

CUIDAR/CUIDADO: ELEMENTOS E DIMENSÕES NA PERSPECTIVA DE PESSOAS INTERNADAS EM HOSPITAL DE ENSINO

[Care/caring: elements and dimensions from a perspective of persons admitted to a university hospital]

Lillian Daisy Gonçalves Wolff*
Luciana Schleder Gonçalves**
Simone Beatriz Yede**

RESUMO: Estudo descritivo e exploratório que desvela a perspectiva de pessoas internadas em um hospital universitário quanto aos elementos e dimensões de cuidar/cuidado. Os dados foram colhidos mediante uma entrevista semi-estruturada, constituída por sete perguntas, que buscavam identificar: atributos e sentimentos de quem cuida e de quem é cuidado, bem como as condições para que o cuidado se realize, as consequências do cuidado e o quê as pessoas fazem quando estão sendo cuidadas. As pessoas entrevistadas evidenciaram que o cuidado não se restringe aos procedimentos técnicos, ao conhecimento científico aplicado, às respostas às necessidades do cliente, pressupostas pelos cuidadores, relacionadas aos aspectos biológicos. Requer do cuidador competência clínica e interpessoal. A competência clínica é um constructo que engloba responsabilidade, busca do conhecimento, atenção, dedicação e competência em responder às necessidades de diagnóstico, cuidado, conforto e tratamento adequados, segundo as expectativas do cliente. A competência interpessoal é a soma de habilidades psicossociais, necessárias nas relações de cuidado. As habilidades psicossociais apontadas pelas pessoas deste estudo são: demonstrar vocação, possuir senso de humanidade, expressar afeição, estabelecer relacionamento humano fundamentado na sinceridade, bom humor, paciência, sensibilidade e cortesia. O cuidado representa a união entre dois seres humanos, construída a partir de suas experiências de vida, oportunidade em que acontece trocas, aprendizado e desenvolvimento mútuos, exigindo que ambos revelem o seu ser, e resgatem a humanidade existente em cada um. Ele se dá num contexto sócio-econômico, geográfico e cultural, no qual cuidador e ser-cuidado sofrem influências. Os clientes reconhecem a influência do ambiente e os papéis do ser-cuidado e do cuidador, assim como os atributos essenciais para aqueles que cuidam. Além disso, eles demonstram-se sensíveis às emoções dos cuidadores durante o processo de cuidado. Os enfermeiros necessitam sensibilizar-se para a elucidação dos elementos do cuidar/cuidado, analisando-os em cada contexto e momento histórico, pois eles apontam a direção, o método e a tecnologia para realizá-lo. Para isso, é necessário que a pesquisa em Enfermagem esteja bem articulada com a prática,

e envolva todos os atores do cuidado: profissionais, clientes, família e comunidade.

PALAVRAS CHAVE: Cuidados de enfermagem; Pacientes internados; Hospital de ensino; Relações interpessoais.

INTRODUÇÃO

“O cuidado é o fenômeno constitutivo básico da existência humana” (Roach, 1993). Os pensadores da Grécia antiga contam a lenda na qual “Cuidado” esculpiu o corpo do homem no barro e solicitou a “Júpiter” que lhe desse o espírito. Ambos discutiam sobre a possibilidade de dar o seu próprio nome ao homem, quando “Terra” interveio, exigindo-lhes o direito de lhe dar o seu nome, já que ela havia fornecido a matéria prima para a sua criação. “Saturno” arbitrou a querela, dizendo - Desde que “Júpiter” deu ao homem o espírito, receberá seu espírito na ocasião de sua morte. Uma vez que “Terra” lhe deu o corpo, deverá ficar com o corpo. Todavia, “Cuidado” deu forma a esta criatura, portanto irá possuí-la enquanto ela viver. Diante da disputa em torno de seu nome, deixe-o chamar-se *homo*, porque ele é constituído de húmus (Heidegger, 1993).

Heidegger (1993) postula que “Ser é cuidar” e os diferentes modos de “ser-no-mundo” são diferentes modos de cuidado. Collière (1989) salienta que “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Nesta mesma perspectiva, Roach (1993) alude que “o cuidado é culturalmente aprendido, e a maneira como fomos cuidados ou expressamos cuidado influenciará na nossa maneira de cuidar”. Leininger (citada por Morse et al., 1990) tem a mesma visão antropológica ao afirmar que “as diversas expressões, significados, padrões e modalidades de cuidado são culturalmente adquiridos”.

O cuidado pode ser aprendido mediante o ensino formal de algumas profissões. Embora a Enfermagem não seja a única profissão do cuidado, teóricas desta área de conhecimento, entre elas Gadow (citada por Morse et al., 1990) e Watson (1979, 1988), consideram o cuidar/cuidado como um “valor fundamental” ou um “ideal moral” para a Enfermagem, cujo propósito é proteger, intensificar e

* Profº. Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Mestre em Assistência de Enfermagem, membro do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Conformando (PIP C&C).

** Estudantes de Graduação em Enfermagem, Bolsistas do CNPq junto ao Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C).

preservar a dignidade humana. Leininger (1990) considera o cuidado como “a essência e o foco mais central e unificador para a prática de Enfermagem”.

Gaut (1983) afirma que o substantivo cuidado advém da palavra gótica *kara*, que significa aflição, pesar ou tristeza. Ao definir teoricamente o verbo cuidar, relata que esta palavra deriva-se de *carion* (do inglês), que faz parte de uma família de significados relacionados a três categorias: ter atenção ou preocupação com o paciente; ter responsabilidade por ou sentir uma inclinação/preferência; e respeitar/ter consideração, no sentido de ligação de afeição, amor, carinho e simpatia.

