minutos. Após expressão artística, o desenho, o sujeito da pesquisa foi convidado a falar sobre sua arte, após descrição realizada, foi-lhe solicitado que formulasse um título para sua obra. A fala foi gravada para análise compreensiva do desenho.

A técnica do desenho, embora represente, para alguns referenciais teórico-metodológicos uma técnica projetiva, não foi utilizada neste estudo com esta finalidade, dado o referencial da transpessoalidade. Nesta perspectiva, o desenho surgiu como um meio para estimular os sujeitos a se expressarem, valorizando a sua subjetividade e capacidade criativa. Assim, o desenho possibilitou um meio para o discurso final, momento em que o sujeito discorre sobre a sua expressão artística, fala, que enriquecida pela estratégia, consistiu no nosso objeto de análise propriamente dito.

Durante a expressão artística foi observado nos sujeitos comportamentos que os remetia ao *ser criança*, ao manuseio com o lápis de cor e o papel, no processo do desenhar. Tal observação validava-se com expressões como: voltei a ser criança; gosto tanto de desenhar; sorrisos desconfiados; aumento de movimentos gestuais – inquietudes e olhar atento. Esses foram enunciados pelos próprios sujeitos do estudo. E, ainda, que a estratégia havia os remetido a um estado de relaxamento, o qual possibilitou transmitir para o papel a expressão do significado do cuidado.

Da fundamentação

O desenho emergiu como objeto de expressão artística do ser, por consistir em

uma unidade de significado à compreensão da temática em estudo. A estratégia buscou fazer emergir a subjetividade das enfermeiras de modo mais genuíno diante da oportunização de sua criatividade. Entretanto, além do desenho trazer em si um significado intrínseco, segundo Penn (In: BAUER; GASKELL, 2008, p.321), "o sentido de uma imagem visual é ancorado pelo texto que a acompanha e pelo status dos objetos [...]" visto que o sistema de signos apresentados na arte necessita da "mediação da linguagem que extrai seus significantes e nomeiam seus significados".

Neste sentido, a exemplo, do enunciado pelo autor, foi solicitado ao sujeito do estudo a realização do desenho, seguida pela descrição e da elaboração do título. Assim, fomos ao encontro da relação entre pensamento e língua, a partir da premissa de que "seja qual for o meio de estudo, a análise irá normalmente exigir a linguagem para uma expressão precisa" ((PENN In: BAUER; GASKELL, 2008, p.322). O observado foi seguido não como argumento filosófico, mas, antes, como uma prescrição pragmática, e nesse direcionamento, temos buscado suporte teórico-compreensivo na obra Pragmática da Comunicação Humana de Watzlawick, Beavin e Jackson (1967).

A expressão artística do ser: o desenho, criação dos sujeitos do estudo, realça a compreensão entre linguagem e imagens. A imagem é sempre polissêmica ou ambígua, de maneira que, ao estar acompanhada de um texto, exclui-se a ambiguidade contribuindo assim, para o sentido completo da temática em estudo (PENN In: BAUER; GASKELL, 2008), o que neste trabalho foi contemplado, como se pode ver no item 5.2, a procura de desvelar a transpessoalidade na práxis da enfermeira à família na ESF, através da compreensão do significado do cuidado ao indivíduo-família expresso pela enfermeira.

O somatório das estratégias, também entendidas como multitécnicas foi um recurso de mais valia para a compreensão dos dados.

4.5.3 Entrevista semiestruturada

Do material:

Roteiro de entrevista

01 Gravador Olympus Pearlcorder S701 microcassete recorder

09 Fitas minicassete

Da entrevista:

Neste estudo os dois instrumentos anteriores à entrevista contribuíram para ampliar as possibilidades de expressão do *ser* "self" enfermeira, durante a realização deste último instrumento, ampliando o olhar da pesquisadora qualitativa para o alcance das nuances do processo de entrevista, facilitando a captação da comunicação verbal e não verbal nesta fase da investigação, de maneira a possibilitar o emergir da transpessoalidade do *ser* enfermeira pela atenção criteriosa na entrevista guiada pelo roteiro de perguntas abaixo:

1. Como você compreende a família em sua transpessoalidade?
2. O cuidado desenvolvido por você contempla estes aspectos transpessoais?
3. Quais aspectos intersubjetivos/transpessoais você pode identificar na relação entre você (cuidador) e o indivíduo-família?
4. Qual a sua compreensão de cuidado integral e o que sugere para o seu alcance?

No entanto, destaca-se que essas perguntas possibilitaram emergir uma multiplicidade de outras perguntas na medida em que as respostas dos sujeitos iam sendo pronunciada, situação que vai ao encontro da natureza do estudo e da entrevista semiestruturada. Destaca-se a inserção do questionamento relativo à espiritualidade como parte da terceira pergunta, alteração feita a partir do segundo sujeito de pesquisa, subsidiada pela análise concomitante que seguirá explicada no tópico seguinte de análise dos dados. Após a enfermeira discorrer sobre os aspectos intersubjetivos que conseguia identificar, era feita a pergunta: e a espiritualidade, existe nesta relação de cuidado?

A entrevista foi realizada em local privativo na USF, com uso do gravador, de maneira que esse fosse posicionado no ambiente, de forma a não chamar a atenção da

enfermeira, na tentativa de desviar o foco de sua atenção e direcioná-la para a pesquisadora.

A entrevista consistiu no momento de maior complexidade de interpretação das questões norteadoras por parte dos sujeitos da pesquisa. A dificuldade de compreender o significado de transpessoalidade refletiu na elaboração da ideia e resposta aos questionamentos no primeiro momento, uma vez que se tratava de um tema pouco conhecido do saber coletivo das enfermeiras, pois, segundo elas, não haviam sido submetidos na sua formação acadêmica a conhecimento desta natureza. Tal situação exigiu da pesquisadora sensibilidade para perceber e buscar estratégias explicativas, e, a partir destas, estes profissionais buscavam nas suas vivências exemplos de relações interpessoais. Deste modo, foi adotado como cuidado desde o momento de apresentação do estudo na leitura do termo de consentimento livre e esclarescido a explicação do significado do termo transpessoal, explicitando aos sujeitos tratar-se da consideração da multidimensionalidade humana: corpo-mente-alma no processo de ser cuidado.

Pode-se observar o quão importante é para o estudo de natureza qualitativa a sensibilidade do ser pesquisador, para observar o contexto que o cerca em sua complexidade e multidimensionalidade, de maneira ao alcance dos dados e sua validação.

A transcrição das falas foi realizada pela pesquisadora, num processo contínuo de idas e vindas, laborioso, cauteloso, buscando transcrever cada fala da forma coloquial que foi emitida, respeitando cada sujeito em sua singularidade e expressão de ser. Também como suporte compreensivo, o diário de campo se fez presente, visto neste encontrarem-se todas as impressões da pesquisadora sobre seu campo de estudo.

Da fundamentação:

A entrevista semiestruturada, conforme Triviños (2009), é significativa pelo fato de valorizar a presença do investigador e permitir todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias no desenvolvimento de suas respostas.

Esta técnica, segundo o autor supracitado, possibilita ao entrevistador acrescentar perguntas de esclarecimento, quando necessário, frente ao fenômeno em estudo, revertendo-se desta maneira em mais um instrumento que favorece a exploração, desenho e redesenho em profundidade de seus saberes, crenças e valores.

O encontro desta fundamentação foi evidenciado neste estudo, e possibilitou à pesquisadora discorrer dialogando a entrevista no encadeamento ao encontro do fenômeno explorado. Neste sentido, Minayo (2010) define que desvelar as ideias dos atores sociais envolvidos no estudo é uma estratégia astuta do pesquisador, que sensível ao campo, percebe a necessidade de remodelagem do seu desenho investigativo.

A remodelação vivenciada durante a entrevista semiestruturada respalda-se no modelo interativo de análise eleito no presente estudo, o qual fundamenta a autonomia da pesquisadora na redução concomitante dos dados, permitindo a ocorrência de uma avaliação continuada das técnicas imediatamente em sua coleta, de modo a re-elaborar estratégias acerca do assunto investigado (MILES; HUBERMAN, 1984;1994).

4.5.4 O Diário de campo – Impressões gerais

O processo de coleta de dados ocorreu num período de 45 dias interruptos, entre janeiro e fevereiro de 2010. Foram necessários em média quatro encontros com cada enfermeira para o alcance da coleta dos três instrumentos. Concomitante ao momento da coleta, conforme modelo de análise adotado neste estudo, foram realizadas as transcrições manuais, num processo exaustivo de idas e vindas atentas da pesquisadora, com a finalidade de apreender integralmente as falas dos sujeitos, o que se deu em ambiente domiciliar privativo. Após a transcrição manual, as entrevistas foram digitadas no Word versão 2007, em pastas arquivos, e identificadas com nomes fictícios atribuídos aos sujeitos, como mencionado anteriormente.

Os três momentos (dinâmica dos espelhos; expressão artística do *ser* e entrevista semiestruturada), permeados pelo cotidiano da Unidade de Saúde da

Família, permitiram ao sujeito expressar suas vivencias e percepções de maneira a deixar, por vezes emergir desabafos profissionais, e também pessoais, lágrimas e revelações de seus sentimentos. A cada técnica mostravam-se mais confortáveis em suas expressões do *ser*. O tempo de duração do diálogo pesquisadora-sujeitos variou entre instrumentos, num intervalo de quinze minutos a duas horas.

As técnicas se mostraram suficientes e adequadas ao objetivo proposto neste estudo, resultando na assimilação de resultados enriquecedores para a análise. A subjetividade inerente ao processo de coleta se fez perceber em nossa observação e foi enunciado pelos sujeitos do estudo como a transpessoalidade na sua práxis junto ao sistema familiar.

4.6 PROCESSO ANALÍTICO – LAPIDANDO OS DADOS

A análise teve a finalidade de compreender os dados coletados, confirmar ou não as informações da pesquisa, responder as questões formuladas, aumentar o conhecimento sobre o tema pesquisado e entrelaçá-lo com o meio social que vivenciamos (MINAYO, 2010). A análise deste estudo foi guiada pelo modelo proposto por Miles e Hubermann (1984;1994), que consideram a análise de conteúdo um processo interativo e cíclico composto por três componentes (redução de dados, apresentação/organização e interpretação/verificação das conclusões) que interagem entre si.

O modelo de análise proposto por Miles e Huberman (LESSARD-HÉBERT, GOYETTE; BOUTIN, 2005) considera que a análise na pesquisa qualitativa não obedece a etapas estáticas, mas requer um olhar ampliado que contempla a interação entre os componentes da pesquisa como guia de análise que objetiva desvelar ‘qualidades’ de um objeto, como proposto neste estudo – a transpessoalidade nas relações cuidador-cuidado. O primeiro componente consiste na redução que implica no processo de seleção, centração, simplificação, abstração e transformação do material compilado por meio de uma operação contínua. Este componente envolve todo o

processo da investigação, nos três momentos diferentes no estudo, caracterizando: redução antecipada (antes da coleta dos dados); redução concomitante (durante a coleta dos dados) e redução a *posteriori* (após a coleta dos dados).

A redução antecipada inicia-se desde a construção do projeto de investigação, delineamento do problema do estudo e de sua trajetória metodológica, ou seja, desde a construção do projeto de pesquisa, que é feito a partir de escolhas e, portanto, de redução ao caminho escolhido, representando, neste trabalho, a delimitação do tema da transpessoalidade na práxis de enfermagem para cuidar integralmente do sistema familiar.

Essa redução permitiu, portanto, o planejamento para a coleta de dados de campo, já apontando a análise ao orientar decisões fundamentais na compreensão do objeto deste estudo, como objetivos, amostragem, instrumento e ferramenta de registro, indicando, a partir da apreensão do significado da transpessoalidade, a necessidade do uso de instrumentos metafóricos na coleta de dados (a dinâmica com uso de espelhos; a expressão artística por meio de desenho e a entrevista semiestruturada).

A redução concomitante consistiu na avaliação imediata pela pesquisadora de sua coleta de campo, permitindo a esta reelaborar estratégias para obter mais informações na próxima oportunidade. Para tanto, Miles e Huberman (1994) sugerem a adoção de recursos, como resumos das visitas, resumos conceituais dos dados coletados - memos, identificação de palavras-chave oriundas das respostas obtidas, diário de campo e reuniões com outras (os) pesquisadoras (es). Este momento deve pautar-se da fundamentação adquirida na revisão de literatura e referencial teórico, no intuito de "iluminar" e conduzir o processo para a compreensão do fenômeno estudado.

A redução, a *posteriori,* começou na leitura do material obtido após a coleta de campo, identificando as unidades de sentido, por meio de marcação e destaque com uso de símbolos e cores que organizem as falas, procedendo-se a enumeração das recorrências (identificação de unidades de sentido); recorte para evidenciar as relações entre os dados (categorização); integração de elementos por metáforas; fragmentação das variáveis para diferenciá-las no seu interior (subcategorização); abstração para

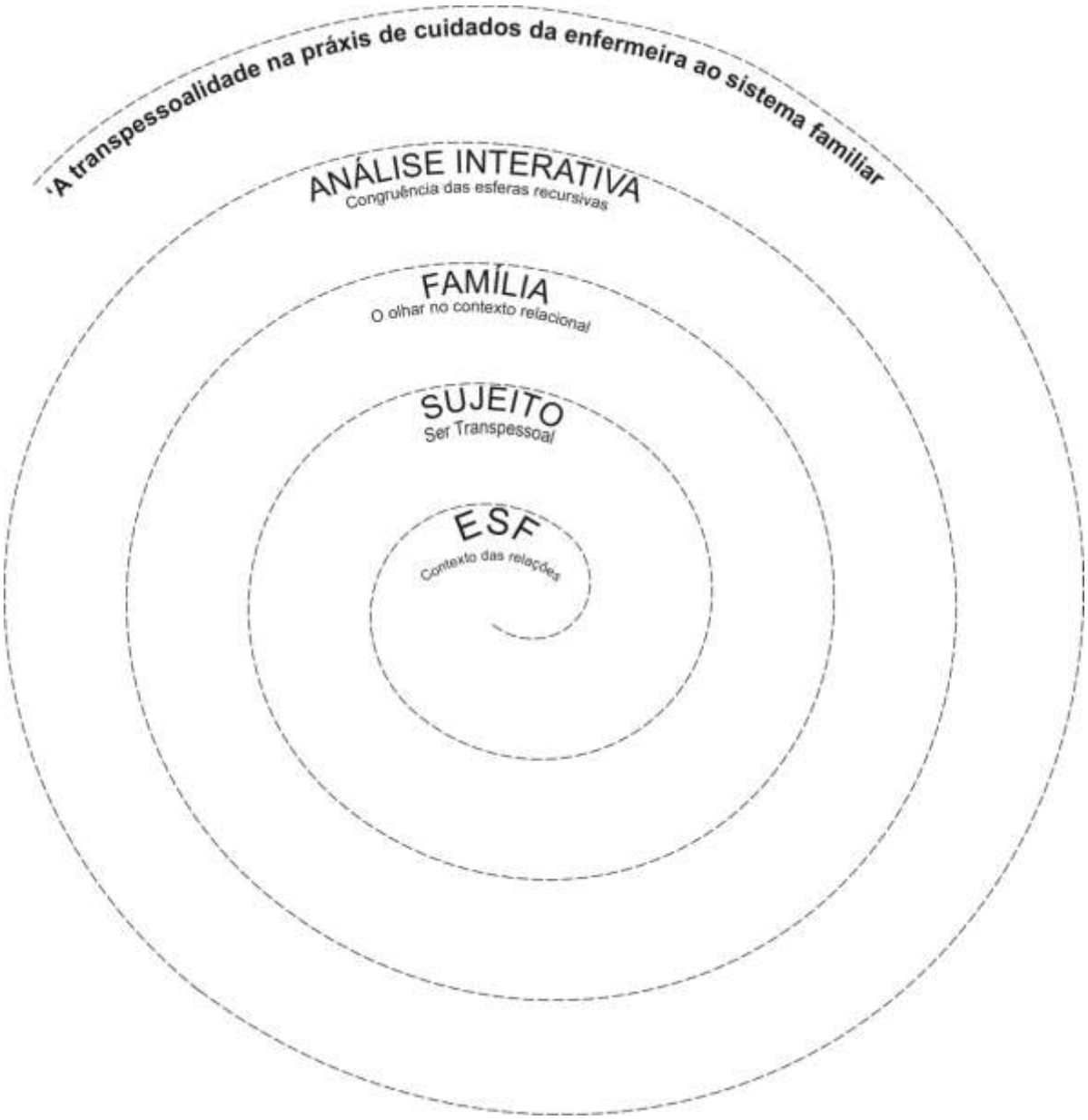
elucidar/compilar as categorias e subcategorias hierarquicamente, organizando-as umas nas outras para evidenciar a proposta do estudo; construção de encadeamento lógico para melhor compreensão do que fora encontrado.

A segunda etapa consistiu na apresentação dos dados, definida como o processo de estruturação e redução para permitir uma visualização de forma prática e compreensiva. No caso deste estudo, possibilitou a incorporação ao corpo do texto das imagens desenhadas e dos depoimentos obtidos a partir destas e da dinâmica dos espelhos, além da representação figurativa das categorias e subcategorias, favorecendo a representação dos dados, num espaço visual reduzido, para a análise posterior (interpretação/verificação), através da viabilização de comparações entre os dados, garantindo assim, sua utilização direta no relatório final do estudo.

A terceira etapa (interpretação/verificação das conclusões) foi realizada à luz da revisão de literatura e do referencial teórico, buscando extrair significados através do estabelecimento de relações entre os dados para elaboração das considerações finais do estudo. A interpretação é inicialmente redutora e em seguida criadora de explicitações e novas questões que transcendem os resultados pontuais, considerando a intersubjetividade deste processo, sem, contudo, impor desvio que favoreça o intérprete infringir a integridade dos dados (MILES; HUBERMAN, 1984; 1994).

A verificação acrescentou validade ao estudo, o que foi feito nesta pesquisa por meio do encontro dos dados coletados através das três técnicas propostas, possibilitando aprofundamento das interpretações a fim de desvelar e analisar a transpessoalidade na práxis de cuidados da enfermeira no contexto da ESF. Assim, a análise se mostrou como uma espiral em movimento (Figura 18).

Figura 18: Espiral metodológica para desvelar a transpessoalidade



Designers gráficos: Glauber Barreto & Karla

CAPÍTULO V

Figura 19: As percepções do caminho *Designer*: Bárbara Barreto

[...] estamos em alto mar, navegando num barco semiconstruído e devemos continuar reconstruindo-o no percurso, questionando o tempo todo nossas premissas e as premissas sobre nossas premissas [...] pode ser que seja desnecessário afundar nosso barco para reconstruí-lo. O máximo que pode ocorrer é que afunde em seu devido tempo quando o material se deteriore e perca paulatinamente sustentação mediante nossas ilusões de certeza.

Carlos Sluski (1997, p. 32)

5. ENXERGANDO RESULTADOS – A INTERFACE DOS DADOS

O desvelar da transpessoalidade foi organizado conforme encadeamento seguido na coleta de dados, sua apresentação segue a estratégia do recurso visual de figuras e desenhos. A atenção das pesquisadoras, neste momento de mostrar os dados, assenta-se na perspectiva da criatividade do pesquisador qualitativo, que faz emergir a visualização das imagens construídas no contexto do cenário e no momento de redução dos dados. Esta redução convergiu de um processo de análise cuidadosa para apreender a intersecção dos dados oriundos das técnicas, retomando a intenção metodológica de valer-se de diversos ângulos e possibilidades de expressão dos sujeitos para o alcance do objetivo de uma forma mais completa, plural, entretanto unificada.

Destaca-se que o conteúdo comunicado a partir: da dinâmica dos espelhos – *A luz refletindo imagens nos espelhos da transpessoalidade*; e da expressão artística do ser: o desenho – *Os traços zig-zaguiando a arte da transpessoalidade*, são mostrados na sua complexidade e totalidade, nas páginas que se seguem, e, na união com os dados provenientes da entrevista semi-estruturada, os quais sofreram redução analítica em conjunto, fazendo emergir as categorias e subcategorias que configuram – *O remoinhar das categorias e subcategorias*.

Portanto, destaca-se que existiu uma preocupação das pesquisadoras em trabalhar o conteúdo de forma integral, considerando a sua totalidade e buscando enxergar os pontos de encontro dos sujeitos, manifestos em cada técnica e em cada momento de sua expressão. Deste modo, a análise de conteúdo na perspectiva integrativa sugerida por Miles Huberman (1984) possibilitou interagir os dados para convergi-los na imagem final deste capítulo, o girassol, que mostra as categorias e sub-categorias. Para otimizar o espaço do texto na flor, optou-se por trazer apenas a palavra-chave que caracteriza cada uma delas, entretanto, deve-se atentar para as especificações descritas no capítulo seguinte com o desenvolvimento da interpretação dos dados.

5.1 A LUZ REFLETINDO IMAGENS NOS ESPELHOS DA TRANSPESSOALIDADE

Figura 20: Dinâmica dos Espelhos – '*Conforto*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como me vejo

Ó, eu sempre gostei de espelho, muito! Desde pequena (risos) Porque é como se fosse uma outra pessoa. Muitas vezes eu até converso comigo mesma no espelho, discuto certas coisas, imagino certas situações, porque (pausa) À medida que o tempo foi passando eu fui me descobrindo melhor, tanto através de mim mesma com o espelho, como através das outras pessoas (pausa) quando eu estou no espelho eu me vejo como eu sou pras outras pessoas e aí fica mais fácil de eu tentar (pausa) mudar também né? Claro, porque tem gente que fala eu sou assim, mas eu já descobri certas características minhas que não vão agradar aos outros [...] eu me preocupo muito com. (pausa) a impressão que eu causo pra outra pessoa e através do espelho eu consigo enxergar melhor isso (risos; pausa de voz) As vezes eu me vejo insegura (pausa; risos; suspiro) Sinto como se fosse uma descoberta maior, olhar pro espelho e me descobrir e ver o que eu posso ver além até da própria imagem e principalmente: eu sempre olho pro espelho e me vejo tentando descobrir qual a impressão que eu causo, só que eu tenho muita dúvida em relação a isso e eu acho que eu olho mais, mais, mais. Tem até outras coisas que eu faço assim, escrever muito o meu nome, que já me disseram que isso é necessidade de auto-afirmação e eu acho que olhar muito no espelho também quer dizer isto. Eu vejo uma pessoa insegura e que busca sempre (pausa) ou através do espelho ou através do outro me descobrir. Eu ainda não me descobri, eu preciso disto, tem coisas que quando eu olho no espelho eu não gosto, eu quero mudar, tanto na aparência, quanto no gestual, a maneira de me expressar. Aqui no trabalho eu me sinto muito (pausa de voz) em casa. Porque eu faço o que eu gosto [...] quando eu tô aqui dentro, que eu chego aqui neste ambiente eu vejo que é

como se tivesse sido feito pra mim sabe? Eu gosto muito daqui [...] o olhar no espelho também me fez gostar mais de mim [...] eu acho que posso ser melhor do que algumas pessoas, e melhor do que a maneira que elas me veem [...] eu acho que eu posso melhorar muito e conversando com meus espelhos eu já vi muito isso.

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Eu me sinto responsável por tudo isso, um dos responsáveis. Isso me traz tanto satisfação quanto preocupação também. Eu me preocupo muito com tudo isso que eu tô vendo (risos) com este espaço. Eu sempre falo assim que aqui é minha jurisdição então o que acontecer aqui eu sou uma das responsáveis por isso [...] as casas, as pessoas (pausa de voz) [...] pessoas que eu conheci, conheço há três anos, trabalho, conheço tanto por fora e muitos por dentro. Então relacionando minha imagem com esta imagem que estou vendo... Eu faço parte dela e tanto faço parte, sou responsável por muito.

'Conforto'

Figura 21: Dinâmica dos Espelhos – '*Amor*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como eu me vejo

[...] eu me percebo como enfermeira. Depois de 10 anos, como uma pessoa comprometida com o serviço, reconhecida pela comunidade. Então, (pausa de voz; choro - 15segundos) eu choro porque esse trabalho é minha vida e eu não consigo viver sem o meu trabalho hoje em dia. [...] não só pela questão da sobrevivência, mas pelo reconhecimento das pessoas. [...] hoje em dia [...] todo mundo é enfermeiro, né? Qualquer pessoa que veste branco, do maqueiro a qualquer outro, é enfermeiro. E você chega na comunidade como brejinhos (nome fictício) em 1998, (emocionada) há

muitos anos atrás, uma comunidade muito carente, endividada socialmente, injustiçada. Não sei se quando você veio pra cá as pessoas lhe disseram cuidado, né? Cuidado com o tiroteio [...] a gente ta aqui há 11 anos, nunca sofremos nenhum tipo de violência, muito pelo contrário, as pessoas protegem a gente. [...] Aqui tem muita gente de família. Muita família é carente socialmente, emocionalmente (choro, pausa de voz - 15segundos). Eu torno repetir: choro porque eu contribui para a melhoria destas pessoas, tá entendendo? Eu contribui para a melhoria da auto-estima, eu contribui. Hoje eu vejo meninas que eu peguei no colo fazendo pré-natal aqui comigo, dizendo: Ah! 'Amor' você lembra? Eu tenho aqui comigo meu cartão de vacina, você me pegou no colo quando eu tinha quatro anos, ela veio pro pré-natal com 15 anos, apesar da gestação ter vindo na fase complicada, mas ela lembra, quer dizer, uma criança de 4 anos de idade (chorando) lembrar de você 11 anos depois e dizer: você lembra que você cuidou de mim? [...] Eu tô me vendo aqui, mas do outro lado tem essas pessoas que já foram a óbito, que cresceram, que constituíram família. Trocam a consulta do médico pela consulta de enfermagem, tá entendendo? Quando chega e diz: Ah! Eu to marcada pra 'Amor', quem vai me atender? Não, não quero não, você tem pra que dia? Daqui a dois meses. Pode marcar que eu venho. Então, este reconhecimento da profissão é o que eu acho mais importante, a profissão da enfermagem. Porque hoje eu não tenho vergonha, como algumas amigas ficam escondendo (emocionada) - Ah! Você é o que? Sou doutora fulana. Eu não sou doutora não! Sou enfermeira 'Amor'. E eu lhe digo que tenho muito orgulho disso (chorando), muito! Minha família, as pessoas que me conhecem. Minha mãe, ela era auxiliar de enfermagem, e sempre quis que eu fosse enfermeira, que é a chamada enfermeira padrão, a chefe, cada um tem uma forma, mas, o mais importante é isso: o reconhecimento e o elevar da profissão. [...] a diferença que a gente faz dentro da profissão. Não importa se são 11 anos, 1 ano, 6 meses, então a gente utilizar a profissão na nossa vida como subsistência? Porque eu não vou dizer que eu não preciso do meu dinheiro, do meu salário, mas isso aí que vai levar a gente, a profissão e ao outro, entendeu?

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Eu tô vendo o meu perfil inserido aqui no meio das casas. Hum, eu tô me vendo [...] contribuindo para a composição da paisagem. [...] Eu vejo uma percepção positiva da minha imagem inserida na comunidade, como uma forma de co-ajuda, uma ajuda, eu sinto isso. Eu percebo isso, através da imagem. Minha posição de profissional, de qualquer forma tá inserida na comunidade, né? Não pode deixar de estar. Este contexto representa [...] possibilidade de trabalhar mais, de melhorar mais a minha atuação [...] a inserção, o cuidado, o serviço. Uma melhor participação da equipe dentro da comunidade também, isso é um pouco insuficiente, né? Restrito, devido às nossas atribuições [...].

'Amor'

Figura 22: Dinâmica dos Espelhos – '*Confiança'*

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como eu me vejo

[...] ativa, espontânea, dedicada ao que eu faço, quando eu pego alguma coisa assim, seja na vida pessoal ou profissional eu abraço e corro atrás. [...] (pausa de voz) hoje mais madura, mais confiante [...] hoje eu tenho mais segurança de fazer algumas coisas [...] mais segura, mais confiante e determinada, já tive assim as crises de revolta com a área sabe, com a profissão, aquela coisa toda de achar que a gente faz , faz, faz e não vê nada, aí aprendi que os frutos do trabalho da gente, eles vem e vão amadurecendo aos pouquinhos, não adianta querer fazer, [...] aos pouquinhos você vai começando a colher o que você plantou, aí você se sente mais segura, mais confiante, dá vontade, prazer de se dedicar mais naquilo que você tá fazendo.

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Ai, muito grande, uma dimensão enorme, não da pra assim pra definir. A sensação é que eu tô incluída, de tá incluída e ser pequena, [...] você se sente responsável pelo que tá acontecendo com a vida dessas pessoas, principalmente em relação ao fator saúde né? Mas, ao mesmo tempo, a gente se vê assim tão pequeno, [...] quando você tá com a pessoa, você entra na intimidade da pessoa, mas, olhando pra casa da pessoa é desconhecido, é diferente. Quando você chega, você não faz parte daquela, de dentro da casa da pessoa, quando a pessoa chega pra você, você torna parte, e responsável pelo que venha acontecer com aquela pessoa (pausa de voz). [...] Não sei, é difícil porque você tem que ter intimidade, ter espaço, mas também, você não pode avançar [...] você vê, observa, orienta, mas você não vive (pausa de voz) aquilo ali, é difícil! Aí você se sente parte desse universo que está aqui e tudo [...] você se limita em algumas coisas pra não invadir o espaço que não é seu [...] É aquela questão que você [...] busca melhorar ou resolver alguma coisa, mas também, não se

envolver muito. [...] Se se envolver fica aquela coisa de você querer dá um jeitinho pra tudo [...] você começa assim, a sair do seu lado profissional, entendeu? Às vezes [...] você acaba até se prejudicando como profissional [...] se acontece alguma coisa você é responsável por aquilo alí [...] acaba se complicando porque a pessoa vai querendo mais, querendo mais, aí, o dia que você não consegue você é taxada de incompetente, que não quis resolver por má vontade [...].

'Confiança'

Figura 23: Dinâmica dos Espelhos – '*Aprendizagem*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como me vejo

Uma pessoa, um ser humano com capacidade de aprender, capacidade de dividir um pouco do que a gente tem enquanto pessoa, enquanto profissional. Enquanto cidadão também, a gente tem que tá exercendo nosso papel de multiplicador, de orientador, de educador, que a gente acaba sendo diariamente, mas tô bem [...] comigo, com meu trabalho, com as coisas, graças a Deus. [...] no momento, eu tô me sentindo um pouquinho (risos; suspiro) cansada. Mas também faz parte da luta diária de todos nós. Dá vontade de parar [...] não parar por definitivo, mas no momento [...]. A rotina, aquela rotina, a questão das quarenta horas [...] porque 40h/semanal ainda não condiz com o que você exerce, infelizmente tá muito defasado o salário do profissional enfermeiro, e é uma mão de obra que é pra tudo, praticamente, né. A gente acaba exercendo e pegando um pouquinho de outras funções: administrativa, assistencial, que já entra em outras profissões [...] tá desvalorizado o salário profissional e isso abate a pessoa, porque você se desdobra muito e não tem tempo pra fazer o que é seu mesmo. [...] desta questão de ter mais um vínculo, se só um desse conta de atender às necessidades básicas, até seria interessante, a gente teria mais qualidade de vida e talvez faria o trabalho até melhor, mas infelizmente a gente corre pela sobrevivência e a sobrevivência nos obriga hoje, no mercado que a gente

tá, a trabalhar desse jeito: dia e noite, eu tenho plantão hoje, eu tenho plantão amanhã porque tem o extra e aí vai. Você emenda o dia e a noite, então normalmente isso compromete um pouquinho o ritmo da gente, aquela sensação mais de bem estar.

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Um pouco das casas próximas, das famílias próximas da unidade. [...] a gente passa diariamente [...] 4 anos praticamente. Na verdade, parece que não chama muita atenção, [...] virou uma tela, agora que você colocou aqui me despertou, um ambiente conhecido, mas assim, não tão conhecido porque não aprofundado, apesar de que tá bem pertinho né? [...] a sensação que eu tive agora foi essa, de olhar mesmo e ver (risos) [...] a gente trabalha justamente com essa situação todos os dias, diariamente vindo, faz o atendimento, faz a visita domiciliar, entende um pouco do que tá acontecendo ao seu redor. Participo um pouco, contribui na medida do possível, mas é, foi uma reação realmente diferente (pausa de voz) [...] (risos). É interessante, eu vejo todo dia, passo por aqui todo dia, até visito algumas vezes que tem o roteiro, a rotina de fazer este trabalho, mas eu tomei um sustozinho (risos). Digo! Olha, a casa que eu vejo todo dia, toda hora. Agora, se me perguntar, por exemplo: que é que tem ali? Mais um pouco, o morador, (reduziu tom de voz) eu não teria condições de falar [...] não pelo fato da negligência, não acredito que seja isso, [...] mas por conta da sobrecarga interna, não dá pra você se abrir mais pra essa atividade, tem uma demanda enorme me esperando lá dentro entendeu? [...] tanto que eu acho que tá até em cogitação a questão de rever o número de novo de famílias, porque a sobrecarga de trabalho é muito grande, esses pormenores que até tem um significado importante no nosso trabalho, a gente acaba relevando porque ele não computa, não aparece na produtividade [...] a gente acaba deixando de lado. E agora, precisa o atendimento, precisa a produção, precisa o número, pra você tá se mantendo até no trabalho.

'Aprendizagem'

Figura 24: Dinâmica dos Espelhos – 'A*ssistência'*

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como me vejo

Uma pessoa alegre, bem resolvida, gosto da minha imagem (pausa de voz). Como enfermeira, eu faço aquilo que eu gosto, trabalho na Estratégia de Saúde da Família já tem 11 anos, sempre gostei de trabalhar nisso, apesar da minha graduação ter sido voltada mais pra parte de assistência hospitalar, mas quando eu (pausa) inicialmente pela remuneração financeira, eu senti o atrativo de entrar no PSF, aí, depois eu descobri que o PSF, ele amplia o olhar do enfermeiro em relação à mudança de atitude na comunidade e hoje eu me sinto assim realizada porque eu sinto que eu contribuo um pouquinho pra mudança do perfil epidemiológico da comunidade que eu assisto, eu sou útil naquilo que eu faço, vejo resultados naquilo que eu faço e percebo na comunidade uma resposta positiva com relação ao meu trabalho. Eu estou querendo [...] entrar na área de educação, capacitação de pessoas [...], eu penso nisso como um suporte, porque infelizmente dentro da saúde da família apesar da gente ter estabilidade, assim entre aspas, vira e mexe, principalmente em época de eleição a gente se vê muito vulnerável a questão da estabilidade no trabalho [...] faz repensar uma outra atividade que seja prazerosa, porque como eu estou fazendo linha de cuidado, a gente vira e mexe tá mexendo muito com a capacitação de profissionais foi uma coisa que eu descobri que eu gosto também de fazer [...].

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Que existe um mundo grande a ser explorado que a gente às vezes fica um pouco limitado a nossa pessoa né? E, que existe muita coisa pra ser explorado, muita coisa pra ser resolvido. Um universo grande, apesar assim de ser uma gotinha nesse mundo grande, a gente tem muito o que fazer quando a gente quer. Eu quero! [...] a gente ainda tem muito que fazer e que se a gente quer, a gente pode ampliar esse olhar. Este contexto representa tudo, representa conhecimento, representa experiência, representa cultura, representa diversidade. *'Assistência'*

Figura 25: Dinâmica dos Espelhos – '*Conhecimento*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como me vejo

No campo de trabalho uma profissional com compromisso. No campo pessoal feliz [...] estou esperando o 2º filho. É muito complicado a gente se olhar porque a gente é acostumado a olhar pro outro, a gente nunca se reflete e quando a gente olha, quando a gente encara, a gente percebe defeito, defeito na personalidade, defeito no eu, [...] é difícil porque você acaba se percebendo uma outra pessoa [...] a situação é um pouquinho assim constrangedora, mas a gente às vezes costuma esquecer um pouquinho da gente e só olhar pro outro [...] sempre tá ocupado com as ações voltadas para o outro e poucos momentos pra gente, mas quando a gente encara a imagem é a reflexão de quem sou eu. Me dá uma responsabilidade grande pela questão de compromisso com o trabalho, compromisso com o grupo [...] a enfermeira, ela assume muito o papel de coordenar, eu tento sair um pouco da linha de atuar sozinha e pedir muito a opinião do outro, como é que a gente vai conduzir o problema? Como é que a gente vai conduzir as ações, propostas? [...] a depender de como você caminha, o grupo já conhece o seu trabalho e corresponde, não precisa tá cutucando, tá impondo [...] você consegue no dia-a-dia trazer as pessoas pra andarem próximo, o grupo que você acaba [...] conduzindo, facilitando. [...] eu sou facilitadora, porque o perfil de líder tem que ter até um pouco disso né? [...] Bom, a gente aqui trabalha num bairro um pouco perigoso, a gente vive aqui às vezes situações de estresse de violência sabe? De ameaça (pausa de voz), nessa hora eu sempre falo a gente tem que ficar unido... não contra a comunidade, mas unido pra se apoiar contra algum fator de violência direta como já aconteceu aqui na unidade. Então assim, apesar do bairro ser periférico e violento a equipe é muito unida [...] de vez em quando tem uns estresses de cobrança da comunidade, aí a gente tem que assumir o papel de mediadora [...] tem coisa que depende da gente, tem coisa que não depende, aí quê que eu faço? Tentar mediar a estória, a situação, acalmando e tentando junto aos órgãos de referência, tentar priorizar, antecipar, mas dentro de uma lógica de avaliação real da necessidade [...] você tem uma demanda muito grande! A gente tem 4.000 habitantes, então a gente tem que ter racionalidade e saber conduzir (pausa de voz). O ano tá começando [...] eu acho que a palavra-chave aqui tem que ser esperança pra suprir os desafios. 2009 foi um ano cheio de desafios e 2010 seja cheio de esperança pra gente mudar.

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

É muito amplo viu? Uma coisa é a gente trabalhar dentro da sala recebendo a demanda. Outra coisa é você tá na área [...] na comunidade, vivenciando a dificuldade, as facilidades, os desafios que a gente encontra porque (pausa de voz), porque a gente acaba sendo igual, aqui fora a gente é igual! Lá dentro, a gente acaba se escondendo um pouquinho atrás de um, de uma mesa, né? Vamos dizer assim, de uma posição, de uma situação, aqui fora você é igual, mas você pode intervir passando um pouco do seu conhecimento entendeu? Auxiliando. [...] você tá dentro do espaço dele, você trabalha, você atua no espaço do seu objeto. Então assim, é como se as paredes te protegessem um pouco [...] é uma coisa assim mais impositiva. Aqui fora

você tem que se adequar a realidade que existe das pessoas, você tem que saber as diferenças, o que eles estão vivenciando, o lixo que tem ali adiante, e a violência que tá em todo lugar aqui perto, dificuldade de recurso, pobreza, falta de algumas coisas, tentar absorver, extrair o que tem de melhor pra que eles superem essas dificuldades entendeu? A gente não tá competindo, a gente tá dando a mão, auxiliando. Este contexto [...] eu faço parte dele. Então o que eu posso fazer, eu tenho compromisso de auxiliar de alguma forma e de receber auxílio pro meu aprendizado.

'Conhecimento'

Figura 26: Dinâmica dos Espelhos – '*Solidariedade'*

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como me vejo

[...] Acho que eu sou [...] uma pessoa alegre, (pausa de voz) mal-humorada em casa, aqui não! [...] porque o meu trabalho é uma coisa e meus problemas de casa são outra. Eu tento, sou uma pessoa disponível [...] comprometida com meu trabalho [...] que mais É difícil a gente se elogiar não é? Destes três anos que eu trabalho nessa unidade, o que eu vejo? [...] a questão de ouvir muito o paciente, ainda mais a minha área que é carente, às vezes as pessoas só querem ser escutadas, [...] às vezes me chamam de psicóloga, mas eu não sou não, acho que é isso: muito disponível e comprometida com o trabalho que eu gosto de fazer [...] eu amo trabalhar nesse posto [...] eu já acostumei, lógico que ninguém é insubstituível, posso está mudando pra outro lugar, mas eu criei um vínculo muito grande aqui [...] na rua, todo mundo fala comigo, eu criei esse vínculo de compromisso. Por ser tão disponível, às vezes elas confundem, tem horário que não é pra eu tá conversando [...] elas só querem falar um minutinho comigo, esse minutinho é uma conversa, é uma consulta, os problemas são esses. [...] tô desanimada! (pausa de voz), tô um pouco triste pela notícia que a gente teve aqui do posto [...]. Eu sou uma pessoa angustiada [...] As angústias são coisas que eu não consigo resolver [...] minha área é muito carente [...] o tráfico, a droga, a violência está instalada. Ontem mesmo um tiroteio ali na área, então, são pessoas que

só querem [...] atenção [...] eu posso ouvir, mas às vezes eu não posso resolver o problema de falta de alimento em casa, de uma violência [...] tinha uma paciente nossa que vinha todo dia e o médico dizia: 'Solidariedade', essa menina vem todo dia aqui e não tem nada! [...] é porque ela não tem nada em casa pra fazer, não tem um trabalho, não tem um serviço, então aonde tem um lugar que a escuta ela tá. Então, a minha angústia é nesse sentido, eu não vou poder resolver um caso de desnutrição, vai passar pelo CD, eu vou orientar, mas não vou poder dá a cesta básica pra ela. A mãe daquele bebezinho loirinho ali (apontando para foto na parede), não tem nada, a casa da mulher não tinha nem porta [...] botei o nome dela na bolsa-família pra dar prioridade [...], mas tem coisas que eu não posso. Vou dar tudo de uma cesta básica pra ela? Ela vinha fazer o pré-natal fedendo (pausa de voz) até tem a boa vontade, mas na casa dela não tem água e aí? Faço o que? Vou dar atenção! [...] eu faço o meu papel como enfermeira, o meu atendimento, mas o que a minha área precisa é um suporte social, é isso que eu preciso, minha angústia é só essa, que é muito. Não adianta eu atender aqui, ela vai voltar pra mesma realidade dela, ela vem aqui, atendo, cuido do problema dela naquele momento, faço o que é competente a mim, mas ela volta pra mesma realidade, daqui a pouco ela tá do mesmo jeito. Minha área também tem muito analfabeto, [...] 21 anos [...] 26 anos também [...] quando é uma pessoa idosa a gente nem fica tão chocado, mas gente de 26 anos que não sabe ler! [...] Outra deficiência do bairro é não ter escola aqui perto [...] de 2º grau, pessoas desistem de estudar [...] pra voltar de noite? E a violência? [...].