Nightingale (citada por Boemer, 1984) demonstrava a compreensão etimológica, ao expressar que cuidar tem o sentido de “manifestar cuidado com interesse, tendo compaixão por outro ser humano”. Para Olivieri (1985) o cuidado significa “preocupação com ou solicitude. Desejar e ter esperança são os pontos de projeção do cuidado”.

Autoras da Enfermagem como Faslow, Bevis, McFarlane (citadas por Morse et al., 1990) definem cuidado como uma afeição, enfatizando que “a natureza do cuidado advém do envolvimento emocional do enfermeiro com o paciente, ou um sentimento de empatia pela experiência do mesmo”.

Outros autores como Knowlden, Weiss (citadas por Morse et al., 1990), Boykin e Schoenhofer (citadas por Waldow, 1995), assim como Watson (1988) percebem que o cuidado é uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente.

Contudo, Ray (1981) afirma que “não se pode alcançar uma verdadeira consciência do cuidado somente através do conhecimento da análise filosófica e/ou explicações científicas, tendo em vista que o cuidado tem que ser compreendido e sentido na experiência de vida de cada um”. Desta mesma visão compartilha Postlethwaite (1990), quando diz que “o cuidado é uma experiência vivida, um conhecimento pessoal interior, desenvolvido a partir e dentro do modo do indivíduo ser-no-mundo”. Clarke & Wheeler (1992) citam Benner & Wrubel para enfatizar que “o cuidado não é alguma coisa que pode ser tocada, mas alguma coisa que pode ser experienciada pelos indivíduos e ser qualificada como cuidado”.

Em consonância com o ponto de vista destas autoras, pesquisadoras de Enfermagem têm buscado a elucidação teórica do cuidar/cuidado, mediante estudos quanti-qualitativos que contemplam a perspectiva e experiência do cliente, família e profissionais de Enfermagem.

Morse et al. (1990) revisaram a literatura de Enfermagem norte-americana e identificaram cinco categorias, que revelam a natureza do cuidado: cuidado como afeição, cuidado como imperativo moral ou ideal, cuidado como característica humana, cuidado como relação interpessoal e cuidado como intervenção terapêutica. Essas autoras concluíram que o conhecimento relacionado ao cuidar/cuidado é pouco expressivo na literatura de Enfermagem. Isto se deve à falta de refinamento da teoria do cuidado, ausência de definições dos atributos do cuidado, negligência do seu exame numa perspectiva dialética,

priorização do enfermeiro como foco de pesquisa sobre o cuidado e consequente exclusão da perspectiva do cliente.

Embora as teóricas de Enfermagem e os próprios profissionais pareçam ter clareza de seus próprios conceitos de cuidar/cuidado, faz-se necessário conhecer a perspectiva do cliente para realizarmos uma análise bidimensional destes conceitos tão utilizados e valorizados por nós. Portanto, o propósito deste estudo vem ao encontro desta necessidade.

Muitas pesquisadoras americanas buscaram conhecer a perspectiva dos clientes quanto ao cuidar/cuidado dos enfermeiros. Larson (1984) estudou o comportamento de enfermeiros, visto da perspectiva de clientes com câncer, segundo os quais o conhecimento e a competência clínica eram percebidos em destaque. Cronin e Harrison (1988) também relatam em seus estudos que os clientes pesquisados perceberam comportamentos de cuidado dos enfermeiros relacionados com a competência profissional. Estes clientes acrescentaram como requisitos de cuidados mínimos indispensáveis: a limpeza e a alimentação, os quais devem ser realizados antes de aspectos mais qualitativos do cuidado, como a empatia.

Ao questionar clientes sobre a sua percepção acerca do que acontece quando o enfermeiro os está cuidando, Fosbinder (1994) identificou que estes descreveram exclusivamente o estilo de interação do enfermeiro. A autora revelou quatro processos que estruturaram a competência interpessoal e interação do enfermeiro no cuidado, que são: 1. Interpretar para o paciente fenômenos significativos sobre o hospital, sua condição e cuidado (informar, explicar, instruir e ensinar); 2. Tentar conhecê-lo (ter interesse pessoal, ter humor;brincar, ser amigável e estabelecer *rapport* imediato); 3. Estabelecer confiança (saber o que está fazendo, antecipar necessidades, ter prontidão, acompanhar o paciente, ter satisfação em trabalhar) e; 4. Ir além do esperado (ser amiga e cuidar sem expectativas).

Por outro lado, Chipman (1991) investigou comportamentos de cuidado, segundo a perspectiva de enfermeiros, revelando que estes os entendem como comportamentos humanísticos, tais como: dar de si, ir ao encontro das necessidades dos clientes e prover medidas de conforto para o cliente e sua família. Este estudo demonstra a valorização da Enfermagem quanto às habilidades psicossociais e de competência, como indicativos de cuidado. As habilidades psicossociais foram levantadas no estudo de Drew (1986), a qual descreveu as impressões de clientes sobre os cuidadores, e revelou que eles têm expectativa que o cuidador seja alegre, brincalhão, que aprecie o que faz, demonstre serenidade, carinho, ternura e que utilize a linguagem corporal, como o toque, a proximidade e o olhar.

Brown (1986) estudou 50 clientes internados, que descreveram experiências de cuidado. Oito temas foram identificados: reconhecimento das qualidades e necessidades individuais pelos enfermeiros, confirmação da presença pelos enfermeiros, provimento de informação, demonstração de habilidades e de conhecimentos profissionais, assistência na

dor, quantidade de tempo despendido, promoção de autonomia do cliente e vigilância.