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Que eu tô muito, um pouco, distante dessa realidade. (pausa de voz) porque eu acho que a angústia de cada profissional é porque você sai da sua realidade e vem pra realidade dos outros e é isso que é um conflito, porque seus princípios é um o das pessoas é outro (pausa de voz) aí você tem que se adequar, e aí que você sofre (pausa de voz). Minha imagem tá relacionada com esse contexto completamente, mesmo que distante, mas agora como profissional, completamente. Então é meu contexto, quem convive comigo, parece que eu penso no posto Morrinhos (nome fictício) 24h, de tá fazendo tudo em casa, de tá pensando uma coisa nova, de tá fazendo um cartaz novo, hoje mesmo trouxe um cartaz novo pra unidade. Então assim, mesmo que não seja minha realidade, esse contexto que eu tô vendo, essa imagem que eu tô vendo [...] é meu trabalho [...] tô totalmente interagida aqui com esse contexto de Morrinhos por esse compromisso que cada profissional acaba tendo [...] apego que você tem em relação ao trabalho e é um compromisso. Às vezes, ontem mesmo teve uma situação no posto [...] a gente sai desanimada, mas outro dia já trouxe um cartaz novo e aí todo mundo fala: ai que legal, a comunidade olha, cê já fica mais animada, então desanima um dia, no outro cê já fica mais animada, quando cê consegue ajudar pessoas.

'Solidariedade'

Figura 27: Dinâmica dos Espelhos – '*Esperança*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como eu me vejo

[...] vamos lá (suspiro ofegante; nervoso) como quem trabalha há dez anos na área que já passou por n situações diferenciadas e as vezes ímpares, mas acima de tudo, [...] a gente procura aprender, na verdade com as situações, procura crescer tanto pessoalmente, quanto profissionalmente, claro, prestar um melhor cuidado, uma melhor assistência pras pessoas que precisam do nosso trabalho, da nossa palavra de apoio, do nosso atendimento, enfim das nossas ações. Claro que as vezes também a gente tem momentos de cansaço e de desanimo, muitas dificuldades que não dependem apenas da nossa vontade, mas são incentivo pra que a gente continue [...], também lhe acontece de você não estar sempre bem e isso acaba interferindo nas ações. [...] Estou um pouco cansado. Nesses últimos anos eu percebi a necessidade [...] pra diversificar [...] ter outras oportunidades de trabalho, de crescimento, de aperfeiçoamento pra poder se colocar, [...] você fica um pouco cansado e isso interfere na sua atuação. Eu trabalho no PSF e trabalho a noite dando plantões [...] bom é, porque você aprende mais, você cresce, você busca estudar, lê livros pra poder atuar melhor [...] uma necessidade minha no início, mas também por esta questão de mercado, você não sabe com o passar do tempo como vai ficar, a gente sabe que quanto mais experiência você tiver conta mais. [...] sinto ter que abrir mão de está com a família, esposa, filhos [...] que é extremamente importante, mas espero que seja breve né? [...] apesar de cansado, até porque eu saí do plantão [...] sinceramente: uma pessoa que tá tentando mudar [...].

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Minha imagem, nossa o tempo passou e eu nem senti (risos), os cabelos estão mais brancos [...] (pausa de voz). Hum, é como se [...] representasse um horizonte um

pouco maior, com novas perspectivas, uma visão um pouco mais abrangente, talvez diferente um pouco desse mundo, digamos de barreiras dentro da própria Unidade de Saúde, ou com perspectivas de mudanças, na verdade, (pausa) interessante [...], realmente não sei expressar no momento o que isso ta representando, mas assim, é diferente, e uma coisa é certa, pelo menos me despertou pra novas perspectivas, novos olhares, por exemplo, olho as mesmas situações, porém de pontos diferentes, pontos de vista diferentes, pessoas diferentes. Às vezes você tem determinadas situações que você tenta n vezes e não consegue, digamos assim resolver, [...] você sai de uma restrição de local, você consegue ver com outros olhos [...] É como se o horizonte tivesse aí com plenas possibilidades e perspectivas de melhora, de mudança, eu acho que é uma questão de vontade na verdade, apesar de todos os problemas que possam existir. [...] O que ta chamando mais a minha atenção nessa imagem refletida na verdade é o céu (pausa; suspiro) é uma espécie de um simbolismo, né? Como eu posso dizer pra você (pausa; ajuste no espelho) assim, extenso, vasto, cheio de possibilidades, acho que basta mudar às vezes os conceitos, os pontos de vista, há sempre novas chances [...].

'Esperança'

Figura 28: Dinâmica dos Espelhos – '*Sensibilidade*'

Designer: Bárbara Barreto*;* Foto contexto: acervo próprio – *A*daptados por: Karla Viana & Glauber Barreto

Como eu me vejo

[...]Ultimamente eu tô me vendo só enquanto profissional, porque aqui a unidade tá tumultuada, a gente ta passando por vários processos de mudança, férias, e aí eu tô assim, um pouco estressada (pausa de voz), chego em casa e fico só pensando nos problemas daqui da unidade. [...] Enquanto enfermeira, eu me acho muito comprometida com meu trabalho, apesar das dificuldades do dia a dia, acho que eu procuro, assim ser uma boa profissional. Me leva à reflexão de que eu estou pessimamente mal cuidada, tô precisando dar uma ajeitadinha no meu visual (risos)

[...] Sinto que preciso melhorar um pouco meu visual e cuidar um pouco de mim. E isso relacionado com sua profissão também? Eu acho que sim, porque eu acordo com tanta pressa pra poder vim trabalhar, e também, assim sem ânimo de tá me arrumando melhor (pausa).

Como percebo o contexto a partir da minha imagem

Tô vendo a minha imagem cercada pelo ambiente. Assim: o fundo, a UBS, a rua, vários carros (pausa de voz), dá pra reparar que há algum tempo atrás tinha muito lixo aqui na região, a gente chegava, tinha muito urubu e isso de uns tempos pra cá melhorou, pouca coisa, mas melhorou, é, a UBS também, ela reformou o portão, a fachada tava bem pior do que isso, dá pra perceber que o ambiente deu uma melhorada, pouca mais deu. Eu acho que contribui pra essas melhorias porque sempre na reunião do conselho a gente discutia a respeito disso, eu ligava pro serviço público pra poder cobrar esta questão do lixo e eu percebo que melhorou.

'Sensibilidade'

5.2 OS TRAÇOS ZIG-ZAGUIANDO A ARTE DA TRANSPESSOALIDADE

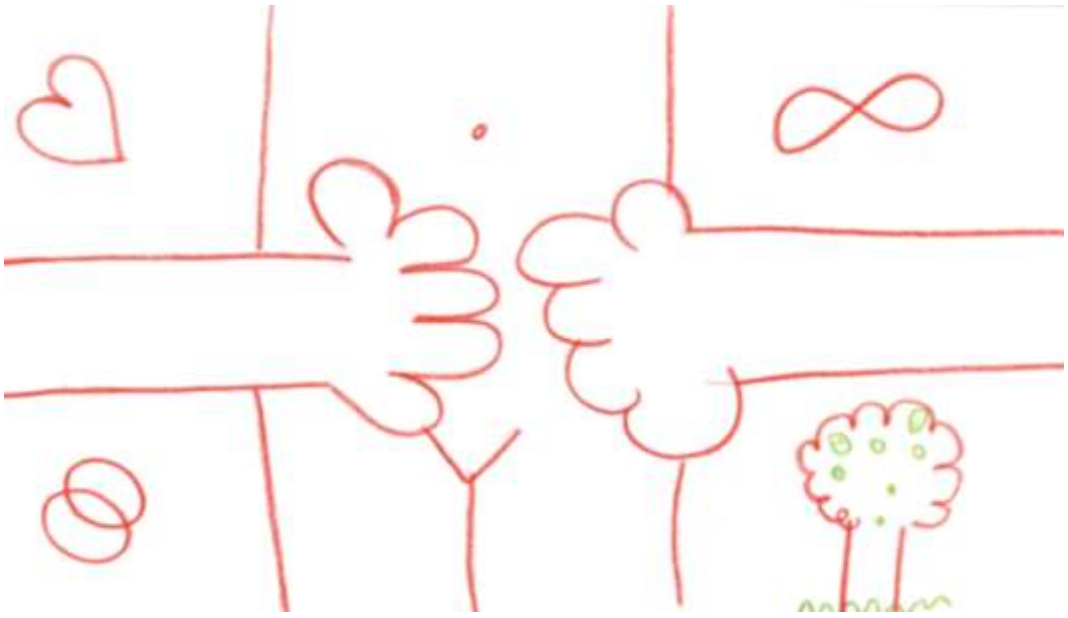
Figura 29: Expressão artística do *ser* – A Ponte do Cuidado

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

Ó, eu coloquei a casa que pra mim é o que representa a família, o lugar onde ela vive (pausa de voz) não só a casa, mas o lar, o bairro onde ela mora, a comunidade, a vida em comunidade. E do outro lado, a Unidade Básica de Saúde que é quem vai prestar esses cuidados. No meio, não ficou bonitinha, mas é uma ponte. Então pra mim o cuidar é você estabelecer um vínculo e essa ponte aqui representa esse vínculo, porque só quando eu conheço, quando eu visito, quando eu converso, escuto é que eu vou saber o que é a vida dessa pessoa, o que representa pra ela, pra família dela [...] e aí eu vou poder interferir, da mesma forma, essa família, essa pessoa, essa comunidade, tendo essa ponte de ligação, tendo esse vínculo, ela vai poder nos ajudar a cuidar tanto da própria unidade que é importante pra todo mundo quanto da própria família, então é uma troca. A ponte aqui significa o vínculo, a troca, o conhecimento, o carinho também, porque sem carinho não existe cuidado, a gente vê isso muito na faculdade (risos) você gostar do que faz pra chegar realmente a essa família, essa pessoa e conhecer a vida dela pra atuar, pra melhorar a qualidade de vida dessa pessoa. Então pra mim, o vínculo, a ponte de ligação entre a unidade (os profissionais) e a comunidade (a família), o indivíduo é o mais importante, sem esse vínculo você não consegue nada.

'Conforto'

Figura 30: Expressão artística do *ser* – Todos Nós



Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

O meu desenho aqui, primeiro eu desenhei um abraço, porque o cuidado é realmente você abraçar o outro e tentar entender suas necessidades, quando você abraça você também se entrega ao outro, você envolve seu corpo [...] coloquei o abraço nesse sentido de você se envolver no todo dele. Coloquei aqui um coraçãozinho representando o amor pelo outro. Coloquei duas alianças como se fosse o elo do profissional com o paciente. O símbolo do infinito [...] porque sempre o indivíduo vai está retornando, ele sempre vai ter uma demanda pra você dá conta, o indivíduo nunca se esgota nas suas necessidades, ele sempre tem alguma coisa a ser ajudado, necessidade. E aqui, uma arvorezinha com os frutos *que é o resultado daquilo que você planejou em ajudar, se é que você conseguiu. Você empenhou sua força e pode ser que tudo que você se empenhou em fazer dê frutos, ou pode ser que você também se frustre, porque nem tudo que você tenta ajudar o indivíduo você vai conseguir um resultado positivo, depende também da natureza, das circunstâncias, da força de vontade do indivíduo. Então o amor, o infinito, o elo, os frutos e o abraço (pausa de voz) completo do indivíduo.*

'Amor'

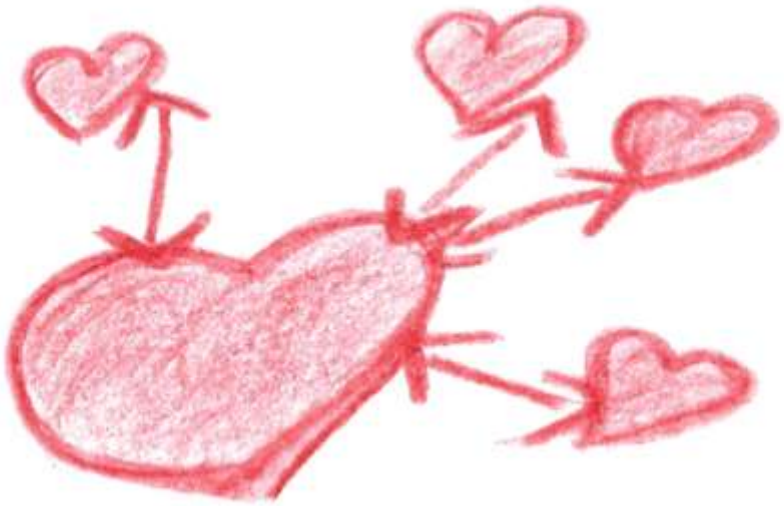
Figura 31: Expressão artística do *ser* – Família assistida, família saudável e feliz

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

Bom, aqui eu desenhei, eu fiz assim: a família, pai, mãe e uma criança, que quer dizer que eles estão assim, bem orientados, tiveram um filho e tudo. Aqui é a casa deles, próximo deles tem a Unidade de Saúde da Família, que tem um profissional que orienta eles. Devido essa orientação, eles conseguem manter a casa assim, bem estruturada a nível de cuidados. Em relação à água, eles usam água tratada, com caixinha com tampa, o sistema de esgoto é subterrâneo, jogado onde não existem rios próximos, a casa bem arejada, com uma graminha na frente e eles estão próximos à unidade, tão recebendo orientações da unidade e tá tudo tranqüilo.

'Confiança'

Figura 32: Expressão artística do *ser* - Cuidando e sendo cuidado



Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

O cuidado pra mim representa o amor, o amor que você tem ao que você faz, a forma que você se propõe a fazer, porque este é o diferencial no cuidado, porque cuidar por cuidar parece até, é simples, o cuidar com amor, com empatia é bem diferente, bem diferente e o resultado também é bem diferente, e requer da gente mais um pouco de esforço do que o cuidado assim, qualquer cuidado rotineiro, cuidado sem um sentimento. Eu representei aqui com esse coraçãozinho meio torto, porque eu não sou muito boa nisso, se eu fosse viver disso eu tava perdida. Cuidado, coração, e na verdade aqui eu posso fazer outros, porque a gente não vive sozinho. A gente tem que cuidar e ser cuidada. É isso, é diariamente. Tava até afim hoje de sair um pouquinho,

pra ver se a gente acha alguém que olhe pra gente, porque na verdade, no ambiente de trabalho, é só rotina mesmo, e a gente não tem nem oportunidade às vezes de manifestar o que você tá sentindo, e até às vezes, tem que esconder, nem pode. Nem pode, porque existe toda aquela formalidade do dia a dia e você acaba depois, muitas vezes, sofrendo com isso um pouco, não tem espaço pra sofrer. Você cuida, cuida, cuida, cuida, tá, todo mundo aqui atendido, maravilhoso, e você? Como é que fica? A quem é que você vai recorrer? Não é dor física, não é dor, graças a Deus não é doença nenhuma, mas é uma necessidade que a gente tem às vezes. Não é todo dia que a gente pensa nisso, mas algumas vezes, a gente sente isso. E aqui eu botei esse coraçãozinho, e do lado alguns outros pequenininhos, pode ser maior também, que representa a pessoa que cuida e as pessoas que são cuidadas e acho que tem que ser assim ó, uma mão dupla, que vem e que vai.

'Aprendizagem'

Figura 33: Expressão artística do *ser* – A Saúde no contexto da família

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

Pra mim, cuidar do indivíduo, a gente não pode pensar só nele, a gente tem que ver o todo, onde ele mora, as condições de saneamento que ele vive, escolaridade, em que contexto tá essa família, se é uma família bem estruturada, se não é, se existe um vínculo afetivo entre eles, porque muitas patologias eu acredito estar associada a esses desencontros emocionais que geram estresse, que geram situações de conflito e acabam sinalizando para o corpo, não vejo o indivíduo sozinho como o corpo dele, uma doença, uma patologia simplesmente sem seu contexto, onde ele vive, quais são as condições que ele mora, como é que tá o vínculo da família, se ele tem acesso a lazer, se ele trabalha, como é que estão os filhos, se eles estudam, se tem acesso à escola ou se não tem. Então eu acho que quando você avalia o indivíduo, você tem que ter um olhar ampliado, não só em relação à patologia, mas todos os fatores que influenciam no bem estar do indivíduo. O sol, as nuvens, o coração são porque eu gosto de trabalhar nisso, então pra mim quando eu desempenho a função como enfermeira do Programa de Saúde da Família não é um trabalho pra mim, eu faço com amor, eu vejo que meu trabalho, ele surte alguns efeitos com essa comunidade, então assim, é uma coisa prazerosa, por isso que tá um solzinho porque eu adoro sol, adoro verão, então assim, é uma coisa boa de se fazer, eu me sinto bem em trabalhar com isso.

'Assistência'

Figura 34: Expressão artística do *ser* - A Arte do Cuidado

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

Ficou bonitinho (risos)! Bom, o desenho significa um abraço fraterno entre a comunidade e os profissionais de saúde. Cada um representando o seu papel profissional, mas a gente tá no mesmo patamar, a gente tá no mesmo círculo, não tem ninguém acima, não tem ninguém inferior e a gente tá de mão dada pra tá passando ajuda, um auxilia o outro, a gente auxilia a comunidade, a comunidade auxilia a

gente, com conhecimento, com prática, com vivência, com história e a gente seria com o conhecimento, fazendo a ponte entre o que a gente pode oferecer e o que eles precisam, mas sempre todo mundo junto, no mesmo círculo, a gente significa um abraço coletivo. E a árvore no meio, é o que? A saúde, a promoção à saúde, a proteção à saúde, à parceria coletiva e compartilhamento de saberes. (pausa de voz) Ah! O sol e a nuvem, vixe, eu não pensei no sol, mas olhando assim, deu mais claridade ao desenho, deu mais vida, porque o sol tá brilhando, o dia tá alegre, então é otimismo, (risos) significa otimismo.

'Conhecimento'

Figura 35: Expressão artística do *ser* - "Tudo vale a pena se a alma não for pequena"

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

[...] eu desenhei umas florzinhas, cada uma de uma cor, porque cada uma é pessoa e tem seus (pausa de voz) valores, princípios e sempre gosto de identificar. [...] isso aqui como família, também como na equipe. Eu fiz um cartaz e botei umas florzinhas até embaixo, por isso que eu lembrei, e embaixo de cada florzinha eu botei o nome de cada componente da nossa equipe, então eu acho que família e equipe têm que ser trabalhado desse jeito. Valorizar o indivíduo [...] não sou só eu, que faço o trabalho, e a família não é só uma pessoa, tem que ter essa coisa dessa identificação da pessoa, é Andréa, é Edinilton, é Gerson, é Nalva, pessoa individualizada e que tá no contexto, e que tem que ser trabalhando junto e em grupo, cada um com a sua personalidade pra

poder se trabalhar, porque família tem que ser trabalhada assim, entendendo a particularidade da pessoa, entendendo o que tá acontecendo. O cuidado é atenção, é ouvir o paciente. Primeiro cuidado de tudo que eu entendo é o ouvir, depois que eu escuto o paciente, aí sim eu vou saber qual o cuidado [...] se você escutou ele, aí você acaba dando toda atenção, todo o cuidado ou a medicação, tudo certo, o que for pra ser feito você observa a partir do ouvir o paciente.

'Solidariedade'

Figura 36: Expressão artística do *ser* - Continuidade

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

[...] é um desafio constante, tá sempre em movimento essa questão do cuidado ao indivíduo-família, até porque, não são seres que estão dissociados, separados, o indivíduo, ele vive em contexto, em grupos, grupos sociais, grupos familiares, e por conta disto se sofre a influência direta ou indiretamente dessas pessoas. [...] tentei retratar neste desenho [...] como se fosse um rio [...] tem o seu curso e está sempre em movimento. [...] as relações com seus afluentes são os atores determinantes de influencia de certa parte. Às vezes tudo azul como pode ser visto, tudo bem, com flores, com árvores saudáveis. Bem, mas com seus desafios também, coisas positivas e coisas negativas que de certa forma atuam nos hábitos de vida, nos hábitos de valores, nas opiniões, por isso é que às vezes, como a gente pode perceber aqui, este afluente teve um fluxo maior e por conta de problemas tá com fluxo menor, reduzido por conta

de dificuldades, digamos assim, que interferem na prestação do cuidado na assistência. O indivíduo por si só, são pessoas que já tem certa vivência, que foi adquirida com os anos, através de anos, às vezes, você como profissional, enquanto equipe de saúde também enfrenta estas dificuldades, por isso é um constante desafio. Às vezes você tem resultados positivos, às vezes não, às vezes você chega ao meio termo [...] mas apesar disso a vida continua o curso mantém-se [...] não é assim fixo, não é eterno ou determinado, [...] sofre mudanças ou influências, mas como o curso do rio deve seguir em frente e a depender da situação deve-se tentar definir melhor estratégias para se prestar um melhor cuidado, o que às vezes se consegue e às vezes não. [...] a gente também deve continuar tentando e continuar seguindo pra tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas e a atuação enquanto a Equipe de Saúde da Família. Não é fácil, não! Até porque, você trabalhar com hábitos de vida, às vezes já enraizados, adquiridos, torna-se um pouco difícil. Hoje em dia tem-se melhorado algumas questões [...] mas, vai ser um desafio constante [...] essa questão não só o indivíduo, mas sim a sua família. Para abordá-la, claro, como pessoa, mas também integrados em determinados grupos e, às vezes, tem uns que precisam de um pouco mais de atenção, um pouco mais de orientação, um pouco mais de cuidado do que outros, porque também, vivem situações diversas, diferentes. Também tem a questão do princípio da equidade que é importante e tá incluso nos princípios do SUS, mas o melhor de tudo é que mantém sempre o curso e a gente sempre tem possibilidade de estar tentando, apesar da seca, apesar das queimadas, apesar da poluição; tentei retratar aqui uma bota, uma lata, aqui nas partes um pouco áridas com rochedos, 'Esperança', que é mandacaru lá da minha terra, mas fazem parte também. Com as dificuldades a gente também tem que se adaptar e tem que crescer [...]. São fatores que favorecem a nossa caminhada e mudanças de estratégias. Mas repito que é um grande desafio enquanto equipe e enquanto profissional.

'Esperança'

Figura 37: Expressão artística do *ser* - A Interação do Cuidado com o Contexto familiar

Como retrato o significado do cuidado ao indivíduo-família

Eu coloquei aqui uma família, e aqui um profissional de saúde, que não tá bem caracterizado, mas quis dizer isso, e eu coloquei o símbolo de igualdade porque quando a gente atende a família, a gente tem que pensar a família como um todo, porque às vezes chega uma mãe, e ela vem pro preventivo, um exemplo, ela traz uma história familiar, às vezes ela é agredida pelo marido, às vezes ela tem problema com o filho, aqui na nossa área mesmo a gente enfrenta muito problema de gravidez na adolescência, de adolescentes usando drogas e aí,a gente tem que pensar a família, o cuidado do indivíduo, a gente tem que tá sempre associando à família. [...] sempre uma história tá interligada a outra, e, a gente nunca dá pra pensar o indivíduo sozinho, ele tá inserido no seu contexto, até mesmo tem família, por exemplo, tem muitos idosos sozinhos, aí ele chegam aqui com aquele monte de remédio, ou então ele não sabe direito, aquele monte de exame, faz o mesmo exame várias vezes não sabe qual é pra fazer, você fica assim, tentando organizar. Então, eu coloquei esse símbolo de igualdade aqui, representando o contexto de interligação que deve ter. A criança com problemas respiratórios, você orienta, orienta, e quando você vai ver a casa tem a questão da higiene, dos cuidados, às vezes é uma criança que não era esperada, ou é uma mãe adolescente que não sabe como lidar, ou então, [...] mora com o padrasto ou mora com a madrasta, foi abandonado [...] a gente acaba percebendo que não é só aquele problema de saúde específico, mas sempre tá interligado com o relacionamento da família como um todo, eu vejo muito dessa forma.

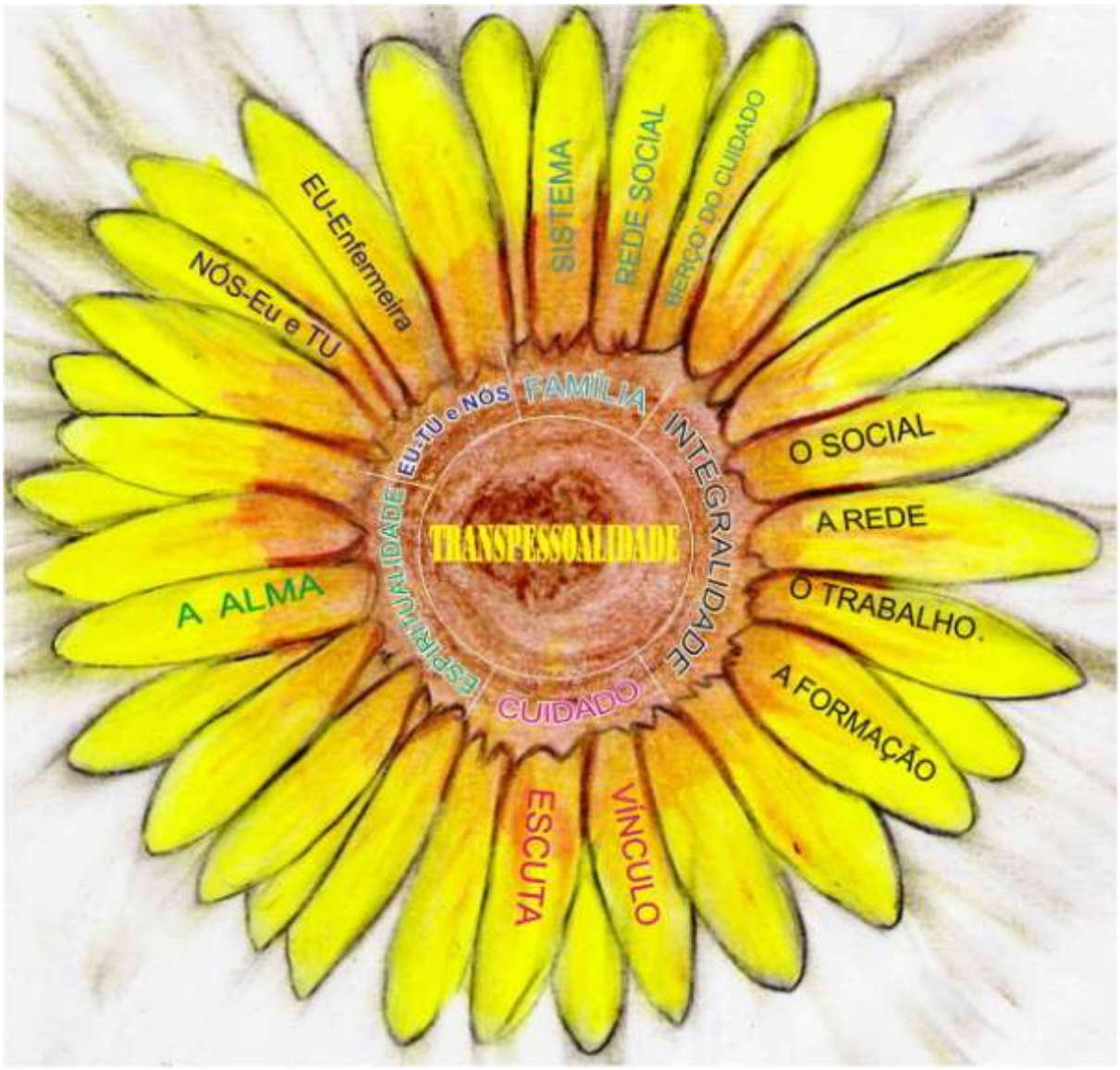
‘*Sensibilidade’*

5.3 O REMOINHAR[2] DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As categorias giraram em torno dos três instrumentos, configurando uma imagem circular recursiva em partes interconectadas, que na compreensão das pesquisadoras convergem para uma figura que alude à imagem de um Girassol, girando na direção da essência do fenômeno estudado, a exemplo, do Girassol seguindo a luz do sol. A redução dos dados oriundos das falas acima explicitadas e daquelas procedentes da entrevista se mostram, dispostas na imagem a seguir.

[2] Remoinhar: Fazer remoinho, mover-se fazendo círculos ou espirais; redemoinhar. Revolutear, dar voltas.

Figura 38: Girassol – O remoinhar das categorias e subcategorias



Designer: Emanuelle Nunes. Sobreposição de texto: Karla Viana & Glauber Barreto

CAPÍTULO VI

Figura 39: Interagindo saberes no cuidado e na pesquisa *Designer*: Bárbara Barreto

Considero pesquisar [...] uma arte e um desafio. A arte de tentar adentrar o universo do outro, ciente de que levo comigo meu próprio universo a misturar-se, nesse caminho, e o desafio de tentar compreender o universo do outro sob uma ótica que não é propriamente do outro mas também não é propriamente minha – uma nova ótica, "nossa" ótica, agora unificada pela experiência compartilhada entre pesquisador e pesquisado.

Cristiana Berthoud

(*In: CERVENY; BERTHOUD 2002, p.173)*

6. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS – TRANSVERSALIZANDO AS NUANCES ENTRE IMAGEM, ARTE E VERBO: A EMERSÃO DA TRANSPESSOALIDADE

Ao olhar para os dados apresentados no capítulo precedente, deparamo-nos com uma feliz pluralidade de expressões dos sujeitos, rica em apresentação e profunda em essência do *ser,* que remete à responsabilidade de dedicar acentuada atenção e desvelo à sua transversalidade. Neste momento, sentimos o compromisso de efervescer a ciência com a transpessoalidade no direcionamento do contexto de cuidado à família, construção que evoca, na nossa compreensão, a habilidade cognitiva de mesclar os dados às Teorias; a sensibilidade de perscrutar a vivência de cada sujeito e ainda, a busca por saberes capazes de iluminar o fenômeno estudado.

Assim sendo, destacamos o *continum* em que se constitui a análise dos dados, iniciada desde o primeiro momento deste estudo, quando delineamos o problema e sua trajetória teórico-metodológica. Salientamos a fundamentação da Revisão de Literatura, do Referencial Teórico e de outros que se possa requerer neste momento como conhecimentos capazes de favorecer a análise e discussão dos resultados, no olhar perscrutando a sua essência.

Buscaremos conduzir esta fase da pesquisa abraçando com a mesma inquietude de outrora a motivação para compreender o que foi encontrado no *lócus* da investigação. Neste direcionamento, enxergamos a necessidade de interagir os dados originados das multitécnicas: dinâmica dos espelhos, expressão artística e entrevista, emaranhados na vivência de cada enfermeira, não podendo ser separados, visto sua totalidade na práxis do profissional.

Seguiremos os eixos organizados a partir da redução metodológica da entrevista, pois estes envolvem todas as nuances enunciadas nos demais instrumentos, entrelaçando-os um a um, num fluxo dinâmico, originando o discurso interpretativo. Destacamos o uso da nomenclatura metafórica alusiva à flor Girassol, que virá substituir a palavra ‘categoria’ por ‘*semente*’ e ‘subcategoria’ por *‘fruto’* no decorrer deste estudo.

6.1 ‘*SEMENTE*’ I – FAMÍLIA: OLHARES MULTIVERSOS À SUA COMPLEXIDADE

A primeira ‘*semente*’ originada neste estudo delineia a compreensão de família que as enfermeiras da ESF possuem. Esta, vinda de suas vivências e experiências nas diferentes situações profissionais e nas próprias elaborações individuais, envolve sentimento de pertença familiar e denota características de valores únicos, alicerçados na valorização das relações humanas.

Começar por esta ‘*semente*’ possui um sentido crucial no caminhar para desvelar a transpessoalidade na práxis de enfermagem. Ao revelar os olhares destes sujeitos, seres de historicidade e afeto, oportunizamos a emersão de valores ontológicos destes cuidadores. O que eles são, o que fazem, o que pensam, o que mostram, nascem de sua interioridade, que se formou pelo seu contato familiar com o outro, ao se perceberem acompanhados no mundo, afiliados a outrem, aquecidos/estimulados por sentimentos relacionais. O aprendizado desenvolvido nesta convivência-ambiência é que transluz no *ser* corpo-mente-alma – transpessoalidade.

A família representa então o primeiro “feixe luminoso” de reflexão e atuação para a práxis de cuidado intersubjetivo, significando um universo complexo e sensível gerador da transpessoalidade através das inter-relações entre seus membros, de onde provém a sua mais valorosa importância social – a formação dos seus sujeitos.

Acerca disto, a família é considerada como primeiro ambiente de socialização do homem, possuindo seu significado resultante das relações socioculturais estabelecidas a partir da vivência pessoal e grupal de cada indivíduo (CANEVACCI, 1987). Logo, ao olhar para o dinamismo sociocultural da família, depreende-se que, ao longo da evolução das relações humanas, esta se diferencia e novos significados lhe são atribuídos.

Originalmente, o vínculo mais importante da família residia no compromisso de proteção e lealdade (Idade Média; Séc. XV), modificando-se com o tempo a uma construção contemporânea em processo evolutivo (SLUSKI, 1997). Na atualidade, a

compreensão do significado de família depara-se para além dos arquétipos[3] pessoais a infinitas reformulações teóricas, das quais se destaca a óptica sistêmica, fundamento teórico deste estudo, na epistemologia de sua globalidade como embasamento da compreensão da família em sua complexidade. Diante disto, percebemos a *multiversidade* de olhares trazidos pelas enfermeiras neste estudo, ao se depararem com a reflexão sobre o significado de cuidar da família em sua transpessoalidade.

A eleição de diversas elaborações acerca de família consiste numa característica peculiar à temática estudada por sua complexidade intersubjetiva. Por isso esta '*semente*' foi designada: 'Família: olhares *multiversos* à sua complexidade', envolvendo percepções compatíveis com três '*frutos*': *"Sistema onde o todo é maior que a soma das partes: as inter-relações"; "O contexto de inserção – rede social extensa" e "'Berço' do cuidado humano: função social inerente ou imposta?".*

6.1.1 '*Fruto'* I de FAMÍLIA – Sistema onde o todo é maior que a soma das partes: as inter-relações

> *[...] todo ser humano [...] ele não tem como se dissociar da questão do grupo familiar, ele tem um perfil, a sua personalidade, junto com os outros componentes da família [...] a família deve se entender, se compreender de forma um ajudar o outro [...] ('Conhecimento').*

A fala que faz abertura deste eixo saltou em representatividade à compreensão de 'todo' e 'parte', à luz do Pensamento Sistêmico, de maneira que tomou para si a licença de fazer a apresentação deste *'fruto'*.

Com esta licença, segue-se a caminhar na compreensão sistêmica, na qual o discurso de '*Conhecimento*' encontra ressonância em Silva, Gonçalves e Costa (2006), ao afirmarem ser a família uma unidade complexa, conjunto articulado de seres

[3] Segundo Jung (2006), os arquétipos representam a estrutura individual inata da psique, a qual denominou de *"inconsciente coletivo"*. Remete à compreensão do ser humano em suas dimensões biopsicosocioespirituais, entendendo o mesmo enquanto ser dotado de complexidade, circunscrito em tempo e espaço, mas não delimitado apenas pelo contexto atual, mas trazendo em seu corpo, mente, psique e espírito uma herança comum que mostra-se no inconsciente coletivo sob a forma de imagens arquetípicas que interferem na visão de mundo e na interação intersubjetiva com o outro.

humanos que detém especificidades influenciando o todo e sofrendo influência deste, numa inter-relação contínua, responsável pela construção do "sistema familiar", de seus valores sociais, conceitos, saberes e saúde.

Assim, a assertiva de que a personalidade existe *junto com os outros componentes da família* expressa uma leitura sistêmica de família. Andolfi, Menghi e Nicolò-Corigliano (1984) destacam ser ainda a família um organismo ativo em busca da transformação continuada para o seu crescimento e diferenciação de seus membros. Esta dinâmica se desenvolve pelas interações que apontam necessidades de novas adaptações em prol da construção da base do sistema. As relações determinam a diferenciação de um no outro, a partir das novas formulações que cada um assume, gerando a oportunidade de desenvolver capacidades para a convivência e completude do sistema em que se inserem, ou seja, a família.

Minuchin (1982) acrescenta que família designa a matriz identitária de cada ser, atribuindo a ela a responsabilidade e condição de formar cidadãos, ou seja, de alicerçar os sujeitos para a vida de adaptações e evoluções necessárias à sua inserção social. A família representa o cerne da personalidade e do comportamento humano, o arcabouço de transmissão de cultura, valores e ética que definem o desenvolvimento psicossocial de seus membros. "A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais" (p.57).

A compreensão da estrutura multidimensional que o sistema familiar confere aos seus integrantes revela a subjetividade presente na expectativa que cada *ser* denota à sua família. Sentimento de pertença que perpassa diretamente pela afetividade e segurança atribuída culturalmente à família. A interação sistêmica decorre deste vínculo intersubjetivo e interdependente que liga as pessoas numa 'química' vivencial segura, respeitada e reconhecida chamada família, assim identificada pelos sujeitos deste estudo.

> *A família é a base de tudo, né? Nela é que se encontra o apoio emocional, se encontra o apoio físico também, eu entendo assim, os filhos em relação aos pais, os pais em relação aos filhos, então é um núcleo, é como a célula de tudo, através da família que a gente pode compreender muita coisa, que o*

> *indivíduo passa, se tá bem, se tem uma família bem estruturada, se ele não está bem, o porquê disto? [...] a gente encontra dentro dessa questão da família muitos transtornos provenientes de desajustes, né? Conflitos familiares.* (*'Assistência'*)

> *[...] não é só as pessoas com quem convive, é a maneira que você é tratado, que você é criado, que você começa a ver o amor, mutuamente (pausa de voz) as relações interpessoais começam na família e é isso que vai direcionar.* (*'Conforto'*)

A influência familiar através da sua 'atmosfera' relacional é uma constatação presente nas falas acima. Elas se referem à junção das "invisíveis partículas", ou seja, do elo de 'ser da família', fato concreto, alicerce do desenvolvimento de seus membros que imprime neles marcas tanto positivas como negativas. Estas, desencadeadoras de instabilidade que potencializam o desenvolvimento pessoal e reflete no outro. À luz de nossa compreensão, um processo de reflexão que encontrou validação neste estudo na dinâmica dos espelhos.

Watson, em sua obra, apropria-se em certo momento do pensamento holográfico, o sistêmico, descrito por ela como aquele que considera o homem como um ser quântico, um sistema aberto, envolvido em trocas constantes de energia e padrões de consciência que em sua dinâmica vivencial vai se formando na fusão com partes do outro significativo, irradiando subjetividade que se *corporiza* no fundamento da sua existência.

Esta compreensão converge com a ideia dos sujeitos do estudo, referente à geração de modos de ser e de estar no mundo a partir do processo relacional do viver familiar corporificado. Ao trazerem expressões como: *é como a célula de tudo*, os sujeitos nos remetem a pensar neste sistema (família) como espaço original de relacionamento, aprendizado e amor. Neste sentido, fazemos analogia ao 'casulo', por este significar um espaço inicial, tal como a família, capaz de favorecer o amadurecimento e o renascer para abertura com o mundo.

O ser humano, comparativamente à borboleta no processo de metamorfose, evolui estabelecendo seus primeiros contatos com a sua família, 'casulo', nas condições que esta lhe oferece, ou seja, *a maneira que você é tratado, que você é criado, que você começa a ver o amor* (*'Conforto'*). Todavia, o ser humano difere da

borboleta porque experimenta um constante ir e vir ao casulo, estabelecendo contato com novas formas de enxergar a realidade, mas que passam por sua raiz – gênese sociocultural e de pertença familiar –, presente nos laços e costumes adquiridos, por vezes ressignificados pelo vínculo da familiaridade vivenciada na intimidade com o casulo.

Este processo é permeado por dimensões significativas de interação, como: contatos corporais, linguagem, comunicação, relação interpessoal, afetividade profunda vivencial, filiação, sexualidade, fraternidade, trama de emoções e sentimentos positivos e negativos, os quais, na sua elaboração, vão dando corpo ao ser transpessoal, conforme afirma Alarcão (2006).

Ausloos (2003, p.49) infere a transcendência do conceito de sistema para além de "um conjunto de elementos em interação", incluindo, ao olhar para a família, a função de evolução no tempo. Pressupõe a historicidade vivenciada e escrita ao longo do tempo no sistema familiar com múltiplas vivências compartilhadas que funcionam em *feedbacks* positivos ou negativos na dinamicidade deste sistema.

As transmissões intrafamiliares de problemas e desafios serão sempre circulares recursivas, mas nem sempre superadas por todos, podendo eclodir desajustes. O sistema buscará sempre uma (re) organização na busca por papéis que se mesclam para compor uma totalidade recursiva e flexível. Neste sentido, destacam-se comportamentos capazes de promover adaptabilidade e garantir a função de base social e individual que a família exerce. Outros discursos confirmam esta articulação, evidenciando a noção de totalidade e inter-relação dos membros familiares, convergindo para a compreensão dos princípios integradores, como a seguir:

> *[...] é o indivíduo que tá num contexto, no conjunto [...] transpessoalidade é a família tentar se resolver no sentido de grupo, né? Resolver os seus problemas dentro das suas possibilidades e dentro das suas particularidades (pausa de voz) [...], por exemplo, a minha família, meu pai e minha mãe; tenho coisas de pai, tenho coisas de mãe, mas tenho a minha personalidade [...] mas que dentro do meu contexto família vamos ter bom senso de tá tentando resolver [...] o que é ser família? É tentar entender os outros [...]é esse desenrolar que um cede de um lado outro cede de outro pras coisas poderem caminhar.* (*'Solidariedade'*)

É percebida na fala a classificação de papéis sociais, pai, mãe, filho,

correlacionada de forma a organizar o sistema hierarquicamente, para enfrentar os problemas por meio da flexibilização comportamental do grupo no contexto da globalidade, mas também de forma individual, ou seja, na inteireza do ser e transpessoalidade compartilhada no âmago da *con*-vivência familiar, entre todo e partes. Alarcão (2006) afirma por não nascer de geração espontânea, a pessoa não vive isolada, mas, persiste na trama relacional que lhe permitirá ganhar forma e identidade. Deste modo, as interações intergeracionais permitem ao ser "saber o que pode esperar de si próprio, o que podem os outros esperar dele e o que pode ele esperar dos restantes" (p.43).

Essas interações transpessoais na família incidem sobre a sua totalidade, e são enunciadas pelos sujeitos deste estudo, expresso nas falas seguintes:

> *Eu compreendo a família relacionada ao ambiente que ela vive [...] o problema de um integrante da família ele acaba afetando os outros e isso aí gera a maioria dos problemas de saúde que a gente encontra [...]. ('Sensibilidade')*

> *É a base da formação, até da personalidade de cada um com as suas diferenças entre uns e outros. [...] a depender de como a família vê o indivíduo (pausa de voz), as relações interpessoais [...] dependem muito do contexto da família, a parte psicológica, emocional também [...], a parte física [...] tudo isso de cada indivíduo vai interferir no outro também. [...].* (*'Conforto'*)

A percepção dos sujeitos representada acima mostra que eles compreendem que qualquer evento enfrentado por um membro repercutirá em toda a família, alertando para a necessidade de contextualizar e conhecer as relações dos indivíduos adoecidos cuidados por eles. Essa totalidade do sistema se afunila também na totalidade de cada ser que o compõe, remetendo à transpessoalidade. *'Conforto'* articula em sua fala a multidimensionalidade do ser, o físico, o psicológico e o emocional como produtos da convivência sistêmica da família, e amplia sua interpretação para a recursividade que permeia estas relações ao inferir: *[...] tudo isso de cada indivíduo vai interferir no outro também.*

Wright e Leahey (2008) destacam a complexidade do indivíduo, alertando para os seus subsistemas pessoais enxergados por *'Conforto'*: "[...] sistemas físicos (por

exemplo, cardiovascular e reprodutivo) ou psicológicos (por exemplo, cognitivo, afetivo e comportamental) [...]" (p. 22). Estas estudiosas da intervenção familiar admitem assim o fundamento da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2002a), que considera o ser como corpo-mente-alma. Watson também converge com o Pensamento Sistêmico ao afirmar em sua obra: "O homem é mais do que apenas a soma de suas partes" (p.29).

Ao encontro desse diálogo, *'Amor'* afirma:

> *[...] muitas vezes a gente descobre alguns problemas no indivíduo e que o foco não é somente o indivíduo isoladamente, o problema vem da família, dos hábitos familiares, das crenças da família, do comportamento, da vivência na família. Então, sempre que a gente compreende a família e pensa no indivíduo a gente pensa como está a família, quem é seu pai, quem é sua mãe, a gente começa a ver o cartão da família, quantas pessoas tem na casa, [...] questões financeiras, relacionamentos, agressões, seja lá o que for, né? ('Amor')*

No discurso acima, observamos a repercussão de problemas coletivos no indivíduo, admitindo, assim, sua circularidade nos componentes da família, num emaranhado de relações. Os elementos que circulam o sistema familiar se difundem pelo afeto, vínculo, partilha de espaço-tempo, mazelas ou conquistas, levando à característica de manifestação de sintoma individual que foi desencadeado por um problema coletivo. Esta compreensão, segundo Mello Filho (2002), incide numa espécie de "bode expiratório" da família, que se torna o canal para o afloramento de problemas familiares não resolvidos, configurando um evento somático e que se relaciona à mente do indivíduo interagindo com a família.

A fusão corpo-mente-alma mostra-se novamente pela manifestação, no físico, de desajustes absorvidos emocionalmente e processados na psique, revelando a importância no alcance da transpessoalidade para o cuidado.

Na revisão de literatura deste estudo foi observada, a partir do trabalho de Milani, Rodrigues e Vicente (2006), a constatação de que o ambiente familiar interage sobre o psiquismo dos indivíduos, podendo gerar um fenômeno interno, fruto do processo interpessoal, emergindo a doença individual em detrimento do coletivo (ambiente familiar) perturbado, situação que foi percebida pelos sujeitos deste estudo

quando em suas falas demonstram a ampliação do seu olhar para além da pessoa sintomática, como ressaltado por *'Amor'*, e também verificado na técnica da expressão artística do ser, desenvolvida neste estudo.

Esta circularidade de informações gerada na família assume a responsabilidade de suas reações, modificações e reorganizações, enquanto sistema. Os eventos capazes de promover este aporte potencialmente transformador, seja no aspecto positivo ou negativo, podem ser observados abaixo, quando os sujeitos do estudo fazem articulação entre o desenvolvimento da família e a transmissão intergeracional de saberes e valores culturais, que podem causar "(de) formações" nos papéis, conforme se observa abaixo:

> *A base familiar, os ancestrais, os avós, tem um vínculo bom, positivo? Como é que foi a questão da mãe hoje com os filhos, ela não está sendo um reflexo do que a mãe foi para com ela? [...].* (*'Assistência'*)

> *[...] é a base, apoio (pausa de voz), a depender de como é essa base, de como é essa família, é que o indivíduo vai poder se desenvolver das mais variadas formas. [...] o aspecto cultural que vem dos valores, dos tabus e tudo aquilo que envolve a própria criação da pessoa, né? É a vida dela em si como ela vive hoje.* (*'Conforto'*)

Neste sentido, observamos a importância do processo vivencial geracional confluindo nos descendentes. Cada atitude de um membro origina adaptações e mudanças no comportamento dos demais, delineando um processo de comunicação processual elaborada pelo ser, com o fim de se fazer entendido pelos demais.

Diante do exposto, a fala abaixo reúne a compreensão de família na valorização de sua complexidade e inteireza, e expressa a dimensão integradora que envolve as abordagens sistêmica e transpessoal:

> *[...] eu vejo a família neste sentido, o ponto de apoio pro indivíduo, e como sendo indispensável pra essa transpessoalidade [...] algo maior do que só o contexto indivíduo – indivíduo, algo maior que ultrapassa esse contato [...] a família seria isso [...].* (*'Amor'*)

A inteireza, referida como não somatividade por Silva L. (2007), pressupondo a

presença da interação, é descrita nesta fala ao se referir a "algo maior" do que um simples contato, ou seja, maior do que partes somadas, um todo que possui transpessoalidade em suas relações, corpos-mentes-almas em interação.

Demo (2009) ratifica que as partes fora do contexto do todo somente seriam átomos isolados, alertando para as limitações da 'soma', termo incompleto e apenas analítico, o qual deve ser substituído, neste contexto, por 'organização' palavra capaz de conferir a ambiguidade e o mistério que perpassa, na nossa interpretação, pelas relações transpessoais da família. Para ele, a organização confere ao todo características não encontradas nos componentes isolados, o que traduz um ponto forte do sistemismo: um todo inter-relacionado que organiza as partes.

Deste modo, os princípios integradores correlacionados acima traduzem a percepção que as profissionais enfermeiras, sujeitos deste estudo, possuem de família. Um universo inteiro que remete à titulação deste *'fruto'*: "Sistema onde o todo é maior que a soma das partes", o qual encontra confirmação na transversalidade com a descrição dos desenhos feitos, conferindo maior expressividade/validade, como podemos observar abaixo:

> *[...] a gente tem que ver o todo [...] em que contexto tá essa família, se é uma família bem estruturada, se existe um vínculo afetivo entre eles [...] não vejo o indivíduo sozinho como o corpo dele [...] tem que ter um olhar ampliado, não só em relação à patologia, mas todos os fatores que influenciam no bem estar do indivíduo. ('Assistência')* ***Desenho - A Saúde no contexto da família***

> *[...] não são seres dissociados, separados, o indivíduo, ele vive em contexto, [...] e por conta disto se sofre a influência direta ou indiretamente dessas pessoas. [...] ('Esperança')* ***Desenho - Continuidade***

Neste entendimento, a família foi enunciada como um todo organizado em interação dinâmica entre si (partes) e com o contexto (meio). Inter-relações que, percebidas pelas enfermeiras, desvelam para eles a necessidade de abordarem este universo de cuidados de maneira diferenciada. Nesta perspectiva, o Pensamento Sistêmico proporciona a abordagem integral da realidade familiar ao elucidar o cuidado voltado para partes que se contextualizam no todo.

Para Watson (2002a), o processo de convívio intersubjetivo mantém vivo o

senso comum de humanidade por meio da identificação de si no outro (convívio íntimo), através da qual cada um se descobre e manifesta seu humanismo no reflexo do outro, conferindo à enfermagem a função de cuidar da totalidade e inteireza da personalidade humana.

Portanto, o cuidado à família em sua complexidade constitui-se numa questão ainda a ser aperfeiçoada no cotidiano do cuidar, embora os profissionais sujeitos deste estudo já aludam em suas falas expressões desta forma de cuidar.

Assim, a implementação de ações que alcancem este sistema na sua totalidade de inter-relações intra e extra-familiares continua sendo um desafio para a enfermagem no espaço da ESF, apontando ainda para nova 'germinação' que se mostra no '*fruto*' seguinte no direcionamento de desenovelar esta '*semente*'.

6.1.2 '*Fruto*' II de FAMÍLIA – O contexto de inserção – rede social extensa

A família, como sistema, está inserida num contexto, rede extensa de relações sociais, com a qual estabelece trocas, firmando sua inserção no universo proximal, sofrendo influência deste de maneira determinante para o seu processo saúde-doença-cuidado.

As pessoas vivem em redes múltiplas complexas e em evolução, como traz Sluski (1997, p. 41), um nicho social que contribui substancialmente para o próprio reconhecimento como sujeito e para a autoimagem do ser. O autor traz que "A rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade".

Cada rede social se constrói por atributos de vínculo importantes para a compreensão de seu significado para o sistema familiar, características referentes à sua estrutura e função. Quanto à estrutura, ela envolve tamanho, densidade, composição e outros aspectos que vão lhe dando forma e significado no âmago familiar. Em relação à função, a rede pode significar uma companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e de conselhos; regulação social; ajuda material ou somente acesso a novos

contatos. Quanto aos atributos do vínculo, abarca a multidimensionalidade, função predominante, reciprocidade, intensidade, frequência de contatos e história do seu desenvolvimento (SLUSKI, 1997).

Assim, a rede representa a extensão do sistema familiar, podendo significar apoio ou instabilidade ao viver e conviver com ela. As relações de cuidar da família sempre estarão relacionadas ao seu suporte social, às pessoas (vizinhos, amigos); instituições (ESF, igreja, escola); grupos (cooperativas, grupos religiosos, de afinidades); profissionais (trabalho formal e informal), entre outros. No cotidiano familiar são formados muitos contatos indissociáveis ao viver da família, pois esta não nasce sozinha, não vive isolada e, portanto, demanda um cuidado contextualizado, assim enunciado pelas observações das profissionais enfermeiras às famílias sobre seus cuidados na ESF.

> *Então tem o contexto social, tem o contexto pessoal [...] o social é a parte que está fora da família que às vezes é a sociedade que tá ali, a família tá sempre integrada no social (pausa de voz), a família não vive sozinha, precisa, por exemplo, da educação [...] de ir ao mercado, eu preciso ir numa escola, eu preciso pagar conta, eu preciso, então quando você se interage com o mundo a gente já tá no social.* (*'Solidariedade'*)
>
> *[...] a casa, que pra mim é o que representa a família, o lugar onde ela vive (pausa de voz) não só a casa, mas o lar, o bairro onde ela mora, a comunidade, a vida em comunidade.* (*'Conforto'*) **Desenho - A Ponte do Cuidado**
>
> *A escolaridade é um ponto importante, a questão do emprego, dos vínculos, da renda familiar é importante, entra a questão dessa família. Ela tem acesso ao lazer? Ela tem como ter diversão? [...] Essa família, ela vive sob stress? Vive sob pressão [...] tá vulnerável à violência? Como é que tá a condição de moradia, ela vive num ambiente confortável ou não? [...]* (*'Assistência'*)

Os sujeitos abordam em seus discursos a inserção social familiar de forma natural. *'Solidariedade'* enfatiza as relações extrafamiliares. Ela repete seguidamente: *a família [...] precisa [...] eu preciso ir [...] preciso de [...] eu preciso [...]tá no social*. Ela destaca a necessidade de se inserir, fazer contatos, de viver em sociedade. Sua fala enlaça o contexto, envolvendo o sistema de saúde, a família e sua rede social, compondo o suprassistema, o que se confirma em *'Conforto'* ao referir: *[...] o que*

representa a família [...] não é só a casa, mas [...] a vida em comunidade. Tais questões foram enunciadas pela totalidade dos sujeitos deste estudo, numa concepção que encontra respaldo na literatura sobre rede social, pela necessidade do ser de estar conectado ao meio.

Estas inter-relações, entretanto, geram nos indivíduos condutas e papéis moldados em função da sobrevivência neste contexto. A este respeito *'Assistência'* traz a preocupação sobre a vulnerabilidade e violência vividas pelas famílias, desestruturando o sistema familiar no seu processo de viver bem e de buscar melhor espaço de inserção na sociedade.

Tal influência relacional no funcionamento da família foi discutida por Galera e Luis (2002), autores que fizeram referência à necessidade de conhecer a rede de relação de cada subsistema familiar mãe e filho, casal, irmãos, entre outros, e do suprassistema composto pelos vizinhos, organizações, igreja, instituições de saúde, escola e outros, também verificada na preocupação demonstrada pelos sujeitos deste estudo.

Deste modo, reconhece-se a família como um sistema aberto que se relaciona e troca energia com o ambiente, como já afirmava Bertalanffy (1977), permitindo o crescimento e desenvolvimento de seus elementos. Assim, a partir das interações e historicidade os acontecimentos externos contribuem internamente na dinamicidade do sistema familiar e no seu processo inter-relacional.

A família, que coevolui nesta relação, se autorregula quanto à sua abertura ao 'mundo' exterior, ora fechando-se, ora abrindo-se, alternando movimentos centrípetos e centrífugo, guiados pelas suas necessidades. Trata-se de uma gestão da informação recebida-emitida que direciona a família à sua auto-organização sistêmica (ALARCÃO, 2006).

Esta compreensão pode ser observada entre os sujeitos do estudo que, ao refletirem sobre si olhando para a reflexão de sua imagem, construíram desenhos que subjetivaram a vivência da família, suas crenças e valores de criação e transmissão geracional, e ainda a validação desta como constructo emocional do ser no contato com o mundo. Assim, a criança aprende no meio familiar no qual está inserida, e assim, admira sua sabedoria, confia, devota e resiste a saberes contraditórios a estes,

uma vez que o ambiente externo conflui para vicissitudes nascidas de sua transpessoalidade. Por isso, a relação subsistema/sistema/suprassistema determina-se pela vinculação da família com aqueles com quem ela se identifica e se envolve.

Esta associação afetiva é vista na fala abaixo:

> *[...] a partir dessas diferenças ou semelhanças é que vão entendendo essas relações de laços afetivos e as relações dessas famílias com outras pessoas ou outros grupos, né?* (*'Esperança'*)

Deste modo, evidencia-se a necessidade de pensar transpessoalmente as interações que as famílias estabelecem com o meio, exercício que requer um conhecimento detalhado da complexidade humana, ao percebermos o homem como: multidimensional (corpo-mente-alma); sistêmico (todo que se forma pelas inter-relações de suas partes/componentes); psicológico (emocional e racional); quântico (intelectual, mental e físico); total (biopsicossocial, cultural e espiritual); cuidado (amor, compaixão e generosidade de espírito) e intersubjetivo (psicoemocional, espiritual, sensível, comunicativo) – Transpessoal.

Sob a óptica da intersubjetividade entre família e sua rede, encontramos a função que as une em complementaridade, o apoio mútuo. A percepção da rede social e sua importância confirma-se ainda em outras descrições, nos desenhos desenvolvidos pelos sujeitos do estudo, no qual articulam-se contexto e cuidado:

> *[...] a gente tem que ver o todo [...] em que contexto tá essa família [...]tem que ter um olhar ampliado, não só em relação à patologia, mas todos os fatores que influenciam no bem estar do indivíduo. ('Assistência')* **Desenho - A Saúde no contexto da família**

> *[...] o indivíduo, ele vive em contexto, [...] e por conta disto se sofre a influência direta ou indiretamente dessas pessoas. [...] um rio [...] tem o seu curso e está sempre em movimento. [...] sofre mudanças ou influências, mas como o curso do rio deve seguir em frente e a depender da situação deve-se tentar definir melhor estratégias [...] a gente também deve continuar tentando e continuar seguindo pra tentar melhorar a qualidade de vida das pessoas e a atuação enquanto a Equipe de Saúde da Família. [...] vai ser um desafio constante.* (*'Esperança'*) **Desenho - Continuidade**

As expressões acima demonstram que a experiência de *'Esperança'* aponta para a necessidade de enxergar o todo onde se insere o sujeito-família para um

planejamento diferenciado de cuidados, assumindo a responsabilidade da construção do cuidado ao sistema familiar.

Neste contexto, a enfermagem desponta com suas potencialidades numa práxis capaz de transcender a fundamentação técnica à ação responsável pelo crescimento de quem é cuidado e de quem cuida. A fala que enlaça a '*Continuidade'* expressa significativamente as vicissitudes que permeiam a atuação da enfermagem, enunciando a contextualização relacional como elemento fundamental para a compreensão do cuidador acerca do processo saúde-doença vivenciado pelas famílias com as quais ele interage.

Esta interação, sendo efetiva no cuidado em sua totalidade, ou seja, envolvendo a história, origem, identidade, inserção e ambientação do *ser*, nos faz compreender que o ato de cuidar requer o interesse pela transpessoalidade e complexidade que abrange sujeito-família-sociedade, seguindo estratégias capazes de melhorar a realidade das famílias na ESF.

O profissional, então, deve ser capaz de perceber a multicausalidade do processo saúde-doença, que inclui fatores físicos, mentais e sociais, individuais e coletivos (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003), visualizando o contexto que permeia e circunscreve o indivíduo e família, etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente (CHRISTOFFEL, PACHECO; REIS, 2008). Compreensão que converge com o que Sluski pontua em dois trechos de seus estudos sobre a rede social:

> "[…] uma rede social estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização dos serviços de saúde, acelera o processo de cura e aumenta a sobrevida […]" (SLUZKI, 1997, p.67)

Ainda segundo o autor, existimos porque existe alguém, ou ainda, existimos para alguma coisa, "o que por sua vez outorga sentido e estimula a manter as práticas de cuidado da saúde e em última instância, a continuar vivendo" (SLUSKI, 1997, p.75).

Esta relação de interdependência que se fez revelar nesta subcategoria amplia-se, fazendo emergir o terceiro '*fruto*' desta '*semente*', que traz o emaranhado das funções

socialmente constituídas e questionadas acerca do cuidado humano familiar, sendo este intitulado: ‘Berço’ do cuidado humano: função social inerente ou imposta?

6.1.3 ‘*Fruto*’ III de FAMÍLIA – ‘Berço’ do cuidado humano: função social inerente ou imposta?

A família, como ‘berço’ do cuidado humano, emerge neste estudo no enlace das expectativas que as enfermeiras demonstram sobre seu papel e valor para o cuidado humano.

Neste sentido, as percepções das enfermeiras sobre a compreensão de família estruturaram-se na busca por responder às questões implícitas na interpretação dos sujeitos: o que a família significa para seus membros? Para que ela serve? O que ela faz? Que papéis assume no seu desenvolvimento? Questionamentos presentes nas reflexões destas enfermeiras (os) que aludiram o cuidado à família, admitindo-o como elemento amalgamado com esta, partes de um mesmo todo. Neste contexto, estes profissionais perceberam a família como corresponsável pelo cuidado de si, alicerce de desenvolvimento e interação com o ‘mundo’, como se pode observar nas falas abaixo:

> *Nós somos o Programa de Saúde da Família e a família como centro da atenção é corresponsável pelo indivíduo doente ou saudável [...]* (*‘Amor’*)

> *[...] a depender do contexto da família aquela pessoa vai se desenvolver, [...] o início de tudo conta muito, então a família não é só as pessoas com quem convive, é a maneira que você é tratado, que você é criado, que você começa a ver o amor mutuamente (pausa de voz) [...] é a base da formação até da personalidade de cada um [...] o cuidado da família, pra mim é primordial porque ele vai ajudar a desenvolver tanto a parte física como a parte emocional, as relações interpessoais.* (*‘Conforto’*)

Estas falas expressam o entendimento que as enfermeiras trazem – família como berço do cuidado humano –, referida como *lócus* primário de desvelo ao humano, o elemento responsável pela construção de laços cuidativos firmados no amor e nos sentimentos de respeito, gratidão e proteção gerados nos subsistemas de forma

recursiva, ou seja, ao sentir-se cuidado, passa então a cuidar uns dos outros de maneira responsável, sobretudo nos momentos de desvio de saúde.

Ao referir *[...] o cuidado da família, pra mim, é primordial porque ele vai ajudar a desenvolver tanto a parte física como a parte emocional, 'Conforto'* expressa a relação com o significado pessoal que possui na sua interioridade acerca da função do cuidado da família. Ela estende este cuidado para além das necessidades emocionais. O pronome 'mim' manifesta a subjetividade inerente à própria vivência-experiência de desenvolvimento de sua transpessoalidade, o qual ela refere pela expressão *parte física e parte emocional* que, em interação, constituem a totalidade de ser humano e *ser* cuidado.

Num momento anterior, durante a experiência de ver-se diante do espelho – primeira técnica de coleta –, *'Conforto'* expressou o mesmo pensar referente ao desenvolvimento de si através de outras pessoas.

> *À medida que o tempo foi passando, eu fui me descobrindo melhor, tanto através de mim mesma com o espelho como através das outras pessoas (pausa) [...] eu acho que posso ser melhor do que algumas pessoas, e melhor do que a maneira que elas me veem [...] eu acho que eu posso melhorar muito e conversando com meus espelhos, eu já vi muito isso.* (*'Conforto'* – **Dinâmica dos espelhos**)

Nesta interpretação, a família pode ser comparada ao espelho. Ela funciona como uma superfície que reflete e conduz seus modos de ser e viver por meio da apreensão e julgamento dos reflexos e atitudes dos seus subsistemas em sua relação intrafamiliar. O sistema reage mostrando erros e acertos, numa instabilidade permeada pelo cuidado de si e de seus membros em sua interação frente ao mundo. Numa metáfora, compreendemos que o feixe de luz, ao refletir sobre a superfície translúcida, irradia seus raios, como no sistema familiar.

Deste modo, aludem-se aqui outras inferências dos sujeitos, originárias do momento da Dinâmica dos espelhos, nas quais estes expressaram percepções do significado da própria vida e convivência familiar:

> *[...] sinto ter que abrir mão de estar com a família, esposa, filhos [...] que é extremamente importante, mas espero que seja breve né? (Referindo-se à jornada de trabalho) [...]. (‘Esperança’ –* **Dinâmica dos espelhos**)

> *No campo de trabalho uma profissional com compromisso. No campo pessoal feliz [...] estou esperando o 2º filho. (‘Conhecimento’ –* **Dinâmica dos espelhos**)

Estas falas expressam sentimentos de valor que a família assume no cuidado de seus membros. Na primeira fala, o pai de família lamenta ter que se abster de cuidar de sua casa como gostaria, devido à ampla jornada de trabalho, conciliada entre plantões noturnos e ESF, ao tempo em que também gostaria de receber cuidados – relação intersubjetiva. Na segunda fala, a profissional mostra-se satisfeita e realizada pelo estado gestacional, expressando a sua expectativa pela oportunidade de *ser* mãe cuidadora.

Ambas as falas endossam, assim, a importância atribuída por estes profissionais ao cuidado da família. Na sua compreensão, esta representa a essência do cuidado humano, destacada em sua função de apoio, proteção e amor aos seus membros. Tais funções assentam-se na responsabilidade atribuída ao sistema familiar, no entendimento de que se espera sempre da família o suporte à situação de enfrentamento adverso, numa atitude de solidariedade incondicional de uns para com os outros.

Tal expectativa enlaça a experiência do *ser* sobre a família, como enunciado nas falas supracitadas, não só na visualização do território de inserção da enfermeira na ESF, mas na sua vivência própria de pertencer a um sistema de solidariedade e ajuda mútua. Esta peculiaridade é direcionada pela natureza, ou seja, pelo instinto da família em cuidar e ser o suporte de cuidado de seus subsistemas.

Todavia, o cuidado não representa apenas uma resposta às necessidades vitais de sobrevivência, mas exprime a interação intrafamiliar e com o mundo de interações sociais, de cultura e padrões que impõem responsabilidade um com o outro.

Collière (1999) propaga que encontramos o significado do cuidado originalmente percebido na vivência da família. Nesta, a mulher se destaca como arquétipo da maternidade, o que pode ser assumido por todos os membros, não se

restringindo à mãe. Os papéis certamente encontrarão variância entre os tipos de família, sendo firmados na dinâmica do relacionamento de cada uma delas. Deste modo, o cuidado circula entre todos, podendo estar manifesto e assumido em uns e noutros não. Revela-se assim seu caráter subjetivo.

Boff (1999) também se refere à mulher-mãe-avó (arquétipo feminino, grifo nosso). Destaca que, através da mãe, cada um aprende a ser mãe de si mesmo, cuidar-se: corpo, psique e espírito, para além da função como modo-de-ser. Noutras palavras, forma-se um ser de cuidado para consigo e para com o outro. Deste modo, o cuidado esperado da família incide sobre a sua compreensão ontológica que o apreende como elemento vivido e estruturado no ser, que não se constitui de qualidade ou adjetivo, mas de essência e verbo. Na concepção deste autor "[...] sem cuidado deixamos de ser humanos" (p. 89).

A apreensão deste *ser* humano-cuidado foi enunciada pelos sujeitos deste estudo ao remeterem às ações da convivência familiar, na responsabilidade em que a família assume perante a sociedade para com sua gênese, concepção que se lança sobre a família, deparando-se, por vezes, com conflitos, cobranças, relações de poder, autoritarismo e ideologias culturais construídas na dialética familiar.

Essa percepção mostrou-se no *ser interior* dos sujeitos, como expressam *'Conhecimento'* e *'Assistência'*.

> *[...] o núcleo familiar é onde geram-se as demandas, as necessidades, a educação, a criação, é da família que parte, que a gente espera que aconteça, que parta os princípios de moralidade, de cuidado, de saúde, as orientações, os princípios básicos [...] cada uma tem uma origem diferente, determinada família se preocupa mais com o bem-estar do outro, outras não[...] porém existem aquelas que cuidam até o final, até onde se esgotam todas as oportunidades[...]* (*'Conhecimento'*)
>
> *Este contexto representa tudo, representa conhecimento, representa experiência, representa cultura, representa diversidade. (*'*Assistência*' – **A dinâmica dos espelhos**).

Suas inferências expressam ética e cultura na gênese familiar. *'Conhecimento'* destaca que *é da família que parte, que a gente espera que [...] parta os princípios*

[...]. Revela inquietação com as famílias que não possuem atitude de preocupação e cuidado com o outro.

Esta expectativa pode ser compreendida pelo conhecimento de pensamentos pautados na cultura familiar ao longo da história de estudos na área. A Obra Dialética da Família, de Canevacci (1987) destaca o vínculo de dependência afetivo-empírico que se estabelece entre os indivíduos da família por toda a vida. Reforça que são estreitas as ligações relacionais entre pais e filhos que geram a transmissão cultural, base e ponto de partida para a organização social tão necessária à compreensão humana. Sua obra evoca os pais como responsáveis pela formação, desenvolvimento e ensinamento de seus filhos, mediante o vínculo estabelecido: "[...] ambos os genitores deverão cuidar de sua prole [...] e esses devem permanecer unidos para cuidar de seus filhos [...]" (p. 135).

Neste sentido, espera-se da família o cuidado como ação afetuosa, fruto de seus costumes culturais que constituem a organização social (MALINOWSKY, 1969 In: CANEVACCI, 1987).

Entretanto, esta visão tradicional depara-se, na atualidade, com as novas configurações familiares. Neste direcionamento, Boff (1999) expressa preocupação com as instabilidades da sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação, mas, contraditoriamente, cada vez mais incomunicável e solitária. Ressalta que o desenvolvimento das tecnologias duras ganha o espaço das leves, o que caracteriza a crise civilizacional que envolve o descuido: descaso, abandono, falta de cuidado e de reverência indispensáveis à vida do humano. Acerca disto, os discursos dos sujeitos deste estudo aprofundam-se em expressões de angústias e protestos a comportamentos eleitos como impróprios, enunciados abaixo:

> *[...] Eu acho que falta muito assim do início, do jovem, da criança, do adolescente aquela estrutura familiar [...] Por exemplo, uma avó que cuida da criança, [...] já é uma outra relação de família, não é aquela família tradicional [...]* (*'Confiança'*)

> *[...] os valores estão sendo completamente distorcidos, abandonados de família, tanto do papel da mãe, tanto do papel do filho, tanto do papel do marido, e aí a gente vê algumas consequências [...] ficam outras lacunas porque esta estrutura básica de família, ela dá um equilíbrio emocional também, ela lhe mantém e faz passar de um pra outro alguns valores importantes, de respeito, de continuidade, e infelizmente hoje a família que a*

> *gente encontra não tem mais isso. [...] O papel da mãe pode ser substituído pelo do pai, o papel do pai pelo da mãe, o filho ficou [...] sem função e às vezes ele se perde, fica sem limite porque não tem as referências mais [...] mas na verdade, se cresce uma criança desse jeito, como é que vai ter?* (*'Aprendizagem'*)

> *Eu tenho uma família mesmo [...] tem uma filha que fazia faculdade. Aí, por dificuldade de relacionamento com a mãe, ela desenvolveu um transtorno mental, fica num quarto, acorrentada (pausa de voz) [...] a mãe sai pra trabalhar, ela deixa duas crianças tomando conta dessa [...] eles já tão crescendo sem a rotina de família [...] a mãe chega [...] eles saem [...] ficam a manhã toda só, à tarde eles tão na escola, à noite eles chegam vão dormir [...] então eles não têm assim, uma família, vivem num lar mas eles não têm a rotina de família, de chegar, de almoçar, de jantar, de conversar, de falar dos problemas, de falar o que aconteceu na escola. [...] Então assim, quando você vai atender um adolescente desse se já tem que direcionar o atendimento em outro aspecto. Você atende uma mãe dessas, ela é carente também. Ela só faz trabalhar, ela tem um problema com a filha [...]* (*'Confiança'*)

Estas expressões demonstram a confrontação experimentada pelas enfermeiras no dia-a-dia do cuidar, quando estes se deparam com situações que os chocam por sua referência pessoal do que 'deve' ser família. Para além da troca de papéis, o que é ressaltado como expressão de angústia refere-se à troca de valores, ao descuido e prejuízo no desenvolvimento transpessoal dos indivíduos que coexistem no contexto da família. Emerge a forte inquietação e angústia destes profissionais diante da complexidade que emaranha o sistema familiar que é, na sua compreensão, desestruturado, por ser deficiente em seu papel de cuidar uns dos outros. O encontro com estas "deformações" na família ou desajustes nos papéis são, para estes, motivo de atenção e cuidado diferenciado.

Andolfi, Menghi e Nicolò-corigliano (1984) trazem a repercussão da troca de papéis para a formação dos sujeitos familiais. Afirma que quando a função paterna é atribuída ao filho no lugar de ser atribuída ao pai, gera alienação progressiva no indivíduo mais envolvido, causando danos no '*self*' e espaço pessoal. Este processo, ao tornar-se rígido e irreversível, resulta em danos patológicos. Assim, ao assumir a função de pai, o filho torna-se autor e vítima desta "armadilha funcional". A mudança na função de um membro acarreta mudanças simultâneas nas funções complementares e gera o crescimento e diferenciação do indivíduo, bem como a reorganização contínua do sistema familiar através do seu ciclo de vida.

Estas funções definem-se pelas relações de poder que emergem entre os membros que compõe o sistema familiar, os quais se apegam a estas relações na convivência em todos os momentos e espaços da vida social (GIMENO, 2001). Este 'poder' existe em todas as relações humanas, nos diferentes jogos e lutas nos quais o humano está inserido, e circula funcionando em redes. Os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação, são sempre centros de transmissão de poder (FOUCALT, 1982; COSTA *et al*, 2008). Deste modo, a família experiencia diversos centros de poder, originados das necessidades vivenciais-relacionais, num fluxo dinâmico recursivo entre seus membros.

Gimeno (2001) aborda essas relações afirmando ser a família um sistema social que estrutura-se em torno de metas para as quais se organiza entre papéis regidos por uma liderança. Sejam tais papéis domésticos, laborativos ou educacionais, eles possuem relevância na união familiar, constituindo-se em eixo vertebral da família. Este papel de liderança é atribuído aos mais velhos, ou com maior influência de poder sobre os outros. Deste modo, quando a liderança pauta-se numa ação inter-relacional e democrática, ela é capaz de promover no sistema familiar capacidades de resiliência frente às adversidades. Por outro lado, a indefinição de uma liderança exerce desajustes na família, tornando-a mais vulnerável ao surgimento de patologias (MELLO FILHO, 2002). Assim, as relações de apoio, proteção e cuidado são esperadas na família por constituírem-se ainda numa importante dimensão da funcionalidade estrutural.

Portanto, o sistema familiar é considerado o mais importante e significativo na vida dos indivíduos. Todavia, a família enfrenta um processo evolutivo estrutural responsável por modificações, como as observadas nas falas precedentes, na sua formação e função junto aos seus membros.

Hoje, ao investigar o ciclo vital familiar, depara-se com uma pluralidade de composições que incluem laços consanguíneos, mas também relações sem parentesco, constituídas por laços intersubjetivos, as adoções ditas de coração. Deste modo, torna-se mais evidente a compreensão do "papel" que a família exerce no ser por proporcionar-lhe uma modelagem peculiar, matriz de sua identidade pessoal (CERVENY; BERTHOUD, 2002).

Trad (In: TRAD, 2010a) reforça que as transformações sofridas pela família envolvem além da estrutura, os papéis e as relações familiares, o que por sua vez não exime a presença de conflitos e de disputas de poder. A autora comenta acerca da progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho, o aumento das famílias monoparentais, entre outras "mutações", como fatores que requerem novas estratégias no campo atual da saúde. Tais estratégias precisam, a seu ver, transpor os modelos universais e generalizantes, tendo em vista a dinâmica da família contemporânea e a sua complexidade. A família é um fato social e não biológico, coexistindo no contexto brasileiro em padrões tradicionais e modernos, de modo que se faz necessário perspectivar um cuidado flexível em torno da conceituação desta categoria por meio de olhares diversos, como os da história, demografia, sociologia, antropologia e psicologia, admitindo-se que o 'mundo familiar' se renova a partir de relações sociais e afetivas, culturais, subjetivas e intersubjetivas.

Diante do exposto, compreende-se a necessidade de ampliar o foco das interações humanas sistêmicas para cuidar da família em sua integralidade. Ao longo desta *'semente'*: 'Família: *multiversos* olhares à sua complexidade', foram tecidas interpretações que apontam para a articulação contextual de sua realidade, delineada por: 1- suas inter-relações internas; 2- sua rede social e 3- sua funcionalidade para o cuidado humano. Neste direcionamento, algumas falas ainda complementam esta compreensão, elucidando o cuidado contextualizado à família como indispensável atitude aqui delineada na compreensão que se segue para desvelar a práxis transpessoal da enfermeira.

Algumas falas durante relato, após a expressão artística das enfermeiras, seguem-se apresentadas:

> *[...] a gente tem que ver o todo [...] em que contexto tá essa família, se é uma família bem estruturada, se existe um vínculo afetivo entre eles [...] não vejo o indivíduo sozinho como o corpo dele [...] tem que ter um olhar ampliado, não só em relação à patologia, mas todos os fatores que influenciam no bem-estar do indivíduo.* (*'Assistência'*) – **Desenho: *A Saúde no contexto da família***

> *[...] não são seres dissociados, separados, o indivíduo, ele vive em contexto, [...] e por conta disto se sofre a influência direta ou indiretamente dessas pessoas. [...] Não é fácil, não! [...] mas, vai ser um desafio constante [...] o melhor de tudo é que mantém sempre o curso e a gente sempre tem*

> *possibilidade de estar tentando [...] essa questão do cuidado ao indivíduo-família* (*'Esperança'*) – **Desenho: Continuidade**

Para alcançar estas necessidades sublimadas de cuidado, faz-se necessário assumir o constante desafio de construção do cuidado ao sistema-família. Neste contexto, a enfermagem desponta com suas potencialidades de transcender, para além do saber técnico, à ação pelo crescimento de quem é cuidado. A fala de *'Esperança'* expressa significativamente as vicissitudes que permeiam a atuação da enfermagem, enunciando a contextualização como elemento fundamental para a compreensão do cuidado acerca do processo saúde-doença vivenciado pelas famílias com as quais interage.

Essa interação precisa ser efetiva, resgatando o cuidado, a necessidade humana ampliada, considerando não somente os desvios de saúde, mas o *ser* em sua totalidade, história, origem, identidade, inserção, ambientação. Assistir requer, portanto, o interesse pela complexidade que abrange sujeito-família-sociedade, seguido do acolhimento e empreendimento de estratégias capazes de promover melhorias nas condições de vida das pessoas a partir da ESF.

Assim, as ações em saúde pensadas com base na família devem conhecer o que ela sabe e pratica em relação ao cuidado de si, exercício que implica em ir e vir na família, considerando-a como sujeito do cuidado, o que se reveste num desafio para os profissionais, uma vez que esta abordagem contextualizada exige uma formação diferenciada, a qual ainda permanece sendo um desafio para sua consolidação no cenário nacional (RESTA; MOTA, 2005).

Nesse sentido, destaca-se a importância de valorizar nos indivíduos sua autoestima e uma formação crítico-reflexiva. Freire (2000) defende a integralização do sujeito em seu contexto e o estímulo a valores e histórias de vida. O autor propõe o diálogo como sistema-chave que os profissionais de saúde precisam ter para um aprendizado mútuo, bidirecional e horizontal no alcance às famílias. Portanto, compete à enfermeira vincular-se a este contexto.

Sobre este tema surgiu no estudo a '*semente*' Integralidade com os eixos: condições de vida das famílias, rede de serviços, processo de trabalho e formação profissional, discutidos nesta '*semente*' que se passa a desvelar.

6.2 *'SEMENTE'* II, INTEGRALIDADE: CAMINHOS A SEREM "RE-ESCRITOS" NA BUSCA DO CUIDADO INTEGRAL DO SISTEMA FAMILIAR

A integralidade, '*semente*' de complexidade e desafio para a visão dos sujeitos deste estudo, envolve uma discussão ampla na literatura, perpassando por muitas constatações, estando em processo constante de desenovelamento, o que confere ao tema profunda necessidade de recriar-se, no contexto das Políticas Públicas e do planejamento e gestão dos cuidados de enfermagem à família.