O estudo de Kirk, (1993) identificou as atividades e comportamentos que clientes crônicos descreveram como um “bom cuidado”. Três conceitos principais emergiram deste estudo: a) atender as necessidades dos clientes (cuidado físico, aspectos psicológicos, conforto e segurança; comportamentos como demonstrar interesse pelo cliente como indivíduo e ir além de rotinas e ordens); b) competência (responsabilidade, conhecimento, capacidade de julgamento e habilidades) e qualificação (controles externos); e c) maneiras e características inatas (atuar como uma mãe-substituta). A confiança emergiu, neste estudo, como a grande essência ou o fio que une toda percepção positiva do cuidado de Enfermagem.

Certas autoras, na Enfermagem, têm enfatizado a necessidade de pesquisas para determinar o que significa o cuidado, como ele é manifestado na prática de Enfermagem, e como (ou se) ele é a essência da Enfermagem, entre eles, citamos Carper (1979), Forrest (1989), Boemer (1984), Morse et al. (1990), Postlethwaite (1990), Neves-Arruda, Dias e Silva (1992), Morrison e Burnard (apud Clark e Wheeler, 1992); Roach (1993), Waldow (1994) e Wolff (1996). Segundo Gortner (citada por Bottorff, 1991), “o progresso de uma disciplina, que é direcionada pela prática, é ampliado se a profissão não somente desenvolve conhecimentos teóricos (conhecimento especulativo da prática), mas envide esforços para transcendê-los, desenvolvendo de modo prático, o conhecimento prático”. Do mesmo modo, Neves Arruda; Silva e Dias (1992) vêem a pesquisa e a prática como o verso e o anverso de uma mesma moeda. Gortner, citada por Bottorff (1991), sugere ainda que os enfermeiros busquem encontrar maneiras de combinar explanações hermenêuticas com explanações da lógica científica, pois, assim, proverão o campo fértil para o desenvolvimento de ações prescritivas que uma disciplina prática como a Enfermagem necessita. Em vista disto, podemos citar Shultz e Meleis (1988) ao se referirem à epistemologia da Enfermagem, julgam que “como enfermeiros, nossas maneiras de conhecer não foram ainda totalmente articuladas, mas elas irão emergir se nos permitirmos ver o mundo através dos olhos de enfermeiras da prática e de seus clientes”.

Por outro lado, Neves-Arruda et al. (1996) realizaram um estudo sobre o cuidado e seus análogos na literatura da Enfermagem brasileira e concluíram que a ação de cuidar é expressada por uma variedade de verbos, o que denota pouca clareza de seu significado por parte dos enfermeiros. Enfatizaram sobre a necessidade de aprofundamento de estudos de compreensão destes conceitos para possibilitar a universalização e conformidade de sua utilização, o que tem sido realizado pelos membros do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando & Confortando (PIP C&C).

Sendo assim, este estudo foi idealizado com a intenção de **desvelar o que é cuidar/cuidado na perspectiva de clientes adultos internados em unidades de Clínica**

Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de modo a oferecer dados da nossa realidade, que ao serem utilizados na elaboração de conhecimento teórico- prático possam nortear seus profissionais quanto à essência desta profissão, ou seja, o cuidado.

METODOLOGIA

1. O Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório (Polit, 1995), que buscou desvelar idéias, crenças, significados e sentimentos dos clientes adultos sobre como manifesta o cuidar/cuidado na sua experiência. Os dados foram colhidos mediante uma entrevista semi-estruturada, cujas perguntas foram: 1) Para ser cuidado por alguém eu preciso...; 2) Para uma pessoa cuidar de mim ela precisa...; 3) O cuidado recebido resulta em...; 4) A pessoa que cuida de mim sente...; 5) Quando eu sou cuidado por uma pessoa eu sinto...; 6) Para ser cuidado por uma pessoa eu preciso das seguintes condições..., 7) Quando sou cuidado por alguém eu faço...

Consideramos que a percepção do sujeito e sua singularidade são primordiais para a análise e o desvelar da realidade. Essa realidade não é fruto da construção de sua mente, portanto subjetiva e relativa, mas é consequência de sua vivência e relação com o meio. Buscamos, portanto, uma metodologia qualitativa para investigar como as pessoas percebem e atribuem significados ao cuidar/cuidado que vivenciam em uma instituição hospitalar.

Contudo, somos conscientes que os pensamentos dos clientes ao responderem às perguntas realizadas na referida entrevista, advêm de sua compreensão do mundo e do contexto pessoal de vida. Sendo assim, suas respostas não podem ser consideradas como idéias universais.

2. O local de estudo

Escolhemos para local deste estudo Unidades de Clínica Médica Masculina e Feminina, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Esta escolha foi consequente ao fato destas unidades hospitalares receberem pessoas que necessitam de longa permanência no hospital, para elucidação diagnóstica e tratamento, requerendo cuidados de Enfermagem por tempo prolongado. As unidades de clínica médica concentram profissionais de saúde das áreas de Enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, assistência social e psicologia. Os seus leitos estão localizados em enfermarias de dois, quatro ou seis leitos.

3. Os sujeitos

Ao pensarmos nos sujeitos participantes de uma pesquisa, vêm-nos à mente os critérios para a sua seleção. Para selecionarmos as 30 pessoas que participaram deste estudo não utilizamos critérios tais como: idade, raça, religião, fatores étnicos e culturais. Consideramos essencial que a pessoa estivesse de alta hospitalar, tendo vivenciado os cuidados por parte da Enfermagem, que estivesse

interessada em compreender a natureza e significado do estudo, que demonstrasse interesse em participar do mesmo, bem como concedesse às pesquisadoras o direito de gravarem a entrevista e divulgarem os dados obtidos.

4. Os aspectos éticos

Após a solicitação de permissão para desenvolver o estudo junto à Comissão de Ética do HC, apresentamo-nos à enfermeira responsável pelo turno de trabalho de Enfermagem na unidade. Esclarecemo-na sobre a nossa presença na unidade, bem como sobre o objetivo do estudo. Pesquisamos as pessoas internadas que estavam de alta hospitalar marcada, que não estivessem sob cuidados ou aguardando por estes, bem como não estivessem em repouso, para realizarmos as entrevistas.

Apresentamo-nos às pessoas internadas como pesquisadoras sobre cuidado, explicando que o nosso objetivo não se relacionava à fiscalização, mas sim à obtenção de dados que contribuissem ao estudo sobre o que é cuidar/cuidado na perspectiva dos clientes. Expusemo-lhes os objetivos do estudo e explicamo-lhes sobre a sua participação. Demo-lhes ciência de que sua participação seria voluntária. Explicamo-lhes que gostaríamos de gravar a entrevista, se assim permitissem. Falamos que o relato do estudo seria publicado, porém salvaguardaríamos a identificação das pessoas participantes.

5. Obtenção dos dados

Diante da afirmativa da pessoa para participar do estudo, iniciamos a entrevista. Algumas vezes foi necessário usarmos lápis e papel para ilustrarmos a pergunta, para sua melhor compreensão. Por exemplo: desenhávamos duas figuras humanas, sendo uma pessoa o cliente internado e a outra, o profissional que cuida. Esboçávamos sinais que associávamos aos temas das perguntas.

As entrevistas foram por nós conduzidas, gravadas e transcritas. Algumas pessoas não desejaram que suas respostas fossem gravadas. Registramos em nosso diário de campo os dados ouvidos e da linguagem não-verbal, obtidos durante a entrevista. No final desta, agradecemos às pessoas entrevistadas, sendo que muitas destas demonstraram desejo de prolongá-la, descrevendo fatos de sua vida pessoal. Contudo, estes fatos não foram registrados.

O modo como nos apresentamos às pessoas do estudo foi favorável ao desenvolvimento da entrevista, constituindo-se num *rapport*. Dissemos-lhes que éramos estudantes interessadas em aprender como cuidar e sobre o cuidado, afastando-lhes a sua idéia inicial de fiscalização que as inibia. Essa maneira de nos colocarmos constituiu-se também numa oportunidade de expormos nossa autenticidade, nossa motivação e interesse em ouvi-las, a fim de ampliar o conhecimento sobre a realidade do cuidar/cuidado, questão norteadora das pesquisas do PIP C&C (Neves-Arruda, e Silva 1994).

Patton (1990, p.461) considera que “a abordagem qualitativa de pesquisa depende sobremaneira da credibilidade dos participantes no pesquisador, como o instrumento de coleta de informações e o centro do processo analítico”. Segundo Rew et al. (1993), “quando os participantes de uma pesquisa acreditam na apresentação pessoal do pesquisador, o *rapport* e a confiança essenciais à credibilidade no pesquisador são estabelecidos”.

6. Etapas da organização e análise dos dados

À medida que a pessoa respondia às perguntas da entrevista, anotávamos sua fala ou utilizávamos o gravador, conforme o seu consentimento. A etapa inicial da organização dos dados foi a transcrição minuciosa da entrevista, o que ocorreu logo após a sua realização. Procuramos fazê-lo de modo rigoroso, a fim de imputarmos fidelidade na restituição da totalidade do conteúdo da entrevista.

Relacionamos as respostas de todas as pessoas entrevistadas a cada pergunta realizada, de modo que às perguntas seguiram-se a resposta da pessoa 1, pessoa 2, e assim, sucessivamente... Orientadas pela pergunta, procuramos compreender a singularidade e originalidade do pensamento de cada pessoa, de modo a não inferirmos idéias, segundo a nossa interpretação, ou mesmo evitando generalizações.

Lemos a resposta de cada pessoa diversas vezes e extraímos temas. Cada vez que percebíamos uma mudança no pensamento da pessoa, entendíamos que um novo tema se apresentava. Esta etapa foi realizada com as respostas de cada pessoa. Ao lermos as respostas observamos a sua individualidade e subjetividade, bem como a possibilidade de mais de uma interpretação.

Para melhor compreensão do discurso da pessoa utilizamos o dicionário. Elaboramos uma síntese dos temas emergidos de todas as pessoas em relação a cada pergunta realizada. Relacionamos estes temas em categorias, que denominamos dimensões. Finalmente, refletimos sobre as respostas das pessoas sobre cuidar/cuidado e as discutimos à luz de alguns autores das áreas da Enfermagem, como apresentamos a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percebemos que as pessoas entrevistadas complementaram o que responderam em uma pergunta, nas perguntas subsequentes. À medida que o leitor ler os resultados e a discussão como um todo, perceberá esta complementariedade.

1. Para ser cuidado por alguém eu preciso...

As pessoas deste estudo expressaram que para o cuidado se realizar necessitam ser contempladas quatro dimensões:

a) dimensão do cliente: ajudar a si e aos profissionais, relacionar-se adequadamente e confiar no cuidado;

b) dimensão do ambiente: tranquilo, silencioso e de respeito;

c) dimensão psicossocial do profissional: querer ajudar, expressar amor, cortesia, sinceridade e bom humor;

d) dimensão da competência profissional: pessoas que satisfaçam suas necessidades de diagnóstico, cuidado e tratamento medicamentoso adequados.

As pessoas entrevistadas demonstram que percebem o cuidado como uma relação interpessoal, quando valorizam condições pessoais (do clientes) e relativas ao profissional. Watson (1988) considera que “o cuidado é um processo humanista, interpessoal e inter-subjetivo, essencial à relação terapêutica entre a Enfermagem e o cliente”. Para ela “a qualidade da relação entre duas pessoas é o mais significante elemento na determinação da efetividade da ajuda” (Watson, 1979). Boykin e Schoenhofer (citadas por Waldow, 1995, p. 22), vêem o cuidado “como uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica, através de uma inter-relação pessoa-pessoa. Isso significa que a enfermeira e o cliente vivem a relação no momento”.