Deste modo, ao iniciar a presente interpretação, buscar-se-á perscrutar novos horizontes implícitos no discurso vivencial das enfermeiras sob o enfoque da transpessoalidade-intersubjetividade, a qual orienta esta investigação.

Neste sentido, realçamos a fala de Cecílio (In: PINHEIRO; MATOS, 2009), o qual destaca a necessidade de trabalhar a integralidade em várias dimensões, de modo que seja alcançada em sua completude de possibilidades. Esta abordagem envolve a confluência de vários saberes num esforço solidário de atores político-sociais-profissionais em dar resposta aos princípios pronunciados pelo SUS. Estes, fomentados nas constantes reflexões científicas e populares, persistem a desafiar as enfermeiras e toda a equipe de saúde a alcançarem estratégias que possam convergir para aproximação da integralidade, equidade e universalidade.

O sistema de saúde atual ainda submerge seus atores em adversidades e desgastes, pois, mesmo havendo força de vontade e sensibilidade diante da problemática, eles dependem do somatório de ações conjuntas que envolvam outras dimensões ainda pouco articuladas. Assim, para além do saber-fazer o cuidado às famílias, as enfermeiras precisam vencer os obstáculos das fronteiras que os engessam

no pequeno território que se deixa mostrar a ESF. Engessamento este, alicerçado num pensar-agir fragmentador, ainda vigente nos modelos de saúde e no exercício do SUS.

Neste ir e vir de tentar fazer, buscando quebrar as amarras do engessamento, ergue-se a complexidade em articular os pilares integralidade, equidade, universalidade e acrescenta-se a intersubjetividade, no direcionamento de percebê-los de forma *una*, e, na óptica da indissociabilidade.

Esta '*semente*' vem demonstrar tais percepções dos profissionais que fazem a saúde, enfatizando a integralidade como um dos grandes desafios para a sua práxis no cuidado à saúde das pessoas.

Sua efetivação espera ser favorecida pelos princípios e bases operacionais da ESF na transformação do atual modelo assistencial, entretanto, depara-se com a necessidade de considerar, que tais mudanças compreendem componentes tanto técnicos, quanto políticos e socioeducacionais, e, para tanto, envolvem a aproximação de profissionais e famílias, para que juntos criem oportunidades frente às situações de risco de desvio à saúde (MATOS, 2004).

Na perspectiva desta mudança, que tem sido construída por muitos e de forma processual, destacam-se dois elementos: a vontade "desesperada" de mudar o *status quo* – dimensão subjetiva – e o domínio de conhecimento científico – dimensão objetiva. Esse, como qualquer projeto mudancista mexe simultaneamente com pessoas, estruturas e as relações entre elas. Para isto, é necessário deixar a unilateralidade e promover movimentos multicêntricos sistemáticos, abrangendo a produção de bens, políticas, práticas religiosas, ensino e administração pública, atuantes e articulados em fomentar o saber-fazer crítico que conteste a hegemonia atual (CAMPOS In: CECÍLIO, 1997).

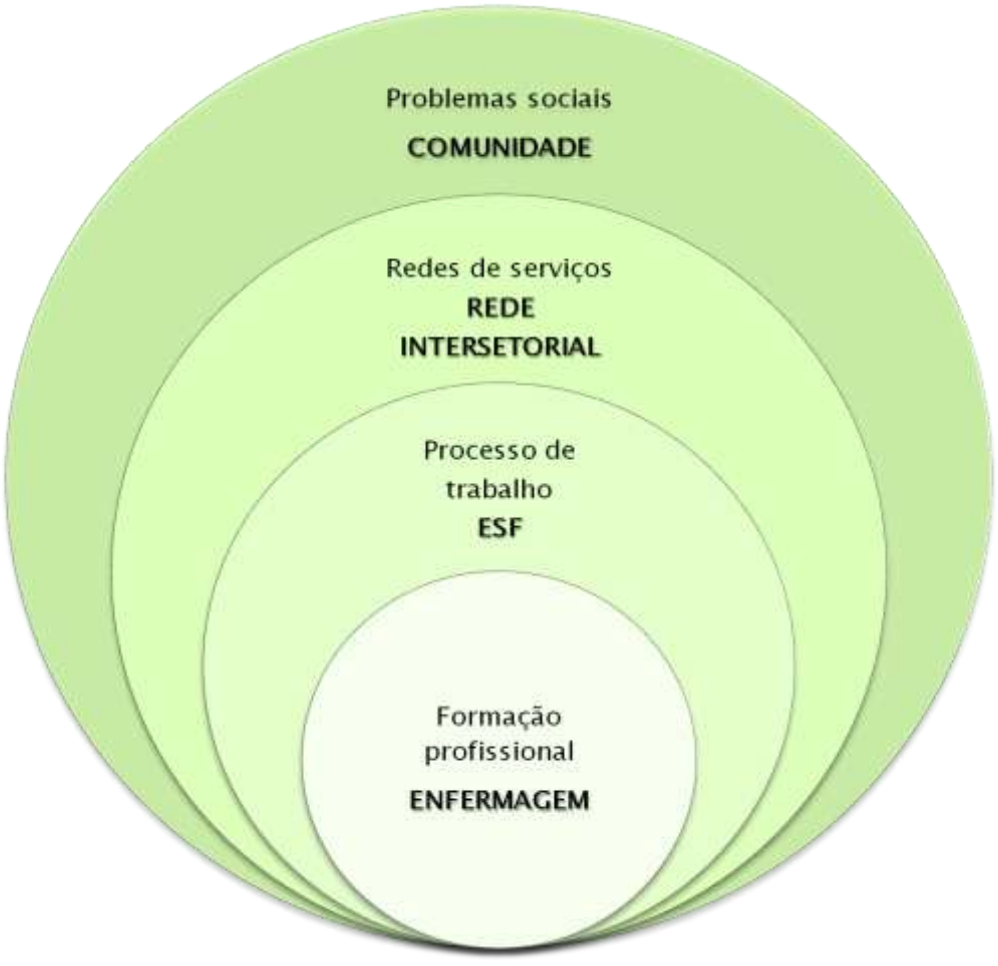
Assim, no decorrer desta discussão propõe-se superar o maximalismo do "tudo" e o pessimismo do "nada", referidos pelo autor supracitado em busca da totalidade, mesmo sabendo que não é atingível em si mesma total, mas que é responsável pelos esforços incessantes de melhorar, mudar e aproximar o ideal equilíbrio dinâmico que persiste no processo de construção do cuidado integral.

Sendo assim, esta '*semente*' enuncia quatro '*frutos*': 'Multicontextos sociais, econômicos, educacionais e culturais desafiadores da práxis integral de cuidados'; 'O

processo de trabalho na ESF – desafio à integralidade'; 'Mãos dadas – interdependência um do outro para o nexo do cuidar' e 'A formação para o cuidado – a subjetividade como componente do ensino da enfermagem'. Estes expressam as dificuldades percebidas pelos sujeitos deste estudo, para o alcance da integralidade e uma práxis intersubjetiva em saúde, dificuldades que surgem como *'nós'* que precisam ser reconhecidos e desenovelados.

Os quatro '*frutos*' foram organizados na figura abaixo, de modo subsequente, ilustrando a abrangência de cada um na sociedade, e sua confluência ao encontro do outro. Situados em esferas progressivamente envolvidas por outras, significam as quatro dimensões que coexistem em interdependência para alcance da integralidade.

Figura 40: A confluência de multidimensões no direcionamento da integralidade



6.2.1 ‘*Fruto*’ I de INTEGRALIDADE: Multicontextos sociais, econômicos, educacionais e culturais desafiadores da práxis integral de cuidados

O primeiro ‘*fruto*’ que nasce da ‘*semente*’ Integralidade emerge da inserção social das famílias consideradas no estudo. Por representar a maior abrangência no cenário das inquietações acerca do cuidado integral, este ‘*nó’* é discutido em primeiro lugar à guisa de ampliar o olhar sobre a temática abordada.

A situação socioeconômica das famílias menos favorecidas adscritas representa para as enfermeiras um desafio, por vezes dramático, que toca profundamente a sua subjetividade em face da impotência expressa por não poder realizar ações, quando estas envolvem além das suas fronteiras territoriais enquanto enfermeira da Estratégia.

Esta necessidade expressa pelo outro, ou seja, sujeito do cuidar em enfermagem, é percebida por este profissional como foco de distanciamento da integralidade das ações da ESF, pois, por estar próxima à realidade destas, não consegue passar-se indiferente às suas dificuldades e vulnerabilidades. Deste modo, o vínculo defendido como elemento de cuidado neste contexto se mostra envolto por inquietudes e sofrimentos que este profissional experimenta em solidarizar-se com o *ser* com quem interage para o desenvolvimento do cuidado.

Tal realidade incide na relação intersubjetiva que se estabelece entre estes atores sociais, evocando a necessidade de corroborar para o aperfeiçoamento quanto ao processo de tecnologias intersubjetivas capazes de subsidiar a resiliência de ambos, neste enfrentamento de risco, vulnerabilidade biopsicoemocional, espiritual e ambiental.

As primeiras inferências acerca desta inquietude emergiram no momento da Dinâmica dos espelhos, primeira técnica de coleta de dados, quando as enfermeiras, ao contemplarem a área de sua atuação conjuntamente à sua imagem, descreveram aspectos reveladores de sua vinculação às dificuldades-realidades da comunidade e, consequentemente, seus sentimentos de responsabilização e fragilidade diante da imagem que se mostrava impactante e complexa, como se lê abaixo:

> *Eu me sinto responsável por tudo isso [...] isso me traz tanto satisfação quanto preocupação também. Eu me preocupo muito com tudo isso que eu tô vendo [...] aqui é minha jurisdição, então o que acontecer aqui eu sou uma das responsáveis [...] pessoas que [...] conheço há três anos, trabalho, conheço tanto por fora e muitos por dentro (‘Conforto’)* - ***Dinâmica dos espelhos***

‘Conforto’ expressa sentimento de responsabilidade que constituiu pelo vínculo e compromisso junto à comunidade. Conhecer as famílias há anos traz à enfermeira um misto de emoções, incluindo a preocupação com o que se passa neste contexto social. Esta sensação incorporada racional e emocionalmente por ela é justificada por *‘Conhecimento’* (abaixo) ao inferir acerca da relação que existe fora das “paredes” da unidade, onde se dá o verdadeiro encontro intersubjetivo com o indivíduo-família. É no social que, segundo ela, a enfermeira se expõe à realidade vivencial compartilhada e torna-se *igual*, pressupõe assim a solidariedade pelos problemas que enuncia, os quais devem ser trabalhados conjuntamente no direcionamento da superação.

> *[...] Uma coisa é a gente trabalhar dentro da sala recebendo a demanda. Outra coisa é você estar na área [...] na comunidade, vivenciando a dificuldade, as facilidades, os desafios que a gente encontra porque (pausa de voz), porque a gente acaba sendo igual [...] Lá dentro a gente acaba se escondendo um pouquinho [...], é como se as paredes te protegessem [...]. Aqui fora você tem que se adequar à realidade que existe das pessoas, você tem que saber as diferenças, o que eles estão vivenciando, o lixo que tem ali adiante, a violência que tá em todo lugar aqui perto, dificuldade de recurso, pobreza, falta de algumas coisas, tentar absorver, extrair o que tem de melhor pra que eles superem essas dificuldades, entendeu? [...] Este contexto [...] eu faço parte dele. Então o que eu posso fazer, eu tenho compromisso de auxiliar de alguma forma [...].* (*‘Conhecimento’*) - ***Dinâmica dos espelhos***

‘Conhecimento’ cita ainda a palavra ‘*absorver’*, que, entre outros significados, expressa submergir (FERREIRA, 2008), e neste sentido, aponta para o dilema enfrentado ao se deparar com a responsabilização, muitas vezes distante de suas possibilidades pessoais e profissionais. Discurso confirmado abaixo por outros sujeitos.

> *Às vezes você tem determinadas situações que você tenta 'N' vezes e não consegue, digamos assim resolver* (*'Esperança'*) - ***Dinâmica dos espelhos***
>
> *[...] a gente se vê assim tão pequeno [...] É aquela questão que você [...] busca melhorar ou resolver alguma coisa, mas também não se envolver muito [...]* (*'Confiança'*) - ***Dinâmica dos espelhos***

Esta situação revela a abrangência multidimensional que o cuidado integrador deve compreender. A associação da saúde com as condições sociais de vida já tem sido discutida há décadas, pelo reconhecimento da inter-relação existente entre a práxis de saúde e os determinantes sociais, políticos e econômicos,compreensão responsável por redefinições em saúde. A epidemiologia passou a ser definida como aquela que busca conhecer não somente a distribuição dos agravos, mas, sobretudo, seus fatores e causas determinantes, tornando-se *epidemiologia social*. O processo saúde-doença, por sua vez, adquiriu a compreensão de processo social resultante do contexto e da qualidade de vida dos indivíduos, apontando que os processos patológicos das coletividades fluem de condições sociais precárias intensas, sobretudo nas populações pobres, perpetuando a ocorrência de agravos (MENDES, 1999; ROUQUAYROL, 2003).

Tais agravos também são identificados e apontados pelas enfermeiras noutros momentos da coleta de dados, quando questionados acerca do cuidado integral. No direcionamento desta perspectiva, o sentimento de angústia das enfermeiras encontrou vazão no cuidar intersubjetivo, diante das necessidades compartilhadas com a equipe e família, que excedem às suas possibilidades de ação humana, enquanto enfermeira da ESF, como observado a seguir:

> *[...] eu, como enfermeira, atendo o paciente, vejo os aspectos clínicos do paciente, mas o contexto social às vezes fica além da minha conta, porque eu posso tá cuidando do paciente, mas eu não posso estar, por exemplo, dando uma feira pro paciente ('Solidariedade')*

As difíceis condições econômicas da população representam um impasse para a equipe de saúde, pois esta se sensibiliza com as privações relatadas pela população, gerando diversidade de sentimentos, para os quais devem ser voltados olhares na

perspectiva de somar esforços que possam minimizar os riscos de agravo à saúde destes profissionais, pois intersubjetivamente tocam-se com a vulnerabilidade que submerge os sujeitos-famílias do seu cuidar.

A este respeito, Freitas e Trad (In: TRAD, 2010) afirmam que a produção de sentidos e significados sobre a fome não se dá de modo individual, mas envolve um processo intersubjetivo de grupos sociais. Todavia, destaca que, apesar de esta dificuldade ser recorrente no contexto das famílias desfavorecidas economicamente, é permanente a ausência de políticas públicas eficazes para reverter este quadro, o que remete, para elas, à complexa interação entre social, econômico, clínico e epidemiológico, apontando para a necessidade de repensar o fenômeno da fome na sociedade.

Outra pesquisa realizada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstrou que estes também reconhecem as dificuldades que as famílias de baixa renda enfrentam, como: fome, baixa escolaridade, analfabetismo, violência, falta de segurança, instabilidade econômica e desemprego. Todavia, a percepção deste grupo (ACS) difere da dos sujeitos do presente estudo (enfermeiras), pois em lugar de compadecimento, os ACS revelaram no estudo, crenças pessimistas que atribuem às dificuldades, ao desinteresse, preguiça e alienação dos indivíduos da família, visão que sentencia as famílias como "culpadas" (YUNES, MENDES; ALBUQUERQUE, 2005).

> *[...] o nível de escolaridade, por exemplo, isso é grande problema, às vezes a pessoa estar olhando pra você e você tá vendo que ela tá [...] lá na lua [...]* (*'Aprendizagem'*)

> *[...] a falta de renda, o pessoal chega muito aqui com drogas, aqui tem muito, você chega pra visitar o paciente aí até a agente de saúde às vezes tem medo de entrar na casa porque (pausa de voz) lá o ponto de venda entendeu?* (*'Confiança'*)

> [...] *a violência tá muito entranhada à comunidade, então agora a gente tá vivendo um período, vamos dizer, de calmaria no posto, e isso não é bom, isso é ruim, porque as pessoas tão amedrontadas até em relação ao cuidado de sua saúde, eles não estão conseguindo chegar ao Posto pela questão da violência que tá assombrando o bairro [...].* (*'Assistência'*)

É papel do Estado assegurar adequada proteção, manutenção e desenvolvimento às pessoas como direito de cidadania, condições dignas e respeito aos direitos da sociedade civil e organizada (BRASIL, 1988). Assim, assistir as famílias de forma integral é papel do Estado, zelando pelo fortalecimento de relações sociais saudáveis. Neste sentido, é preciso atentar para a impossibilidade de "orfanizar" a criança ou o adolescente que tem família, fato corriqueiro atribuído às intensas desigualdades sociais que se vive de forma ascendente nas últimas décadas. Nestas, os filhos não são abandonados pelos pais, mas pelo governo ao abandonar a sociedade. Por isso, as famílias devem ser consideradas não somente em suas necessidades biológicas, mas também psicológicas, sociais, éticas e de autoestima, cabendo-lhes estabelecer uma relação significativa com o outro que lhes possibilite um viver humano proativo (KOLOUSTION, 2008).

Os problemas enunciados não representam novas descobertas no cenário das disparidades sociais, por isso muitas alternativas tem emergido no cenário político objetivando a solução do problema. Em destaque, encontram-se as propostas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, especialmente o Programa Fome Zero, foco de pesquisas que evidenciam a relevância de investimentos neste âmbito, o que já foi percebido pela política, permeando o centro das discussões de interesses político-partidários. Todavia, existe em torno desta proposta forte resistência pelo conflito da defesa dos excluídos e exaltação das práticas conservadoras e assistencialistas. O conflito reside no risco de que as ações permaneçam no plano do assistencialismo e do dever moral e humanitário e não se realizem como direito. Figuram-se como ações de caráter paliativo, focalizadas e sem inovações, remetendo à 'refilantropização' da questão social brasileira e despolitização da política social (YASBEK, 2004).

Outro estudo recente aborda o *PAC-Saúde*, Programa de Aceleração do Crescimento lançado em fevereiro de 2008, com a denominação *Mais Saúde*, que prossegue na discussão da saúde enquanto direito social básico, focando as condições gerais de vida, inclusão social, reversão das iniquidades entre pessoas e regiões, combate à pobreza, participação e organização da sociedade como requisitos de melhoria da saúde em nível primário. O estudo aponta para a expansão, para um novo

padrão de desenvolvimento comprometido com o bem-estar social (MENICUCCI, 2009)

Estes programas lançados no país atualmente expressam a dimensão que as famílias menos favorecidas assumem na sociedade brasileira, atraindo *multiversos* olhares, profissionais e políticos, atentos a esta problemática. A proporção desta realidade mostra a significância que tem assumido na práxis da enfermeira da ESF, o qual, por sua proximidade com a dificuldade social, vê-se "na frente de batalha" na luta pelos direitos sociais, na tentativa de cuidar da família integralmente.

A família, ponto de confluência da formação da sociedade requer o desenvolvimento de seus membros através de ações regidas pelos princípios de convergência e complementaridade dos direitos humanos sociais, na redução das disparidades sociais. Ela constitui o espaço privilegiado para a execução de propostas públicas que visem a transformações socioculturais e econômicas, devendo ser priorizada pelas Políticas Públicas, a partir da compreensão de que detém a chave para as modificações aspiradas pela sociedade brasileira, sendo o eixo fundamental para a construção da cidadania e do respeito aos direitos humanos (KOLOUSTION, 2008).

Neste direcionamento, compreende-se que Saúde Pública não se faz apenas com a ampliação da oferta de instituições de saúde, mas envolve investimentos nas condições de vida, educação, lazer, segurança e outros como direitos que devem ser garantidos à sociedade. Deste modo, para cuidar integralmente das famílias, deve-se buscar a verdadeira promoção da saúde e prevenção de doenças, ou corre-se o risco de ter na ESF uma estratégia curativista que persista em atender sinais e sintomas da população em detrimento de promover a saúde.

'Assistência', em sua fala acerca do significado do cuidado ao indivíduo-família, destaca que:

> *[...] cuidar do indivíduo, a gente não pode pensar só nele, a gente tem que ver o todo, onde ele mora, as condições de saneamento que ele vive, escolaridade, em que contexto tá essa família, se é uma família bem estruturada, se não é, se existe um vínculo afetivo entre eles [...] 'Assistência'* – ***Desenho: A Saúde no contexto da família***

Nessa busca, os valores que regem a assistência à saúde têm sido modificados para incrementar a qualidade da assistência de acordo com as novas demandas, na compreensão de que o processo saúde-doença sofre influência da família de diversas maneiras, o que se deve às diferentes formas de inserção familiar no contexto histórico, social, educacional, cultural e político, determinando a formação da personalidade dos seus sujeitos por meio da educação; sistema de crenças e valores; relações sócio-ambientais; hábitos e costumes, entre outros, os quais possuem íntima relação com a vida de cada um, representando, portanto, o eixo estruturante de cuidados (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Nesta perspectiva, e pela proximidade da Enfermagem com o processo saúde-doença das pessoas, fica em grande parte sob sua responsabilidade resgatar o cuidado que valoriza o espaço social, onde acontecem tramas significativas, através do reconhecimento de si e do outro, a partir da consideração da diversidade-unicidade de ser humano na promoção da saúde e cidadania de uma população.

Diante desta pluridimensionalidade profissional, este se arrisca pela possibilidade de inserção político-social para romper com determinações mutilatórias aos direitos humanos e se "re-construir", mantendo vivo na engrenagem da vida institucional, o *ser* subjetivo que é, significando o "re-encantar-se" como processo de cuidar e ser cuidado (GIRONDI; HAMES, 2007). Em outras palavras, significa assumir o cuidado como intersubjetivo mesmo em face da dificuldade de resolução de problemas *multiversos*, como o social, que não depende apenas do seu envolvimento.

Portanto, o envolvimento desenvolvido mantém o cuidador nesta tribo de emaranhados altos e baixos, nesta rede que possibilita o viver conflitual da integralidade ainda fracionada no processo do cuidar, que se dilui e se fortalece, simultaneamente, pela energia irreprimível, que se desloca para além daquilo que se vê e se entende (GIRONDI; HAMES, 2007).

Neste sentido, somos ‘galinhas’ enquanto seres concretos, históricos e que coabitam um universo de dificuldades. Mas não devemos nos esquecer de evocar a nossa ‘águia’, paixão indomável, projeto infinito de busca por melhorias e novas possibilidades. Conciliemos as dimensões (galinha-águia) neste discurso-ação de totalidade, enraizados na realidade, mas abertos ao possível ainda não ensaiado, pois

do vale é possível ver as montanhas e escolher caminhos para comunicar-se com ela (BOFF, 1997). Esta busca não prima pelo perfeito e total, mas pela aproximação contínua, por meio de novas descobertas, novos alvos e ideais, que impulsionem à crescente qualidade do cuidado à família. Neste processo de desencadeamento de ideias, depara-se com o próximo '*nó,*' que segue sendo desenovelado pelos sujeitos deste estudo no nexo do próximo '*fruto*'.

6.2.2 '*Fruto*' II de INTEGRALIDADE: mãos dadas – interdependência um do outro para o nexo do cuidar

O segundo '*fruto*' que a '*semente*' Integralidade fez eclodir envolve a integração de segmentos e atores em prol de um cuidado ampliado. Neste segundo momento, persiste a enunciação de entraves à execução da integralidade, os quais são apontados pelos sujeitos deste estudo em referência à difícil execução da intersetorialidade e interdisciplinaridade. Estas, apesar de sua significância, ainda não encontraram a aderência pretendida no contexto do SUS, todavia, sua filologia não permite que percam sua originalidade, mesmo na banalidade dos que a usam fora de sua episteme no cenário de promoção de saúde.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), lançada em 2010, dispõe como mecanismo de seu fortalecimento e implantação de uma proposta de política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e outros setores do Governo, além do setor privado e não governamental e a sociedade, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade pela qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, emerge o significado deste '*fruto*' Mãos dadas – interdependência um do outro para o nexo do cuidar, nome enunciado pelos sujeitos, como pode ser observado na fala abaixo, a qual envolve comunidade, multiprofissionais e parcerias coletivas, num compartilhamento de saberes que evoca a integração pela integralidade no delineamento de sua percepção de cuidado.

> *[...] (expressão artística – técnica, o desenho) significa um abraço fraterno entre a comunidade e os profissionais de saúde. Cada um representando o seu papel profissional, mas a gente tá no mesmo patamar, a gente tá no mesmo círculo, [...] a gente tá de mão dada pra tá passando ajuda, um auxilia o outro [...] com prática, com vivência, com história [...] com o conhecimento, [...] E a árvore no meio, é o que? A saúde, a promoção à saúde, a proteção à saúde, a parceria coletiva e compartilhamento de saberes* (*'Conhecimento'*) – **Desenho – A arte do cuidar**

Ao admitir a importância das *mãos dadas [...] no mesmo patamar*, *'Conhecimento'* revela uma visão ampliada, que é verdadeiramente sentida por ela no direcionamento de um cuidado mais equânime e justo. Compreende-se que, para 'igualar' estes atores sociais ainda delimitados em sua formação e significado, é necessário um pensar-agir integrador, capaz de promover a diluição de seus interesses num objetivo comum de cuidado e promoção da saúde.

Todavia, sancionar a diluição das fronteiras entre disciplinas de múltiplos profissionais, ainda ancorados numa lógica de especialidades, figura-se numa façanha complexa e processual, que começa na compreensão do significado da interdisciplinaridade. Esta é referida por Pombo (2004, p.13) como "uma palavra gasta, tantas vezes banalizada [...] Um conceito à deriva, uma palavra à procura de uma teoria", o que envolve a complexidade de sua discussão, pois "[...] falar sobre interdisciplinaridade é hoje uma tarefa ingrata e difícil".

A interdisciplinaridade apreende a integração, interação, troca, entrecorte de disciplinas interconectadas. Na atual conjuntura globalizada sua necessidade e aderência assumem caráter imperioso, de modo que passa a ser implícita nos processos humanos. Deve-se atentar, entretanto, para não confundir um agrupamento de pessoas de disciplinas diferentes com interdisciplinaridade, pois tal descrição traz subjacente a ingênua perspectiva de uma interação inexistente, caracterizando exatamente a disciplinaridade. Por outro lado, a concepção epistemológica da interdisciplinaridade provém da percepção mais complexa de 'mundo', no qual o todo é maior que a soma das partes, o que significa que a interdisciplinaridade é maior que a soma de disciplinas, pois envolve a inter-relação recursiva entre elas (POMBO, 2004).

Nesta perspectiva compreensiva, interpõe-se, de um lado, a compreensão dos sujeitos acerca desta integração, envolvendo as redes setoriais, disciplinares,

profissionais, e de outro lado, as barreiras experienciadas no decurso de tentativas e atividades engessadas por um sistema ainda verticalizado e fragmentado de atenção à saúde da família, como evidenciado nas inquietudes das enfermeiras deste estudo.

Tais barreiras constituem-se desafios envolvendo especificamente três '*nós*' críticos identificados neste '*fruto*': sistema referência-*contra*-referência, *inter*ssetorialidade e *inter*disciplinaridade.

Neste sentido, outros discursos ilustram a inquietude dos profissionais para o alcance da integralidade em saúde da família, ao esbarrarem na inoperância do sistema referência-*contra*-referência, que dificulta a mobilidade entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, preconizados pelo SUS, inclusive como expressão de integralidade.

> *[...] quando você fala integral [...] o que me vem à cabeça são diversos níveis de assistência (primário, secundário e terciário). Então, é difícil! [...] são algumas questões que não dependem, digamos assim, apenas (pausa de voz) do cuidador, né?* (*'Esperança'*)

> *[...] não basta só à gente estar aqui na unidade, se a gente encaminha e ela não consegue fazer, ela tem um problema que se resolve na média e na alta complexidade [...] o cuidado integral tá relacionado a isso e pro alcance eu acho que tem que ter a referência e a contra-referência, às vezes a gente encaminha um paciente, mas a gente não recebe uma resposta do que foi feito lá.* ('*Sensibilidade'*)

As falas acima culminam em uma das compreensões de integralidade, o conjunto articulado e contínuo de ações, serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade (BÉRGAMO, FORTUNA; OLIVEIRA, 2006). Neste sentido, a integralidade orienta as políticas e ações de saúde às demandas da população no acesso completo à rede de cuidados, considerando diferentes abordagens do processo saúde-doença e as distintas dimensões: biológica, cultural e social do *ser* (SILVA; SENA, 2008).

O enunciado pelos sujeitos deste estudo vai ao encontro de outras pesquisas, o que também vem demonstrar a dificuldade experimentada pelas enfermeiras da ESF quanto à atenção continuada na média e alta complexidade. Nestes, a referência do usuário à atenção secundária e terciária persiste ainda como algo a ser conquistado,

diante da dificuldade que os municípios têm apresentado na sua organização e no desenvolvimento pleno da proposta da ESF (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Assim, a disfuncionabilidade do processo de referência e contra-referência confirmada no contexto da realidade investigada direciona para a necessidade de integração dos sistemas de informação, unificação do prontuário e da informatização do processo assistencial. Estratégias minimizadoras para a problemática ainda existente nos cuidados integrais no SUS.

Este fato é observado por Kantorsky *et al* (2006) no estudo sobre a fragilização do atendimento e demanda na atenção básica, no qual destaca que a inoperância de fluxos seguros de referência e contrarreferência aos sujeitos cidadãos brasileiros, o que compromete significativamente a materialização da integralidade.

Os sujeitos do presente estudo, ao referirem sua necessidade de comunicação-interação com os demais níveis de complexidade, expressam a dificuldade de 'continuar' o cuidado iniciado e cultivado na ESF. Percebem-se isolados das demais esferas, quando deveriam ser a porta de entrada capaz de acolher, triar, orientar e minimizar os riscos de desvios de saúde.

Mendonça (2004) enfatiza que a ESF não representa um serviço 'primário', ou seja, aquele que com baixa tecnologia configura-se num sistema de saúde pobre para os pobres; ao contrário, assume a vanguarda do Sistema Municipal de Saúde, pois estabelece o primeiro contato com os indivíduos-famílias pautado na abordagem de suas necessidades, conhecidas a partir de uma relação proximal e vincular com cada família em seu contexto, o que configura uma ação integrada, e por assim ser, ética e estética frente aos princípios do SUS.

Neste contexto, a integralidade sustenta-se na comunicação entre os níveis, permitindo aos atores sociais (profissionais, governantes, povo) circulação de informações, saberes, fazeres na sua interseção. Este 'fluir' circularmente pode ser compreendido em alusão ao termo peripatético, que no seu sentido epistemológico (*peritatéõ*) significa passear, ir e vir conversando (LANCETTI, 2008). Nesta interpretação, 'ir e vir conversando' expressa a nossa compreensão da comunicação efetiva necessária entre os níveis. Chave que abre possibilidades e desliza o processo de movimentação necessária à efetividade da referência-*contra*-referência.

Deste modo, buscar-se-á preencher o vazio que perdura na apreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantidos na Constituição Federal do Brasil, no entanto, um direito desacreditado na sociedade brasileira. Assim, expandiremos este discurso para buscar alcançar aquele no qual a saúde e a doença não são produtos de mercado distribuídos entre níveis de complexidade bipolares: alta complexidade concentrada nos grandes centros ao alcance de poucos e com alto custo; e baixa complexidade disponível aos mais pobres com baixo custo. Esta compreensão emerge da realidade reapresentada pelas enfermeiras do estudo, que no cotidiano do seu saber-fazer percebem-se em 'trincheiras' pela pouca ou nenhuma mobilidade para alcançar a intersetorialidade dentro das Unidades de Saúde da Família.

No enlace da necessidade comunicacional entre os níveis de assistência, brotou nos discursos o segundo '*nó*' deste '*fruto*', a intersetorialidade. Ela é referida como aquela capaz de inter-relacionar esferas do setor saúde e de outros setores governamentais e não governamentais que, na visão das enfermeiras, deveriam estar mais afinadas, de modo a ressoar a música da integralidade como melodia aos seus ouvidos.

> *[...] a integralidade, ela abrange além de nós, da nossa vontade [...] todas as esferas estando envolvidas, tanto as esferas de saúde, quanto as demais* (*'Amor'*)
>
> *Seria interessante se todos os setores se unissem [...] o que eu percebo é que esses setores, eles não se relacionam entre si, eles não se comunicam, isso dificulta o acesso da comunidade, tem muitos setores que a própria equipe não sabe como funciona [...]* (*'Assistência'*)
>
> *"[...] sempre tá encaminhando bolsa família, pra o centro de Referência de Assistência Social, buscar o apoio da Pastoral da criança que a gente tem um apoio muito grande aqui e de todas as formas assim dentro da sociedade, de conseguir um apoio econômico, [...] trabalhar pra Pastoral não é meu serviço, mas se através da Pastoral eu consigo melhorar a vida daquela pessoa, então vamos investir. Temos que buscar não ficar só aqui, no Posto fechado, lembrar que existem vários setores na Prefeitura, no Estado, que podem também estar contribuindo."* (*'Conforto'*)

Observa-se a partir dos relatos que a intersetorialidade ainda é uma palavra de difícil aderência no contexto da práxis das enfermeiras, divergindo da proposta teórica,

de modo que, como princípio norteador do SUS, não tem a efetividade a que sua origem se propôs. Por outro lado, apontam para a mobilização em prol de conquistar meios e condições de cuidar das famílias mediante a articulação intersetorial, a qual resultaria na melhor promoção-manutenção-continuidade-recursividade do cuidado pela saúde.

A intersetorialidade é abordada na PNPS a partir da ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território; e, da articulação entre os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde. Esta política afirma que sua produção é indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias, o que exigem a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde (BRASIL, 2010).

Assim, estimula o setor saúde para o desafio de construir a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa que envolve a saúde. Este processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na edificação de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores, na tentativa de equacionar problemas pela produção de soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo requer de cada setor a ampliação de sua capacidade de transformar-se a partir do convívio com outros setores – interação efetiva (BRASIL, 2006a).

Deste modo, a intersetorialidade persiste como questão crucial para a SUS-tentabilidade das Políticas Públicas à saúde. Por isso, mostra-se como necessária à manutenção de redes colaborativas para o alcance de sua finalidade (MOYSES, MOYSES; KREMPEL, 2004). Ayres (2009) reforça essas sempre pertinentes e surradas bandeiras da interdisciplinaridade e intersetorialidade, as quais, para ele, nunca será demais endossar. Por isso, orienta para uma pluralidade dialógica na incorporação de práticas mobilizadoras da saúde das famílias, destacando como meios, o apoio à escolarização, competências profissionais, estímulo às capacidades criativas/artísticas, integração em ações de desenvolvimento comunitário e participação política.

Destarte, os sujeitos do estudo, para além das trincheiras já descritas, buscam lançar-se ainda à interação com outros saberes, através de sua criatividade, para chegar mais próximo da intersetorialidade, justapondo a interdisciplinaridade enunciada abaixo:

> *Faz parte do cuidado integral, você sair da sua receitinha de bolo [...] envolver o grupo inteiro [...] sozinho você não consegue. [...] a comunidade e a própria equipe, a gente anda de mão dada, a gente trabalha junto e a gente constrói junto, porque esse cuidado integral, ele é construído junto.* (*'Conhecimento'*)

> *[...] um profissional só, ele não é capaz de atender nessas dimensões todas, primeiro que a gente não tem competência para algumas áreas, [...] tem que ter uma equipe multidisciplinar [...] os NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – tem o psicólogo, tem o nutricionista, tem o fisioterapeuta e tem o educador físico [...] tá se introduzindo pra dar esse suporte.* (*'Aprendizagem'*)

Ao perspectivar a interdisciplinaridade, os sujeitos trazem duas questões que chamam a atenção; a primeira, enunciada por *'Conhecimento'*: *a gente anda de mão dada,* reforça sua expressão noutro momento citado anteriormente neste '*fruto*'. Sua fala delineia a interação para o cuidado integral, ação coletiva e interdisciplinar, valorizando a relação vincular multiprofissional. A segunda questão envolveu o NASF, Núcleo que é vislumbrado como uma possibilidade a mais de aproximação da integralidade almejada. Este Núcleo prevê uma dinâmica de trabalho baseada nos princípios de referência e contrarreferência, um processo de acompanhamento longitudinal (BRASIL, 2007).

No entanto, o depreendido sobre o dito na fala e na literatura relacionado ao NASF aponta para questões complexas de sua execução, pois se mostra como um espaço de profissionais, sugerindo pouca interação, na medida em que cada um desenvolve ações na sua especialidade, num escopo de suporte disciplinar em detrimento do interdisciplinar.

Acalorando a discussão, acrescentamos aqui o significado de 'equipe', e*squif* (francês): que quer dizer fila de barcos amarrados uns aos outros. O que pressupõe a

necessidade de manterem-se unidos num objetivo comum. Esta dinâmica envolve: interação; reciprocidade; entrelaçamento, ideias, sentimentos e modificações no comportamento (BERSUSA; RICCIA, 2003).

A interdisciplinaridade evoca a responsabilidade dos profissionais de saúde, seja na ESF, seja no NASF, ou em qualquer outra esfera de cuidado humano. Deve-se sempre tratar-se de uma equipe, ou seja, de profissionais que se modificam para integrá-la, que de alguma forma se afinam no direcionamento da sua completude de enxergar o ser de seus cuidados de maneira multidimensional.

Assim, a compreensão da interdisciplinaridade reside nas relações capazes de diluir as disciplinas num todo, onde cada uma deixou um pouco de si e absorveu um pouco da outra, de modo irreversível e dinâmico. Entendimento que a ciência passa a requerer o olhar transversal, buscando ver o que está oculto para enxergar mais atentamente e perceber que onde se espera encontrar coisas simples, depara-se com uma infinita complexidade (POMBO, 2004). A interdependência que se espera dos profissionais e suas disciplinas envolve o compartilhamento de seus saberes de modo ao desenvolvimento de um olhar plural ao indivíduo-família e as suas necessidades, como afirma Vasconcellos (2009), trocando a simplicidade pela complexidade, a estabilidade pela instabilidade e a objetividade pala intersubjetividade.

Entretanto, compreende-se a dificuldade que os profissionais manifestam em articularem-se uns com os outros e com seus conhecimentos, visto que ainda prima a formação acadêmica em *lócus* disciplinares. Segundo Morin (2004), dividir para aprender desenvolve uma inteligência míope que destrói no embrião as possibilidades de compreensão e de reflexão. Neste ponto, à luz de nossa compreensão, está assentada a maior dificuldade da articulação entre referência-contrarreferência, intersetorialidade e interdisciplinaridade com o pensamento disciplinar.

Portanto, o pensamento integrador precisa ser desenvolvido no profissional, possibilitando um pensar-ser-fazer articulado em saúde de modo a alcançar a integralidade. Tal pensar-ser-fazer, para além da assistência, precisa estar na gestão, conforme afirma Campos e Amaral (2007). Pois uma política de gestão que estimula a descentralização do poder amplia nos profissionais e comunidade a

corresponsabilidade pelos resultados na efetivação da práxis de cuidado às famílias como direito constituído.

Por fim, retomamos novamente a analogia de Boff (1997) da águia, destacando sua explicação de que a águia vive e voa sempre em pares, o que anuncia a interação entre elas. Justifica a vantagem desta parceria, comparando o ser humano-águia como um anjo que perdeu uma de suas asas e ficou impedido de voar de exercer suas funções, mas, de forma criativa, juntou-se à outro anjo que também perdera uma asa e num solidário abraço encontrou a completude para sua funcionabilidade. Assim, refletiu que uma asa, mais uma asa não são duas asas, é uma águia inteira que pode recuperar sua integridade e libertação.

A analogia demonstra que a interdependência os capacitou a voar novamente. Do mesmo modo, a equipe de saúde deve buscar esta completude no saber e agir com o outro. *'Conhecimento'*, com humildade infere acerca disto: *[...] sozinho você não consegue. [...]*. Neste sentido, Boff explica: "sem solidariedade, sem compaixão e sem sinergia ninguém recupera as asas da águia ferida que carrega dentro de si. Um fraco mais outro fraco pode ser um forte, pois a união faz a força". (Boff, 1997, p. 73). Portanto, a integralidade envolve essa autopercepção 'numinosa' dos atores sociais, que precisam experienciar a libertação da águia para um contexto de integração, conforme identificado em seus discursos.

Para o alcance da Integralidade não basta apenas a conquista da referência-contra-referência, intersetorialidade e interdisciplinaridade, mas o processo de trabalho profissional, com autonomia para sua adequação às necessidades locais e a priorização de cuidados diretos ao indivíduo-família.

No próximo '*fruto*' perseguir-se-á mais o '*nó*' do processo de trabalho.