Este momento de cuidado sofre influências do meio ambiente, que segundo os clientes, deve ser tranquilo, silencioso e de respeito. Watson (1989) refere que um dos fatores de cuidado é a “a provisão de um ambiente que fortaleça a imagem pessoal e a auto-estima, através da atenção holística, para aspectos físicos, mentais, sócio-culturais e espirituais”. Este ambiente envolve comodidade, privacidade, segurança e aspectos estéticos e de higiene, ou seja, é um ambiente de cuidado, que facilita o alcance do conforto por parte de quem cuida e de quem é cuidado.

Em relação ao cuidador, as pessoas deste estudo reconhecem que ele necessita possuir habilidades psicossociais e competência clínica. O que elas apontam, lembra as habilidades que foram levantadas no estudo de Drew (1986), quando descreveu as impressões de clientes sobre os cuidadores e revelou que eles têm a expectativa de que os cuidadores sejam alegres, brincalhões, que apreciem o que fazem, demonstrem serenidade, carinho, ternura, que utilizem a linguagem corporal como o toque, proximidade e o olhar e possuam competência clínica.

Cohen (1990) atesta que “o humor e a jocosidade são mecanismos de sobrevivência. Ambos são poderosas armas para iluminar a vida, promover saúde, melhorar a comunicação e o relacionamento interpessoal, intensificar opções, motivação, e soluções de problemas criativas.

2. Para ser cuidado por uma pessoa eu preciso das seguintes condições....

Quando perguntados sobre quais seriam as suas condições para que fossem cuidados, as pessoas responderam, o que caracterizamos em três dimensões:

a) dimensão institucional: recursos financeiros, recursos materiais, recursos ambientais;

b) dimensão das relações de cuidado: relacionamento humano de qualidade, cuidadores que procurem atender as minhas expectativas de tratamento adequado;

c) dimensão pessoal: disposição pessoal ao esforço próprio e à submissão ao tratamento.

Algumas pessoas relataram simplesmente que já vivenciam as condições necessárias para sentirem-se cuidadas.

As pessoas revelaram em suas respostas que o cuidado é uma relação interpessoal entre o cuidador e o ser cuidado, os quais têm papéis importantes na construção desta relação. Se por um lado, o cuidador deve ter competência clínica, por outro lado, deve possuir habilidades no relacionamento humano, condição necessária para que haja cuidado. A pessoa-cuidada necessita colaborar no tratamento e permiti-lo, com submissão àquele que cuida. A instituição, onde a relação de cuidado é viabilizada, é influenciada pelas condições financeiras, materiais e ambientais. A compreensão destas pessoas é relevante, pois caracteriza uma visão bastante ampla dos elementos e dimensões do processo de cuidar.

3. Para uma pessoa cuidar de mim ela precisa...

As pessoas reforçaram, ao responder esta pergunta, os atributos necessários à pessoa que cuida, ou seja: possuir **vocação**, habilidades no **relacionamento humano**, **capacidade de demonstrar afeição**, **senso de humanidade**, **competência**, **responsabilidade** e **capacidade de confortar o outro**. Nesse caso, ressaltaram também que muitas pessoas que trabalham no hospital em estudo possuem estes atributos para cuidar de clientes. Podemos categorizar estes achados, nas seguintes dimensões:

a) dimensão psicossocial: vocação, habilidade no relacionamento humano, capacidade de demonstrar afeição, senso de humanidade;

b) dimensão da competência clínica: competência, responsabilidade e capacidade de confortar.

Na pesquisa de Chipman (1991), a autora descreve que os enfermeiros entendem comportamentos de cuidado como comportamentos humanísticos, tais como: dar de si, ir ao encontro das necessidades dos clientes e prover medidas de conforto para o cliente e sua família. As pessoas, participantes do presente estudo, confirmam que estes comportamentos são atributos necessários ao cuidador. Por outro lado, compreendemos que ir ao encontro das necessidades dos cliente e prover conforto são comportamentos de denotam competência clínica, e é o quê diferencia qualifica o cuidado profissional.

A demonstração de afeição é um elemento relevante nas relações de cuidado, segundo as pessoas entrevistadas. Autoras da Enfermagem como Faslow, Bevis, McFarlane (citadas por Morse et al., 1990) definem cuidado como uma afeição, enfatizando que “a natureza do cuidado advém do envolvimento emocional do enfermeiro com o paciente, ou de um sentimento de empatia pela experiência do mesmo”.

4. O cuidado recebido resulta em...

As pessoas participantes do estudo percebem que o cuidado é uma experiência significativa, que lhes proporciona satisfação e vida mais saudável. Crêem que os profissionais de Enfermagem fazem o melhor possível, lhe proporcionam

conforto pela confiança e segurança que transmitem. Segundo essas pessoas, o cuidado é uma experiência de aprendizado mútuo, conduz à revisão dos próprios valores, que as tornam mais humanas e sensíveis aos doentes e ao valor do trabalho da Enfermagem. Podemos identificar 2 (duas) dimensões em seu discurso sobre o resultado do cuidado:

a) dimensão da harmonia do ser: alegria e satisfação, conforto e segurança (confiança) e aquisição de mais saúde;

b) dimensão do desenvolvimento pessoal: aprendizado mútuo; revisão dos próprios valores; vir-a-ser uma pessoa mais humana, sensível aos doentes, ao valor do trabalho da Enfermagem.

Ao demonstrarem que o cuidado resulta em harmonia do ser, as pessoas do estudo referiram sentimentos manifestados pelo cuidado recebido. Percebemos nos seus discursos, o efeito que Watson (1988) descreve em relação ao cuidado transpessoal. Segundo esta autora,

“O cuidado transpessoal é um encontro entre o profissional de Enfermagem e outro ser humano, em que há a possibilidade de ser um momento de experiências e sentimentos compartilhados. Este momento pode transcender o mundo físico e alcançar o mundo subjetivo, quando o self - o eu interior - de cada ser é revelado, facilitando a compreensão mútua e o crescimento pessoal de ambos... O cuidado transpessoal permite a liberação da mente e do espírito humano, conduzindo à compreensão da sua força, poder e capacidade de encontrar significado na existência e na enfermidade (Watson, 1988)”.

Ao demonstrarem sensibilidade ao doentes e ao valor do cuidado, as pessoas entrevistadas lembram Roach (1993), quando afirma que “a maneira como fomos cuidados ou expressamos cuidado influenciará na nossa maneira de cuidar”. Entendemos que as pessoas deste estudo expressaram que a experiência de serem cuidadas ampliou a sua visão acerca do cuidado.

5. A pessoa que cuida de mim sente...

As pessoas entrevistadas percebem na pessoa que cuida sentimentos categorizados em duas dimensões:

a) dimensão psicossocial: sentimentos humanitários (bondade, caridez, desejo de ajudar, dedicação ao bem-estar do paciente), amor pela profissão, afeição ao paciente (amor pelo próximo, carinho e amizade), a necessidade de ter paciência e calma, empatia e compaixão, cansaço, desinteresse e raiva, desejo de não revelar seus próprios sentimentos.

b) dimensão da competência: responsabilidade, desejo de aprender mais, sentir necessidade de ter atenção e dedicação ao bem-estar do paciente.

O ideal moral da Enfermagem salientados por Gadow (citada por Morse, 1990) e Watson (1979, 1985), parecem estar expressados nos discursos das pessoas entrevistadas como um atributo essencial ao cuidador, revelados na dimensão psicossocial, pelas características humanitárias, afetivas, relacionais, vocacional e ética apontadas como necessárias aquele que cuida.

6. Quando sou cuidado por uma pessoa eu sinto...

Ao serem questionadas sobre o que sentem quando são cuidadas, as pessoas responderam acerca de duas dimensões de suas percepções:

a) dimensão da percepção do comportamento dos cuidadores: a dedicação, o interesse, a atenção, a disponibilidade, o incentivo, a demonstração de esperança, e a responsabilidade de quem cuida, o bom relacionamento (envolvimento e simpatia) entre cuidadores e clientes, a afeição (o amor, o cuidado com carinho), e a bondade.

b) dimensão dos seus sentimentos em relação ao cuidado:

• **Sentimentos negativos:** inutilidade e dependência, sensação de estar atrapalhando, revolta pela sua condição, tristeza, desejo de ir embora e incapacidade de aceitar a compaixão dos outros.

• **Sentimentos positivos:** prazer por estar sendo cuidado, a valorização da pessoa humana, valorização do cuidado, o valor do trabalho de quem cuida, a individualidade dos cuidadores e de si próprio, independência e contentamento.

Os sentimentos evidenciados pelas pessoas entrevistadas, os quais consideramos como negativos e positivos, parecem advir da sua interação com o cuidador na relação de cuidado. Drew (1986) retrata em seu estudo, que os clientes entrevistados sentiam-se confirmados como pessoas quando percebiam comportamentos no cuidador que expressassem energia, entusiasmo, calma, cuidado, desejo de compartilhar, bom humor, categorizados como: “querer estar com o paciente”, “cuidado que acontece”, “gostar do trabalho” e “ter personalidade”. Os sentimentos dos clientes decorrentes do fato de sentirem-se confirmados como pessoa foram descritos como: “relaxamento”, confiança, e fortalecimento”.

Por outro lado, os clientes do estudo de Drew (1986) revelaram que a impaciência e o desinteresse, demonstrados nos comportamentos dos cuidadores, geram sentimentos de vergonha, medo e raiva nos clientes, os quais sentem-se insignificantes e que estão aborrecendo os cuidadores (sentimentos que caracterizam a sua exclusão como pessoas).

Assim como Drew (1986), lembramos ao analisar os sentimentos expressados pelas pessoas entrevistadas, em relação ao cuidado recebido, que apesar da complexidade do desenvolvimento científico e tecnológico no sistema de saúde, a essência do cuidado é a relação interpessoal que a caracteriza. Os enfermeiros devem zelar para que esta relação interpessoal tenha a qualidade de valorizar a humanidade no cuidador e na pessoa por ele cuidado, e não empobrecê-la.

Nos estudos de Ray, (citado por Boemer, 1984) a autora concluiu que “o cuidado é percebido pelos indivíduos entrevistados como uma co-presença, dando-se, recebendo, comunicando-se, e sobretudo amando”. Outras autoras como Stevenson, Brown, Wolf, (citadas por Morse et al., 1990) identificam entre as características necessárias ao cuidador, o ouvir atentamente, ensinar e advogar pacientemente, tocar, estar junto e ter competência técnica. Estas características são congruentes com a percepção das pessoas do presente estudo, em relação ao comportamento dos cuidadores, bem como apontam para a qualidade esperada num relacionamento interpessoal no cuidado. Se não houver esta qualidade o cuidado poderá suscitar nos clientes sentimentos de exclusão como pessoas.

7. Quando sou cuidado por uma pessoa eu faço...

Ao responderem esta pergunta as pessoas revelaram suas reações ao cuidado recebido, as quais envolvem a dimensão psicossocial:

a) Colaboram (atitudes de reciprocidade: ajudam desde que os cuidadores as respeitem, retribuem o que lhes fazem, demonstram respeito quando lhes tratam bem);

b) Afeiçãoam-se (sentem amizade e criam vínculo com os cuidadores);

c) Comunicam-se (trocam idéias, esclarecem dúvidas mediante perguntas, respondem a perguntas e escutam o que lhes dizem);

d) Adotam uma atitude introspectiva;

e) Agem como pacientes, sendo obedientes e tendo paciência.