6.2.3 '*Fruto*' III de INTEGRALIDADE: O processo de trabalho na ESF – desafio à integralidade

O terceiro ‘*fruto*’ da ‘*semente*’ Integralidade versa sobre o processo de trabalho das enfermeiras (os) ao longo de sua inserção na ESF. Esta sendo conferida como uma práxis cujos objetivos assumem um caráter quantitativo, tendo em vista o cumprimento de metas de produtividade, rotina de registro de produção, a fim de lançar mensalmente no sistema o número de atendimentos das unidades. O direcionamento deste sistema de registro confere predominância em ações assistências, regidas pela semana típica, ou seja, pelo atendimento de grupos específicos, com demandas sempre superiores à oferta de serviços.

Merhy (2002), acerca desta problemática, infere a sua associação com a Revolução Industrial e o capitalismo, os quais continuam influenciando os setores organizacionais da sociedade a buscarem a produtividade, inclusive priorizando, para isso, o uso de tecnologias duras em detrimento das leves. Infelizmente, o impacto deste pensar alcança o setor saúde, e especificamente a ESF, espaço de vínculo e proximidade que só podem ser tecidos numa filosofia de trabalho diferente de produtividade. O foco na produtividade remete à reflexão sobre ‘produtos de saúde’, perspectiva que marginaliza os atos de cuidar. Atualmente, na lógica produtiva, a medicina tecnológica estrutura-se em torno de projetos que envolvem o somatório de atos fragmentados, direcionados para um usuário, dividindo-o em unidades de produção por procedimentos.

Deste modo, o indivíduo é referido por Ayres (2009a, p. 23) como *in-dividuu*, “o que não pode se dividir, o que permanece coeso”, demonstrando a necessidade de modificar a lógica de grupos que os compartimentaliza por necessidade, por exemplo, Planejamento Familiar, Pré-natal, Preventivo, Hiperdia, entre outros.

O profissional, por sua vez, depara-se com a difícil tarefa de planejamento integral, pois há necessidade de desempenhar *multiversas* ações que o submergem numa prática mecanicista e insatisfatória, despertando sentimentos angustiosos, como os que seguem referidos abaixo em momentos diferentes da coleta de dados deste estudo no intuito de evidenciar a significância do ser de cuidados – a enfermeira – nesta ação.

O primeiro discurso adveio da dinâmica do espelho ao questionamento: Como você se vê, se percebe?

> *[...] ativa, espontânea, dedicada ao que eu faço quando eu pego alguma coisa, assim, seja na vida pessoal ou profissional, eu abraço e corro atrás. [...] (pausa de voz) hoje mais madura, mais confiante [...] e determinada, já tive, assim, as crises de revolta com a área, sabe? [...] com a profissão, aquela coisa toda de achar que a gente faz, faz, faz e não vê nada.* (*'Confiança'*)

Este ver-se/perceber-se de *'Confiança'* expressa suas habilidades de superação frente à 'revolta' diante da sua sensação de insatisfação no cuidar do *in-divíduu* e sistema familiar. Depreende-se de sua fala que a dedicação, persistência e envolvimento se fazem essenciais ao perfil profissional daqueles que se 'lançam' na construção do cuidado. A experiência que adquiriu na ESF mostra-se como dispositivo de resiliência pessoal-social frente aos fatores limitantes ao exercício profissional, identificado na sua fala, a qual, também tem ressonância com outros sujeitos deste estudo. Abaixo, dispõe-se colocações de enfrentamento cotidiano para o fazer-*ser*-cuidar na ESF, ainda nesta mesma análise compreensiva:

> *[...] no momento, eu tô me sentindo um pouquinho (risos; suspiro) cansada. [...] Dá vontade de parar [...] não parar por definitivo, mas no momento [...] porque 40h semanais ainda não condiz com o que você exerce [...] é uma mão-de-obra que é pra tudo, praticamente, né? A gente acaba exercendo e pegando um pouquinho de outras funções: administrativa, assistencial, que já entra em outras profissões [...] tá desvalorizado o salário do profissional e isso abate a pessoa, porque você se desdobra muito e não tem tempo pra fazer o que é seu mesmo.* ***Dinâmica dos espelhos*** *– ('Aprendizagem')*

> *Aqui a gente tem um problema de meta [...] você marca 08 gestantes por turno então como é que você vai (pausa de voz) prolongar assim, como se diz, estender o diálogo? Se você tem um horário pra sair, você tem outras pra atender [...] muito complexo! Mas você não pode atender 05 num turno, aqui você tem 16 num turno: 12 (eletivos), 4 urgências, então você tem que atender pelo menos os 20 pacientes, o certo seria 32 [...] A enfermeira tem que atender, tem que conseguir atingir a meta que ela tem pra cumprir das consultas e tem que resolver também as questões administrativas. Então se você fica só no atendimento, quando você começa a perceber o problema já chegou lá na secretaria, na coordenação. E se você fica só nas questões administrativas sua meta cai, o número de consultas fica muito baixo, então tem alguma coisa errada com essa enfermeira que não tá atendendo. Então, tem que ter um jogo de cintura, você fica sem saber o que fazer: se vai, se fica. ('Confiança')*

Estas falas delineiam a realidade do processo de trabalho que a enfermeira enfrenta diariamente na ESF, a qual envolve funções gerenciais administrativas *versus* assistenciais. Essa dualidade é ainda permeada pelas exigências quanto ao cumprimento de metas instituídas com o objetivo de atender mais e não melhor a livre demanda entre os adscritos no Programa. Assim, limita a capacidade de o profissional dialogar com o sujeito, interagir com ele e construir o cuidado conjunto no direcionamento da integralidade. Neste sentido, outro relato exemplifica a importância de viabilizar um cuidado mais diligente e satisfatório para ambos os envolvidos, por meio de uma relação intersubjetiva e transpessoal.

> *[...] eu tive uma paciente o ano passado que era poliqueixosa e tal, e, na hora do exame ela tava bastante tensa, ela veio fazer o preventivo e aí na hora da realização do exame ela teve várias cãibras, aí eu parei, [...] sentei com ela de novo, eu disse: ô fulana o quê que tá acontecendo? Expliquei o procedimento, que era um procedimento indolor, ela não tinha nada de patologia, corrimento ou infecção de útero que determinasse essa dor que ela estava sentindo, esse temor todo e aí quando foi ver era questão familiar, que ela tava sem dormir, a mãe tava passando por problemas de saúde, tinha uma suspeita de CA e ela tava com medo de perder essa mãe, ela tinha perdido o pai há pouco tempo, então, a gente vai descobrindo o que realmente tá afligindo aquela pessoa, então ela veio para um procedimento, mas na verdade ela queria desabafar, ela teve oportunidade de chorar, de dizer que ela tava sofrendo muito e tal, e, aí eu pude ajudá-la, ela passou pela psicóloga, com poucas sessões ela veio me agradecer, que ela se sentiu mais aliviada* (*'Assistência'*)

O exemplo citado demonstra o valor que a sensibilidade e comunicação assumem no desenrolar da transpessoalidade na práxis da enfermeira na ESF. Toda a trama exposta culminou na compreensão da enfermeira de que o sujeito do seu cuidar necessitava apenas de ser ouvido: *ela queria desabafar, ela teve oportunidade de chorar, de dizer que ela tava sofrendo muito e tal, e, aí eu pude ajudá-la [...]*. A análise desta inferência evidencia a relação intersubjetiva firmada naquele momento, relação que trouxe sentimentos de satisfação e afetividade em ajudar o outro – qualidade humana na relação entre humanos. A expressão *eu pude* faz referência ao que gerou esta possibilidade, o cuidado transpessoal.

Neste sentido, Watson (2002a) infere que cuidar é estar em sintonia com o outro e com suas demandas e vulnerabilidades, o que requer grande esforço para a

enfermagem moderna frente ao caráter tecnicista que permeia o processo de trabalho na atualidade. Para ela, a ciência humana em que consiste a enfermagem baseia-se numa epistemologia que deve incluir a humanística, a metafísica, a estética, a arte e o empírico. A enfermagem é esta ciência que vem perspectivar a vida como bem a ser estimado, num processo de admiração, de respeito e de mistério. Assim, sugere às enfermeiras escolher métodos que os capacitem a acessar o mundo interior e subjetivo de significado do ser, introvertendo ao mundo íntimo do cuidar e das experiências interiores. E ainda afirma que este papel do cuidar está ameaçado pelo aumento das tecnologias e os constrangimentos da burocracia-gestão.

A atual conjuntura que envolve a prática da enfermagem mundial é regida pelo aumento da demanda em prol da eficiência medida pela quantidade e produção de resultados. Trata-se de uma antiquada mentalidade, legado industrial, que aumenta o distanciamento entre pacientes e profissionais, resultando em uma cultura que perdeu o seu caminho, pois deixou a autêntica relação de cuidar, desprivilegiando a comunicação e abrindo espaço para aumentar os erros, comprometendo a segurança dos indivíduos submersos neste sistema. As enfermeiras possuem, assim, um desafio mais crítico para a disciplina ‘cuidar’ e para a sobrevivência da profissão neste milênio, tanto a nível nacional como internacional (WATSON, 2009).

Neste contexto, vislumbra-se a necessidade de promover novas estratégias de organização dos serviços de saúde capazes de viabilizar um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem desfruta. Não focalizar esses dois olhares põe em risco fazer ruir a motivação e o crédito dado pelos profissionais da saúde e pela sociedade à proposta da ESF. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam o trabalho na estratégia não a leve à extinção, antes promovam modificações no sentido de melhor qualificação dos sujeitos que a compõem (RIBEIRO, PIIRES; BLANK, 2004), e da gestão, enquanto ação de proximidade local.

Outras falas seguem queixosas pelo sentimento de inquietude frente à incompatibilidade da demanda *versus* a produtividade, comprometendo a integralidade/transpessoalidade do cuidado:

> *Não dá (referindo-se à possibilidade de desenvolver um cuidado integral) porque a demanda é uma demanda superior a que você teria condições, capacidade de atender [...] Aparentemente você até olha e acha que tá tudo muito bom, maravilhoso, mas no contexto, na verdade a dinâmica não lhe permite [...] precisaria melhorar um pouco mais a estrutura e as condições de trabalho [...] não sei se isso é possível né? Com essa demanda grande, descontrolada de pessoal [...] eu não posso ser um super-herói, dar uma de super-herói e trabalhar com grupos de adolescente, de gestante, de mãe, de não sei o que, eu não tenho condições mínimas pra isso, então, pra você abranger um pouco [...] desse cuidado integral um profissional só não dá conta de jeito nenhum [...] porque ou você cuida de você, ou você se poupa, se reserva um pouco ou então, lá você não vai consertar e aqui você vai se estragar [...] e estraga muito, porque vêm aí os problemas de refluxo, pelo problema de ficar comendo um pouco mais, ansiosa ou sem se alimentar; de infecção [...] você entra no consultório você não tem condição de ir no banheiro porque tem uma demanda horrorosa lhe esperando [...] não ter na unidade assim um suporte de uma merenda [...] milhão de outras coisas que você tá diariamente sendo atingida e ainda tem que dar conta desses outros problemas transpessoais das pessoas? Aí realmente fica uma coisa quase impossível, seria muito bom que isso fosse possível, pra gente e pra população, eu acho que é o objetivo, tem que ter caminhos, tem que ter estratégias [...]* (*'Aprendizagem'*)

> *[...] eu acho que poderia ser feito muito mais nesse sentido transpessoal, também pela questão do tempo, o cumprir agenda, cumprir horário, quer dizer, você está com o paciente aqui, não pode ficar uma hora com ele, tem alguém esperando, tem o próximo [...] ('Amor')*

> *[...] depende da organização dos serviços [...] umas reestruturações no serviço, é, (pausa longa, aperta lábios, olha para os quatro cantos) a reestruturação da unidade seria uma oferta melhor organizada [...] um acompanhamento mais próximo das equipes com relação aos setores assim de coordenação também, são algumas ações que favoreceriam que o cuidado se faça, de forma integral [...]* (*'Esperança'*)

Os discursos seguem confirmando a dificuldade de se mobilizarem pela organização do serviço. Tal situação posiciona as enfermeiras entre dois pólos: de um lado o interesse e desvelo para com o cuidado mais sensível às necessidades subjetivas do indivíduo-família; e de outro, sentimentos de impossibilidade e sobrecarga pela alta demanda e as exigências de produção e meta. Destacam ainda o elevado número de famílias por área como fator potencializador da problemática que circunda sua disponibilidade de tempo para conhecer e vincular-se às famílias, de modo ao planejamento de ações mais acertadas e a práxis transpessoal. Mostram-se estressados, como sinalizado na fala: *eu não posso ser um super-herói,* o que remete à consciência de comprometimento da motivação destes profissionais em doar-se ao trabalho e lutarem por fazê-lo excelente.

A angústia frente à impossibilidade de firmarem uma relação intersubjetiva também emergiu na dinâmica dos espelhos, diante da sua imagem, e a imagem do contexto, emergiu na enfermeira a vontade de estar mais perto da comunidade, como se observa abaixo:

> *[...] eu tomei um sustozinho* (ao ver sua imagem e as casas) *(risos). Digo, olha! A casa que eu vejo todo dia, toda hora! Agora, se me perguntar, por exemplo: que é que tem ali? Mais um pouco, o morador, (reduziu tom de voz) eu não teria condições de falar [...] não pelo fato da negligência, não acredito que seja isso, [...] mas por conta da sobrecarga interna, não dá pra você se abrir mais pra essa atividade, tem uma demanda enorme me esperando lá dentro entendeu? [...], esses pormenores até têm um significado importante no nosso trabalho, mas a gente acaba relevando porque ele não computa, não aparece na produtividade [...]* (*'Aprendizagem'*) – **Dinâmica dos espelhos**

Esta reflexão gera-nos uma (*re)* reflexão, circularmente respaldada no referencial teórico deste estudo e no olhar atencioso do estado da arte nele contido, uma vez que nos faz buscar compreender os entremeios da responsabilidade que a enfermeira da ESF possui de conhecer a sua área e interagir com ela. Mas, infelizmente, denuncia também, ao nosso modo de ver, a 'acomodação' a qual as enfermeiras têm se submetido no contexto de trabalho na ESF. A inferência *esses pormenores até têm um significado importante no nosso trabalho, mas a gente acaba relevando porque ele não computa, não aparece na produtividade* gera provocação que alcança todos os atores envolvidos no processo, os quais, precisam unir esforços na tentativa/realização de uma ESF para todos. Realidade ainda distante no contexto nacional, ao olhar para o estado da arte e as falas das enfermeiras deste estudo.

Estudos como o de Freitas *et al* (2008) também confirmam a elevada demanda nos serviços de saúde como problema constante. Neste, a justificativa perpassa pela busca por garantir alta abrangência dos serviços, resultando na determinação de uma grande área adscrita para a equipe de saúde da família.

Colomé, Lima e Davis (2008) ainda inferem sobre consequências danosas à alta demanda para a profissional enfermeira. A falta de tempo para articular suas funções e planejar as ações a serem desenvolvidas tem levado estes profissionais a sentirem-se, muitas vezes, meros cumpridores de tarefas, situação que favorece a atuação da equipe

sobre casos isolados, distanciando-a de seu objetivo, o da integralidade, resultando na frustração da equipe, fator limitante na execução do seu trabalho.

Deste modo, observa-se que, apesar das mudanças no cenário da Saúde Pública brasileira desde a Reforma Sanitária, ainda faz-se necessário encontrar um novo padrão de práticas e de organização de serviços de saúde que viabilizem intervenções mais eficazes focadas na família e fundamentadas em ações adequadas às necessidades locais da comunidade que possam produzir qualidade de vida para as pessoas, interferindo no processo saúde e doença de maneira positiva (KANTORSKI *et al*, 2006).

Corroborando com esta proposta de mudança, Pinheiro (In: PINHEIRO; MATTOS, 2009) sugere a superação do olhar dicotomizador entre oferta e demanda, abordadas sempre como oponentes, o que lhes impõe um caráter estático, no qual o prestador de serviços situa-se de um lado e o usuário do outro, impedindo sua inter(ação).

Assim, ressalta-se a importância de articular gestores, profissionais de saúde e comunidade em geral a compreenderem o processo de promoção da saúde da família em sua complexidade e necessidade, de modo à mobilização destes rumo às transformações na (re) organização e fiscalização do serviço no espaço de cuidados à família em seu ciclo vital.

A problemática que abrange a integralidade do cuidado direciona agora para a enfermeira, sensibilizada pelas condições sociais; limitado pela dificuldade de integração da rede de serviços, engessado num processo verticalizado de trabalho, e ainda, moldado num modelo fragmentador – formação cartesiana. Esta última dificuldade desponta como quarto '*nó*' crítico a ser desenovelado pela construção da integralidade do cuidado: a formação profissional.

6.2.4 '*Fruto*' IV de INTEGRALIDADE: A formação para o cuidado – a subjetividade como componente do ensino da enfermagem

O quarto ‘*fruto*’ da ‘*semente*’ Integralidade envolveu a formação da enfermeira para o cuidado intersubjetivo/transpessoal. Observou-se no discurso das enfermeiras a queixa de não sentirem-se aptos, ‘talhados’ para o cuidado transpessoal.

Esse nó, formação profissional, situa-se no centro da Figura 40, pois representa o eixo central para a atuação da enfermeira junto à problemática que envolve: processo de trabalho, rede de serviços e problemas sociais, já discutidos ao longo desta ‘*semente*’. O processo formativo emerge assim como lócus de transformações que deve ser capaz de suscitar na enfermeira o desenvolvimento de habilidades para a interação intersubjetiva, criativa e contextual no espaço da ESF. É preciso que este seja preparado não somente para lidar com os protocolos assistenciais de cada programa (Hiperdia, Crescimento e Desenvolvimento, Planejamento Familiar, Pré-natal, entre outros), com as políticas e seu apoio a elas, mas para o enfrentamento da dura realidade das famílias, de modo a superação ou amenização destes *nós que* envolvem o seu dia-a-dia.

Neste direcionamento, sua necessidade de uma formação capaz de subsidiar o desenvolvimento de habilidades intersubjetivas/transpessoais para o cuidado humano vem sendo amplamente discutida, diante da indispensável compreensão do *ser* humano como *ser* contextualizado, social, cultural, histórico e psicoemocional. Peculiaridades que demandam da profissional enfermeira uma aproximação à integralidade do *ser*, por meio do desenvolvimento de habilidades psicocognitivas trabalhadas a partir do enlace de diferentes saberes, como os da: antropologia, psicologia, filosofia, sociologia, entre outras, aliadas ao despertar de sua sensibilidade, característica do humano, para a percepção de si e do outro no contexto de sua práxis.

A Diretriz Curricular Nacional para os Cursos de Graduação em Enfermagem definem que a educação superior da enfermeira deve primar pelo desenvolvimento de competências e habilidades humanistas, crítico-reflexivas às dimensões biopsicossociais do ser humano, denotando à sua práxis senso de responsabilidade social pela saúde integral do outro e de si (autocuidado físico e mental) em busca da qualidade, eficiência e resolutividade no cuidado as vidas humanas (BRASIL, 2001a).

Endossa-se assim, o redirecionamento da enfermagem contemporânea em busca de romper o cartesianismo ao qual ainda encontra-se submetida com o fim de elevar e

valorizar os aspectos subjetivos de sua atuação profissional junto à pessoa humana-família. Esta ressignificação do processo de cuidados envolve, além do saber técnico, experiências pessoais, significados e valores, as diferentes formas de estar e enfrentar situações cotidianas no universo das relações, as quais permeiam o conhecer-*ser*-saber-fazer o cuidado pela via da intersubjetividade.

Watson (2002a) também infere que o alicerce humanístico para cuidar transcende ao serviço, devendo envolver o ensino baseado em valores humanos e na preocupação com o bem-estar do outro. Para ela, o cuidar depende da prática e pesquisa nascidas da teoria que, por sua vez, dependem do ensino de uma ideologia de cuidar. Por isso, chama a atenção para a predominância de tecnologias e a fragmentação prevalentes na atualidade, as quais devem ser superadas através da filosofia e da ética, de modo a permanecer na vanguarda das necessidades de cuidado da população. Este '*fruto*' vem ao encontro do sétimo fator de cuidado da Teoria de Watson: 'Promover ensino-aprendizagem transpessoal', que já anuncia a necessidade de um ensino-aprendizagem pautado num contexto de relação cuidar-assistir, considerando a subjetividade, além da convencional 'transmissão' de informações.

Infelizmente, os discursos dos sujeitos deste estudo pontuam dificuldades quanto a esta atuação vanguardista, pontuando uma formação limitante, centrada nos aspectos técnico-científicos, na qual não são desenvolvidas suas competências para a ação transpessoal, o que pode ser observado nas falas abaixo:

> *[...] confesso que eu não estou tão preparada pra lidar com esse subjetivo, porque eu acho que a formação da gente não é bem voltada pra isso.* (*'Assistência'*)
>
> *[...] eu acho que deveria ser feito é o trabalho com o profissional. [...] Que na verdade um profissional só com uma formação generalista que a gente tem [...] não tem essa condição, [...] Mas, tão se estudando, acho que a finalidade [...] desses investimentos de pesquisa e extensão é justamente fazer com que resolva esses problemas, mas eu tenho certeza que vai ser mais em longo prazo, porque essa mudança de comportamento, mudança de formação, oportunidade de formação ela não acontece num piscar de olhos [...] eu não me sinto capaz de lidar com esse tipo de situação [...]* (*'Aprendizagem'*)
>
> *A experiência faz a gente se adaptar e procurar se aprimorar [...] quando a gente sai da faculdade, às vezes a gente sai um pouquinho ainda despreparado, mas quando você chega pra trabalhar [...] você quebrando*

> *os preconceitos e aprimorando isso [...] aí você entra e na hora vai surgindo.* (*'Confiança'*)

As inferências apontam para a necessidade de desenvolver durante a formação acadêmica as competências e habilidades humanísticas, pedagógicas e transpessoais para o alcance de uma práxis intersubjetiva e comunicacional entre pessoas. A subvalorização destas capacidades pelo modelo formador vigente é destacada nas falas: *confesso que eu não estou tão preparada pra lidar com esse subjetivo*; *na verdade um profissional só com uma formação generalista que a gente tem [...] não tem essa condição*" e "*quando a gente sai da faculdade [...] ainda despreparado.* Elas apontam para a necessidade identificada por eles de reconstrução da formação acadêmica.

Neste sentido, Teixeira e Vilasbôas (In: Trad, 2010) inferem que a graduação dos profissionais capazes de se inserir na ESF tem mostrado várias iniciativas de aperfeiçoamento para melhor atuação neste espaço, embora num contexto complexo de interesses públicos, coorporativos e de mercado. Também destacam a formação pós-graduada em Saúde da Família como importante espaço de discussão, capacitação e transformação dos processos de trabalho. Esta mudança direciona à adequação do perfil profissional, necessidades e demandas da ESF, extrapolando a capacidade diagnóstica e assistencial, incluindo a análise do contexto político-institucional, o desenvolvimento de habilidades no uso de métodos e técnicas de análise da situação de saúde, a inclusão da gestão e o desenvolvimento das capacidades relacionais, entre outras. Além deste conjunto de competências, reforçam a necessidade de uma sensibilidade renovada e qualificação ética que conflua na construção da intersubjetividade, numa visão de mundo pautada pelo compromisso com a vida, a promoção e proteção à saúde das pessoas.

Neste sentido, Trad (In: TRAD, 2010b) acrescenta a visita domiciliar como importante elemento capaz de favorecer este cuidado, constituindo-se numa via de acesso privilegiada ao universo familiar. Entretanto, chama a atenção para a dificuldade de adesão a estas práticas por requererem uma mudança de ordem ética, ideológica e tecnológica, a qual depende do investimento permanente na formação

adequada dos profissionais que atuam na ESF, habilitando-os a construir novos patamares nas relações e práticas dirigidas à família.

Zoboli (2007) infere que são poucos as enfermeiras que estão preparadas para lidar com tecnologias leves, relacionais, como comunicação, acolhimento, vínculo e escuta qualificada. Constatação que se respalda em outros estudiosos, unânimes em destacar as lacunas do processo de formação da enfermeira, por sua fragmentação e enfoque no desenvolvimento de competências mais instrumentais do que emocionais, caracterizadas pela dicotomia existente entre teoria e prática, discurso e ação (SCHERER, SCHERER; LABATE, 2000; SANTOS, CASÉ; BARROS, 2002; CORRÊA, SALES; SOARES, 2002).

Waldow (2004) também aborda o contrassenso que permeia o cotidiano das instituições formadoras, eloquentes no discurso de cuidado integral, e escorregadias nas próprias ideias e atos, contraditórios, que tornam este ideal uma conquista longínqua nas instituições de saúde. Ao encontro destas constatações destacam-se ainda estudos que em suas considerações trouxeram importantes sugestões de mudanças frente à problemática que envolve a formação profissional de enfermagem. Dentre eles, alguns são pontuados abaixo, por confluírem na perspectiva do presente estudo:

1. Foco na família – A formação profissional precisa ser diferenciada e pensada com base na família, considerando-a como sujeito do cuidado em saúde (RESTA; MOTTA, 2005).
2. Fortalecimento/amadurecimento emocional do acadêmico de enfermagem – Faz-se importante o preparo da pessoa enquanto ser total durante o processo de formação acadêmica, de modo a garantir o seu fortalecimento emocional, haja vista a constante exposição dos estudantes as situações ansiogênicas (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2005).
3. Rompimento com o paradigma tradicional – É necessário flexibilizar e potencializar a interdisciplinaridade e princípios educacionais que ofereçam uma prática pedagógica com visão de totalidade desde a graduação (ESPERIDIÃO; MUNARI, 2005).

4. Formação pedagógica docente – Não é possível formar enfermeiros generalistas, críticos e reflexivos sem que os enfermeiros professores tenham uma formação pedagógica que os capacite para trabalhar o processo ensino-aprendizagem dentro desta lógica (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

A Diretriz Curricular Nacional para os Cursos de Graduação em Enfermagem ressalta ainda que a estrutura destes deverá assegurar "[...] estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer [...]" (BRASIL, 2001a, p.7). À luz da nossa compreensão, remete a apreender a *ser* sujeito transpessoal, aberto à multidimensionalidade de saberes para o alcance das relações humanas no cuidado.

Assim, enlaçamos o Cuidado Transpessoal de Jean Watson, o qual evoca a necessidade de buscar um processo de ensino-aprendizagem transpessoal que envolva a capacidade do educador de trabalhar/desenvolver na pessoa humana pensamentos, prontidão, humor sentimentos, preocupações e conhecimentos necessários ao desenvolvimento das habilidades para uma práxis cuidativa transpessoal.

O processo de cuidar requer abertura por meio de um canal de aprendizagem entre sujeitos. Deste modo, anuncia o papel pedagógico da enfermeira, lamentando o fato de, muitas vezes, estes profissionais não receberem preparo, nem metodologia sistemática para o desempenho deste papel – o ensinar/facilitar/construir/cuidar. A intersubjetividade e os aspectos relacionais do processo não estão explícitos para estes, dificultando seu desempenho educativo, inclusive na formação de outras profissionais enfermeiras, culminando num ensino que visa transmitir informação sobre saúde, numa dialética que marginaliza os aspectos transpessoais do processo ensino-aprendizagem em sua complexidade (WATSON, 2008).

Tendo em vista tais dificuldades potenciais em desenvolver a transpessoalidade na prática, e diante do objetivo deste estudo – desvelar a transpessoalidade na práxis de cuidados da enfermeira ao sistema familiar no contexto da ESF–, foi desenvolvida a pesquisa auxiliar citada anteriormente acerca da percepção de formandos em

enfermagem sobre a sua formação para o cuidado transpessoal como um subsídio a mais para a discussão destes dados.

Os resultados do referido estudo envolveram: os sentimentos revelados pelos discentes (insegurança e descuido de si mesmos); as habilidades psicocognitivas necessárias para a práxis intersubjetiva (vínculo e escuta); as percepções acerca da grade curricular em relação à dimensão psicoemocional do ser (fragmentada e dicotômica) e o desenovelar dos nós críticos – estratégias sugeridas (professor, disciplinas, metodologia e avaliação) (NUNES, SILVA; PIRES, 2010).

O estudo evidenciou a necessidade de ressignificar a formação pedagógica do docente de enfermagem para que desenvolvam competências para ensino e prática multidimensionais num discurso-ação mais proximal entre teoria e prática, que os capacite ao cuidado em sociedade: integral, vincular, sensível e transpessoal. Demonstrou o imperativo da interdisciplinaridade para o desenvolvimento intelectual deste *ser* de transpessoalidade. Apontou para a inserção de uma nova disciplina capaz de desenvolver no acadêmico habilidades interacionais intersubjetivas sob o enfoque humanístico, envolvendo, além da teoria, a prática, com o desenvolvimento de técnicas como escuta terapêutica, acompanhamento domiciliar, terapia musical, toque terapêutico, entre outros (NUNES, SILVA; PIRES, 2010).

Neste sentido, Stuart e Laraia (2001) destacam o relacionamento terapêutico como uma habilidade que deve ser aprendida pelo estudante de enfermagem, no seu processo de formação profissional, significando a capacidade de ‘usar’ a si mesmo de modo terapêutico. Para isso, leva à reflexão da necessidade de construir na enfermeira o sentir, o pensar e o perceber, a partir da promoção desta experiência durante a graduação, o que implica no desenvolvimento pelo professor de uma relação de cuidado terapêutico para com o aluno, experiência que pontua um exemplo a ser seguido para a conquista de relacionamentos autênticos e terapêuticos com os indivíduos dos quais irá cuidar.

Tal constatação respalda-se ainda nos saberes trazidos por Morin (2004), estruturados na estreita relação entre inteligência e afetividade, mostrando a importância de se trabalhar sob o eixo intelecto-afeto, integrando todo o tempo as dimensões subjetivas e objetivas no ato de ensinar. Para o autor, alcançar esta práxis

educacional requer a "reforma do pensamento" para reconhecer o contexto, o global, o multidimensional, a inter-relação todo/partes inerente a qualquer sistema vivo, quer individual ou coletivo, sobretudo, no momento de aprender-*ser*-fazer uma práxis profissional como a da enfermagem. Neste sentido, o autor ressalta o significado de um processo ensino-aprendizagem fragmentado e suas consequências previsíveis no futuro exercício profissional:

> A inteligência parcelada, compartimentada, mecanicista, disjuntiva e reducionista rompe o complexo do mundo em fragmentos disjuntos, fraciona os problemas, separa o que está unido, torna unidimensional o que é multidimensional. É uma inteligência míope [...] Destrói no embrião as possibilidades de compreensão e de reflexão [...] diminui visão a longo prazo (p.43).

Ao encontro desta perspectiva, emerge a abordagem da psicologia do desenvolvimento trabalhada por Piaget, que ratifica a interação pronunciada, ao compreender o desenvolvimento intelectual – aprendizagem, como um processo lento e gradual de apreensão de saberes, somente absorvidos e praticados ao tornarem-se úteis/significativos para a realidade/experiência do indivíduo. O educando passa a incorporar o novo aprendizado modificando o seu comportamento, que se acomoda no seu intelecto, passando a ser uma transformação inerente à sua personalidade (FLAVELL, 1996).

No contexto de enfermagem, significa oportunizar momentos de interação significativa para a emersão da essência do educando em enfermagem, a partir de seu contexto psicossocial, suas vivências e experiências, considerando-o como ser transpessoal, ou seja, trabalhando, desde o processo formativo na perspectiva da intersubjetividade na valorização das dimensões subjetivas deste ser de multidimensionalidades.

Neste sentido, depara-se com o desafio em que consiste "mudar" paradigmas, no que concerne à disciplina em enfermagem. Trata-se de uma tarefa atenciosa que requer persistência diante da acomodação existente nos cursos do Brasil, na influência de modelos insuficientes para atender às demandas da complexidade e

intersubjetividade presentes no cenário de inserção atual. *'Aprendizagem'*, sujeito deste estudo, antecipa esta dificuldade ao inferir: *[...] eu tenho certeza que vai ser mais em longo prazo, porque essa mudança de comportamento, mudança de formação, [...] ela não acontece num piscar de olhos.*

Deste modo, amplia-se a compreensão deste processo de mudança àquele trazido por Silva L. (2007) como morte-renascimento, padrão mais profundo, que envolve um processo de desconstrução de velhos paradigmas – morte; e reconstrução de novas compreensões, a partir da interação entre a alma individual 'eu' e a alma universal 'nós'– renascimento. Este processo envolve a busca continuada pela completude, resultando na renovação/reconstrução de sentidos e significados. No contexto de formação profissional de enfermagem refere-se à necessidade de superação do molde tecnicista pelo integrador, subsidiado no cuidado transpessoal, o qual expande os limites, tendo a possibilidade de potencializar o desenvolvimento de habilidades intersubjetivas.

Neste contexto, aludimos à analogia posta por Boff (1997), quando se refere à águia que cresceu em meio às galinhas, aprendendo o seu comportamento, funções e cotidiano, e assumindo as mesmas ações na perspectiva de se igualar e adaptar-se ao contexto no qual se percebia. Ao se descobrir diferente pela amplitude de sua capacidade e missão no mundo, a águia hesitou, resistindo em reconhecer-se em suas plenas possibilidades. Neste dilema, ela pôde enxergar a luz que ampliou seus horizontes, enchendo-lhe de coragem para se lançar no desafio de ir além e explorar ao máximo sua capacidade.

Assim, tal como na ilustração, libertar-se do exemplo no qual fomos criados requer amadurecer para além da 'criação', que significa, no pensar deste estudo, a formação da enfermeira. Demanda transpor o molde que se limita à adaptação no sistema existente e acomodação à realidade fragmentada. A enfermeira, tal como a águia, tem nos últimos anos sido desafiado à sua real potencialidade, entretanto, necessita encorajar-se para deixar pulsar o 'coração próprio de águia', interpretado aqui como a transpessoalidade de ser cuidador na essência. Portanto, deve limpar as lentes com as quais enxerga o mundo, romper paradigmas e ir além, num despertar

criativo e inovador, rumo à imensidão de possibilidades para cuidar integralmente do sistema familiar na ESF.

Nesta expectativa, articulamos os desafios da Integralidade (Figura 40), debatidos ao longo desta '*semente*': problemas sociais, rede de serviços, processo de trabalho e formação profissional na sua interdependência para o cuidado à família.

Cada um envolveu uma complexidade tal que mereceria ser objeto único de outro trabalho, mas todos hasteando a mesma bandeira: a transformação de paradigmas no direcionamento da transpessoalidade, no caminho de possibilidade e aproximação à práxis anunciada.

Deste modo, ressaltamos que as duas '*sementes*' discutidas até aqui descreveram a situação que permeia o contexto das famílias e o cuidado presente na ESF sob a percepção das enfermeiras, centrando-se mais nos problemas identificados na sua realidade, apontando novos caminhos de superação e aperfeiçoamento da práxis de enfermagem no cuidado às famílias. Todavia, as três próximas e últimas '*sementes*', caracterizam-se mais especificamente em experiências de cuidado transpessoal, na dinâmica da inter-relação entre o eu e o outro, o *ser* e o cuidar na multidimensionalidade que envolve estes processos, centrando-se na práxis transpessoal propriamente dita.

6.3 '*SEMENTE*' III, CUIDADO: TRANSPESSOALIDADE DESVELADA

A terceira '*semente*' abrange as percepções de cuidado das enfermeiras sujeitos deste estudo. Expressam o cuidar como atuação do profissional, apontando algumas dificuldades pessoais,com o sistema de saúde e com a comunidade para o seu exercício, mas também revela a complexidade que submerge o caráter humano, manifesto na sua experiência de cuidado às famílias como vínculo intersubjetivo e transpessoal.

Este vínculo relacional, para Ayres (2009a), envolve a ação terapêutica proveniente da 'interação' entre dois ou mais sujeitos, promovendo o bem-estar, por

meio de saberes especificamente voltados para esta finalidade. Sua compreensão de cuidado refere-se implicitamente à transpessoalidade, pois exalta a interação entre matéria e espírito, corpo e mente. Sob esta perspectiva de entendimento, o cuidado 'põe' em cena a intersubjetividade, para além da *theoría*e *póiesis,* à *práxis,* aquela que amalgama o ato técnico-científico às inter-relações humanas terapêuticas.

Neste sentido, Watson (2002b) infere que o cuidado transporta atos físicos, mas, além destes, centra-se no espírito corporificado. Para ela, cuidar envolve arte e estética do *ser*, do saber e do fazer, fazendo apelo à presença autêntica do profissional, mobilizando a sua atenção de cuidar-curar intencional e o seu interesse pelo transpessoal, transcultural, objetivo, subjetivo e intersubjetivo, para além das dificuldades pessoais e profissionais.

Esta intersubjetividade representa a sensibilidade e interação estabelecida entre cuidador e pessoa humana, e por isso é comparada à arte. Envolve a expressão de sentimentos, percepções aguçadas e atitudes de atenção, capazes de perscrutar a subjetividade do o outro. Assim, mostra-se a enfermeira, na concepção de Watson (2002a), como "artista", aquele capaz de alcançar a profundidade e a complexidade do outro enquanto *ser* que precisa ser ajudado/cuidado/suprido em sua necessidade de bem-estar nos âmbitos bio-psico-afetivo-ambiental.

Esta '*semente*', Cuidado, centra-se neste entendimento, e para além dele, nas expressões ancoradas nos '*frutos*', envolvendo: vínculo entre indivíduo-família e enfermeira; e escuta sensível, aprendida no cotidiano através da *práxis* da enfermeira artista, sujeito da ESF, assim compreendida neste estudo.

6.3.1 '*Fruto*' I de CUIDADO – vínculos – reflexo de confiança, afeto e desvelo

O primeiro '*fruto*' que 'brotou' do Cuidado evidenciou os vínculos que são formados entre sujeitos-família e profissionais de saúde. A interação enfermeira-família emergiu como o principal valor a ser cultivado e preservado pelas enfermeiras de famílias, de modo que a valorização deste relacionamento encontrou expressividade

genuína na referência dos sujeitos, partindo da expressão artística – o desenho – ‘A ponte do cuidado’, no qual a ‘ponte’ representou o vínculo, ou seja, o elo de ligação/aproximação entre equipe de saúde e família, explicado no discurso de *‘Conforto’*:

> *A ponte aqui significa o vínculo, a troca, o conhecimento, o carinho, porque sem carinho não existe cuidado [...] sem esse vínculo você não consegue nada.* (*‘Conforto’*) - **Desenho: A ponte do cuidado**

A afirmação *sem carinho não existe cuidado* remete ao *caritas*, palavra latina utilizada por Watson como designação do cuidado transpessoal, que representa solidariedade, sentimento-ação que nasce quando se conhece o drama do outro e apreende-se a sua necessidade de ajuda. Em resposta a este chamado sentido na interioridade própria, o *ser* transpessoal de cuidados – a enfermeira, lança-se em doação ao auxílio do outro (WATSON, 2008).

Estas compreensões de cuidado manifestam-se na fala oriunda da entrevista semiestruturada, endossando o significado que o cuidado humano assume na vivência destes profissionais.

> *A pessoa tem uma confiança muito grande a partir do momento que ela vê que você se importa [...] você consegue entrar na vida dela [...] Tem essa relação de confiança, deles poderem contar sobre a vida, às vezes, coisas que não contam pra ninguém [...] Então passa a ter uma relação de carinho também, de cuidado mútuo, porque elas passam a se preocupar. O fato de eu não conseguir engravidar, tá todo mundo torcendo, se for por torcida [...] Tem esse respeito, confiança, carinho; credibilidade também, a partir do momento que ele vê que aquilo tá interferindo de uma maneira positiva na vida, o paciente, a família, ele passa a ter credibilidade no serviço, no seu trabalho [...].* (*‘Conforto’*)

> *Uma relação positiva, uma relação de atenção e (pausa de voz) [...] até um afeto mesmo, então as pessoas agora nem me chamam mais [...] Drª. ‘Solidariedade’ [...] eles me chamam pelo apelido, pelo nome, já cria um vínculo.* (*‘Solidariedade’*)

O envolvimento afetivo é evidente na relação destes sujeitos para o cuidado humano. Suas expressões relacionam-se diretamente ao quarto fator de cuidado definido por Watson (2002a; 2008): ‘Desenvolver confiança no processo de

ajuda/cuidado', o que significa o desvelo destes profissionais em conquistar e manter um relacionamento autêntico de confiança com as famílias de seu território.

Corroborando com este pensar, Teixeira (2006), em seus estudos acerca da intersubjetividade, sinaliza para a ação acolhedora e simpática do profissional no serviço de saúde, como meio de promover o cuidado, a partir do desenvolvimento de vínculos proximais positivos com o outro. Enuncia o uso da dimensão sensível do cuidado, ou seja, das subjetividades e, neste sentido, aborda o cuidado como algo genuíno da espécie humana que envolve as dimensões amorosas, responsáveis pela formação dos grupos sociais, necessárias para manter a vida, o que implica em investimento afetivo de um sujeito com o outro, considerando que, ao investir no outro, o indivíduo está indiretamente investindo afetivamente em si mesmo.