Estas respostas revelam a indissociabilidade e inter-relação das dimensões que constituem a complexidade do ser humano, e que mesmo um cuidado supostamente físico está permeado de sentimentos, significados, troca, reciprocidade e subjetividade.

CONCLUSÕES

No presente estudo, as pessoas entrevistadas evidenciaram que a competência clínica para cuidar é relevante como foi demonstrada nos estudos de Larson (1984), Kirk, (1993), Cronin e Harrison (1988), tanto quanto a competência interpessoal evidenciada pelos clientes na pesquisa de Fosbinder (1994) e Kirk (1993).

A partir do que identificamos em seus discursos, concluímos que a competência clínica é um constructo que engloba a responsabilidade, a busca do conhecimento, a atenção, dedicação e competência em responder às necessidades de diagnóstico, cuidado, conforto e tratamento adequados, segundo às expectativas do cliente. A competência interpessoal é a soma de habilidades psicossociais necessárias nas relações de cuidado. De acordo com estes clientes, as habilidades psicossociais são: demonstrar vocação (inclinação para cuidar e amor pela profissão), possuir senso de humanidade (sentimentos de bondade, caridade, desejo de ajudar), expressar afeição (amor, carinho, amizade), estabelecer relacionamento

humano, fundamentados na sinceridade, bom humor, paciência, sensibilidade (empatia e compaixão) e cortesia.

Os discursos das pessoas revelaram que a sua experiência no cuidado valida o significado etimológico da palavra *carion*, ou seja, ter atenção ou preocupação com o paciente; ter responsabilidade por ou sentir uma inclinação/preferencia; e respeitar/ ter consideração, no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia.

Verificamos que os resultados deste estudo validam as concepções teóricas do cuidado, pela evidência de que as idéias de todas as teóricas citadas encontram ressonância nos discursos das pessoas entrevistadas. Constatamos que o cuidado não se restringe a procedimentos técnicos, ao conhecimento científico aplicado, às respostas às necessidades do cliente, pressupostas pelos cuidadores, relacionadas a aspectos físicos. Ele transcende, no sentido de representar uma união entre dois seres humanos, construída a partir de suas experiências de vida, em que há trocas, aprendizado e desenvolvimento mútuos, exigindo que ambos revelem o seu ser, desejem compartilhar, e resgatem a humanidade existente em cada um. Ele se dá num contexto sócio-econômico, geográfico e cultural, no qual cuidador e o ser-cuidado sofrem influências.

As pessoas manifestaram que percebem os comportamentos dos cuidadores, sensibilizando-se de modo favorável ou não, emocionando-se ou percebendo-se valorizadas ou diminuídas, satisfeitas ou revoltadas em face do cuidado. Revelaram reconhecerem a influência do meio ambiente e os papéis do cuidador e de quem é cuidado, bem como os atributos necessários a quem deseja cuidar. Demonstraram serem sensíveis aos sentimentos do cuidador no momento do cuidado.

Da mesma maneira, os enfermeiros necessitam sensibilizar-se para a elucidação dos elementos e dimensões do cuidar/cuidado, analisando-os em cada contexto e momento histórico, pois eles apontam a direção, o método e a tecnologia para realizá-lo. Para isso, é necessário que a pesquisa em Enfermagem esteja muito articulada com a prática, e envolva todos os atores do cuidado: profissionais, clientes, família e comunidade.

Acreditamos que a valorização da dignidade humana, a afeição, o compromisso com o desenvolvimento do homem, e os princípios éticos são as luzes para o desenvolvimento de um método e uma tecnologia humanística aplicadas ao cuidado. Essas luzes proporcionam a ampliação e otimização do conhecimento científico e tecnológico e poderão viabilizar o salto qualitativo da Enfermagem e a valorização cada vez maior do cuidado humano no Terceiro Milênio.

ABSTRACT: This descriptive and exploratory study unveils the inpatients' perspective and dimensions of care/caring in an university hospital. Data were collected through a semi-structured interview, with seven questions used to identify the one-cared and the care giver feelings and attributes, as well as the conditions for be cared, the results and what people do while is being cared. The interviewers found that caring is not only about technical procedures and scientific knowledge

in practice. It demands that the caregiver must have clinical and interpersonal competence. Clinical competence is responsibility, the search of knowing, the attention, dedication, and competence to attend the client's needs of proper diagnoses, care, comfort and treatment, by the clients expectation. Interpersonal competence is the psycho-social ability needed in caring relationship. The interpersonal abilities pointed by the clients in this study are: vocation, having sense of humanity, express affection, establish human relationship grounded in sincerity, good humor, patience, sensitivity and courtesy. Caring means an union between two human beings, built through sharing their life experiences, the revealing of their selves, resulting in mutual developing and learning and in bringing out the humanity inside each one of them. Caring happens in a social-economical, geographic and cultural context, where both caregiver and being-cared are influenced. The clients recognize the environmental influence and the being cared and the caregiver's role, as well as the essential attributes for those who care. In addition, they show themselves sensitive to the caregiver's emotions during the caring process. The nurses need to be aware towards the care/caring elements elucidation, analyzing them in each context and historical moment, because they show direction, method and technology to caring implementation. That's why it is of major importance that the nursing researchers become very articulated with practice, bringing together all actors of caring: nursing professionals, client, family and community.

KEY WORDS: Nursing care; Inpatients; Hospitals' teaching; Interpersonal relations.