Esta relação vinculativa envolve a disposição pessoal de envolver-se com o outro em abertura e conquistar uma relação de cuidado mútuo, onde a sensibilidade seja construída no conhecer e deixar-se conhecer, num *continuum* relacionar-se, valorizando o outro e a si mesmo no contexto vivenciado. Assim, lançar-se ao vínculo intersubjetivo resulta, como afirma Bello (In: CARVALHO; MOREIRA, 2007), numa relação de reciprocidade, referida no estudo por *'Conforto'* (acima), na qual cada um reconhece o outro como semelhante a si mesmo.

Esta compreensão é destacada pelos sujeitos ao referirem-se à empatia, como se observa abaixo:

> *[...] sem você ter o sentimento, sem você ter* ***empatia****, sem você ter o amor, sem você ter o gosto a gente não passa pra ninguém, a técnica até funciona, mas essa questão do integra não.* (*'Aprendizagem'*)

> *[...] tem que ter uma questão de* ***empatia****, eu acho importante, a questão da confiança no profissional [...]* (*'Assistência'*)

A palavra empatia aparece nos discurso de *'Aprendizagem'* e de *'Assistência'*, destacando a necessidade de conhecermos melhor o seu significado, e tem ressonância nas demais falas dos sujeitos. Goleman (2007), em sua Tese acerca da 'Inteligência Emocional', confere sentido especial à palavra empatia, que vem do grego'*empatheia'*, significando uma tendência para sentir o mesmo que o outro sente, caso tivesse

experienciando situação e circunstâncias semelhantes, vivenciadas pelo indivíduo com quem interage. Deste modo, envolve a habilidade de afinar-se com o outro, conhecendo-o, compreendendo-o e partilhando do sentimento que lhe aflige de forma genuína. A empatia, então, mostra-se como característica essencial no cuidado transpessoal.

Para Bello (In: CARVALHO; MOREIRA, 2007) ela nasce da consciência compreendida como luz interior que ilumina. Assim, requer maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, capazes de gerar uma identificação para um cuidado individualizado.

Gerar empatia nos relacionamentos é uma das essências da inteligência interpessoal/emocional, desenvolvida pelo profissional, a partir de sua sensibilidade, respeito e da apreciação dos sentimentos do outro (TAKAKI; SANT'ANA, 2004).

A empatia envolve, portanto, a capacidade de ver-se no outro, de perceber seus sentimentos a partir do reflexo que estes geram no *self*. Deste modo, *ser* empático pode comparar-se a *ser* espelho para o outro, ou seja, ser capaz de captar o problema que este outro traz à luz do acolhimento, formando no próprio interior uma imagem virtual das expressões da 'alma' do indivíduo (outro), as quais, como reflexão, conferem *feedback*, na forma de compreensão do que se pensa e sente, inspirando confiança e satisfação no indivíduo pela capacidade de ser enxergado na sua integridade. Esta analogia revela, entretanto, a necessidade de a enfermeira-espelho-empática buscar o autoconhecimento, pois ser 'espelho' é ter a superfície polida o suficiente para refletir sem vieses a imagem do outro que se coloca à sua frente.

Sendo assim, o profissional de saúde precisa estar apto, o que significa possuir autoconhecimento para identificação dos fatores capazes de afetar o seu bem estar físico e mental (SANTANA; JORGE, 2007). Para tanto, Knibel e Celi (In: MAGALHÃES, 2004, p. 63) indicam o caminho: "Olhando e conversando conosco, estaremos com os olhos menos turvos para olhar e sentir o outro, seja ele o paciente, o colega ou o familiar."

Compreende-se, portanto, que este vínculo é cultivado a partir da abertura ao mundo próprio e do outro, do conhecimento continuado de sua vida e da confiança e intimidade estabelecida. "Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro,

acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscutar-lhes o ritmo e afinar-se com ele" (BOFF, 1999, p. 96).

Deste modo, entoa-se o significado da relação intersubjetiva no contato continuado da enfermeira com a família. Ambos se aproximam, se conhecem, partilham momentos importantes, passando a ser significativos um para o outra. Todavia, 'afinar-se com' (o ritmo do outro) incide em grande responsabilidade e num processo de busca contínua por parte destes profissionais, a partir de sua experiência, na compreensão de sentimentos, transcendendo a uma interação intersubjetiva fluente no espaço da ESF. Este processo desenvolve-se, então, ao longo do tempo, não podendo ser construído de forma efêmera, mas na persistência do dia-a-dia, como enunciam as enfermeiras:

> *[...] você cria com uma pessoa um vínculo [...]. Eu acho que o relacionamento interpessoal é tudo, a confiança [...] à medida que o tempo vai passando [...] você vai melhorando, aperfeiçoando[...] a gente tá aqui há muito tempo, eu tô aqui tem 4 anos, a médica já tá aqui tem 7 anos, os agentes de saúde tem entre 8, 10 anos a maioria dos que tão aqui [...] a gente cria uma intimidade assim, que já sabe todo mundo até pelo nome [...] quanto maior o tempo na equipe, a gente vai criando esses laços. Antes eu era curinga, assim, ficava cobrindo as unidades quando as enfermeiras estavam de férias e eu não conseguia fazer esse trabalho, porque eu não conhecia a comunidade* (Violeta)

> *[...]há 4 anos atrás a comunidade era bastante receosa [...]depois a equipe foi mostrando o seu trabalho [...] isso cria um vínculo, o vínculo paciente-profissional, então com isso vai gerando confiança, gerando até uma certa intimidade maior [...]* (*'Assistência'*)

> *Aqui [...] eu já tenho [...] quatro anos e meio [...] é uma relação de respeito [...] algumas vezes de cumplicidade, de confiança. [...] de ambas as partes: respeito, confiança e valorização de ideias.* (*'Esperança'*)

A duração do contato firmado entre enfermeira e família emerge como um dos valiosos projetos da ESF, opondo-se à rotatividade desta profissional, assim como de toda a equipe, no direcionamento do proposto para a ESF.

Brasil (1997, p. 7) traz que: "O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população [...]". Assim, tais falas elucidam a importância de

perdurar o contato com as famílias no seu território, pois este é o responsável pela motivação e credibilidade conquistadas em cooperação para a saúde das comunidades.

Evoca-se, assim, a negação da atitude de cuidar como subordinada tarefa de parcelar práticas de saúde, em afirmação à sua compreensão como processo que almeja a felicidade, satisfação recíproca. Esta perspectiva ultrapassa o conceito de saúde como estado de completo bem-estar, admitindo as limitações do cuidado e ao mesmo tempo evocando-o completo em cada experiência de sucesso experimentada junto ao ser (AYRES, 2009a).

Neste contexto de abordagem à família, o cuidar lapida-se como essência da enfermagem na ESF, por meio da necessidade de o profissional desenvolver a sensibilidade para perceber e aceitar o contexto, ouvindo, falando, tocando e olhando a família sob o enfoque atencioso do relacionamento chamado cuidado (FERREIRA, 2006).

Waldow (2004) acrescenta que o cuidado integral envolve as dimensões do eu/*self*, o outro e o cosmos, apontando para um cuidado pessoal e social que abrange a dimensão sujeito-sujeito nas suas formas: sujeito-s*elf* e sujeito-outro. Este envolvimento, para ela, desenvolve-se numa relação de compartilhamento de confiança, respeito, consideração, interesse e atenção, capazes de promover um cuidado onde os valores são enaltecidos, onde as pessoas se sentem bem, reconhecidas e aceitas. Segue com as recomendações capazes de garantir as condições para que o cuidado intersubjetivo ocorra: disponibilidade, receptividade e intencionalidade, "praticar a convivialidade, o respeito, a solidariedade" (p.188).

Deste modo, o cuidado é entendido como encontro singular e original que envolve seres com diferenciados padrões de ritmo e expressão de consciência. O cuidador é parte do cuidado, sendo a sua capacidade de expressão fundamental para a qualidade do seu trabalho, que dependerá do motivo e compromisso que o leva a cuidar. Este ato, na concepção de Silva A. (2007), emerge do profundo compromisso com a vida e tem como base o amor capaz de gerar no indivíduo-família a redescoberta de suas potencialidades próprias, dando um salto quântico, ou seja, transcendendo as novas formas de expressão.

Ao encontro deste pensar, temos as contribuições do Pensamento Sistêmico, o novo paradigma da ciência, que envolve a intersubjetividade como um processo participativo de autorreferência, significação da experiência na conversação e coconstrução de vínculos. Esta perspectiva coloca a objetividade entre parênteses, pois, reconhece o cuidador enfermeiro como parte do sistema de cuidados, numa igualdade que atua na perspectiva de coconstrução e interdependência junto aos sujeitos do seu cuidar (VASCONCELLOS, 2009).

Watson (2002b) infere que a enfermagem deve, assim, envolver corpo-mente-alma, buscando desvelar o *ser* para o cuidar numa interação com necessidades silenciosas, emocionais e espirituais do outro. Também designa (2002a) que este caminho se faz na pluralidade de atos e movimentos, palavras e sons, silêncio e expressão não verbal, formas e cores, os quais comunicam o estado da alma – arte transpessoal de humanismo e de intersubjetividade, experimentada por indivíduos em condições humanas semelhantes.

Neste misto de nuances, o fenômeno se mostra com variadas tonalidades, timbres, significados. Implica a mudança de velhos condicionamentos, abertura e flexibilidade a novos, e ainda a humildade de perceber-se eterno aprendiz na arte de cuidar. Tal aprendizado requer um revisitar continuado da práxis, numa busca por moldá-la, aperfeiçoá-la, assim como o escultor em sua obra.

Neste sentido, a compreensão do cuidado amplo que envolve esta '*semente*' designa aquele que inclui a intersubjetividade, que envolve conhecer as experiências dos indivíduos-famílias por meio da escuta atenciosa, que, apontada pelas enfermeiras, se amplia no próximo '*fruto*'.

6.3.2 'Fruto' II de CUIDADO – escuta sensível – percebendo a totalidade do indivíduo-família

> *Quando falo ou olho, eu estou no centro, e isso me agrada. Mas quando escuto, o outro se torna o centro, e isso exige de mim muito mais. Escutar significa: pegar o meu centro de gravidade e transferi-lo no outro durante algum tempo. Aguentar isso durante algum tempo exige de mim um grande*

> *esforço. Pois isso significa que me esvazio de mim mesmo para ficar repleto do outro (*PIET VAN BREEMEN, *s/d).*

Este '*fruto*' convida à reflexão silenciosa de ouvir o que se diz. Silenciosa porque é preciso calar o próprio eu, as preocupações, os interesses individuais, os fatores estressantes, as inseguranças e medos, para escutar o outro, direcionando o holofote para ele e não para si mesmo, abrindo espaço para manifestar a sua existência transpessoal. 'Escutar' significa: 1.Prestar atenção para ouvir; 2. Dar atenção; 3. Ouvir, sentir; 4. Perceber (FERREIRA, 2008). Sua epistemologia envolve, assim, a atenção, a doação, o sentimento e a percepção, elementos que se complementam na inteireza que abrange a sensibilidade de perscrutar o outro.

Privilegiar a dimensão dialógica do encontro representa a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Nesta relação, o profissional pode ouvir a si mesmo e se fazer ouvir, não se conformando ao exclusivo papel de porta-voz da discursividade tecno-científica. Então, é preciso ouvir e fazer-se ouvir, polos indispensáveis no enlace comunicacional. Por isso, a capacidade de ausculta e de diálogo emerge como um dispositivo tecnológico de elevada relevância para as propostas de humanização, tais como o acolhimento, não se restringindo à recepção e pronto-atendimento, mas envolvendo a contínua interação entre indivíduos e profissionais de saúde em todos os momentos em que exista a oportunidade de escuta do outro (AYRES, 2009).

Assim, comunicar significa etimologicamente "pôr em comum" (latim = *comunicare*), conforme Zinn, Silva e Telles (2003), que ainda define esta ação como um conjunto de movimentos que regula e mantém a relação entre os homens. Já Victor *et al* (2003) a aponta como a troca de significados entre indivíduos através de símbolos que possuam o mesmo sentido tanto para o emissor como para o receptor da mensagem, num processo que envolve a transmissão, a recepção e a compreensão de informações. Para as enfermeiras deste estudo, envolve ter atenção ao outro, "empatizar-se" com ele e fortalecer os vínculos. Noutras palavras, a escuta sensível.

A compreensão que se obtém no parágrafo anterior converge ao reconhecido 'relacionamento terapêutico', na perspectiva da promoção da integração pessoal.

Evoca no profissional a capacidade de firmar vínculos convergentes ao dar e receber ‘amor’, por meio do enlace ouvir-comunicacional, a maior forma de expressão humana, que envolve atitudes de carinho, calor humano, simpatia, interesse, confiança e respeito, num ato incondicional do humano ao humano (STUART; LARAIA, 2001).

Este *‘fruto’* evidenciou a escuta cuidativa das enfermeiras, identificado nas multitécnicas de coleta de dados, como se mostra nos discursos a seguir:

> *Primeiro cuidado de tudo que eu entendo é o ouvir, depois que eu escuto o paciente, aí sim eu vou saber qual o cuidado [...] (‘Solidariedade’)-* ***Desenho: “Tudo vale a pena se a alma não for pequena”***
>
> *[...] Cuidado integral é você ter paciência pra ouvir o paciente* (*‘Confiança’*)
>
> *O paciente também não é uma doença, ele não é um órgão doente, ele é uma pessoa, integral, que merece o cuidado integral [...] suprir esse desafio é impossível? Não. [...] basta que você saiba ouvir, basta que você saiba acolher [...]. (‘Conhecimento’*)
>
> *[...] ouvir mesmo, mais os aspectos intersubjetivos/transpessoais (risos; pausa de voz) [...] quando você conhece através de escutar mesmo, através dos problemas, da história da pessoa, quando você conhece a vida dela [...] é como se você passasse a fazer parte dessa vida (pausa de voz) Então essa relação passa a ser mais próxima entre mim e o indivíduo, a família [...]e pra alcançar o cuidado integral, além de você se doar, porque pra mim é você se doar, você tá aberto pra pessoas te buscarem, você buscar as pessoas também quando você achar que é necessário [...]*. (*‘Conforto’*)

Ele vai ao encontro do quinto fator de cuidado enunciado por Watson: ‘Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos’, representa a presença do eu-mim-nós que oferece suporte para a expressão de sentimentos positivos e negativos por meio do diálogo e da ligação mais profunda com o espírito, alcançando o *ser* para o cuidado.

O ‘Ouvir’ trazido pelos sujeitos do estudo assume a conotação de escutar, ser atencioso, se doar, significa ver além do corpo físico, aquele que se comunica por meio de sinais e sintomas, o corpo emocional, que expressa sentimentos essenciais para a compreensão deste *ser* na sua totalidade. A titulação do desenho de *‘Solidariedade’* (Tudo vale a pena se a alma não for pequena) traduz o sentir-pensar

das enfermeiras, paráfrase que leva a sensibilidade e esforço em prol do cuidar das famílias, ou seja, uma missão junto a elas.

O resultado desta sensível escuta é a união transpessoal de cuidado, caracterizada por Watson (2002a) como uma intuição de elevada consideração pelo outro e pelo seu estar no mundo. É essencialmente uma relação comunicacional, que envolve a interação íntima no campo fenomenológico, onde se libertam sentimentos e pensamentos subjetivos, que requerem a capacidade do enfermeiro compreender e detectar a condição humana do outro, o que se dá através da cognição de palavras, comportamentos, linguagem corporal, intuição, sensação, dentre outros.

Este comunicar-se de corpo-mente-alma é uma arte, que consiste na capacidade de transmitir num fluxo transpessoal sentimentos e emoções que passam a ser sentidas pelo receptor, o qual absorve o conteúdo das expressões do emissor. A enfermeira, ao experimentar o sentimento do outro e expressar sua compreensão, encoraja-o a expressar outros sentimentos que possibilitam conhecê-lo mais profundamente. Nesta relação de imbricamento, a enfermeira tem a oportunidade de gerar no outro seu potencial de resiliência para situações de enfrentamento vivencial-social (WATSON, 2002a).

Há também, neste imbricamento, a ‘fala’, que para além do uso verbal de palavras, significa atenção, olhar, enxergar, expressar-se, interagir com o outro, mesmo no silencio, muitas vezes mais acolhedor do que a fala verbal. A sensibilidade é que possibilita a sabedoria em atuar diante desta necessidade subjetiva do ser. Ela norteia, por meio da empatia e experiência da enfermeira, a sua postura dialógica em cada situação. Neste sentido, observamos abaixo:

> *[...] Às vezes ele quer falar alguma coisa além daquilo e se você não tiver tempo pra ouvir passa despercebido e ele vai embora, uma semana depois ele volta querendo que você traduza ou leia o quê que ele quer lhe dizer com aquilo, que não é aquilo que ele tá lhe dizendo, é muito mais né? [...] Porque às vezes o paciente quer só conversar. Gérbera é bem engraçada, a nossa médica [...] o prontuário dela é bem interessante: paciente veio conversar, ponto, bate o carimbo [...] Então tudo que a gente pode fazer é o que? Ouvir! [...] o que é que faz isso tudo ser transpessoal? Faz isso tudo ser menos técnico? (pausa de voz) o primeiro que eu acho é a confiança [...] tem paciente que passa a semana toda pensando em vir conversar com você na segunda [...]. É alguma coisa, é uma violência que sofreu, é um relacionamento que não tá dando certo [...] a pessoa tá com o casamento*

> *estragado eu vou falar o quê? Mas você não precisa dizer nada, só precisa ouvir porque ela própria vai refletir, desabafou, conversou, chorou [...] o que eu sinto aqui mais é a confiança adquirida ao longo dos anos.* (*'Amor'*)

Observa-se na fala a pergunta *eu vou falar o quê?* E a pronta resposta: *Mas você não precisa dizer nada, só precisa ouvir porque ela própria vai refletir, desabafou, conversou, chorou [...]*. Esta expressão traz a compreensão da enfermeira de escutar (prestar atenção; dar atenção; sentir; perceber). Mostra-se limitada por não saber o que dizer diante de revelações por vezes complexas, mas entende que o que ameniza a dor daquele indivíduo é ter a sua atenção, seu carinho, sua aceitação e compreensão.

A satisfação de ser escutado explica-se na reflexão acerca da escuta enquanto elemento soberano do processo comunicacional. A comunicação – ato que envolve a emissão de mensagens por meio de alguma linguagem com o fim de torná-la compreendida pelo receptor – centra-se, dentre os elementos emissor, mensagem, método e receptor. No receptor, ele é a essência no processo comunicacional, pois, ainda que haja variações e incompletudes nos outros elementos, a experiência do receptor é o fator determinante para a apreensão da mensagem (KNIBEL; CELLI, 2004). Esta assertiva decorre da capacidade cognitiva que o ser humano tem de reconhecer palavras, gestos e símbolos como expressões associadas a situações específicas já vivenciadas.

Quando *'Amor'* infere: *uma semana depois ele volta querendo que você traduza ou leia o quê que ele quer lhe dizer com aquilo, que não é aquilo que ele tá lhe dizendo, é muito mais [...]* ela demonstra este aspecto, ou seja, a capacidade de percepção das "entrelinhas" a partir da intersubjetividade e termina por constatar que: *[...] o que eu sinto aqui mais é a confiança adquirida ao longo dos anos.* O que prevalece na relação terapêutica é a confiança, o acolhimento, o sentimento que perpassa estes seres transpessoais.

Neste sentido, Knibel e Celli (2004) fazem referência à parábola cristã dos quatro solos, cujo receptor ideal é aquele solo arado, fértil, preparado para receber a *semente* que germinará. Por isso, afirma: "quem comunica, é quem recebe a

mensagem, e para isto o receptor precisa estar aberto para ceder e alterar o seu comportamento" (p. 71).

Enuncia-se na compreensão destes autores a mudança de comportamento como expressão de 'escuta' e acerca disto Silva A. (2007) destaca o engajamento entre *ser* cuidado e *ser* cuidador na reconstrução de significados para a interação e reconhecimento mútuo, capazes de viabilizar um novo mosaico de padrões, construído num processo eminentemente participativo e reflexivo, em que ambos, através de uma interação dinâmica, intuitiva e criativa, oportunizem caminhar por novas experiências, nas quais se autoconheçam e se autotransformem, assim expandindo suas potencialidades cuidativas em amor e sabedoria.

Essa reciprocidade e modificação conjunta experienciada mostra-se mais nitidamente no discurso abaixo:

> *[...] o que eu consigo aqui é escutar muito o paciente né? [...] a maioria dos meus pacientes ele quer mais é ser escutado. [...] você acaba aliviando, e dando certa alegria pro paciente no sentido disso, da alma e tal [...] É muito subjetivo [...] meu subjetivo como profissional, entendendo que eu tô escutando ele, tô atendendo certa necessidade dele acredito que consigo resolver um problema dele [...] quando você dá atenção, entende [...] percebe o que ele tá querendo de você, você consegue dar esse atendimento integral.* (*'Solidariedade'*)

'Solidariedade' expressa a intersubjetividade ao referir-se ao: meu subjetivo, tornando o seu subjetivo sujeito de ações, percepções, sentimentos. Seu pensar remete ao acolhimento do outro, pois valoriza os aspectos psicoemocionais do ser, admitindo a importância do cuidar relacional e vincular da pessoa humana.

Acerca disto infere-se que acolher é dar significado à própria existência "é colorir o nosso cotidiano com a beleza mais singela dos gestos amorosos, é o lenitivo doce para os momentos de maior sofrimento, é o cálice de esperança que nos reacende o sorriso quando tudo parecia perdido" (SÃO PAULO, 2002, p.53). Neste sentido, o acolhimento traz significado e esperança nos momentos dramáticos, pois na impossibilidade de resolução completa de problemas pela dependência de outros fatores, o acolhimento e o cuidado são sempre possíveis, mesmo que não possam curar a patologia, podem 'curar' a desumanidade.

Acolher, nesta perspectiva, envolve ouvir o que o paciente diz; ver o que ele mostra; decodificar o que fala; inferir o que esconde; encontrar o que desconhece; desvendar o que não quer conhecer. E, para tal façanha, é necessário ao profissional empenhar-se nos atributos da empatia (se imaginar no lugar do outro); humildade (reconhecimento das próprias limitações); tolerância (respeito à opinião); consideração (reverência); flexibilidade (aptidão de adaptar-se); paciência (perseverança com tranquilidade) e solidariedade (noção de mútuanecessidade) (SÃO PAULO, 2002).

A enfermagem constitui-se,então, em uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda, através da compreensão da mensagem partilhada (VICTOR *et al*, 2003). Tal resposta precisa ser multidimensional, perpassando pelo físico, emocional, psicológico, ambiental, relacional e espiritual, o qual segue discutido na próxima '*semente*' que amplia o cuidado à espiritualidade, presente na interação indivíduo - família e enfermagem.

6.4 'SEMENTE' IV: ESPIRITUALIDADE: UMA PRÁXIS DE TRANSCENDÊNCIA PARA O CUIDAR

A Enfermagem é uma arte
e como arte requer uma devoção tão exclusiva,
um preparo tão rigoroso
como a obra de qualquer pintor ou escultor.
Mas, o que é tratar da tela inerte ou do mármore
comparado ao tratar do corpo vivo,
o templo do Espírito de Deus?
È uma das Belas Artes,
eu quase diria,
a mais bela de todas.

Florence Nightingale (1871, p.6)

A espiritualidade, temática desta '*semente*', está presente na essência da enfermagem desde sempre, sendo perspectivada por Nightingale como ideal moral da profissão. Seu discurso evoca no humano, o "Espírito de Deus" que habita em nós e no outro, exigindo uma ética que nos impele à práxis genuína do cuidado. O referido

por Nigthingale encontra respaldo bíblico em Jó 32:8 (BÍBLIA, 2002, p.417), ao inferir: "Mas é o espírito do homem que lhe dá entendimento; o sopro do Todo-poderoso." O fragmento incide na inter-relação que o espírito (alma) possui com a mente e a atitude (corpo), revelando a completude destes elementos.

Leloup (1997) corrobora com a compreensão, traçando a evolução da dimensionalidade humana até a quarta dimensão. A primeira visão é a unidimensional, que enxerga o homem apenas como matéria. Na segunda, a visão é bidimensional, e considera além da matéria, referida como corpo e *soma*, a alma, chamada psique. Na terceira visão, a tridimensional, há o *soma,* a psique e o que os gregos chamam de *nous,* que corresponde aproximadamente à palavra espírito em português, embora sua tradução remeta ainda à inteligência silenciosa do coração, ou a parte divina do homem, local onde o divino se reflete nele. Na quarta visão, acrescenta-se a dimensão *Pneuma,* que significa o sopro da vida, a força maior e soberana, compreendida como Deus.

Entretanto, apesar de a espiritualidade, desde os tempos mais remotos, trazer a noção de 'alma' responsável pelo prelúdio de uma realidade maior do que a palpável, ela é muitas vezes suprimida e preterida em função do materialismo e objetividades que regem o mundo atual (OLIVEIRA, 2005).

Neste contexto, o conceito de alma tem sido negligenciado também nas teorias de enfermagem (Silva A., 2007), porém, na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2002a) a alma é definida como espírito, eu interior, essência da pessoa, o que para ela está ligado ao conhecimento próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior, o poder de expandir as capacidades humanas.

A separação entre corpo e alma foi iniciada por Platão e se efetivou com Descartes, que afirmava a diferença entre ambos pelo fato de o corpo ser divisível e a alma indivisível. Na física, um diálogo similar acerca da natureza da luz levou à compreensão de que esta assume comportamentos diferenciados, em alguns momentos de partícula e noutros de onda, revelando a interação entre estes elementos. Tal relação incide na reflexão acerca da natureza essencial dos seres humanos. Adotando o discurso da física, a natureza humana não pode ser reduzida ao corpo físico nem à energia, podendo ser percebido tanto como partícula – forma densa – como também

onda – forma sutil –, entretanto, tanto o corpo físico como a energia são expressões da mesma essência – totalidade indivisa (CAPRA, 2006; SILVA A. 2007).

Santo Agostinho (2004) definiu a alma com a ideia de transcendência e hierarquia sobre o corpo, tendo funções ativas em relação a este. Refere que infeliz do homem que desconhece a Deus, e, assim, à alma, pois reconhece que ele governa os acontecimentos de um modo perfeito. E afirma: "A vida feliz consiste em nos alegrarmos em Vós, de Vós e por Vós. Eis a vida feliz e não há outra. Os que julgam que existe outra se apegam a uma alegria que não é verdadeira. Contudo a sua vontade jamais se afastará de alguma imagem de alegria" (p.282).

Deste modo, o reconhecimento de um eu interior, ou seja, de recursos interiores, 'eu' espiritual, é apontado na primazia da integração corpo-mente-espírito, evocando no passado e no presente de tantos avanços científicos, o misterioso, o intangível, o filosófico e o metafísico para resolver as doenças da sociedade e o sofrimento entre corpo-mente-alma (WATSON, 2002a).

O processo de valorização das multidimensões humanas implica, portanto, no reencontro com a dimensão sagrada da vida, do universo, da terra, da natureza e dos seres humanos (Silva A., 2007). Deste modo, Watson (2009) destaca a transformação interior do ser como requisito para o cuidar *caritas*, aquele em que o coração humano ligue-seà 'Fonte' espiritual de manutenção do espírito humano, na perspectiva de que este esteja sempre se enchendo de cuidado, buscando da 'Fonte'o espírito de compaixão, sabedoria, verdade e fé – cuidado transpessoal.

Esta '*semente*' discorre acerca do segundo e décimo fator de cuidado transpessoal, respectivamente, habitar a fé e esperança; e**,** considerar a dimensão existencial-fenomenológica que abrangem a dimensão da espiritualidade, descrita por Watson (2008) como abrir-se e atender aos mistérios espirituais e desconhecidos existenciais na vida/morte, saúde, doença – 'permitindo milagres'.

Esta *'semente'* gerou um único'*fruto*', fundido num *eu-alma* de *ser.* Destaca-se que a referência feita pelos sujeitos acerca da espiritualidade foram guiadas pelo questionamento da pesquisadora a este respeito, utilizando-se da característica esclarecedora da entrevista semiestruturada, fundamentada ainda na análise de Miles e Hubermam no que se refere à reduçãoconcomitante, ou seja, à possibilidade de ajustes

no processo de coleta, com o fim de alcançar melhor o objetivo proposto. Neste entendimento e sabendo da relevância da espiritualidade no contexto transpessoal, foi que a pesquisadora, após iniciar a coleta compreendeu a necessidade de questionar as enfermeiras a este respeito, fazendo emergir este '*fruto*'.

6.4.1 *'Fruto'* I de ESPIRITUALIDADE: 'exergando a alma' o encoberto – um olhar auto-hetero para o cuidar na enfermagem

Diante do desafio de desvelar a transpessoalidade se buscou junto aos sujeitos do estudo as suas percepções e experiências no âmbito do cuidar espiritual. Suas falas fizeram mostrar o ser humano como totalidade indivisa, convergindo para a descrição: 'Enxergando a alma', elemento encoberto que se manifestou nas percepções enunciadas:

> *[...] existe uma fé, existe uma crença que existe algo maior que no caso é Deus, que vai ajudar e permitir que eles se curem [...] Lidar com essa questão é bem tranqüilo, porque eu, eu creio numa força maior, seja ela colocada com o nome de Deus ou não, mas eu acredito que existe criador [...] os profissionais de saúde eles não trabalham sozinhos, se não existir uma coisa que impulsione, um objetivo uma crença, só pela questão materialista de fazer acontecer, tomou o remédio vai melhorar? Não!* (*'Assistência'*)

> *A espiritualidade existe e depende de cada paciente, né? Mas a gente fala muito a respeito disso sondando, claro, a pessoa. Tem deles em relação à gente, deles em relação a mim e de mim em relação a eles. [...] Teve uma vez que uma paciente (pausa de voz) eu falei que eu tava com dor de cabeça, aí ela falou ah! Eu vou fazer um negócio aqui, aí me rezou, passou um negócio na minha testa, sabe?* (*'Conforto'*)

> *Essa questão da espiritualidade agora, em mim, enquanto pessoa, tá aflorando mais [...]Então, isso eu tento passar, não no sentido de religião [...] a gente tem que ter a palavra de Deus [...]tá construindo uma coisa positiva com o outro. Então, sempre que eu posso, sempre que a pessoa me dá abertura eu tô falando [...] às vezes, a depressão dele é uma questão de falta de fé [...].* (*'Solidariedade'*)

Estas inferências convergem para a constatação da existência de espiritualidade na relação de cuidado entre enfermeiras e indivíduo-família. As três falas mencionam a fé fluindo em ambos, evidenciando a necessidade própria de cultivá-la para si e com o outro.

Também se observa no relato de *'Conforto'*, referência à oração, e, acerca disto, Oliveira (2005) descreve a necessidade de considerar as culturas e valores espirituais do ser, compreendendo a oração como um momento de comunicação com Deus e de petição que se relaciona à alma.

Em referência ao dito por *'Solidariedade'* acerca da religião, Boff (1997) distingue religião de fé, alertando sobre a religião – galinha, a que possui credo, moral, teologia, hierarquia, templos, ritos, celebrações e está engessada nestes padrões. A fé – águia significa o encontro vivo com Deus, onde não valem normas, "Emudecem as palavras. Cessam as imagens. E, empalidecem as celebrações, em face da grandeza transbordante de Deus" (p.60). Destaca que diante do eterno Amor, o ser humano muda seu estado de consciência e entra num estado *numisoso*. Deste modo, para ele, a função das religiões é criar as condições para a pessoa realizar seu mergulho no Ser, Útero de infinito aconchego e paz. Para ele, as dimensões águia-fé e galinha-religião convivem juntas e complementam-se.

Deste modo, o cuidado espiritual só existe para o outro se nascer da própria interioridade, e este 'espírito' interior deve ser cultivado com vistas à completude deste cuidado. Neste sentido, as enfermeiras que acreditam na existência da dimensão espiritual, enxergam e discernem tais questões, a exemplo, a depressão mencionada acima, e ainda o relato abaixo:

> *Surge a questão da espiritualidade no sentido real da coisa [...] porque tem pacientes que chegam e você sente que tem (pausa de voz) uma coisa diferente que ele não tinha, tem uma senhora [...] eu sinto que o problema dela é um problema espiritual, [...] ela veio pedir ajuda, já pensou em se suicidar, ela disse que acorda com água na boca com uma vontade de pegar uma gilete e cortar o pescoço, nesses termos que estou dizendo [...] encaminhei pra psicóloga, conversou muito com ela, mas você vê que ela tem uma coisa estranha, não é só um problema psiquiátrico, porque existem muitas coisas além do que a gente consegue estudar, do que a gente sabe. Então existem muitos [...] são esses que estão precisando mais de ajuda porque os demais eu consigo pegar um comprimido e dá, ele melhora e vai*

> *embora. [...] Tenho um diálogo com ela muito fraterno nesse sentido de falar sobre a espiritualidade, ela acredita muito na espiritualidade e ela, graças a Deus, ela procura ajuda, [...] tento incluir a questão do espírito, da espiritualidade [...].* (*'Amor'*)

Acerca do exposto, Provérbios 18:14 (BÍBLIA, 2000, p.514) traz que: "O espírito do homem o sustenta na doença, mas o espírito deprimido, quem o suportará?" Esta afirmação vem elucidar o contexto de angústia que *'Amor'* expressa ao perceber o espírito abatido daquela mulher e sentir-se mobilizada em prol de cuidá-la na sua necessidade revelada. Sua inferência revela aspectos cruciais que envolvem as vivências espirituais de uma enfermeira. Sua fé e esperança em Deus: *graças a Deus,* a certeza da transcendência: *porque existem muitas coisas além do que a gente consegue estudar,* e a sua aflição: *são esses que estão precisando mais de ajuda porque os demais eu consigo pegar um comprimido e dar, ele melhora e vai embora*.

Diante disso, depreende-se a aguçada percepção dos sujeitos quanto à importância de considerarem os aspectos espirituais dos pacientes-famílias e de interagirem com eles. Entretanto, conceitos como espiritualidade, fé, transcendência, entre outros, ainda causam descrença na academia, destacando-se a enfermagem, entre as ciências da saúde, como uma das pioneiras em desenvolver uma atuação mais humanística e integral à saúde das famílias.

Huf (2002) destaca em seu trabalho: 'A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual de enfermagem', que a partir de 1950, com o início das produções científicas da enfermagem surgiu uma nova visão, fundamentada no reconhecimento das necessidades espirituais, independentes dos valores religiosos cristãos. Aponta como exemplos os trabalhos de: Abedellah, em 1959 (Classificação dos problemas de enfermagem); Travelbee, em 1969 (Modelo de relação interpessoal); Henderson, em 1989 (14 componentes da assistência de enfermagem); Fish e Shelley, em 1988 (Assistência espiritual); Stoll, em 1979 (Roteiro de identificação de necessidades espirituais); Watson (filosofia e ciência da assistência de enfermagem) e Neuman, em 1988 (Modelo de sistemas). No entanto, infere que até os dias atuais a assistência espiritual de enfermagem não tem sido incluída rotineiramente na prática de enfermagem.

Neste contexto, outras pesquisas reforçam que quando a fé é vivenciada têm-se resultados encorajadores de esperança, ‘equilíbrio’ e fortalecimento, propulsores da luta pela vida e serenidade diante da doença (TEIXEIRA; LEFRÈVE, 2008). Estes autores, em trabalhos anteriores, também observaram o significado da fé religiosa no trabalho da enfermeira (TEIXEIRA; LEFÉVRE, 2007), desvelando a fé como uma fonte de energia e força impulsionadora da práxis cuidativa de enfermagem. O discurso das enfermeiras entrevistadas por eles ressalta que esta força capacita-as a transmitir esperança e amor ao paciente, acreditando num horizonte diferenciado.

Deste modo, a dimensão espiritual no âmbito da saúde corrobora para um novo paradigma, no qual se reconhece cada vez mais a fé como elemento impulsionador da saúde e do enfrentamento da doença. Portanto, a enfermagem precisa estar preparada para realizar um cuidado integral, que perceba o ser humano também como um ser espiritual, respeitando e valorizando o paciente e suas crenças. É preciso humanizar e resgatar os valores subjetivos, integrando ciência e espiritualidade, pois esta pode surgir como recurso interno de aceitação/enfrentamento da doença e de percepções da vida e da morte (SELLI; ALVES, 2007).

Todavia, apesar das discussões já fomentadas no meio científico garantindo o benefício da espiritualidade no cuidar, seu exercício ainda é tímido – dado observado nas referências acanhadas dos sujeitos deste estudo: *tento passar*; *tento incluir*, e na evidência de perceberem a alma, mas sentirem-se incipientes para interagir com ela, conflito expresso na descrição deste ‘*fruto*’.

Acerca destas necessidades manifestas, Watson (2002a) declara que a ciência ocidental, em destaque a enfermagem, tem lidado de maneira muito pobre com a dimensão espiritual do homem, ignorando ou rotulando de patológico, de demasiado religioso e abstrato. Nesta lacuna mostra-se a metafísica como colaboradora na compreensão que a autora almeja compartilhar. Assim, Watson (In: Silva A., 2007) aponta para a necessidade de ressacralizar a existência no nível humano, o que significa resgatar a dimensão espiritual do ser, ou seja, enxergar a partir das lentes da unidade, ao invés de fragmentar e dualizar o ser. Esta visão incorpora ciência, arte e espiritualidade, nova conjectura do pensar-conceber-*ser* cuidador.

A espiritualidade passa a ser compreendida então como o elemento sagrado, ou seja, como um elemento de consagração do ser à sua nobre missão. Deste entendimento, parte a angústia vivenciada pelo homem, ao colocar de lado sua espiritualidade própria, inerente e inseparável, pagando assim um alto preço (WATSON, 2002a). Neste sentido, um dos sujeitos trouxe uma percepção diferenciada acerca da espiritualidade.

> *Olhando assim de forma direta pra os acontecimentos da comunidade em geral, [...] sob o meu ponto de vista, não aplicam de forma satisfatória os princípios de religiosidade que devem receber na família, porque se trata de um bairro violento, perigoso, com vários acontecimentos assim, até brutais, desumanos, e nesse ponto é como se eles esquecessem que existe Deus, existe uma formação religiosa que deveria ser relevante nesse momento. Então, a impressão que eu tenho é que existe uma divisão, em determinado momento, ele aplica a religiosidade, no momento de sofrimento, de dor, talvez de remorso pra tentar resgatar ainda alguma chance [...] eles clamam, eles lembram, eles clamam muito só quando chega ao extremo do sofrimento, aí que eles se lembram que tem um Deus pra ajudar.* (*'Conhecimento'*)

Em sua inferência, *'Conhecimento'* demonstra revolta e ao mesmo tempo cobrança de atitudes morais e éticas dos cidadãos, a partir da espiritualidade que deveriam cultivar. Associa a busca por esta dimensão aliada somente ao sofrimento e à experiência de fragilidade da vida. Portanto, na esfera de cuidados na ESF, contextos de multivariações e sincretismos, o cuidado que contempla o espiritual deve pautar-se numa postura de respeito à ética e moral.

Ética, que em grego designa morada humana, ou seja, tudo aquilo que ajuda a tornar o ambiente melhor, saudável, sustentável materialmente, integrado psicologicamente e fecundo espiritualmente. A moral, do latim, designa costumes e tradições específicas de cada povo, vinculada ao sistema de valores próprios de cada cultura e de cada caminho espiritual, é sempre plural, pois existem muitas morais. A ética impede que a moral se feche em si mesma, obriga-a a constante renovação no sentido de garantir a habitabilidade e sustentabilidade da moradia humana em suas dimensões: pessoal, social e planetária (BOFF, 1997).

Oliveira (2005) destaca ainda a necessidade de observarmos os limites da nossa condição terrena, aceitando a vulnerabilidade e mortalidade, sacrificando a superficialidade mundana por uma realidade maior, caminho que requer esforço e persistência, nem sempre encontrados na população, a exemplo, do referido por *'Conhecimento'*.

As experiências humanas de sofrimento e perda, responsáveis pela busca de sentido e conexão com as profundas dimensões humanas de vida/morte, devem ser manejadas com a competência técnica e modelos de práticas baseadas em evidências da ciência ocidentais médica e de enfermagem. Neste sentido, Silva A. (2007) destaca a necessidade de evolução espiritual, individual e social do indivíduo sob o enfoque transpessoal. Nesta Teoria, a meta de enfermagem é elevar a pessoa a um nível mais harmônico entre corpo-mente-alma, gerando o autoconhecimento e autocura.

Assim, Watson (2009) almeja um modelo de cuidado científico que permita a emergência de uma Enfermagem *Caritas* evoluída, que convida as enfermeiras para uma apreciação mais profunda da complexidade e das experiências humanas, de imersões interiores em sua própria vida e do significado das respostas intersubjetivas para o cuidado, cura, enfermidade, desespero, doença e morte. É este modelo que verdadeiramente honra e abre para a união da mente-corpo-alma-espírito e nossa conexão humano a humano como 'Fonte' que une a todos.

Esta 'Fonte', também referida como Numinoso, fascina porque nos coloca em frente à nossa realidade verdadeira e ao mesmo tempo desperta medo, porque questiona o modo habitual de vida e de consciência. Deste modo, é preciso evocar a morte da lagarta eo nascimento da borboleta espiritual em nós, na transformação que revela o sujeito no mundo na relação com outros sujeitos, e no contexto do cuidar (LELOUP, 1997).

Esta transformação profunda do ser no direcionamento do autoconhecer-se é atribuída ainda ao relacionamento humano, pois no meio é que se modifica e se adapta, conhecendo-se melhor através da interação com o outro. Esta interação segue discutida na próxima '*semente*': EU-TU e NÓS, enunciando as implicações vivenciadas no contexto relacional da ESF.

6.5 *'SEMENTE'* V, EU-TU e NÓS: A DINÂMICA INTERACIONAL DA ENFERMEIRA CONSIGO E COM O INDIVÍDUO-FAMÍLIA

Traduzir-Se

Uma parte de mim
é todo mundo:
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.

uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.

Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte delira

Uma parte de mimé permanente:
outra parte
se sabe de repente.

Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte linguagem.

Traduzir-se uma parte
na outra parte
- que é uma questão
de vida ou morte – será arte?

(Ferreira Gullar, In; BOSI, 2004)

Os versos poéticos de Gullar traduzem de forma singular o olhar sobre si e sobre o outro, em que o EU-TU e NÓS se revelou nesta '*semente*'. Assim, com a licença do autor, abrimos as discussões, no entanto, assentadas na humildade no reconhecimento de que trilhar sobre esses três universos 'eu', 'tu' e 'nós' é enveredar num "fundo sem fundo" pela complexidade existencial humana.

A análise interpretativa que gerou esta '*semente*' decorre da discussão tecida pelos sujeitos do estudo sobre a compreensão de si mesmos, a partir da sua inter-relação com o outro, o indivíduo-família. O relacionamento, assim, emergiu como espelho para o autoconhecimento, desenvolvido na confrontação com o outro e no compartilhamento de percepções diferenciadas contextualizadas na convivência.

Depreende-se que a identidade de *ser* parte de uma reconstrução reflexiva e social talhada pelo encontro com a alteridade do meio. Deste modo, os encontros ao longo da vida, determinam relações que desvelam, transformam e reconstroem as identidades-alteridades na percepção de si e do outro (AYRES, 2009a).

Ayres (2009a) faz uso da alegoria do 'voo da pomba' de Kant, sob uma interpretação que viabiliza maior entendimento da relação 'EU-TU e NÓS' aqui interpretada, pois os elementos desta metáfora são fecundos para a compreensão de sujeito que se almeja.

A história da pomba refere-se ao seu voar livre, e o sentimento de livrar-se da resistência do ar, sonhando com o vácuo capaz de trazer-lhe mais sucesso neste ato. Entretanto, o que a pomba não sabia é que o voo somente existia na inter-relação das asas se movimentando e 'movimentando' a resistência do ar, esta, da qual queria livrar-se nada mais era do que o motivo do seu voo, seu sentido de *ser* pomba. Tal analogia, para o autor, incide na compreensão de sujeito existente a partir da resistência do outro. Ele não está sozinho, negando a condição individual, em detrimento da inter-relação social. Esta compreensão alcança o predicado humano relacional, existencial e pragmático, a partir da compreensão que somente no contato com a resistência que a pomba interage com a realidade, se constitui pomba efetivamente e voa (AYRES, 2009a).

Deste modo, o ser humano relacional, existencial e pragmático emerge como interdependente do outro, TU, numa relação recursiva que o define, inspira e mobiliza-o para a ação peculiar de *ser* e estar no mundo. A enfermeira, sujeito deste estudo, assim, se faz, na resistência de múltiplos desafios que a movimenta no curso de cuidar da família. Certamente sonha, por vezes, com o 'vazio' de resistência, mas só existe enquanto enfermeira na contextualidade das relações firmadas na ESF.

Rogers (2009), em seu livro "*Tornar-se pessoa*", declara a importância das relações humanas de autenticidade e transparência na elaboração afetuosa de apreço pelo outro, e no desenvolvimento de uma capacidade sensível de ver o outro e o seu mundo como ele o vê. Trata-se da intersubjetividade, que para ele desperta no ser, compreensões de si, antes despercebidas e reprimidas. Esta conquista capacita-o a ser mais efetivo enquanto ser complexo, conferindo-lhe certa confiança para entender o outro e a si mesmo.

Esta compreensão respalda-se também na Teoria do Cuidado Transpessoal. De um lado, a imanência, como processo de interiorização, identificação e permanência; e do outro, a transcendência, na busca da transformação, diferenciação nas relações humanas (Silva A., 2007).

Deste modo esta *'semente'* envolve a autopercepção, os conflitos e ressonâncias das enfermeiras diante de seu *ser* cuidadora, respectivamente abordados em dois '*frutos*' seguintes: ' 'EU' enfermeira de família – experiências, conflitos e

sentimentos', e 'Encontrando o 'NÓS' ao retroverter o olhar no 'EU', exteriorizando a aparição do 'TU'.

6.5.1 'Fruto' I de EU-TU e NÓS: 'EU' enfermeira de família – experiências, conflitos e sentimentos

A ocupação profissional desempenha um papel fundamental na vida do ser humano. Ela designa a inserção social e é responsável pela formação da identidade, singularidade e subjetividade. Além disso, melhora significativamente a qualidade de vida, gerando segurança, motivação, prestígio, entre outros aspectos enobrecedores da personalidade humana (SANTOS; CASÉ; BARROS, 2002).

No que se refere à enfermagem, além destes predicativos, coexistem conflitos dogmáticos que ainda influenciam a profissão, dada a sua origem, como já discutida no capítulo do referencial teórico deste estudo. Neste sentido, pesquisas demonstram a prevalência da 'vocação' ainda como determinante da decisão dos que optam por esta profissão como primeira escolha. A exemplo a de Rodrigues (2001) que ao investigar junto à acadêmicos de enfermagem o motivo de sua opção, encontrou um percentual de 48,6% atribuindo à enfermagem as características humanísticas de valorização do contato com o outro, o interesse pela solidariedade, como forma de satisfazer a própria necessidade pessoal de ajudar os outros. Estas descrições assentam-se nos valores herdados do modelo religioso/vocacional, que deve ser sensato, para que não prevaleça sobre a natureza profissional da enfermagem.

Por outro lado, este legado deve ser valorizado e adaptado às condições atuais. A marca da sensibilidade, compreensão, compaixão, respeito e ajuda, devem (re) significar-se junto ao enfoque científico, para que, enquanto profissão, a enfermagem não seja destituída do seu sentido genuíno em troca de obscuros conflitos. É necessário casar o corpus teórico que delimita a função ao enfoque humanista, essência da profissão (GIRONDI; HAMES, 2007).

Esta preocupação em retomar em todo o tempo tal essência, explica-se pelo fato de que a enfermagem desenvolveu-se durante longo período, pautada no modelo

biomédico, voltando a sua atenção para o indivíduo descontextualizado e com enfoque curativo, o que inquieta os profissionais em busca de equilibrarem a sensibilidade ao saber técnico para estabelecimento de relações humanas profissionais, mas também humanizadas (ERDMANN *et. al*, 2007; RESTA; MOTTA, 2005).

Deste modo, após anos e anos na prática da Enfermagem, frequentemente encontram-se muitos encantos, desencantos, angústias, alegrias, erros e acertos. Poucas certezas e muita procura por significados, uma dinâmica que mantém esta tessitura em emaranhados de altos e baixos e possibilita o viver conflitual de uma "integralidade fracionada" no processo do cuidar, que se dilui e se fortalece, simultaneamente, como a dizer que existe uma energia irreprimível, que se coloca para além daquilo que se está disposto a ver e entender (GIRONDI; HAMES, 2007).

Sob esta complexidade de sentimentos e interações emerge a enfermeira, sujeito deste estudo, exteriorizando suas condições emocionais e psicológicas, inseguranças e necessidade de ser também cuidada neste processo. O conflito interior se mostra na dialética entre o ideal de serem 'enfermeiras humanistas' e as vicissitudes de sua própria humanidade conhecida a partir do relacionamento com o outro.

Tal conflito é vivenciado pelas enfermeiras do estudo, ao projetarem a sua percepção sobre o sonho de ser diferente, de mostrar-se mais resolutiva, de ser mais reconhecida, de conhecer-se melhor. Evidenciam a sua necessidade de cuidar do 'eu' e do 'nós', além do 'tu', por meio da interação humana, compreendida como o processo em que "a nossa mente-corpo-alma liga-se à mente-corpo-alma de outra pessoa num momento vivido" (WATSON, 2002a, p.85).

Neste '*fruto*', as enfermeiras expõem fragilidades e impotências frente ao objetivo de serem cuidadoras, evidenciando as dificuldades pessoais de relacionarem-se com o outro de uma maneira ético-estética.

> *Quem me dera eu ser completa assim (cuidar de modo transpessoal). Eu acho que eu não contemplo totalmente, é muito difícil eu alcançar isso [...]o outro tem que se gostar, o outro tem que aceitar essa ajuda e perceber que ele precisa, você como profissional de saúde, sozinho você não consegue [...]* (*'Conhecimento'*)

> *A gente faz, se esforça, claro, né? Enquanto ser humano, enquanto profissional, dentro do que a gente tem de conhecimento, dentro do que a gente tem de bagagem, dentro do que a gente tem de solidariedade pelo*

> *outro, mas a gente percebe que no final a sensação é de [...] impotência! Não consegui! Não consegui fazer, não consegui atingir [...] por isso que eu te digo que eu não consigo nesses aspectos transpessoais, entendeu? Ter resultado positivo e me sentir satisfeita [...]* (*'Aprendizagem'*)
>
> *Se alcança essa transpessoalidade o meu cuidado? (pausa de voz) Eu acho que menos do que eu gostaria que fosse. Eu acho que a gente poderia ter mais tempo pra se dedicar a essa parte que você falou da mente, da alma [...] a gente faz muito pouco, eu acho que poderia ser feito muito mais.* (*'Amor'*)

A distância descrita pelas enfermeiras incide na sensação de impotência que assola o seu cuidar permeado pelas vicissitudes entre o que conseguem ser o que gostariam de ser.

A este respeito Watson (2009) infere que a enfermeira se percebe dividida entre o cuidado enquanto tecnologia valorativa do humano e, a tecnologia ritmada pelos valores industriais, orientando a demanda de tarefa e práticas institucionais, as quais privilegiam ações que desmotivam as enfermeiras tornando-as endurecidas, frágeis, desgastadas, e até robotizadas.

Diante disso, frequentemente encontra-se nos profissionais de enfermagem um comportamento padrão, um modo de ser inautêntico, impessoal, fruto do limitado preparo relativo à dimensão emocional **(**CORRÊA; SALES; SOARES, 2002). Na graduação, o profissional sofre interferência do formato de enfermeiro-deus, onipotente, que nunca pode fracassar nos seus objetivos, concebendo assim, uma realidade ambígua que abriga mortais e semi-deuses, os quais se deparam com os limites do seu semelhante, antes de perceber o seu (SANTOS; CASÉ; BARROS, 2002).

Sendo assim, ao profissional cabe a busca pelo autoconhecimento e autopercepção para identificação dos fatores capazes de afetar o seu bem estar e saúde mental (SANTANA; JORGE, 2007). Por ser humano, o cuidador se depara com ressonâncias diante do seu semelhante e da percepção de suas necessidades.

Santos, Casé e Barros (2002) ao analisar os sentimentos, atitudes, ações do profissional frente ao paciente consideraram que existe uma contratransferência neste processo, com a constante interferência de estímulos estressores advindos do mundo

externo e interno que geram dificuldades destes profissionais em deparar-se com seus limites, levando-os a frustrações e a vulnerabilidade neste processo. Este fato também foi identificado nas enfermeiras deste estudo. Tal situação agrava-se ainda, conforme nos traz, Knibel e Celi (2004), pelo fato de poucos serviços disporem de apoio psicológico à equipe cuidadora, dificultando seu preparo para o cuidado dos indivíduos-família em situação de desvio de saúde.

Stuart e Laraia (2001) discorrem acerca da insegurança vivida pela enfermagem ao ter que 'abandonar' o jaleco, o esteto, e demais instrumentos e expor-se ao diálogo simples, tendo em vista o relacionamento terapêutico.

As falas abaixo destacam esta necessidade própria de cuidado manifesta pelos sujeitos deste estudo, revelando-os como seres humanos que devem também ser cuidados neste projeto da transpessoalidade.

> *[...] a gente se sente assim, meio que impotente em relação a algumas situações, mas é isso aí, a gente trabalhar com saúde pública é tá com esse conflito o tempo todo. A gente trabalha com as mesmas pessoas, a gente vive os mesmos problemas a gente não mora aqui, mas a gente sabe da realidade e a gente acaba convivendo maior parte do tempo com a comunidade do que com a nossa própria família. [...] eu mesma, eu procuro sempre tá fazendo uma atividade física, alguma coisa que canalize esse stress, porque senão a gente acaba adoecendo junto por esses problemas que a gente acaba absorvendo, então eu acho que todo mundo tinha, deveria ter uma válvula de escape [...]* (*'Assistência'*)

> *Às vezes você também absorve um pouco, vem aquele sentimento [...] de querer ajudar, de querer resolver, aí você fica com aquela sensação de impotência, você tá aqui falando pra ela que vai tentar resolver, quando você sabe que na verdade que o que você tá tentando fazer é muito difícil [...] você coloca sentimento (pausa de voz) fica com pena.* ('*Confiança*')

> *A gente tem que cuidar e ser cuidada [...] tava até afim hoje de sair um pouquinho pra ver se a gente acha alguém que olhe pra gente, porque na verdade, no ambiente de trabalho é só rotina mesmo e a gente não tem nem oportunidade às vezes de manifestar o que você tá sentindo, e até, às vezes, tem que esconder [...] porque existe toda aquela formalidade do dia-a-dia [...] não tem espaço pra sofrer, você cuida, cuida, cuida, cuida, tá, todo mundo aqui atendido, maravilhoso! E você, né? Como é que fica?A quem é que você vai recorrer? Não é dor física, não é dor, graças a Deus, não é doença nenhuma, mas é uma necessidade que a gente tem [...].* (*'Aprendizagem'*)

Acerca do exposto, Waldow (2004) infere que o cuidado pessoal inclui o cuidado do sujeito-*self*. Este autocuidado favorece a autoestima, confiança em si e na vida e compreende também o cuidar da saúde do espírito, do intelecto, do seu tempo, do lazer e assim por diante. Algumas sugestões incluem: rever os próprios valores através da autorreflexão e introspecção, exibir comportamentos de cuidar (solidariedade, amor compaixão); expressar o seu verdadeiro *self*, ser autêntico, desenvolver um estilo de vida que inclua práticas de autocuidado como alimentação, exercícios físicos, exames periódicos, meditação, relaxamento, entre outros. "Dessa forma, o cuidado passa a ser existencial, e passa a ser sentido, vivido, passa a ser projecional, ou seja, reflete no ambiente" (p.133).

A confluência de sua citação, ao encontro das enunciações destas enfermeiras revela a importância de cultivar o cuidado próprio como meio essencial na promoção do cuidado do outro. Outras evidências destes conflitos e insatisfações se mostram na aparência física vista no espelho, gerando reflexões experimentadas pelos sujeitos em alusão aos sentimentos de si mesmos.

> *Minha imagem, nossa! O tempo passou e eu nem senti (risos), os cabelos estão mais brancos [...] (pausa de voz).* (*'Esperança'*)
>
> *Leva-me à reflexão de que eu estou pessimamente mal cuidada, tô precisando dar uma ajeitadinha no meu visual (risos) [...] Sinto que preciso melhorar um pouco meu visual e cuidar um pouco de mim.* (Violeta)

Neste sentido, emerge a preocupação com o vivido expresso fisicamente. A aparência referida traz subjacente o significado de sua existência, os cabelos brancos, denunciando que 'o tempo passou'; o visual que incomoda, despertando para a necessidade de cuidar de si. Logo, toda imagem percebida remete para uma imagem subjetiva que falseia a percepção de si mesmo, como explica Nasio (2009). "Não existe eu puro; o eu resulta sempre da interpretação pessoal e afetiva do que sentimos e do que vemos do nosso corpo" (p.56).

Neste contexto de descuido, cuidar de si constitui-se em condição fundamental para prestação de assistência a outrem, importando a cuidadora parar quando for

necessário, ter espaço para refletir sobre sua própria imagem e vida, para que não perca a motivação, de modo a preservar-se durante suas atividades profissionais e poder reconhecer suas limitações, potencialidades e dificuldades (PINHO; SANTOS, 2007).

O trabalho de enfermagem envolve um conjunto de fatores interdependentes que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida destas trabalhadoras (es). Corrobora com esta situação o fato de ter remuneração inadequada, jornadas duplas e triplas, trabalho noturno, insegurança empregatícia, dificuldade de ascensão na carreira, entre outros. São tarefas descontínuas, inúmeras responsabilidades, complexidade pelo tipo de relação e função assumida, acrescida pela carga advinda do convívio com as mazelas sociais, dor e sofrimento. Esta situação induz a necessidade de um contínuo processo de adaptação entre trabalho e trabalhador, que luta para oferecer o melhor cuidado ao outro, mas por não cuidar de si mesmo compromete o cuidado oferecido, podendo levar à insatisfação e até o abandono da profissão. Estas observações vão ao encontro do estudo desenvolvido por Vieira, Alves e Kamada (2007), acerca de percepções de auxiliares de enfermagem sobre o cuidado de si, os quais constataram o desejo dos participantes da pesquisa em buscarem condições para o cuidado de si e do outro, no cultivo da sensibilidade ao *self* como base para o aperfeiçoamento próprio, a fim de estabelecer uma relação de cuidado, consigo e com o outro.

Nesta perspectiva, emergem outras percepções das enfermeiras, que para além dos conflitos de descuido consigo, enlaçam a satisfação e o sentimento desenvolvido no convívio com os sujeitos do seu cuidar. Embora sintam dificuldades em alcançar o cuidado recursivo que compreendem como ideal/integral, encontram no seu cotidiano respostas para os próprios dilemas, surpresas e interpretações próprias sobre seu ‘eu’, visto e sentido, confrontado com a relação de interdependência com o indivíduo-família.

Assim, os sujeitos deste estudo aprofundam suas autopercepções a partir de uma compreensão autoanalítica experimentada no momento de coleta de dados, mais especificamente durante a dinâmica dos espelhos, destacando-se, abaixo, falas que

foram no direcionamento da alteridade existencial inspirada no encontro com o espelho.

> *Ó, eu sempre gostei de espelho, muito! Desde pequena (risos) Porque é como se fosse uma outra pessoa. Muitas vezes eu até converso comigo mesma no espelho, [...] o tempo foi passando eu fui me descobrindo melhor, tanto através de mim mesma com o espelho, como através das outras pessoas (pausa) quando eu estou no espelho* ***eu me vejo como eu sou pras outras pessoas*** *e aí fica mais fácil de eu tentar (pausa) mudar também né? [...] olhar pro espelho e me descobrir e ver o que eu posso ver além até da própria imagem [...] eu olho mais, mais, mais. [...] Eu vejo uma pessoa insegura e que busca sempre (pausa) ou através do espelho ou através do outro me descobrir. Eu ainda não me descobri, eu preciso disto [...]* (*'Conforto'*)

> *É muito complicado a gente se olhar porque a gente é acostumado a olhar pro outro, a gente nunca se reflete e quando a gente olha, quando a gente encara, a gente percebe defeito, defeito na personalidade, defeito no eu, [...] é difícil porque* ***você acaba se percebendo uma outra pessoa*** *[...] a situação é um pouquinho assim constrangedora[...]quando a gente encara a imagem é a reflexão de quem sou eu.*(*'Conhecimento'*)

Elas expressam o processo reflexivo a que foram remetidas durante a experiência proporcionada pela dinâmica dos espelhos. Watson (2002a) esclarece que a mente e as emoções que emergem no encontro com o espelho tornam-se as janelas da alma, pois, apesar de ver a imagem de seu corpo confinado ao tempo e espaço, sua mente e alma não se prendem ao momento, mas retomam o vivido que se exterioriza pelo reflexo do outro implícito no espelho. Deste modo, observa-se que ambas as falas acima referenciam o 'outro': *eu me vejo como eu sou pras outras pessoas* e *porque a gente é acostumado a olhar pro outro,* implícito na 'resistência' de perceber-se.

Outro aspecto relevante enunciado refere-se ao fragmento: *Eu vejo uma pessoa insegura e que busca sempre (pausa) ou através do espelho ou através do outro me descobrir. Eu ainda não me descobri, eu preciso disto [...]*.

Esta análise é compreendida a partir do conceito de imagem inconsciente do corpo discutida em Nasio (2009). Pois, a imagem vista no espelho é sempre diferente da sentida na interioridade pelo contato com o outro. No espelho, a imagem do corpo-visto e no subjetivo a imagem do corpo-vivido, sempre conflitantes na indecisão entre

olhar pela janela ou voltar-se para dentro de si mesmo à procura do ‘eu’. Mas o que é o eu?

> O eu é um sentimento, o sentimento de existir, o sentimento de ser você. Um sentimento eminentemente subjetivo, porque fundado sobre o vivido igualmente subjetivo de nossas imagens corporais [...] entidade essencialmente imaginária cunhada por todas as nossas ignorâncias, erros e miragens que confundem a percepção que fazemos de nós mesmos (NASIO, 2009, P.55).

Deste modo, mostra-se para além de si mesmo, o outro, o que ele diz a nosso respeito, como nos aceita e julga. Este outro significa o próprio espelho, por vezes, ao refletir percepções que incorporamos e apreendemos como parte da nossa construção identitária. Neste sentido, se desenvolveu a fala seguinte, que mostra a projeção da enfermeira de sua imagem sobre o foco das outras pessoas, o que a emociona e enobrece num misto de intersubjetividade assumida junto às famílias de seu território.

> *[...] eu me percebo como enfermeira. Depois de 10 anos, como uma pessoa comprometida com o serviço, reconhecida pela comunidade. Então, (pausa de voz; choro - 15segundos) eu choro porque esse trabalho é minha vida [...] a gente ta aqui há 11 anos, nunca sofremos nenhum tipo de violência, muito pelo contrário, as pessoas protegem a gente. [...] Aqui tem muita gente de família. Muita família é carente socialmente, emocionalmente (choro; pausa de voz - 15segundos). Eu torno repetir: choro porque eu contribui para a melhoria destas pessoas, tá entendendo? Eu contribui para a melhoria da auto-estima, eu contribui. [...] Eu tô me vendo aqui, mas do outro lado tem essas pessoas. (‘Amor’)*

Ela destaca, em meio à sua análise individual: *Eu tô me vendo aqui, mas do outro lado tem essas pessoas,* constatação que elege ‘essas pessoas’ como o seu espelho, ela transpõe a superfície que lhe mostra a sua imagem física, ao entendimento do significado próprio para a comunidade na qual está inserida. Acerca disto Oliveira (2005, p. 128) infere que: “não há doutorado para ser humano, cada um é doutor do seu ego positivo ou negativo, o que os diferencia é o espelho que a pessoa mira para ver o seu próprio reflexo”.

Neste sentido, Vieira, Alves e Kamada (2007) apontaram para o fortalecimento interior, na busca da realização pessoal e social a partir da comunhão do "Eu-Tu", num diálogo conosco mesmo e uma sensibilidade para a escuta do outro. Este, para eles, é o caminho para o cuidado como atitude de amor que emerge da natureza humana a partir do contato com o próprio interior para sentir o outro, como o conjunto do corpo-mente-alma

Este relacionamento transpessoal perpassa pela elaboração da enfermeira e da sua capacidade para *ser* terapêutico abrangendo, segundo Stuart e Laraia (2001), autoconsciência, técnicas terapêuticas, empatia, confrontação, contratransferência, entre outros.

A autoconsciência refere-se ao conhecimento próprio e ao autogerenciamento para solidarizar-se ao outro. Conquistar esta interação autêntica, franca e pessoal, requer, portanto, autoconhecer-se em sua própria multidimensionalidade, ou seja, nas dimensões: psicológica (afetações); fisiológica (imagem corporal, sensações e potencialidades); ambiental (relacionamento próprio com a natureza); e, filosófica, pertinentes à fé e cultivo de práticas espirituais. Para tanto, é necessário escutar a si mesmo e se permitir sentir emoções genuínas, impossíveis no isolamento, pois estas somente ecoam na ‘resistência’ da presença do outro, o que exige a escuta ativa (STUART; LARAIA, 2001).

Rogers infere que “[...] a meta que o indivíduo mais pretende alcançar, o fim que ele intencionalmente ou incondicionalmente almeja, é o de se tornar ele mesmo” (ROGERS, 2009, p. 122). Para tanto, aconselha criar uma relação segura e livre com o outro para ser capaz de compreender a maneira como se sente em seu mundo interior, aceitá-lo como ele é e ser capaz de criar uma atmosfera onde se possa mover, pensar, sentir e ser em qualquer direção que desejar, derrubando as máscaras que mostrou durante a vida para ascender o mais essencial e verdadeiro sobre si mesmo.

Este ‘*fruto*’, portanto, determina o processo de autoconhecimento para o cuidado transpessoal. Conflui para a compreensão da interioridade do outro, numa empatia mais profunda do que aquela já discutida anteriormente, na ‘*semente*’ Cuidado, pois parte do conhecer a si no sofrimento do outro, e assim, ser para o outro o que gostaria de ter no momento vivido.

Diante de tal discussão acerca do ‘EU’ apresentado pelos sujeitos deste estudo, buscaremos ressaltar no próximo *‘fruto’* a interação pronunciada com o ‘TU’, que gera indubitavelmente: ‘NÓS’. Compreensão que se segue ainda à luz da física quântica, ao pressupor as partículas isoladas como abstrações, sendo definíveis e observáveis apenas na sua interação, ou seja, a partir das interconexões entre as subunidades particulares. A matéria, nesta perspectiva, se apresenta como uma teia complicada de interações entre as várias partes de um todo unificado (CAPRA, 2006). Isto justifica a necessidade de unificar o EU-TU, centrando-se na intersubjetividade relacional compreensiva de si e do outro: o NÓS. Este desenovelamento segue desenvolvido no próximo ‘*fruto*’.

6.5.2 ‘*Fruto*’ II de EU-TU e NÓS: encontrando o ‘NÓS’ – retrovertendo o olhar no ‘EU’ e exteriorizando a aparição do ‘TU’

Neste ‘*fruto*’ as enfermeiras trazem um pouco de sua identificação com as situações vivenciadas pelo indivíduo-família com quem interage para o cuidar. Desvelam a empatia que viabiliza o relacionamento de maneira mais proximal e eficaz entre os envolvidos. Sobre isto, Watson (2002a) infere que o cuidado somente é praticado eficazmente, evocando a intersubjetividade dos processos relacionais humanos, que, para ela, mantém vivo o senso de humanidade por meio da identificação com os outros, pelo humanismo de um refletir-se no outro, assim como segue evidenciado neste ‘*fruto*’.

O contato do enfermeiro com o mundo do indivíduo promove a capacidade de valorizar e intuir as necessidades essenciais dele, aprendendo a lidar com seus limites e receios, conquistando uma interação empática com o paciente, família e comunidade (TABET; CASTRO, 2002). É essencial, portanto, considerar que, por ser humano, o cuidador tem a capacidade de poder compreender o sujeito de seu cuidar, como *ser* que pensa e sente para além das necessidades físico-biológicas. E, para o alcance deste *ser* compreensivo, faz-se necessário que a enfermeira contemple o seu semelhante em suas necessidades psicoespirituais.

As falas procedentes demonstram o enunciado.

> *[...] se a pessoa não colocar isso dentro dela, ela não consegue, uma pessoa que não tem isso, ela não consegue [...] a questão da empatia, de ver o outro como se tivesse vendo alguém da sua própria família*. (‘*Sensibilidade’*)
>
> *Ó (pausa de voz) muitas vezes, quando a gente vai prestar algum cuidado, pensa muito na sua vida, na sua vivência, no que pra você é bom ou é ruim. Então existe isso, eu sou uma pessoa como outra qualquer, eu tenho minha vida, eu tenho minha casa, eu tenho minha família, eu cuido da minha saúde ou não, né? Eu acho que isso de você também conviver não da mesma forma, mas de uma forma parecida com aquela pessoa, você pode levar a sua experiência de vida pra tentar interferir na melhoria desse cuidado. Às vezes eu dou exemplos de mim (pausa de voz) [...] isso facilita muito na hora de você tá orientando, porque são vivências que você tem*. (*‘Conforto’*)
>
> *Quando você consegue assim resolver alguns problemas pessoais seus, você começa a adquirir certa maturidade de vida e tudo, quando a pessoa chega pra falar com você, você se sente mais preparado pra abordar entendeu? [...] tentar ajudar a pessoa, às vezes até com vivências que você já observou, já teve, por exemplo, o alcoolismo, o alcoolismo é um problema que a gente tem com frequência, eu já tive problemas de alcoolismo na minha família, então eu já vivi esta experiência quando eu era criança, dos traumas de observar o alcoolismo então, às vezes você não fala pro paciente, mas você sente segurança de trabalhar o tema* (*‘Confiança’*)

‘*Sensibilidade’*, *‘Conforto’* e *‘Confiança’* representam o reconhecimento da inteireza que envolve a enfermeira e indivíduo-família na relação de cuidado. Sua construção, longe da neutralidade e objetividade envolve: o reconhecimento de sua igualdade de condição em relação ao outro, *eu sou uma pessoa como outra qualquer;* uma pertença potencializadora da compaixão, *ver o outro como se tivesse vendo alguém da sua própria família;* e, a habilidade de ver-si no enfrentamento do outro, quando já tiver experiência específica,*tentar ajudar a pessoa,às vezes até com vivências que você já teve.*

Esta relação retoma a discussão iniciada na ‘*semente*’ Cuidado acerca da empatia. Sua gênese perpassa pelo autoconhecimento que capacita a enxergar a sintomatologia emocional do outro. Portanto, parte da capacidade que o *ser* tem de interpretar o que se passa com o outro, o que envolve a observação/investigando, o olhar/perscrutando e o ouvir/sentindo insurgido ao entrar em sintonia com o ritmo do outro. Esta relação coloca a empatia como substância precursora da ética, ou seja, do compromisso humano de respeito e solidariedade pelo outro, caracterizando uma

simultânea preocupação consigo mesmo, com o próprio bem-estar, pois ao experimentar empatia diante de uma situação desagradável, obriga-se num imperativo moral ao auxílio que satisfará a si mesmo, aliviará a própria dor sentida pela identificação 'ontológica' com o outro (GOLEMAN, 2007).

Diante disto, a intersubjetividade emerge como o combustível que acende a humanidade existente no eu-nós, indivisos na perspectiva da empatia. Ela abre as portas ao fluxo da troca de experiências do outro para si e de si para o outro. Para tanto, é necessário a escolha da enfermeira e do indivíduo em construírem uma relação de transpessoalidade. Assim, cada momento de cuidar é ressignificado para os sujeitos em interação de tal forma que se torna parte da história de ambos – ideal de intersubjetividade –, que ratifica a crença de que aprendemos com os outros como ser humano. "O que todos nós ganhamos com isso será o nosso autoconhecimento. O que aprendemos ou descobrimos acerca do eu, é todo o eu: ele é universal – o eu humano." (WATSON, 2002a, p.106).

Este ser de cuidado assume o caráter transdimensional referido por Silva A. (2007) que parte da compreensão de que um fenômeno não se repete com a mesma identidade vibratória de significados, timbre e tonalidade. Viver sob esta perspectiva implica mudança nos condicionamentos, o que envolve abertura, flexibilidade e a certeza de que o ser humano é um eterno aprendiz na arte de cuidar. Aprendizado que requer um revisitar contínuo da prática, que é moldada e ressignificada por meio do arcabouço pessoal de valores, tal como faz o escultor com sua obra de arte. A transdirecionalidade se faz importante para entender este movimento entre as duas forças internas e externas ao sistema que ao mesmo tempo mostram-se opostas, mas também complementares favorecendo a superação dos limites do ser para evolução processual e criativa de *ser 'EU-TU'*/'NÓS', para tornar-se.

Assim, o cuidado transdimensional emerge como conjunto de padrões de significado existentes na interioridade dos seres envolvidos no cuidado, bem como da indissociabilidade destes com o meio onde se encontram. Deste modo é um processo participativo e reflexivo, no qual, tanto cuidador como ser cuidado, através de uma interação intuitiva, criativa e dinâmica, oportunizam um caminhar rumo à novas experiências, nas quais, se autoconhecem e se autotransformam (Silva A., 2007).

Transformação esta que se faz notar no seu ser-saber-fazer o cuidado humano nos *multiversos* contextos de sua inserção, seja na ESF ou noutro espaço de cuidados.

CAPÍTULO VII

Figura 41: As flores do caminho *Designer*: Bárbara Barreto

Escrevo para saber o que necessito de aprender sobre mim própria e para expressar o que sinto. [...] Escrevo para transmitir alento, a mim e aos outros, para ter coragem de ser autêntica à "chamada" [...] para manter a voz da enfermagem [...] através dos tempos.

Jean Watson *(2002b, p. xx)*

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir este *corpus* chamado 'Dissertação' significou, à luz da origem desta palavra, a honrosa oportunidade de "expor ideias", dissertar e "discorrer" (LAROUSSE, 1998, P.1937), que traduz de forma genuína o sentimento experienciado, pois quer dizer: "correr para os diversos lados, ou por diversas partes; espalhar-se, derramar-se" (p.1931).

Ao lançar-me no desafio de 'discorrer' para desvelar a transpessoalidade na práxis da enfermeira à família como sistema de cuidados na ESF, não imaginava as profícuas experiências enoveladoras que me reservava este caminhar. Hoje, ao retomar as vivências e observar o aprendizado, sinto-me ainda a começar, entretanto, mais conscienciosa da amplitude que foi se mostrando ao longo desta busca. Parafraseando Watson (2002a), este momento se reveste de descoberta, beleza e criatividade, desenovelando novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano no direcionamento de uma relação corpo-mente-alma de cuidar para servir a sociedade.

Sob a essência desta transpessoalidade, imergi meu ser à procura de satisfazer as inquietações diante da dicotomia existente entre teoria e prática, no que se refere ao cuidado integral preconizado à família nas ações da ESF.

Esta imersão começou pelo conhecimento do estado da arte, que veio a constituir-se em elemento norteador deste estudo, por esclarecer a lacuna existente desta temática. Tal lacuna direcionou este estudo para a abordagem da integralidade sob o enfoque intersubjetivo das relações entre enfermeira e indivíduo-família, à procura de descobrir a sua transpessoalidade. Deste modo, a revisão de literatura representou um *continuum* processo neste elucidar, pois se estendeu durante todo o curso da pesquisa, interagindo contraste e brilho imprescindíveis à nitidez dos resultados verificados.

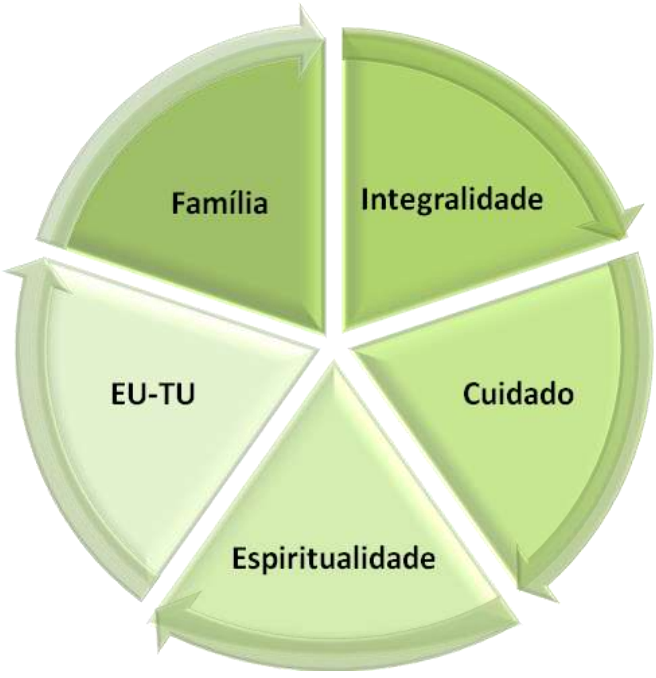
Para além do conhecimento da literatura atual, a fundamentação teórica adotada, o Pensamento sistêmico e a Teoria do Cuidado Transpessoal representaram o alicerce da compreensão, de modo que a intersecção entre eles confluiu na concretude do desvelar o ser cuidador na ação do seu cuidar da família. O estudo aprofundado de tais referenciais representou nesta imersão o sol, que aqueceu as inquietações ao longo

do processo de perscrutar o outro, e iluminou as nuances mais profundas de sua transpessoalidade.

No entanto, não bastariam as lentes de ajuste do estado da arte e a luz do referencial teórico sem a delimitação diligente do caminho metodológico a ser percorrido. Este, delineado pela via da sensibilidade, foi feliz em buscar a abordagem qualitativo-criativa, o *ser bricoleur*, que entre multitécnicas transversalizou as nuances entre imagem, arte e verbo, numa análise interativa e cíclica que valorizou os aspectos subjacentes e desvelou transpessoalidade, alcançando os objetivos propostos.

Deste modo, emergiram a Família, a Integralidade, o Cuidado, a Espiritualidade e 'EU-TU e NÓS', como '*sementes*' lançadas à compreensão do fenômeno em estudo. Tais '*sementes*', germinadas, mostraram também seus '*frutos*', os quais, juntos, elucidaram a transpessoalidade, suas evidências, entraves, vicissitudes, potencialidades e influência no processo de cuidado. Destaca-se que tais '*sementes*', apesar de se mostrarem em separado estão imbricadas, numa interdependência sistêmica que converge à compreensão alcançada no *continuum* de seu movimento dinâmico, entremeado por "veias" de interdependência e recursividade. Assim, nos alude chamá-la de: Circularidade do cuidado transpessoal-existencial humano, como se mostra abaixo:

Figura 42: Circularidade do cuidado transpessoal-existencial humano



Sua organização conflui para desvelar a práxis da enfermeira, sob os seus diversos olhares aos elementos que se complementam na interdependência para a sua totalidade.

A '*semente*' FAMÍLIA: olhares *multiversos* à sua complexidade mostrou a compreensão das enfermeiras acerca do significado do seu contexto. O sentido atribuído versou na sua complexidade revelada nas *multiversas* situações enunciadas por eles, caracterizando-a de três formas: Sistema onde o todo é maior que a soma das partes – as inter-relações, abordando sua inteireza e influência mútua entre os membros –; Contexto de inserção – rede social extensa, enfoque revelador do entendimento da contextualidade e cultura que a família assume no meio, ou seja, no macrossistema social –; e 'Berço' do cuidado humano: função social inerente ou imposta? – percepção que se mostrou na expectativa funcional da família enquanto provedora de amor e cuidado. Assim, tal '*semente*' possibilitou adentrar no universo perceptivo das enfermeiras, revelando que o sentido de família que assumem no seu pensar-sentir-agir envolve integralidade, contextualidade e valores culturais.

A INTEGRALIDADE: caminhos a serem "re-escritos" na busca pelo cuidado integral do sistema familiar, contrastou a compreensão de família integral, com as condições gerais e específicas de exercer o cuidado também integral, reconhecido como necessário, porém, ainda um desafio diante de algumas dificuldades. Destas, quatro saltaram em suas inferências: m*ulticontextos* sociais, econômicos, educacionais e culturais desafiadores da práxis integral de cuidados; processo de trabalho – desafio à integralidade; mãos dadas – interdependência um do outro para o nexo do cuidar; e a formação para o cuidar – a subjetividade como componente do ensino de enfermagem. Tais '*frutos*', num avolumar-se progressivo, expressaram que as mudanças viáveis ao aperfeiçoamento da práxis integral perpassam por uma multidimensionalidade e por uma complexidade que requer, de todos os atores sociais envolvidos, um esforço criativo e sempre inovador em favor de sua conquista.

O CUIDADO: transpessoalidade desvelada veio, após a discussão dos nós críticos, apaziguar as inquietações, comprovando a possibilidade de efetivamente desenvolver um relacionamento transpessoal, mesmo em face das dificuldades já explicitadas. Por meio dos vínculos: reflexo de confiança, afeto e desvelo e da escuta

sensível: percebendo a totalidade do indivíduo-família, ficou evidente que a intersubjetividade pode e deve ser cultivada no espaço da ESF, sendo o instrumento capaz de elevar o cuidado a um nível de transpessoalidade e integralidade pessoa-pessoa.

Neste contexto de aproximação e relacionamento autêntico, evidenciou-se ainda a ESPIRITUALIDADE: uma práxis de transcendência para o cuidar, revelando que as enfermeiras estão "enxergando a alma", o encoberto dos indivíduos-famílias, o que fazem através de um olhar sobre si e sobre o outro. A espiritualidade, forte tema da Teoria do Cuidado Transpessoal, ainda se faz tímida nos discursos destas profissionais, entretanto, sua presença já significa a magnitude de sua discussão e importância para o cuidado integral à família e ao ser, ser, que também é espiritual, o que constataram os sujeitos da pesquisa, despertando a responsabilidade de maior ênfase e investimento na enfermagem para lidar com esta dimensão do ser humano no processo de cuidado.