AGRADECIMENTO

As autoras desejam registrar o agradecimento à Dra. Eloita Neves-Arruda, Coordenadora do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C) por sua assessoria e revisão deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOEMER, M. R. Abordagem do caring. *Rev. Paul. de Enferm.*, São Paulo, v.4, n.2, p. 55-58, abr./jun. 1984.
2. BOTTORFF, Joan L. Nursing: a practical science of caring. *Adv. Nurs. Sc.* Aspen, v 14, n. 1, p. 26-39, 1991.
3. BROWN, Linda. The experience of care: patient perspectives. *Top. Clin. Nurs.* Aspen, v. 8, n.2, p. 56-62, 1986.
4. CHIPMAN, Yvonne. Caring: its meaning and place in the practice of nursing. *J. of Nurs. Educ.* Thorofare, v. 30, n. 4, Apr.,1991.
5. CLARKE, Janice; WHEELER, Stephanie J. A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *J. Adv. Nurs.*, Oxford. n. 17, p. 1238-1290, 1992.
6. COHEN, Mindy. Caring for ourselves can be funny business. *Hol. Nurs. Pract.*, v.4, n. 4, p.1-11, 1990.
7. COLLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
8. CRONIN, S., HARRINSON, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart Lung, St. Lois*, v. 17, p. 374-380, 1988.
9. DREW, Nancy. Exclusion and confirmation: a phenomenology of patients' experiences with caregivers. *Image: J. Nurs. Sch.*, Indianapolis, v. 18, n.2 p.39-43, 1986.
10. FORREST, Darle. The experience of caring. *J. Adv. Nurs.*, Oxford. v. 14, p. 815-823, 1989.
11. FOSBINDER, Donna. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 20, p.1085-1093, 1994.
12. GAUT, Dolores. Development of a theoretically adequate description of caring. *West. J. Nurs. Res.*, Beverly Hills, v. 5, p.313-324, 1983.
13. HEIDEGGER, M. **O ser e o tempo**. 4ed. Petrópolis : Vozes, 1993.
14. KIRK, Katherine. Chronically ill patient's perception of nursing care. *Rehab. Nurs.*, v. 18, n. 2, Mar/Apr, 1993.
15. LARSON, P. Important nursing caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncol. Nurs. Forum.*, New York, v. 11, n. 6, p.46-50, 1984.
16. LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean. **The caring imperative in education**. New York : National League for Nursing, 1990.
17. MAYEROFF, Milton. **A arte de servir o próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro : Record, 1971.
18. MOCH, S. D. Personal knowing: evolving research and practice. *Sch. Inq. Nurs. Pract.*, New York, n.4, p.155-170, 1990.
19. MORSE, Janice M. et. al. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv. Nurs. Sci.*, Germantown, v. 13, n.1, p.1-14, Sept. 1990.
20. NEVES- ARRUDA, Eloita, CARVALHO, Angélica L. Gomes de, MARTINELLI, Myrela. et al. O cuidar cuidado e seus análogos em algumas literaturas de autores de Enfermagem do sul do Brasil. (encaminhada para publicação para a *Rev. Bra. Enf.*, 1996)
21. NEVES-ARRUDA, Eloita, SILVA, Alcione L. Cuidando e confortando : um programa emergente de pesquisa em Enfermagem. *Texto e Contexto*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 116-127, jan./jun. 1994.
22. NEVES-ARRUDA, Eloita, SILVA, Alcione L., DIAS, Lygia P. Pesquisar para assistir. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 26, n. esp., p.119-124, Out., 1992.
23. OLIVIERI, D. P. **O ser doente**: dimensão humana na formação da saúde. São Paulo: Moraes, 1985.
24. PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. Newbury Park : Sage, 1990.
25. POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995..
26. POSTLETHWAITH, Lillian J. Phenomenology of an experiential approach to the teaching and learning of caring. IN: LEININGER, Madeleine; WATSON, Jean. **The caring imperative in education**. New York : National League for Nursing, 1990.
27. RAY, Marylin. Uma análise filosófica do "caring" dentro da Enfermagem. In: LEININGER, Madeleine. **Caring: an essential human need**. Thorofore, New Jersey : Charles B Slack, 1981.
28. REW, Lynn, BECHTEL, Deborah, SAPP, Aida. Self as instrument in qualitative research. *Nursing Research*, New York, v. 42, n.5, p. 300-301, Sept./Oct., 1993.
29. ROACH, Marie S. **The human act of caring**: a blueprint of the health professions. Ottawa : Canadian Hospital Association, 1993.
30. SHULTZ Phyllis R., MELEISS, Afaf I. Nursing epistemology: traditions, insights, questions. *Image: J. Nurs. Sch.*, Indianapolis, v. 20, n. 4, Winter, 1988.
31. WALDOW, Vera R. Educação para o cuidado. *Rev. Gaúcha de Enf.*, Porto Alegre : v. 13, n. 2, 1992.
32. WALDOW, Vera R.; Lopes, Marta J. M.; Meyer, Dagmar E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
33. WATSON, Jean. **Nursing : human science and human care** : a theory of nursing. New York : National League of Nursing, 1988.
34. _____ . **Nursing : the philosophy and science of caring**. Boston : Little Brown, 1979.
35. _____ . Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: RIEHL-SISCA, Joan P. **Conceptual models for nursing practice**. 3ed. Los Angeles : Appleton Lange, 1989.
36. WOLFF, Lillian D.G. A reflexão necessária sobre o conhecimento e o cuidado de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. v.1, n. 1, p. 34-38, 1996.

Endereço das autoras:
Rua Gastão Câmara, 181 - Aptº. 10
80730-300 - Curitiba - Paraná
E-mail: glmrwolff@netpar.com.br
Telefone: (041) 339-2305