Aprofundando um pouco mais as descobertas e revelações destes seres de transpessoalidade, as enfermeiras, emergiram por último, a compreensão da inter-relação e interdependência que estabelecem com o outro, o sujeito do seu cuidar: relação EU-TU e NÓS. Através de retroverterem o olhar no seu eu, exteriorizaram a aparição do outro, numa relação eu-mim-tu-nós-outro, reveladora da ontologia da transpessoalidade, inerente ao relacionamento humano que corrobora para o significado do cuidado de si e de outrem.

Neste enlace, os resultados demonstraram que os enfermeiros compreendem a família em sua complexidade, enxergando a relevância do cuidado intersubjetivo, vincular e transpessoal, o que envolve a espiritualidade de cada ser e o autoconhecimento e amadurecimento no contato com o outro. Todavia, apesar de enxergarem o caminho, enfrentam conflitos internos pelas limitações próprias e do sistema que as distanciam de desenvolverem de forma mais continuada a transpessoalidade na práxis cuidativa.

Diante deste fato, foi possível depreender que o modelo assistencial vigente nas Políticas Públicas de Saúde, no concernente à ESF, ainda caminha pela via da produtividade em detrimento da transpessoalidade, o que resulta, por vezes, num

comportamento mecânico desta classe profissional. Todavia, a importância do relacionamento intersubjetivo é percebida pelas enfermeiras como caminho para a integralidade do cuidado ao sistema familiar no SUS, o que aponta para a importância de voltarmos nossa atenção à superação dos quatro nós críticos enunciados neste estudo: intersetorialidade-interdisciplinaridade; formação profissional; processo de trabalho e condições de vida das famílias.

Destaca-se, dentre estes, o processo formativo, pois se mostra como o cerne capaz de desenvolver nos profissionais mais habilidades para o cuidado na perspectiva de sensibilidade humana entre humanos, de modo que possa ser agente de transformação no desenovelamento dos demais nós. Neste entendimento, ressalta-se a importância da realização adjacente da pesquisa: 'A formação profissional de enfermagem *versus* a práxis transpessoal do *ser* cuidador', a qual, através das percepções de graduandos em enfermagem das Universidades Públicas Estaduais da Bahia, confirmou a necessidade de reformulações do ensino superior de enfermagem, no recorte de olhar o contexto estadual – Bahia – para o nacional – Brasil – no direcionamento das partes para a globalidade na formação da enfermeira.

Tal pesquisa confluiu com as reflexões desta Dissertação, apontando para a necessidade de uma Educação Permanente focada no ensino-pesquisa-extensão capaz de favorecer o processo de cuidado no direcionamento da integralidade. Para tanto, é necessário o uso de metodologias proativas para oportunização da confluência de saberes entre discentes docentes e comunidade, o desenvolvimento de habilidades práticas sensíveis e proximais, além de um componente curricular que privilegiem a intersubjetividade e segurança emocional para a interação transpessoal.

Deste modo, a formação de enfermagem precisa ser redirecionada através da capacitação docente, para que desenvolvam competências para um ensino e prática multidimensional, integrando o desenvolvimento cognitivo, afetivo-emocional e as habilidades para a interação interdisciplinar.

Para além desta consideração, outras sugestões advindas da compreensão alcançada ao longo deste desvelar também se mostram:

- ✓ A inserção de nova disciplina nos Cursos de Graduação em Enfermagem, que possibilite desenvolver no futuro profissional habilidades

interacionais intersubjetivas com o sujeito do seu cuidar, sua família e comunidade. O enfoque humanístico, alcançando o exercício de ser intersubjetivo no cuidado, ou seja, com teor prático capaz de promover estágio voltado para o cuidado subjetivo, envolvendo técnicas como: escuta terapêutica, terapia musical, toque terapêutico, acompanhamento domiciliar, entre outras pela via da interdisciplinaridade (NUNES, SILVA; PIRES, 2010).

- ✓ O aperfeiçoamento da ESF, no que concerne à interação dos multiprofissionais que a integram, favorecendo a interdisciplinaridade, inclusive com os profissionais do NASF, para maior aproximação com a integralidade almejada.
- ✓ A reestruturação das metas de enfermagem e maior autonomia para que este profissional ocupe-se mais do cuidado, dispondo de gerente na unidade para dividir as demandas e ter espaço para conhecer melhor as famílias, num relacionamento intersubjetivo.
- ✓ A modificação política para uma reorganização dos atendimentos, de modo a reduzir a fragmentação do usuário no serviço dividido em necessidades que giram em torno da semana típica, a qual não contempla a proposta da integralidade.
- ✓ A implantação do uso de instrumentos de avaliação familiar no dia-a-dia da enfermagem, na compreensão de que estes representam um elemento facilitador para a compreensão da dinâmica da família, de sua constituição, relações, vínculos, subjetividades, condições de vida, cultura, entre outros, sendo relevantes no diagnóstico das famílias como subsídio ao planejamento e intervenção compatíveis com a complexidade familiar.
- ✓ A inclusão da atividade de acompanhamento familiar com maior direcionamento do seu tempo da enfermeira para sua inserção na comunidade, de maneira mais proximal e satisfatória, para que sua atuação não se configure em ambulatorial e tarefeira, fechada nas quatro paredes da Unidade de Saúde da Família.

- ✓ Reorientação do modelo assistencial vigente, que primazia a produtividade em detrimento da qualidade da assistência, de modo que os princípios instituídos no SUS e na Constituição Federal de 1988 sejam efetivamente atendidos.

Compreende-se que algumas destas mudanças já foram pronunciadas por diversos autores, mas ainda enfrentam resistência à sua execução prática, como enunciado pelos sujeitos deste estudo. Assim, endossa-se e avulta-se a necessidade destas transformações com o resultado desta pesquisa, a qual não ecoa no vazio, mas ressoa junto a outras vozes que, como eu, mantêm viva a esperança de serem ouvidas e acolhidas para a transformação do cuidado à família brasileira. Também se compreende que o presente estudo não esgota o assunto discutido, mas, ao evidenciar a efetividade do cuidado transpessoal ao sistema familiar, corrobora para o delineamento de um novo caminho em direção à integralidade da assistência no contexto da ESF.

Entretanto, para além das demandas explicitadas, compreendo, acima de tudo que se possa apontar no SUS, na ESF, na sociedade, e na universidade a questão fundamental para qual este estudo se voltou à essência de ser humano. Ser cuidador, ser relacional, ser sensível, ser transpessoal, esta natureza é capaz de romper todas as barreiras que se possam mostrar, pois completa a incompletude do sistema, da estratégia, da realidade. Ser humano com o outro humano, numa relação de cuidado e interesse, é uma atitude ética e moral de solidariedade existencial. À luz do que bem trouxe ‘Amor’ ao derramar-se em arte, afirmando que cuidar é abraçar o outro, é envolver seu corpo para senti-lo e sentir sua vivencia e, então, poder fazer o que lhe satisfaz; ouvi-lo, interessar-se por ele, fomentar a sua fé e esperança no direcionamento de suas necessidades.

Deste modo, o presente estudo revelou o que de mais simples se pode retomar, a relação humana autêntica, o cuidado natural que ameniza os limites do sistema de saúde, abranda as condições sociais desfavoráveis, potencializa as qualidades ainda latentes no profissional que não foram despertadas no seu processo formativo. Portanto, de todos os pontos enunciados, o mais necessário centra-se no próprio eu, na interioridade de ser-existir-servir, oferecer ao outro a si mesmo, com suas limitações, defeitos, incoerências, sua integralidade, pois neste doar-se é que cada um de nós se

descobre tão capaz, tão suficiente, valoroso e completo. Doar-se em ***corpo***, num toque de carinho e interesse pelo outro, em ***mente***, com o conhecimento científico, sentimentos, historicidade, percepções e em ***alma***, espírito transcendente que expressa fé e mistério para além das condições humanas.

Neste encontro, finalizo minha fala, expressando a satisfação pela honrosa oportunidade de desvelar a transpessoalidade no cuidado de enfermagem à família, o que representou para mim um renascimento na arte de ser humana, enfermeira e de estar no mundo.

CAPÍTULO VIII

Figura 43: *Multicontextos* para enxergar o cuidado à família *Designer*: Bárbara Barreto

Uma leitura plural supõe a quebra das fronteiras disciplinares [...] a quebra da monorracionalidade na compreensão, análise, explicação, articulação, construção do nosso objeto. Supõe a leitura plural de diversos ângulos [...] multirreferencialidade [...] um hino contra o reducionismo.

Sérgio Borba *(In: Barbosa, 1998, p. 13)*

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia. Os sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença. Maneiras de Fazer de Grupos da Sociedade Civil. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Rubem Araujo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 161-170.

ALARCÃO, Madalena, **(Des) Equilíbrios familiares**. 3. ed. Coimbra: Quateto, 2006.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** vol.9 no.16, Botucatu Sept. Feb. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_pdf&tlng=pt Acesso em: 10 de Janeiro de 2009

ANAUT, Morie. **A resiliência** – Ultrapassa os traumatismos. 1ª ed, Lisboa, PT. CLIMEPSI. 2005.

ANDOLFI, Maurizio; MENGHI, Claudio Angelo Paolo; NICOLÒ-CORIGLIANO, Anna Maria. **Por trás da máscara familiar**: um novo enfoque em terapia da família. Tradução de Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

ARAÚJO, Regina Lúcia de. Apresentação. In: OLIVEIRA, Jerônimo Moreira de. **O que vejo no espelho**: uma visão pragmática da psicologia transpessoal – Jerônimo Moreira de Oliveira. – Goiânia: Ed. Da UCG, 2005, p. 11-16.

ATHAYDE, Elisabete Soares de; GIL, Célia Regina Rodrigues. Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de londrina. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6, n.2, p.13-22, jun.2005. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em: 15 Jul 2009.

AUSLOOS, Guy. **A competência das famílias** – Tempo, caos, processo. Tradução Joana Coelho. 2.ed. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009a.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** [online]. vol.18, supl.2, pp. 11-23. 2009b.

BASTOS, Ana Cecília de Sousa *et al*. Conversando com famílias: crise, enfrentamento e novidade. IN: CARVALHO, Ana M. A.; MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos. **Família, subjetividade, vínculos.** São Paulo: Paulinas, 2007, p. 157-194.

BELLO, Angela Ales. Família e Intersubjetividade. IN: CARVALHO, Ana M. A.; MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos. **Família, subjetividade, vínculos.** São Paulo: Paulinas, 2007, p. 83-106.

BÉRGAMO, Flávia da Silva; FORTUNA, Cinira Magali; OLIVEIRA, Cleide Terezinha. A construção da integralidade na assistência: o caso do programa de atenção à saúde dos deficientes auditivos e fissurados. **Revista Nursing**, v. 103, n. 9, dezembro de 2006, Baruerí-SP, p:1141-1146.

BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe – Instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 75 - 97.

BERTALANFFY, von Ludwig. **General System Thoery.** Nova York: Brasiller. 1968.

_____. **Teoria dos sistemas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. Nosso processo de pesquisa. IN: CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Visistando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BÍBLIA. **Bíblia sagrada**: Nova versão Internacional. Traduzido pela Comissão de Tradução da Sociedade Bíblica Internacional. São Paulo: Editora Vida, 2000.

BOFF, Leonardo. **Princípio de Compaixão e cuidado** / Leonardo Boff; em colaboração com Werner Müller; tradução de Carlos Almeida Pereira. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2000a.

_____. **Tempo de transcendência** / Leonardo Boff. – Rio de Janeiro: Sextante, 2000b.

_____. **A Águia e a Galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis – RJ: Vozes, 1997.

_____. **Saber Cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra / Leonardo Boff. – Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORBA, Sérgio da Costa. Aspectos do conceito de multirreferencialidade nas ciências e nos espaços de formação. IN: BARBOSA, Joaquim Gonçalves (organizador). **Reflexões em torno da abordagem multirreferencial.** São Carlos: Editora da UFSCar, 1998.

BRASIL, Casa Civil da Presidência da República. **Lei nº 11.340/06.** art. 5º, II. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 19 jul. 2009.

_____. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. **Lei No 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990**.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf Acesso em 20 abr 2009.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Despacho do Ministro em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf >Acesso em: 25 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. v.04. n. 02. p 15-25. Suplemento - 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família***:* uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Programa Multiplica SUS**: curso básico sobre o SUS: (re) descobrindo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BREEMEN, Piet Van. S/D. **Oficina de escuta orante**. 03 de setembro de 2010. Disponível em: http://www.movimentoescalada.org.br/wordpress/2010/09/oficina-de-escuta-orante-3/#high_69. Acesso em: 13 de setembro de 2010.

BRITO Lise Maria Pinheiro de Mattos, PESSOA Vera Lúcia Mendes de Paula, SANTOS Zélia Maria de Souza Araújo. A família vivienciando o transplante cardíaco. **Rev. bras. enferm**. [serial on the Internet]. 2007 Apr [cited 2009 Aug 03] ; 60(2): 167-171. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200008&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672007000200008.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. Apresentação. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 15-20.

CAMPOS Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio Luis Carlos de Oliveira, organizador. **Inventando a Mudança da Saúde**. 2ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 29-41.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CANEVACCI, Massimo (org). **Dialética da Família**: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 5.ed. São Paulo, SP: Editora Brasiliense, 1987.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. Tradução: Álvaro cabral. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARVALHO. Cristiane A. P. *et al*. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**. abr/jun; 15(2): 93-5, 2008.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 117-130.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **A família como modelo:** Desconstruindo a patologia. Campinas, SP: Livro Pleno; 2000.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CHRISTOFFEL Marialda Moreira, PACHECO Sandra Teixeira de Araújo; REIS Carlos Sérgio Correa dos. Modelo Calgary de Avaliação da Família de recém-nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 mar; 12 (1): 160 – 5. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/REVISTA_ENF/20081/27ARTIGO23.pdf. Acesso em: 16 Jul 2009.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Traduzido por Maria Leonor Braga Abecasis. LIDEL – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Março, 1999.

COLOME, Isabel Cristina dos Santos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva e DAVIS, Roberta. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm**. USP [online]. 2008, vol.42, n.2, pp. 256-261. ISSN 0080-6234.

CORRÊA, Adriana Kátia; SALES, Catarina Aparecida; SOARES, Luciana. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro, **Psicologia em Estudo** Maringá, v. 24, n.3, p. 811-818, 2002. Disponível em:http://www.ppg.uem.br/Docs/ctf/Saude/2002/23_Adriana%20Correa_A%20familia%20do_065_02.pdf. Acesso em: 11 de julho de 2008.

CORREIO DA MANHÃ. **A mulher que revolucionou o mundo dos enfermeiros**. [notícia] Sindicato dos Enfermeiros da Região Autônoma da Madeira, Portugal. 15 de Junho de 2007. Actualizado em: 10/07/2010. Disponível em: http://www.seram.pt/index.php?m=news&view=69. Acesso em: 20 de Outubro de 2010.

COSTA, Roberta *et al*. Foucault e sua utilização como referencial na produção Científica em Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2008. Out-Dez; 17(4):629-37.

DELGADO, Josefa Aida. Que é o "ser da família"?. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072005000500011.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. ver. e ampl. 13. reimp. São Paulo. Atlas, 2009.

_____. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.) **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**: teorias e abordagens. 3. ed. Porto Alegre, Artmed Bookman, 2008

DIAS, Jaqueline *et al*. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, dez. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072007000400013.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini *et al*. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0103-21002007000200011.

ESPIRIDIÃO, Elizabeth; MUNARI, Denize Bouttelet. A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. Formação profissional: possibilidades para a humanização da assistência. **Ciênc. cuid. saúde**; 4(2):163-170, maio-ago. 2005. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/5229/3371> Acesso em: 10 set. 2009.

FAVERO, Luciane *et al*. (2009) - Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta paul. enferm**. 22(2): 213-218 [em linha]. [consult. 01 Set. 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000200016&lng=en>. doi: 10.1590/S0103-21002009000200016.

FERREIRA GULLAR. Traduzir-se. IN: BOSI, ALFREDO. **Os melhores Poemas de Ferreira Goulart**. 7.ed. São Paulo: Global. 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio** – O dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FERREIRA, Márcia de Assunção, A comunicação do cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 59(3): 327-30. Rio de Janeiro. Maio/Junho, 2006.

FLAVELL, John H. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. 5.ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

FOERSTER, Heinz von. **Las semillas de la cibernetica**; obras escogidas 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1996.

FONSECA, Ana Lúcia Nascimento; LACERDA, Maria Ribeiro; MAFTUM, Mariluci Alves (2006) - O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de

transtorno mental e sua família. **Cogitare enferm**;11(1):9-15, jan.-abr. [em linha]. [consult. 30 Ago. 2009]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/rt/metadata/5973/0>. Id. (LILACS): 454023.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Graal; 1982.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000;

FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima *et al*. **Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família**: **percepções de enfermeiro e pacientes**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.spe, pp. 757-763. ISSN 0034-7167.

FREITAS, Maria do Carmo Soares de; TRAD, Leny A. Bonfim. Fome: determinantes socioeconômicos e sentidos construídos por famílias de classe popular. IN: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

GABEL, Christine Liz Moeller; SOARES, Dulce Helena Penna. Contribuições da terapia familiar sistêmica para a escolha profissional. **Rev. bras. orientac. prof.** [online]. jun. 2006, vol.7, no.1 [citado 03 Agosto 2009], p.57-64. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902006000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1679-3390.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; LUIS, Margarita Antonia Villar. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao individuo e sua família. **Rev. esc. enferm. USP** [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2009 Aug 03] ; 36(2): 141-147. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000200006&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342002000200006.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso>. access on20 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072006000400013.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENO, Adelina. **A família:** o desafio da diversidade. Lisboa: Instituto PIAGET, 2001

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; HAMES, Maria de Lourdes Campos. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2007 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2009. doi: 10.1590/S0103-21002007000300021

GOLEMAN, Daniel. Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente. Rio de janeiro: Objetiva, 2007.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000200006 &lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 maio 2009. doi: 10.1590/S1414-32832005000200006.

GONZALEZ, Alberto Durán and ALMEIDA, Marcio José de. **Integralidade da saúde**: **norteando mudanças na graduação dos novos profissionais**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 757-762. ISSN 1413-8123.

HUF, Dulce Dirclair. **A face oculta do cuidar**: Reflexões sobre a assistência espiritual de enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

IBGE. Estimativas da população para 1º de julho de 2008 (PDF). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (IBGE) (29 de agosto de 2008). Página visitada em 5 de setembro de 2008.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo – **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1996.

JUNG, Carl Gustav. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo.** 4ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al*. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300007&lng=en&nrm=iso>. access on20 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072006000300007.

KNIBEL, Marcos Freitas; CELLI, Carla Bianca Piasecki Comunicação no processo de humanização em uma unidade de cuidados intensivos In: SOUZA, Raquel Pusch. **Humanização de cuidados intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

KOLOUSTION, Sílvio Manoug. **Família brasileira, a base de tudo**, 8. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2008.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LAROUSSE CULTURAL, **Grande Enciclopédia**. n 13. Nova Cultural. Jornal O Globo. São Paulo. 1998.

LELOUP, Jean-Yves. **A antropologia dos Terapeutas de Alexandria e de Graf Durckheim**. IN: LELOUP, Jean-Yves. Terapeutas do deserto: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Durckheim. Organização Lise Mary Alves de Lima. Tradução Pierre Weil. Petrópolis, RJ. Vozes, 1997, p. 49-64.

_____. **Introdução à fenomenologia dos itinerários espirituais**. IN: LELOUP, Jean-Yves. Terapeutas do deserto: de Fílon de Alexandria e Francisco de Assis a Graf Durckheim. Organização Lise Mary Alves de Lima. Tradução Pierre Weil. Petrópolis, RJ. Vozes, 1997, p. 19-27.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald. **Investigação qualitativa**: fundamentos e prática. 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

LEVI-STRAUSS; GOUGH, Kathleen; SPIRO, Melford. **A Família como Instituição**. Tradução de Rui Souza Santos. RES Editora, LDA. Porto – Portugal, S/D.

LOPES, Ederaldo José; LOPES, Renata Ferrarez Fernandes; LOBATO, Gledson Régis. Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 11, n. 1, p. 45-54, jan./abr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a06.pdf. Acesso em 15 Jul 2009.

MALINQWSKY, Bronislaw. A família no direito materno e paterno. In CANEVACCI, Massimo (org). **Dialética da Família**: gênese, estrutura e dinâmica de uma instituição repressiva. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 5.ed. São Paulo, SP: Editora Brasiliense, 1987.

MARCON, Sônia da Silva; ELSEN, Ingrid. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família, **Fam. Saúde. Desenv**, Curitiba, V. 1, n. 1.2, p. 21-26, jan-dez, 1999. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewPDFInterstitial/4877/3727. Acesso em: 11 de julho de 2008

MARTINS Edna, SZYMANSKI Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estud. pesqui. psicol.** [online]. jun. 2004, vol.4, no.1 [citado 03 Agosto 2009], p.0-0. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1808-4281.

MATHIAS, Jania Jacson dos Santos; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; LACERDA, Maria Ribeiro. Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem

transpessoal. **Acta paul. enferm**. vol.19 no.3 São Paulo July/Sept. 2006. Disponível em: http://www.actapaulenfer,com,br Acesso em 08 de Janeiro de 2009.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. acessos em20 abr. 2009. doi: 0.1590/S0102-311X2004000500037.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 43-68.

MATURANA, Humberto R. VARELA F. **Autopoiesis and cognition**. The realization of living. Dordrecht, Holanda: D. Reidel Publishing Co., 1979.

MELLO FILHO, Júlio de. Concepção psicossomática: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MELO Mônica Cristina Batista de *et al*. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 413-419, set./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v10n3/v10n3a08.pdf. Acesso em: 10 Abr 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENDONÇA, Ana Valéria; SOUZA, Maria de Fátima. **O PSF em Juazeiro**: seus andares. Rio de janeiro: CEBES. 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, July 2009. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2009000700021.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002, 145.

MICELI, Ana Valéria Paranhos; FERNANDES, Renata. Cuidando do Cuidador: Experiência com Grupos de Cuidadores de Pacientes Oncológicos. In: III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde, 2005, São Paulo. **Anais do III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde**, 2005.

MILANI Daiana de Souza, RODRIGUES Daniele Bezerra e VICENTE Renate Brigitte. A importância da família e suas relações: Um estudo de caso. **Psicol.**

Argum., Curitiba, v. 24, n. 47 p. 29-34, out./dez. 2006 Disponível em: http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa. Acesso em: 16 Jul 2009.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, Michael. **Drawing valid meaning from qualitative data**: toward a shared craftp. Educational researcher. 1984

_____. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook. 2nd ed. London: SAGE, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saude. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias**: funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MORIN, Edgar. O método 1. **A natureza da natureza**. Trad. Ilana Heineberg. Porto Alegre: Sulina, 2008a.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F, da Silva e Jeanne Sawaya; Revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.

_____. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand. 2008b.

MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.3, p.627-41, 2004.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Refexões sobre as competências profssionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**; 34(1):92-96. São Paulo: 2010.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, Apr. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015&lng=en&nrm=iso>. access on05 Aug. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692004000200015.

NASCIMENTO, Keila Cristiane do; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Transpersonal Nursing Care to Human Beings in a Critical Care Unit. **Rev. enferm.** *UERJ*. [online]. Set. 2006, vol.14, no.3 Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300003&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-3552. Acesso em: 08 abr 2009.

_____. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. Rev. **Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.2, pp. 215-221. ISSN 0104-1169

NASCIMENTO, Maristella Santos e NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família**: **a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp. 333-345. ISSN 1413-8123.

NASIO, Juan David. **Meu corpo e suas imagens**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro-RJ: Jorge Zahar, 2009.

NIGHTINGALE, Florence**. Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é**.** (Notes on nursing: What it is and what it is not).São Paulo (SP): Cortez; 1989.

_____. **Una and the Lion**. Riverside Press, 1871, 22p. disponível em: http://pt.wikiquote.org/wiki/Florence_Nightingale. Acesso em: 10 de setembro de 2010.

NUNES. Emanuelle Caires Dias Araújo; SILVA, Luzia Wilma Santana da.; PIRES, Eulina Patrícia Oliveira Ramos. O ensino superior de enfermagem – formação profissional *versus* cuidado transpessoal. **ANAIS. 62. Congresso brasileiro de Enfermagem – CBEN**. Associação Brasileira de Enfermagem. Florianópolis, 2010.

OLIVEIRA, Jerônimo Moreira de. **O que vejo no espelho**: uma visão pragmática da psicologia transpessoal – Jerônimo Moreira de Oliveira. – Goiânia: Ed. Da UCG, 2005.

PENN, Gemma. Análise semiótica de imagens paradas. In: BAUER, Martin. W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. – 7 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 319-342.

PESSOA, Sarah Maria Fraxe; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; DAMASCENO, Marta Maria Coelho (2006) - Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Rev. Enferm. UERJ**;14(3):463-469, jul.-set. [em linha]. [consult. 29 Ago. 2009]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=438707&indexSearch=ID>. ID (LILACS):14489.

PETRINI, Giancarlo; MENEZES, José Euclimar Xavier de; MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos. Família na sociedade contemporânea. IN: IN: CARVALHO, Ana M. A.; MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos. **Família, subjetividade, vínculos.** São Paulo: Paulinas, 2007, p. 9-15.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 69-116.

PINHO, Leandro Barbosa de *et al*. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line]; 9(3):835-846. Set-Dez; 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm. Acesso em: 15 de agosto de 2010.

PINHO, Leandro Barbosa de; KANTORSKI, Luciane Prado. **Reflexionando el contexto psicosocial de familias de pacientes internados en la unidad de urgencias**. Cienc. enferm., Concepción, v. 10, n. 1, jun. 2004 . Disponible en <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000100008&lng=es&nrm=iso>. accedido en14 jul. 2009.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo. **Fragilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva**: um estudo qualitativo de abordagem dialética, Online Brazilian Journal of Nursing, v. 6,n.1,2007. Disponível em: http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/853/178 Acesso em: 11 de julho de 2008.

POLIT, Denise. F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POMBO, Olga. **Interdisciplinaridade**: ambições e limites. Viseu, Portugal: Relógio D'Água Editores, 2004.

PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco; FERES-CARNEIRO, Terezinha. Modelos de família e intervenção terapêutica. **Interações.** [online]. dez. 2003, vol.8, no.16 [citado 03 Agosto 2009], p.57-80. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000200004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-2907.

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Annie. Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elesevier, 2005.

RESTA, Darielli Gindri; MOTTA, Maria da Graça Corso. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072005000500014.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem** ,

Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004 . Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Abr 2009.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000200011.

RIBEIRO, Egberto. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MENDES SOBRINHO, José Augusto de Carvalho. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Rev. bras. enferm**; 60(4):456-459, jul.-ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400019&script=sci_arttext&tlng=pt>Acesso em: 10 set. 2009.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Rev. Latino-Am**. Enfermagem [online]. 2001, vol.9, n.6, pp. 76-82. ISSN 0104-1169.

ROGERS, Carl R. **Tornar-se pessoa**. Tradução: José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli. 6.ed. São Paulo. Editora WMF Martins Fontes, 2009.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. access on20 Apr. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692005000600016.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

SANTANA, Maria Teresa B. Mariotti de; JORGE, Maria Salete. B. Corpo próprio como experiência vivencial da enfermeira no cuidar do outro no processo de morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 no.3 Ribeirão Preto June 2007, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300016&script=sci_pdf&tlng=pt. Acesso em: 11 de julho de 2008.

SANTO AGOSTINHO. **Confissões**. Os pensadores. Traduzido por: Santos, J. O.; Pina, A. A. São Paulo, SP. Nova Cultural, 2004

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 14ª. Ed. Porto: Edições Afrontamento, 2003.

SANTOS, Lígia Pereira; CASÉ, Renata Borges; BARROS, Thereza Cristina Valença de Melo. **A contratranferência intensivista**. [Monografia] Recife, 2002. Disponível em http://www.cphd.com.br/publicacoes.asp?busca=Santos&Submit2=OK&campo=todos&tipo=Monografia. Acesso em: 11 de Julho de 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento**: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, 2002.

SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira *et al*, O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento**.** *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 16, número 001, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, pp.63-70, Jan-Mar 2007.

SAUPE, Rosita *et al* . Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm**., Florianópolis, v. 16, n. 4, dez. 2007**.**

SCHERER, Zeyne Alves Pires**,** SCHERER, Edson Arthur**,** LABATE Renata Curi**.** Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade**? Rev Latino-am Enfermagem;** 10(1):**7**-14, Janeiro. 2002.

SEARS, Francis; ZEMANSKY, Mark W; HUGH D. Young; **Física.** Tradução de José de Lima Accioli – 2. ed. – Rio de Janneiro: LCT – Livros Técnicos e Científicos Editora LTDA. 1985.

SELLI, Lucilda, ALVES, Joseane de Souza. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo. 1(1):43-52. 2007.

SENA, Roseni Rosângela de *et al*. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface (Botucatu)** [online]. 2008, vol.12, n.24, pp. 23-34. ISSN 1414-3283.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela da. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**. 2006; 59(4):488-91.

SILVA, Alcione Leite. **O cuidado transdimensional**: um novo paradigma a saúde. São Caetano do Sul. São Paulo. Yendis Editora, 2007.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(1):48-56. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07.pdf. Acesso em: 03 abr 2009.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2** [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

SILVA, Luzia Wilma Santana da; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; COSTA, Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da. Abordagem sistêmica de enfermagem à família – considerações reflexives. **SERVIR**, Lisboa, vol. N. 54, n. 5, p.214-223, set-out. 2006.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso>. access on14 July 2009.

SLUZKI, Carlos E. A rede social na pratica sistêmica. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.

SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva de; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida da.Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos, **Rev. bras. enferm.** vol.59 no.5 Brasília Sept./Oct. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 de abril de 2009.

STUART, Gal Wiscarz. e LARAIA, Michele Teresa. **Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Prática.** Editora Artmed 6º Edição. Porto alegre, 2001.958p

TABET, Karla; CASTRO, Rosiani C. B. Ribeiro de. O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI, An. 8. **Simp. Bras. Comun. Enferm.** May. 2002, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200034&script=sci_arttext&tlng=pt#n1. Acesso em: 11 de julho de 2008

TAKAKI, Maria Harue; SANT'ANA, Débora de Mello Gonçalves. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm**.; 9(1):79-83. 2004.

TALENTO, Bárbara. *Jean Watson*. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional; Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 253 – 265.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Desafios da formação técnica e ética dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. IN: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

TEIXEIRA, Enéas Rangel. A questão de eros na filosofia do cuidado com o corpo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500023&lng=en&nrm=iso>. access on22 July 2009.

_____. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, mar. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em22 jul. 2009.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFÈVRE, Fernando. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 53(2): 159-166. 2007.

_____. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**; 13(4):1247-1256, 2008.

TRAD Leny Alves Bomfim, ESPERIDIÃO Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface. Comun Saúde Educ** 2009; 13(supl.1): 557-570.

TRAD Leny Alves Bomfim, ROCHA Ana Angélica Ribeiro de Meneses e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do PSF: coerência com princípios da humanização em saúde. **Cienc Saúde Coletiva**; 2009.

TRAD, Leny A. Bomfim. Apresentação. IN: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

_____. A família e suas mutilações: subsídios ao campo da saúde. IN: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010a.

_____. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família. IN: TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde:** significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010b.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1.ed. 18 reimp. São Paulo, Atlas, 2009.

TURATO Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

UHLMANN Günter Wilhelm. **Teoria Geral dos Sistemas** – Do Atomismo ao Sistemismo (Uma abordagem sintética das principais vertentes contemporâneas desta

Proto-Teoria). Centro Interdisciplinar de Semiótica da Cultura e da Mídia. São Paulo, 2002. Disponível em:http://www.institutosiegen.com.br/documentos/Teoria%20Geral%20dos%20Sistemas.pdf. Acesso em 16 Jul 2009.

VAITSMAN, Jeni. Prefácio. TRAD, Leny A. Bomfim (Org.). **Família contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010ª, p.11-17.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 8. ed. Campinas, SP: Papirus, 2009.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225- 264, 2005.

VIANNA, Ana Cristina de Araújo; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. (2004) - O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2004 abr;25(1):56-69. [em linha]. [consult. 30 Ago. 2009]. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4494/2431>. ID (LILACS) 463448.

VICTOR, Ana Cleide Soares *et al*. Comunicação verbal de uma equipe médica: Percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta Scientiarum Health Sciences** 2003; 25(2). Disponível em: <http://www.ppg.uem.br/docs/ctf/saude/2003_2/11_179_03_ana%20victor%20et%20al_comunicacao%20verbal.pdf>. Acesso em (01/08/2007).

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; ALVES, Elioenai Dornelles and KAMADA, Ivone. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 17-25. ISSN 0104-0707.

VIEIRA, Patrícia Rosa; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará (2007) - O adolescente em hemodiálise: estudo fenomenológico à luz do cuidado ético de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**. 15(3): 417-422. [em linha]. [consult. 01 Set. 2009]. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000300016&lng=pt>. doi: 10.1590/S0104-07072007000100002.

VITÓRIA DA CONQUISTA. **Portal da Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista**. Secretarias. Saúde. Disponível em: http://www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=163. Acesso em 03 Ago 2009.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre eu, o outro e o cosmos, Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Cuidado humano** – o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.

_____. Refexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**. 33(2):182-188. São Paulo: 2009.

WATSON Jean. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Tradução: João Enes. Portugal: Lusociência, 2002.

_____. Caring as the essence and science of Nursing and health care. **O Mundo da Saúde**. 33(2):143-149. São Paulo: 2009.

_____. **Nursing**: the philosophy and science of caring / Jean Watson. – Rev, ed. Published by the University Press of Colorado. 2008.

_____. Prefácio. IN: SILVA, Alcione Leite. O cuidado transdimensional: um novo paradigma a saúde. São Caetano do Sul. São Paulo. Yendis Editora, 2007. P. xvii-xix.

_____. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/*caritas processes* as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 129-135. ISSN 0104-0707.

_____. Enfermagem pós-moderna e futura – Um novo paradigma da enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusociência, 2002.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Helmick, B.; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana** - Um estudo dos padrões patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cutrix, 1967.

WIENER, Nobert. **Cybernetics**. Or control and communication in the animal and the machine. Massachusetts: Copyright, 1948.

WIKIPÉDIA. **A enciclopédia livre**. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_da_Conquista. Acesso em: 05 Ago 2009.

WRIGHT, Lorraine. M.; LEAHEY, Maurren. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2008.

YASBEK, Maria Carmelita. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 2, June 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0102-88392004000200011.

YUNES, Maria Angela Mattar; MENDES, Narjara Fernandes; ALBUQUERQUE, Beatriz de Mello. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre

resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500003&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Sept. 2010. doi: 10.1590/S0104-07072005000500003.

ZINN Gabriela Rodrigues, SILVA Maria Júlia Paes, TELLES Sandra Cristina Ribeiro. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latino-am Enfermagem.** maio-junho; 11(3):326-32. 2003.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavoni. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta Paul Enferm** 2007;20(3):316-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a12v20n3.pdf. Acesso em: 08 abr 2009.

Apêndices

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE- Nível Mestrado

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada "**Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem**", sob responsabilidade da Profa. Dra. **Luzia Wilma Santana da Silva** e da mestranda **Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – Mestrado do Departamento de Saúde**.**

Objetivo Geral:
Desvelar a transpessoalidade na práxis da (o) enfermeira (o) à família como sistema de cuidados na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Objetivos Específicos:
- Conhecer a auto-percepção da (o) enfermeira (o) em relação à sua imagem para o cuidar (*caritas*) ao indivíduo-família na ESF.

- Compreender o significado do cuidado ao indivíduo-família expresso pela (o) enfermeira (o) na ESF.

Metodologia/procedimentos:

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa. A coleta de dados divide-se em três momentos: (1) dinâmica para conhecer a auto-percepção da enfermeira (o) em relação à sua imagem para o cuidar (*caritas*) ao indivíduo-família na ESF; (2) expressão artística para compreender o significado do cuidado ao indivíduo-família expresso pelo enfermeira (o) na ESF e (3) entrevista semi-estruturada, permitindo o pesquisador aprofundar seus conhecimentos sobre a temática em foco. Ter-se-á o gravador como recurso para garantir maior fidelidade e veracidade das informações. Posteriormente, os dados serão transcritos, analisados e interpretados à luz do referencial teórico-metodológico.

Justificativa e relevância:

O estudo justifica-se pela lacuna encontrada na revisão de literatura sobre pesquisas que envolvem o cuidado de enfermagem ao indivíduo e família em sua integralidade. De modo que, essa lacuna chama-nos à necessidade de investigações científicas sobre o cuidado integral de enfermagem que envolve a intersubjetividade. Assim, indo ao encontro do que preconiza o SUS com o princípio da integralidade, visto que tal princípio não fragmenta o indivíduo e não o percebe apenas como pessoa portadora de uma doença que precisa de cuidados, mas antes, porém, de um cidadão que tem direito constitucional e deve ser garantido em sua totalidade. Daí investigações que visam desvelar esse cuidar contribuirão, ao nosso pensar para a atuação dos profissionais, em destaque a enfermeira (o). Diante da escassez de estudos e da necessidade de melhor compreender a funcionalidade dos cuidados da (o) profissional enfermeira (o) na ESF à clientela por ela assistida é que acreditamos que na relevância deste estudo, remetendo a extensão deste à subjetividade/transpessoalidade humana e às inter-relações familiares para o cuidado profissional.

Benefícios: Não se aplica.
Desconfortos e riscos: Não se aplica.

Dano advindo da pesquisa: este estudo não apresenta riscos e danos aos sujeitos da investigação, de modo que sua integridade física, psíquica e social será mantida.

Confidencialidade das informações: será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, divulgação em eventos científicos e publicações em periódicos científicos.

Compensação/indenização: a participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.

Garantia de esclarecimento: é garantido esclarecimento adicional aos sujeitos da pesquisa em qualquer momento que for solicitado.

Participação Voluntária: a participação dos sujeitos da pesquisa é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração e que o mesmo pode retirar seu consentimento em participar desta a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Armazenamento dos dados: Os dados serão armazenados pela pesquisadora Emanuelle Nunes pelo período de dez anos juntamente com os documentos referentes a pesquisa.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima, fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e a ausência de riscos e danos a minha pessoa. As pesquisadoras me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que se fizerem necessários durante o curso da pesquisa e o direito de desistência da participação na pesquisa em qualquer momento, sem que essa implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido também anonimato e sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado "Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem" desenvolvido pela mestranda Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes, sob a responsabilidade da Professora Dra. Luzia Wilma Santana da Silva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) do Departamento de Saúde.

Assinatura do Participante _____

COMPROMISSO DA PESQUISADORA

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo, assegurando o que rege a Resolução 196/96 relacionadas a esta pesquisa.

_____Vitória da Conquista, Data: __/__/__

Assinatura da Pesquisadora

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes (77) 99634278; Rua são Pedro, 264, Centro, Vitória da Conquista.
Luzia Wilma Santana da Silva (73) 81292118; Rua Abílio Procópio Ferreira, 343, Centro, Jequié.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE- Nível Mestrado

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. **Dinâmica com uso de espelhos**: Como se vê/percebe diante do espelho? E, como percebe o outro – o contexto a sua volta –, a partir do seu reflexo?

2. **Expressão artística por meio de desenho**: Como pode retratar o significado do cuidado ao indivíduo-família

3. Como você compreende a família em sua transpessoalidade?

4. O cuidado desenvolvido por você contempla estes aspectos transpessoais?

5. Quais os aspectos intersubjetivos/transpessoais você pode identificar na relação entre você (cuidador) e o indivíduo-família?

6. Qual a sua compreensão de cuidado integral e o que sugere para o seu alcance?

Anexos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Suzana Ribeiro, ocupante do cargo de Secretária de Saúde do município de Vitória da Conquista, **AUTORIZO** a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família, do projeto **"Cuidar integralmente o sistema familiar: o desafio da transpessoalidade para a práxis de enfermagem"** dos pesquisadores *Emanuelle Caíres Dias Araújo Nunes e Luzia Wilma Santana da Silva* após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Vitória da Conquista, 07 de outubro de 2009.

ASSINATURA: _____

CARIMBO: Suzana Ribeiro
Secretária Municipal de Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 18 de novembro de 2009

Of. CEP/UESB 370/2009

Ilma. Sra.
Profa. Luzia Wilma Santana da Silva
Mestrado em Enfermagem e Saúde - PPGES
Departamento de Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. Sª que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **185/2009**

Projeto: ***CUIDAR INTEGRALMENTE O SISTEMA FAMILIAR: O DESAFIO DA TRANSPESSOALIDADE PARA A PRÁXIS DE ENFERMAGEM***

Pesquisadores: ***Profa. Luzia Wilma Santana da Silva (orientadora)***
Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes (mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Anna Barbosa
Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB